

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO



***MINISTERIO DE SALUD PROGRAMA UNIVERSIDAD  
DE HARVARD***

***REFORMA DE SALUD EN COLOMBIA Y PLAN  
MAESTRO DE IMPLEMENTACION***

***1997***

## Tabla de contenido

<b>Glosario</b>	<b>1</b>
<b>Resumen ejecutivo</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1 - INTRODUCCION Y ANTECEDENTES</b>	<b>27</b>
<b>1.1 VINCULACION DE LA UNIVERSIDAD DE HARVARD CON LA REFORMA COLOMBIANA</b>	<b>27</b>
1.1.1 Actividades del proyecto	28
1.1.2 El equipo de Harvard	31
1.1.3 Problemas/obstáculos	31
<b>1.2 OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DE ESTE INFORME</b>	<b>32</b>
<b>1.3 CONDICIONES INICIALES DE LA REFORMA DE SALUD</b>	<b>34</b>
1.3.1 Perfil del país	34
1.3.1.1 Entidades territoriales descentralizadas	36
1.3.2 Situación del sector de la salud	38
1.3.3 Problemas	39
1.3.3.1 Equidad	40
1.3.3.2 Eficiencia	41
1.3.3.3 Calidad del servicio	42
<b>1.4 RESUMEN DE LA REFORMA DE 1993</b>	<b>45</b>
1.4.1 Metas	45
1.4.2 Estrategias	45
<b>Capítulo 2 - MARCO ANALÍTICO</b>	<b>47</b>
<b>2.1 INSTRUMENTOS DE POLÍTICAS, LEYES Y REGULACIONES</b>	<b>48</b>
<b>2.2 INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES</b>	<b>52</b>
<b>2.3 ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS Y ESS)</b>	<b>53</b>
<b>2.4 PROVEEDORES (HOSPITALES, CONSULTORIOS, MEDICOS)</b>	<b>54</b>
<b>2.5 RECURSOS HUMANOS (MEDICOS, ODONTOLOGOS, ENFERMERAS, PROMOTORES DE SALUD, ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD)</b>	<b>55</b>
<b>2.6 RESUMEN</b>	<b>56</b>

<b>Capítulo 3 - POLITICAS, INSTRUMENTOS, FINANCIACION, LEYES Y REGULACIONES</b>	<b>57</b>
<b>3.1 INTRODUCCION</b>	<b>57</b>
<b>3.2 AFILIACIÓN Y RECAUDO DE IMPUESTOS</b>	<b>60</b>
3.2.1 Introducción	61
3.2.2 Ampliar la cobertura para los pobres y los menos pobres	62
3.2.3 Mecanismos de afiliación y recaudo para el régimen contributivo (RC)	75
3.2.4 Campaña masiva de información	86
<b>3.3 FINANCIACION</b>	<b>88</b>
3.3.1 Cuentas Nacionales de Salud	89
3.3.2 Visión general de la situación financiera desde la implementación de la reforma	94
3.3.3 Equilibrio financiero del régimen contributivo	95
3.3.4 Recomendaciones	99
<b>3.4 PAQUETE BASICO DE BENEFICIOS</b>	<b>105</b>
3.4.1 Introducción	105
3.4.2 La carga de la enfermedad en Colombia	106
3.4.3 Panorama general de los programas de salud en Colombia	111
3.4.4 Definición de un paquete de beneficios uniforme y costo-efectivo	118
3.4.5 Recomendaciones	124
<b>3.5 AJUSTE DE RIESGO Y REASEGURO</b>	<b>131</b>
3.5.1 Introducción	132
3.5.2 La necesidad del ajuste de riesgo	132
3.5.3 Provisiones para disminuir la selección adversa y la selección de riesgos en la Ley 100	134
3.5.4 Oportunidades que aún persisten para la selección adversa y la selección de riesgos bajo la Ley 100	135
3.5.5 Mejoramiento de los actuales ajustadores de riesgo	138
3.5.6 Reaseguro	143
3.5.7 Conclusiones	144
3.5.8 Recomendaciones	145
<b>3.6 ANALISIS DE COSTO Y PAGO DE PROVEEDORES POR SERVICIOS PRESTADOS</b>	<b>152</b>
3.6.1 Introducción	152
3.6.2 Aspectos a considerar	152
<b>3.7 REGULACIONES SOBRE INFORMACION Y GARANTIA DE CALIDAD</b>	<b>167</b>
3.7.1 Introducción	167
<b>3.8 LEYES Y REGULACIONES</b>	<b>169</b>
3.8.1 Introducción	169
3.8.2 Revisión de la leyes básicas	170
3.8.3 Inconsistencias y ambigüedades entre las leyes básicas	172
3.8.4 Revisión de las regulaciones seleccionadas	175

3.8.5 Conclusiones	185
<b>3.9 POLITICA DUAL</b>	<b>185</b>
3.9.1 Introducción	185
3.9.2 Población subsidiada que no tiene EPS o ESS a las cuales se pueda afiliar	186
3.9.3 Regiones con un número insuficiente de EPS operativas para el año 2.000	187
3.9.4 Regiones que no tienen o que únicamente tienen un proveedor de atención primaria	188
3.9.5 Areas de mercado con dos o menos hospitales de segundo y tercer nivel	188
3.9.6 Acciones recomendadas	188
 <b>Capítulo 4 - INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y REGULADORAS</b>	 <b>191</b>
<b>4.1 INTRODUCCION</b>	<b>191</b>
<b>4.2 ANALISIS DE LA SITUACION</b>	<b>191</b>
4.2.1 Introducción	191
4.2.2 Visión general de las instituciones políticas y reguladoras colombianas a nivel del gobierno central	192
4.2.3 Consejo nacional de seguridad social en salud	193
4.2.4 Ministerio de Salud	194
4.2.5 Superintendencia Nacional de Salud	208
4.2.6 Fondo de Solidaridad y Garantía (FSyG)	209
4.2.7 Sobreposición de competencias entre las instituciones reguladoras	210
4.2.8 "Entidades territoriales" descentralizadas	212
4.2.9 Conclusión: problemas de las instituciones reguladoras	218
<b>4.3 RECOMENDACIONES PARA LAS INSTITUCIONES REGULADORAS</b>	<b>219</b>
4.3.1 Visión general de la opciones recomendadas	219
4.3.2 Fortalecimiento del Ministerio de Salud	223
4.3.3 Fortalecimiento de la supervisión y el control de la Superintendencia a nivel departamental	227
4.3.4 Fortalecer el proceso de descentralización	228
4.3.5 Instituto Colombiano de Investigación y Políticas de Salud	228
4.3.6 Crear nuevas comisiones	230
4.3.7 Fortalecimiento del Consejo Nacional	243
4.3.8 Crear interés en la formación de grupos de consumidores	244
4.3.9 Conclusiones sobre las instituciones reguladoras	246
<b>4.4 SISTEMAS DE INFORMACION Y PLAN DE EVALUACION</b>	<b>247</b>
4.4.1 Regulación sobre los sistemas de información	247
4.4.2 Panorama general de los problemas de los sistemas de información	249
4.4.3 Recomendaciones	249
4.4.4 Plan de evaluación	251



<b>Capítulo 5 - ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD</b>	<b>255</b>
<b>5.1 INTRODUCCION</b>	<b>255</b>
<b>5.2 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)</b>	<b>255</b>
5.2.1 Estudio sobre las EPS realizado por Harvard	256
5.2.2 Panorama institucional de las EPS	257
5.2.3 Logros y obstáculos de las EPS para alcanzar las metas de la solidaridad y la cobertura universal	261
5.2.4 Logros y obstáculos de las EPS para alcanzar las metas de una mejor eficiencia y calidad	273
5.2.4.1 Información, supervisión y garantía de la calidad	282
5.2.4.2 Diferenciación del producto	283
5.2.5 Recomendaciones para la transformación del ISS	291
5.2.6 Conclusiones	295
<b>5.3 EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD (ESS)</b>	<b>297</b>
5.3.1 ESS: progreso y problemas	298
5.3.2 Recomendaciones	299
<b>Capítulo 6 - PRESTACION DE SERVICIOS</b>	<b>301</b>
<b>6.1 INTRODUCCION</b>	<b>301</b>
<b>6.2 UTILIZACION DE SERVICIOS Y AFILIACION AL SISTEMA DE     ASEGURAMIENTO</b>	<b>303</b>
<b>6.3 HOSPITALES PUBLICOS Y PRIVADOS</b>	<b>306</b>
6.3.1 Productividad y eficiencia de los hospitales colombianos y el potencial para aumentar la oferta mediante un incremento en la productividad	307
6.3.2 Eficiencia relativa en la prestación de servicios	309
6.3.3 Efectos del mejoramiento de la eficiencia en la generación de capacidad	314
<b>6.4 TRANSFORMACION DE LOS HOSPITALES PUBLICOS EN ESE</b>	<b>316</b>
6.4.1 Encuesta y metodología	318
6.4.2 Instrumento de la encuesta	319
6.4.3 Hallazgos preliminares	320
<b>6.5 PROGRAMAS ACTUALES DE MEJORAMIENTO ADMINISTRATIVO</b>	<b>322</b>
6.5.1 Programa del Banco Interamericano de Desarrollo: programa para fortalecer los hospitales públicos	322
6.5.2 Programa del Banco Mundial: mejoramiento de la atención primaria y el gobierno local	324
6.5.3 Programa para la creación y el fortalecimiento de instituciones privadas prestadoras de servicios de salud	325

<b>6.6 RESUMEN Y RECOMENDACIONES PARA LAS INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS</b>	<b>327</b>
6.6.1 Desarrollar un sistema de acreditación para las instituciones proveedoras	327
6.6.2 Administración hospitalaria	329
6.6.3 Asistencia técnica en administración hospitalaria	332
6.6.4 Manejo de la información	334
 <b>Capítulo 7 - RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD DE COLOMBIA</b>	 <b>335</b>
<b>7.1 ANALISIS DE LA SITUACION</b>	<b>335</b>
7.1.1 Panorama general	335
7.1.2 Oferta y demanda de médicos y odontólogos	337
7.1.3 Personal de enfermería	340
7.1.4 Remuneración del personal de salud	340
7.1.5 Educación médica y de salud	342
7.1.6 Problemas en la estructura de recursos humanos y la asignación de tareas	344
7.1.7 Distribución geográfica	345
7.1.8 Competencia técnica y calidad de los servicios	348
7.1.9 Administración del recurso humano	349
7.1.10 Resumen de la situación de recursos humanos	350
<b>7.2 RECOMENDACIONES SOBRE RECURSOS HUMANOS</b>	<b>350</b>
7.2.1 Resumen	350
7.2.2 Prioridad inmediata: taller para mejorar las destrezas para atención de trauma	352
7.2.3 Prioridad inmediata: talleres de capacitación en destrezas en atención primaria para los médicos generales	353
7.2.4 Prioridad inmediata: capacitación práctica de graduados en el servicio rural obligatorio	353
7.2.5 Prioridad inmediata: certificación de los médicos rurales de atención primaria	354
7.2.6 Prioridad inmediata: desarrollo institucional de recursos humanos (la comisión "de alto nivel" y sus subcomisiones)	355
7.2.7 Subcomisión de información y planeación de recursos humanos	357
7.2.8 Ampliar el análisis funcional de tareas	357
7.2.9 Desarrollar el método dinámico de oferta y demanda de recursos humanos	358
7.2.10 El problema de la distribución geográfica inapropiada: incentivos para los recursos humanos existentes	360
7.2.11 El problema de la distribución geográfica inapropiada: una nueva categoría ocupacional de "Practicante Rural para Atención Básica en Salud"	360
7.2.12 Reestructuración de las opciones profesionales de enfermería	362

7.2.13 Diseño, pruebas y evaluación de sistemas del sitio de trabajo	363
7.2.14 Actividades adicionales	364
7.2.15 Subcomisión de educación y capacitación de los profesionales de la salud	365
7.2.16 Encuesta sobre las instituciones educativas y de capacitación, existentes en profesiones de salud	365
7.2.17 Sitios permanentes de educación continuada en capacitación clínica	365
7.2.18 Revisión curricular de los programas de educación y capacitación de las instituciones	367
7.2.19 Acreditación de las instituciones educativas y de capacitación	368
7.2.20 Licencias y recertificación de los profesionales de la salud	369
7.2.21 Taller sobre gestión y supervisión de recursos humanos	370
7.2.22 Talleres sobre los elementos de atención dirigida y principios de la reforma del sector de la salud en Colombia	370
7.2.23 Capacitación en el exterior de los líderes del sistema en salud	371
 <b>Capítulo 8 - RECOMENDACIONES PARA EL PLAN MAESTRO DE IMPLEMENTACION PROPUESTO POR HARVARD PARA LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA</b>	 <b>373</b>
 <b>Síntesis de los estudios</b>	 <b>415</b>
 <b>Bibliografía seleccionada</b>	 <b>433</b>

## Lista de Figuras, Tablas, Gráficas y Mapas

### *Resumen Ejecutivo*

Figura 1	Incremento Relativo en la Financiación Pública del Sector Público de la Salud	8
Gráfica 1	Población Cubierta y No cubierta bajo el Aseguramiento Universal de Salud, Diciembre, 1995	10
Tabla 1	Balance de Fondos del Régimen Contributivo, 1995	11
Mapa 1	Distribución de EPS por Municipios	12
Tabla 2	Recomendaciones Inmediatas y a Mediano Término	21

### *Capítulo 1*

Tabla 1.3.1	Incremento Anual del PIB, 1975-1990	35
Tabla 1.3.2	Distribución de Gastos en Salud entre Atención de personas, infraestructura y programas ambientales de salud por departamento	43
Tabla 1.3.3	Porcentaje de personas sin acceso a Servicios de Salud, con necesidad de ellos	44

### *Capítulo 3*

Tabla 3.1	Cobertura de la población colombiana bajo el esquema del seguro universal en salud. Diciembre de 1995	61
Tabla 3.2	Distribución de Afiliados Identificados en el Régimen Subsidiado por Departamento, final de 1995	70
Tabla 3.3	Población Cubierta bajo el Aseguramiento Universal de Salud en el Régimen Contributivo, Diciembre, 1995	75
Tabla 3.4	Distribución de Trabajadores por Ocupación en 1994	76
Fig. 3.5a	Datos de Cuentas Nacionales de Salud en millones de pesos	92
Fig. 3.5b	Datos de Cuentas Nacionales de Salud como porcentaje del total	93
Cuad. 3.6	Equilibrio financiero del régimen contributivo, 1993	97
Tabla 3.7	Recursos Públicos Asignados al Sector de la Salud, 1994-1996	99
Tabla 3.8	La Carga de la Enfermedad en Colombia, 1990	107
Tabla 3.9	La Carga de la Enfermedad en Regiones Urbanas y Rurales, en Colombia, 1990. AVISAS por 1.000 habitantes.	110
Tabla 3.10	Tasa de AVISAS por 1.000 habitantes por Departamentos en Colombia, 1990	111

Tabla 3.11	Programas de Salud Pública y Servicios Clínicos	113
Tabla 3.12	Cobertura de Servicios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado	120
Tabla 3.13	Ampliación de la UPC del POSS y cobertura de Servicios Durante el Periodo de Transición, 1996-2001	128
Tabla 3.14	Ponderación de Riesgos actualmente utilizada para Ajustar la UPC	135
Fig. A	Distrib. de Gastos de Salud entre beneficiarios de una Caja	136
Tabla 3.15	Opciones para la Selección de Riesgo en Colombia	137
Tabla 3.16	Poder Predictivo Comparativo de Ajustadores de Riesgo Potenciales	142
Tabla 3.17	Gastos Relativos anuales para Varias Enfermedades de Alto Costo en USA	149
Tabla 3.18	Costos de Servicios Seleccionados y Comparación con Tarifas	162
Fig. B	Distrib. de Costos de Apendicectomía y Comp. de Tarifas	163
Fig. C	Distrib. de Costos de Parto Normal y Comp. de Tarifas	164

#### **Capítulo 4**

Cuadr 4.1	Organigrama del Ministerio de Salud	198
Tabla 4.1	Personal del Ministerio de Salud	199
Tabla 4.2	Comparación de Salarios (Diciembre 1995, en pesos)	200
Tabla 4.3	Funciones Reguladoras y Problemas Claves en el desempeño del MSP	205
Cuadr 4.2	Organigrama de la SuperSalud	211
Mapa 4.1	Municipios certificados por la descentralización	215
Tabla 4.4	Criterios para la Transformación de Instituciones Reguladoras	222
Cuadr 4.3	Reorganización del Ministerio de Salud	224
Tabla 4.5	Asuntos de Composición y Representación en las Comisiones y el Consejo	232
Tabla 4.6	Comisión de Pagos	235
Cuadr 4.4	Ministerio de Salud y Comisiones	236
Tabla 4.7	Comisión de Calidad	238
Tabla 4.8	Comisión de Recursos Humanos	240
Tabla 4.9	Comisión de Tecnología	242
Cuadr 4.5	Consejo Nacional y Comisiones	245

## **Capítulo 5**

Tabla 5.1	Estudio Harvard de EPSs : Origen de las EPS y Características	260
Mapa 5.1	Distribución de EPS por Municipios	262
Tabla 5.2	Número de Afiliados en EPSs (Encuesta EPS octubre/95)	263
Tabla 5.3	Porcentaje de Afiliados independientes, Empleados y Pensionados en las EPS privadas (Septiembre 1995)	263
Tabla 5.4	Competencia entre EPSs por Departamento	264
Figura 5.1	Porcentaje de Población con al menos una EPS.	265
Figura 5.2	Porcentaje de Población con al menos tres EPS	266
Cuadro 5.1	Distribución de Población por Número de EPSs Aprobadas, para ofrecer servicios	267
Tabla 5.5	Estrategia de Mercadeo y ventas de EPSs privadas	269
Tabla 5.6	A quien tratan de afiliar las EPS Privadas?	272
Tabla 5.7	Políticas de Pago por Capitación	279
Tabla 5.8	Reembolso de las EPS por pagos por honorarios por el POS	281
Tabla 5.9	Redes de Prestadores de Servicios Hospitalarios por Tipo para el POS.	284
Tabla 5.10	Población de los estratos 1 y 2 atendidos en los Hospitales con y sin contrato con las EPS	285
Tabla 5.11	Sobreposición entre las Redes Hospitalarias de las EPS para el POS	286
Tabla 5.12	Tratamientos Médicos Cubiertos por los Planes Complementarios de las EPS	289
Tabla 5.13	Tarifas de Planes Complementarios y Medicina Prepagada	290

## **Capítulo 6**

Tabla 6.1	Porcentaje de Atenciones en Salud según Sector	304
Tabla 6.2	Utilización de Prestadores según Estado de Aseguramiento, 1992	305
Tabla 6.3	Tasas de Uso de Servicios por Poblaciones Afiliadas por Tipos de Asegurador en Colombia, 1992	306
Tabla 6.4	Medidas de Productividad y Eficiencia entre Hospitales Colombianos	308
Tabla 6.5	Productividad por Grupos de Instituciones	312
Tabla 6.6	Productividad de Recursos Humanos por Grupos y Propiedad de las Instituciones	313
Tabla 6.7	Productividad según Número de Habitantes de la Localidad	314
Tabla 6.8	Niveles de oferta Actuales y Máximos Esperados	315
Tabla 6.9	Hospitales Públicos Transformados a ESE por Departamento	317

Tabla 6.10	Muestra por Nivel de Complejidad y Propiedad	319
Tabla 6.11	Respuestas a la Encuesta según Nivel de Complejidad y Propiedad (a Diciembre 1995)	320

### **Capítulo 7**

Tabla 7.1	Total de Recursos Humanos en el Sector Salud en Colombia, 1981-1994.	336
Tabla 7.2	Proporción de Enfermeras a Doctores en Países Seleccionados en las Américas	340
Tabla 7.3	Ejemplo de Salario Mensual Básico en el Sector de la Salud	341
Tabla 7.4	Programas de Entrenamiento de Atención en Salud en Colombia por Año de Creación	343
Tabla 7.5	Total de Graduados de los Programas de Entrenamiento en Atención en Salud, 1974-1994	343
Tabla 7.6	Población y Recursos Humanos de los Hospitales Públicos, 1991	346
Tabla 7.7	Jerarquía de los Trabajadores de la Salud Bajo la Propuesta de Expansión por Categorías de Cargos	363

### **Capítulo 8**

#### **Gráficas de Gantt:**

Expansión de la Afiliación de Beneficiarios de Régimen Subsidiado	375-376
Afiliación y Recaudo del Régimen Contributivo	377-378
Campaña Masiva de Información	379
Planes del Paquete y Evaluación de Plan de Atención Básica	382
Sistema de Contabilidad de Costos y Pagos	383
Ajuste de Riesgo y Reaseguro	384
Información sobre Calidad	385
Financiamiento del Sistema	386
Política Dual	387
Instituciones Reguladoras	393-395
Sistema de Información y Plan de Evaluación	396
Transformación del ISS	399
ESS	399
Prestación de Servicios de Salud	401
Recursos Humanos	409-413

### ***Síntesis de Estudios***

Estudio de descentralización	415
Estudio de EPSs	416
Análisis funcional del Ministerio de Salud (Existe documento-Anexo 2)	418
Análisis funcional de tareas (Existe documento-Anexo 1)	420
Estudio de costos hospitalarios	422
Estudio de capacidad y eficiencia hospitalaria	423
Análisis de la encuesta de hogares	424
Revisión de literatura sobre recursos humanos (Existe documento-Anexo 4)	425
Estudio de IPSs/ESEs (Existe documento-Anexo 3)	427
Cuentas nacionales de salud	428
Propuesta para iniciativas privadas PUJ U. Harvard	429
Estudio de ajuste de riesgo y reaseguro	430
Estudio de las comisiones para Colombia (Existe documento-Anexo 6)	431



## Glosario

ACRIP	Asociación Colombiana de Relaciones Industriales y Personal. Colombian Association for Industrial Relations and Personnel.
AEI	Average Equilibrating Income. Ingreso de Equilibrio Promedio.
Affiliate	A person who pays a premium to enroll in EPS. La persona que se afilia a la Entidad Promotora de Salud.
AI	Aporte para el pago de los Incapacidades. Support for the Handicapped.
APP	Aporte para Promoción y Prevención. Promotion and Prevention Payment.
ARP	Worker's compensation insurance. Seguro de Compensación.
AS	Aporte de Solidaridad. Solidarity Fund Allowance.
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Colombian Medical Schools Association.
ATEP	Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. Workers' Compensation.
AVISASs	Años de Vida Saludable Ajustados. Disability-Adjusted Life Years.
CAA	Central Atención Ambulatoria. Outpatient Services Center.
CNSSS	Consejo Nacional de la Seguridad Social en Salud. National Council for Social Security in Health.
CONPES	Consejo Nacional de Política Social. National Council on Social Policy.
DALYs	Disability-Adjusted Life Years. Años de Vida Saludable Ajustados.
DANCOOP	Departamento Administrativo Nacional Cooperativo. National Cooperative Administration Department.
DANE	Departamento Nacional de Estadística. Department of Statistics.
DIAN	Dirección Nacional de Impuestos y Aduanas
DNP	Departamento Nacional de Planeación. National Planning Department.
DRG	Diagnosis Related Group. Grupos de Diagnósticos Relacionados.
ECOSALUD	Empresa Colombiana de Salud.

	Colombian Health Company.
ENH 77	Encuesta Nacional de Hogares etapa 77. National Household Survey, Stage 77.
Enrollee	Person covered by an EPS: an affiliate, or a family member of an affiliate. Persona cubierta por una EPS, el afiliado o sus familiares.
EPS	Entidad Promotora de Salud. Health Plans (Including ISS-EPS).
ESE	Empresas Sociales del Estado. A type of IPS.
ESS	Empresas Solidarias de Salud. Health plans serving the subsidized population.
FEDESARROLLO	La Fundación de Educación para el Desarrollo. Education for Development Foundation.
FONSAT	Fondo Nacional de Seguros de Accidentes de Tránsito. National Foundation of Traffic Accident Insurance.
FSyG	Fondo de Solidaridad y Garantía. Solidarity Fund.
GOC	Government of Colombia. Gobierno de Colombia.
HMO	Health Maintenance Organization. Organización para la Salud.
HOTE	Health Occupations Training and Education subcommission. Subcomisión para la Educación en Salud.
HWIP	Health Workforce Information and Planning subcommission. Subcomisión para la Planeación de la Fuerza Laboral en Salud.
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Colombian Institute of Family Welfare.
ICD	International Classification of Disease. Clasificación Internacional de Enfermedades.
ICETEX	Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior. Government Student Loans Institute.
ICFES	Instituto Colombiano Para el Fomento de la Educación Superior. Colombian Institute for the Development of Graduated Education.
IDB	Inter-American Development Bank. Banco Interamericano de Desarrollo.

Independents	Self-employed professionals; i.e. peddlers, taxi drivers & farmers. Trabajadores independientes no asalariados.
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud. Health service provider institutions.
ISS	Institute of Social Security. Instituto de Seguros Sociales.
JCAHO	Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Comisión para la Acreditación de Organizaciones de Salud.
MP	Medicinas Prepagadas. Prepaid Medicine.
MSP	Ministerio de Salud Pública. Ministry of Health.
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas. Unmet Basic Needs.
NHA	National Health Accounts. Sistema de Cuentas de la Nación.
PAB	Plan de Atención Básica. Public Health Care Plan.
PAC	Plan Complementario. Complementary Plan.
PAHO	Pan American Health Organization Organización Panamericana de la Salud.
PAMI	Programa de Atención Materno Infantil Maternal and Child Health Care Strategy
PAS	Plan de Acción en Salud. Health Action Plan.
PHC	Primary Health Care. Atención Primaria de Salud.
POS	Plan Obligatorio de Salud. Mandatory Health Plan.
POSS	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Mandatory Subsidized Health Plan.
PSMS	Programa Sistemas Municipales de Salud. Program for Municipal Health Systems.
PUJ	Pontificia Universidad Javeriana. Javeriana University.
RAP	Risk Adjusted Premium. Prima con Ajuste de Riesgo.

RC	Régimen Contributivo. Contributory Regime.
RS	Régimen Subsidiado. Subsidized Regime.
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje. National Service of Education.
SIAGHO	Sistema Integral de Administración y Gestión Hospitalario. Integrated System for Hospital Management.
SIS	Sistema de Información de Salud. Information Systems for Health.
SISBEN	Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Subsidios del Estado. System for the Identification of Government Subsidies Recipients.
SOAT	Tarifas para el Seguro de Accidentes de Tránsito. Tariff schedule of fee-for-service reimbursement for medical procedures.
SSO	Servicio Social Obligatorio. Obligatory Social Service following professional health training program.
TFR	Total Fertility Rate. Tasa de Fecundidad.
TOR	Terms of Reference. Términos de Referencia.
TQM	Total Quality Management. Calidad Total.
UPC	Unidad de Pago por Capitación. Risk adjusted Per Capita payment.
WB	World Bank. Banco Mundial.

## **Resumen Ejecutivo**

# **INFORME FINAL PARA EL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA**

### **Introducción**

Este informe fue preparado por el Equipo encargado del "Proyecto de la Reforma del Sector de la Salud en Colombia" de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard con el fin de recomendar un Plan Maestro general para la implementación de la legislación sobre la reforma del sector de la salud. El resumen ejecutivo presenta los logros y el progreso alcanzado hasta la fecha y las acciones prioritarias que se recomiendan a Colombia en un mediano plazo de 4-5 años. El informe presenta un análisis detallado y una explicación completa del Plan Maestro de Implementación, el cual abarca un período de diez años.

El informe está basado en los estudios y la asistencia técnica que la Universidad de Harvard ha brindado desde Noviembre de 1994. Se encuentra organizado en las siguientes secciones: (1) Introducción; (2) Estructura Analítica; (3) Políticas, Instrumentos, Financiación, Leyes y regulaciones; (4) Instituciones Regulatorias y Gubernamentales; (5) Entidades Promotoras de Salud; (6) Provisión de Servicios; (7) Recursos Humanos y, (8) Plan Maestro de Implementación Propuesto.

Colombia es un país con un ingreso medio bajo que ha mejorado consistentemente la salud de su población, lo cual ha elevado significativamente la expectativa de vida (70 años) y ha disminuido la mortalidad infantil (27 por 1000 nacimientos). Sin embargo, es necesario realizar un mayor esfuerzo por cuanto todavía permanecen problemas significativos. Por ejemplo: persisten problemas relacionados con la baja provisión de servicios preventivos y de salud pública, aún persiste una diferencia marcada en cuanto al estatus de salud entre los ricos y los pobres y entre las regiones geográficas, persiste el acceso inadecuado a la atención de la salud de más del 20% de la población, persiste carencia de cobertura del aseguramiento al 75% de la población e ineficiencia y baja calidad en la provisión de los servicios de salud. No obstante, Colombia está gastando un porcentaje significativo de su PIB (más de 7.3% en 1993) en la atención a la salud.

### **La Reforma del Sector de la Salud**

A finales de 1993, Colombia aprobó la legislación para reformar el sistema de atención de la salud. Los principales objetivos de la reforma son proporcionar una cobertura universal del aseguramiento, mejorar el acceso de los pobres a los servicios de salud, mejorar la calidad y fomentar la eficiencia en la provisión de servicios de salud. La reforma utiliza dos estrategias de punta: **a) ordenar el establecimiento de**

**un seguro social para proveer la cobertura universal y b) adoptar la competencia regulada para mejorar la eficiencia, contener los costos, mejorar el acceso y elevar la calidad** a través de la reestructuración de las instituciones y de los incentivos. Estas reformas también se diseñaron a fin de que sean compatibles con el esfuerzo de descentralización del gobierno.

### **Progresos y Logros en 1995**

Colombia comenzó una implementación total de la reforma del sector de la salud en 1995 y ha logrado un progreso medible en distintas áreas. El compromiso del gobierno ha sido constante en cuanto a la realización de un cambio sistemático y la creación de las condiciones para mejorar varios aspectos básicos del sistema de atención de la salud, con el fin de que la reforma siga adelante. Estos logros incluyen:

- Incremento de la financiación para la atención de la salud de la población pobre;
- Descentralización de las finanzas públicas para la atención de la salud y asignación de recursos de financiación adicionales para los servicios de salud pública, prevención y atención primaria;
- Ampliación de la cobertura del aseguramiento bajo el Régimen Contributivo a un estimado adicional de 3.5 millones de personas;
- Establecimiento de una prima de pago ajustada por riesgo (UPC) la que parece suficiente para pagar los paquetes de beneficios;
- Establecimiento de EPSs (entidades promotoras de salud) en la mayoría de las regiones donde vive el 78% de la población colombiana.
- Compromiso del gobierno para impulsar la reforma mediante la incorporación de su implementación en el programa de gobierno "Salto Social" y la contratación de una organización independiente y externa que garantice su continuidad y supervise su implementación;
- Fortalecimiento de la Superintendencia para promover, supervisar y regular las EPS y creación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FSyG) para administrar los fondos del seguro universal de la salud;
- Estimular al ISS para implementar innovaciones: organizar nuevos centros de atención primaria, establecer un nuevo sistema de pago por paquetes y desarrollar sistemas integrados para manejo de información.

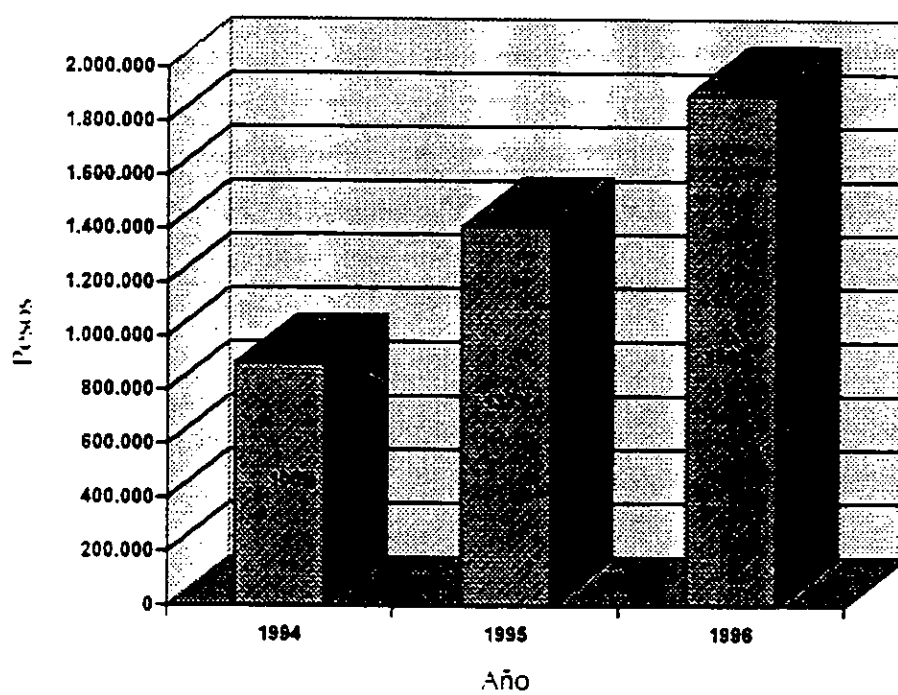
*A continuación se describen con mayor detalle los logros más importantes:*

## **I. Incremento de la financiación para la atención de la salud de la población pobre**

Entre 1994 y 1995, Colombia aumentó la financiación pública para la atención de la salud en un 63%, de 861 mil millones de pesos aproximadamente a 1.405 mil millones de pesos, en pesos corrientes. (Después del ajuste por inflación, el incremento fue del 37%). En 1996, se espera que el incremento real sea de 150%. (Ver figura 1). La mayor parte de este incremento fue el resultado de los cambios impuestos por la ley 60. Estos fondos adicionales se asignaron a la salud pública, la prevención y la atención primaria, o como subsidios para los pobres. Aproximadamente una cuarta parte de los recursos públicos, viene del FSyG, la cual se asigna específicamente a la financiación de la atención de la salud para los pobres. Se espera que la financiación pública para la atención de la salud aumente otro 13% de 1995 a 1996, una vez hecho el ajuste de la inflación. Los detalles de este cambio financiero se presentan en la Tabla 3.7.

Todavía no ha sido posible saber con certeza cómo se utilizaron los fondos, en qué programas o servicios de salud y qué tan eficientemente se los utilizó. Además, es muy prematuro asegurar si el estatus de salud o el acceso a los servicios básicos mejoraron con esta nueva asignación de recursos al sector.

Figura 1. Incremento relativo en la financiación pública  
del sector público de la salud



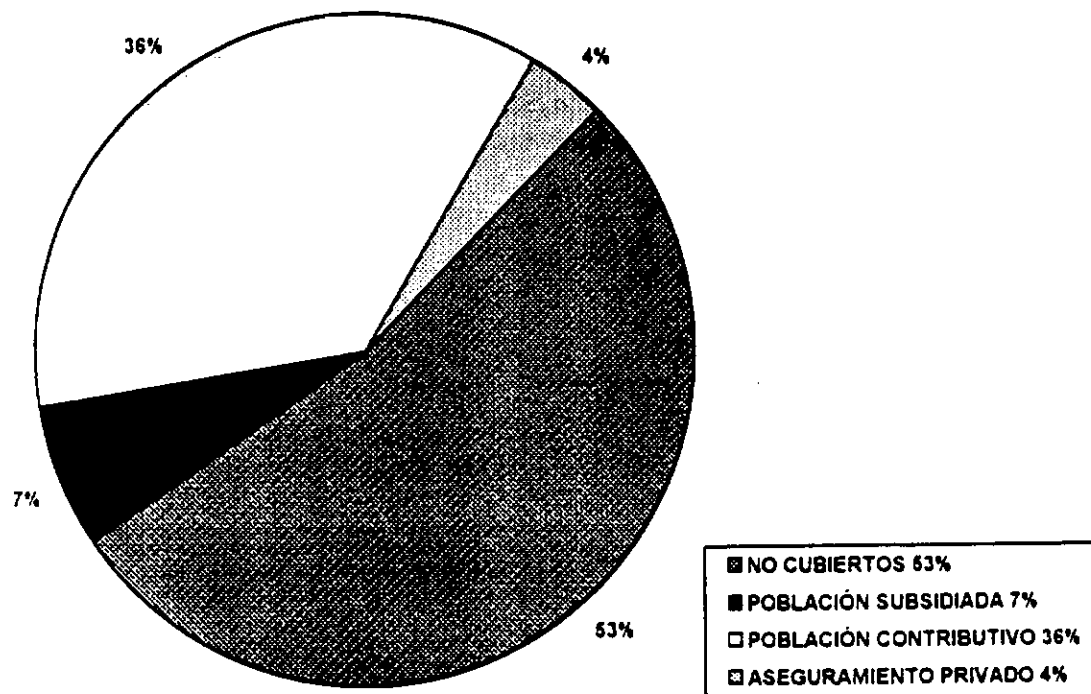


## **II. Ampliación de la Cobertura del Seguro**

Bajo la reforma, aproximadamente una cantidad adicional de 3.5 millones de colombianos están ahora cubiertos por el Régimen Contributivo. Antes de enero de 1995, calculamos que 10.9 millones de personas tenían un seguro de salud a través del ISS, las cajas, los planes de Medicina Prepagada y de seguros por indemnización. A finales de 1995, calculamos que 14.4 millones de personas (36%) estaban cubiertas por el Régimen Contributivo o por seguros privados. Al comparar estas cantidades con las de otros países latinoamericanos, este aumento en la cobertura es un logro significativo. Además, 4.7 millones de personas pertenecientes a hogares de bajos ingresos están identificados como carnetizados y son elegibles para la cobertura bajo el Régimen Subsidiado (7%). De éstas, 2.2 millones están cubiertas con el POSS, a través de los municipios al amparo del decreto de transición. Aproximadamente 0.5 millones están afiliados a las ESS y cubiertos por el POSS,.

En total, aproximadamente 16.8 millones de colombianos (53%) no están todavía afiliados ni al Régimen Contributivo o Subsidiado, ni cubiertos por un seguro privado (Para mayor detalle de cobertura ver la tabla 3.1)

**Gráfica 1 Población cubierta y no cubierta bajo el aseguramiento  
universal de salud, diciembre de 1995**



### III. Mantenimiento de la Estabilidad Financiera

Los aspectos financieros del seguro universal de la salud parecen ser razonables al final del primer año. La UPC parece tener la capacidad para pagar los paquetes de beneficios bajo el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. En general, el FSyG parece ser solvente, con ingresos similares a los desembolsos. La incertidumbre con respecto a nuestra evaluación de la estabilidad financiera del programa está en el número promedio de dependientes por cada afiliado. En este momento, el ISS no tiene un recuento exacto de los familiares de los afiliados. Si el tamaño promedio de la familia cubierta por el ISS es 2.5 ó menos, entonces el FSyG está en equilibrio financiero. La Tabla 1 presenta los mejores cálculos financieros para el FSyG.

**Tabla 1. Balance de Fondos del Régimen Contributivo, 1995**

	<b>Estimado</b>
<b>Número de inscritos</b>	
ISS <sup>a</sup>	9.500.000
EPS Privadas <sup>b</sup>	956.000
<b>Total</b>	<b>10.456.000</b>
<b>Número de afiliados</b>	
ISS <sup>c</sup>	3.800.000
EPS privadas <sup>b</sup>	382.000
<b>Total</b>	<b>4.182.000</b>
<b>Salario promedio por año (en pesos)</b>	
ISS <sup>d</sup>	2.887.828
EPS privadas	3.828.456
<b>Contribuciones al régimen contributivo (10.7%, millones)</b>	
ISS	1.173.784
EPS privadas	156.484
<b>Total</b>	<b>1.330.268</b>
<b>Desembolsos</b>	
ISS	1.205.360
EPS privadas	121.425
<b>Total</b>	<b>1.326.785</b>
<b>Balance de fondos</b>	
ISS	(31.576)
EPS privadas	35.070
<b>Superávit (déficit)</b>	<b>3.484</b>

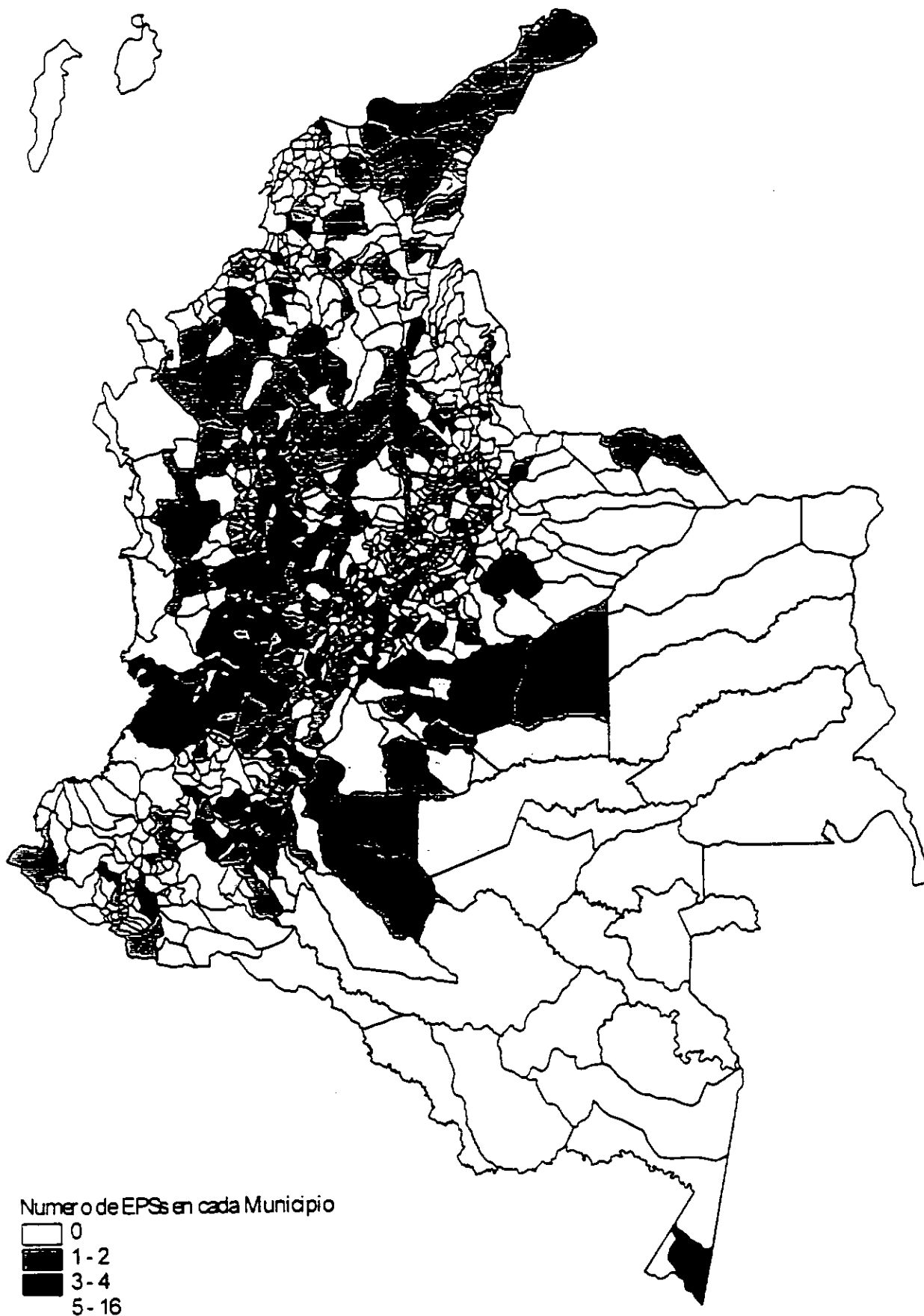
a. Asumimos que el tamaño promedio de la familia es 2.5 en el ISS y un poco menos del 2.58 estimado en nuestro estudio de las EPS realizado en noviembre de 1995. Este número no es preciso.

b. Basado en la información de nuestro estudio sobre las EPS realizado en noviembre de 1995.

c. Fuente: ISS, noviembre de 1995

d. Salario promedio con base en el ingreso promedio contributivo para enfermedad general y maternidad (2.02 veces el salario mínimo legal)

# Mapa 1 Distribución de las EPSs por Municipios



### **Financiación:**

En la actualidad parecen existir suficientes fondos para financiar el P.O.S para los gastos de salud de la población subsidiada hasta el año 2002. Se recomienda una estrecha monitoria de esta operación financiera para asegurar la sostenibilidad. También se recomienda que Colombia cambie la fórmula para transferencia de fondos del FSyG para cubrir déficits en las regiones pobres. Actualmente, los recursos de las cuentas del FSyG son transferidos basados en el número de pobres identificados, no en el balance financiero.

Con el fin de asegurar la adecuación de la UPC, se recomienda que el Ministerio de Salud encueste beneficiarios al menos una vez al año como parte de un programa de aseguramiento de la calidad. En consideración a la transferencia de subsidios de oferta a subsidio a la demanda, se propone una fórmula para determinar el nivel mínimo anual del subsidio a la oferta. Además, se recomienda que el Ministerio de Salud reevalúe su política de usar el pago por honorarios, consultando con el ISS y otras EPSs.

### **Paquete Básico de Beneficios:**

*Convergencia del P.O.S.S con el P.O.S:* Se encontró que la convergencia por etapas del POSS y el POS, en lugar de una sola, crea la dificultad de priorizar los servicios para la convergencia parcial. Para resolver este problema se sugiere la creación de una "Fuerza de Trabajo para el Paquete de Beneficios" que sea la encargada de hacer recomendaciones para aumentar los beneficios de acuerdo al incremento en la UPC.

*Carga de la Enfermedad:* Se encontró que la Carga de la Enfermedad varía de manera importante por regiones, lo cual hace difícil reflejar diferencias regionales en la financiación del P.O.S y el P.O.S.S. Se recomiendan algunos estudios: Evaluar la validez de la metodología utilizada en los cálculos de la Carga de la Enfermedad; revisión de la metodología de costos ; y revisión del costo - efectividad del actual paquete de beneficios.

### **Ajuste de Riesgo y Reaseguro:**

*Ajustadores de Riesgo:* Los hallazgos iniciales muestran que los ajustadores de riesgo disponibles no pueden explicar más que una pequeña fracción de la variación en los gastos, dando lugar a ganancias y pérdidas de la selección de riesgo y la selección adversa. Se recomienda utilizar el Fondo Común de Riesgo Prospectivo Ajustado e iniciar un Fondo de Reaseguro para enfermedades de Alto Costo.

#### **IV. Desarrollo de las EPS creadas. Plan de Acción y Prioridades Futuras Recomendadas**

De acuerdo con el estudio de campo hecho por el equipo de Harvard y los registros legales de la Superintendencia, las EPS certificadas cubren aproximadamente la mitad de los municipios, donde vive el 78% de los colombianos. Aproximadamente el 67% de la población vive en municipios donde más de una EPS ha sido certificada y 50% vive en áreas donde más de tres EPS han sido certificadas. Estos datos demuestran que la competencia entre las EPS en grandes áreas de Colombia puede fomentarse si las EPS intervienen activamente en el negocio en las áreas donde ya han sido autorizadas. El Mapa 1 muestra la distribución de las EPS certificadas.

#### **Hallazgos y Recomendaciones del Estudio de Harvard**

La siguiente es una versión preliminar de los hallazgos y las recomendaciones que serán ampliamente discutidos en los capítulos 3 al 7.

##### **Hallazgos y recomendaciones para Políticas, Leyes y Regulaciones:**

##### **Capítulo 3**

##### **Afiliación y Recaudo:**

*Población Subsidiada:* Se estima que únicamente la mitad de la población pobre ha sido identificada y solamente el 5% se encuentra actualmente afiliada con las E.S.Ss. Se recomienda establecer como prioridad la identificación y afiliación de la población subsidiada. También se recomienda que la primera prioridad para los primeros dos años (1996-97) del periodo de transición, sea el incremento de la población cubierta por el P.O.S.S.

*Régimen Contributivo:* Se estima que 3.5 millones de personas adicionales se encuentran cubiertas por el Régimen Contributivo desde la implementación de la Reforma. Las recomendaciones sobre como expandir e incrementar el recaudo incluyen: Utilización de una entidad recaudadora de impuestos con poder para hacer cumplir el recaudo, DIAN, en el "impuesto de retención en la fuente" y para incrementar el monitoreo del cumplimiento del pago de impuestos por parte de las compañías pequeñas; eliminar los desincentivos de las EPSs en relación al subrecaudo de los impuestos sobre ingresos e incrementar los incentivos para las EPSs en la afiliación de independientes; y asegurar que los empleados del sector formal y los empleadores se afilien al Sistema.

Continuando con una evaluación de tales esfuerzos, se debe garantizar un sistema de pagos mixtos enfocado al ajuste de riesgo. Además se recomienda una clasificación más detallada por edad y sexo.

*Reaseguro:* El fondo común de Riesgo Prospectivo Ajustado, reduce directamente los incentivos para la selección de riesgo. Se recomienda que, siguiendo la intención de la Ley 100/93, Colombia establezca un fondo de reaseguro para las enfermedades de alto costo.

### **Información de Pagos y Costos:**

Se encontró que el sistema de pagos en Colombia tiene que ser renovado y las Tasas de pago racionalizadas. Se recomienda que el Ministerio de Salud tome el liderazgo para desarrollar un sistema de contabilidad de costos y de información clínica uniforme, y para establecer una fuerza de trabajo que incluya expertos de los hospitales públicos, privados y del ISS. Se recomienda que posteriormente el MSP lleve a cabo un estudio de contabilidad de costos más integral y mejorar la claridad y precisión del sistema de codificación para los servicios.

Los hospitales deben ser pagados sobre una base de ajuste por admisión para los servicios de hospitalización, y con ajustes de acuerdo con el nivel, localización y una amplia categoría de mezcla de casos de pacientes admitidos. tan pronto como sea posible se debe utilizar la capitación para el pago de la atención primaria, especialmente en áreas competitivas. El esquema de honorarios por servicios ambulatorios, debe ser agregado y deben establecerse los niveles de honorarios, con el fin de desincentivar la proliferación de servicios ambulatorios. También la Comisión de Pagos Hospitalarios debe determinar las tasas de pago apropiadas.

### **Calidad:**

Para establecer un proceso de mejoramiento de la calidad a largo plazo en Colombia, se encontró que los mínimos estándares alcanzables deben establecerse ahora y ser mejorados periódicamente. Se recomienda el establecimiento de instituciones de acreditación para establecer las regulaciones y la creación de la Comisión de Calidad para vigilar y crear consenso técnico en calidad que obtenga una amplia y voluntaria aceptación de las regulaciones.

### **Leyes y regulaciones:**

No se encontraron mayores conflictos entre las leyes 60 y 100 pero si existen ambigüedades en ellas. Las etapas para solucionar este problema incluyen:

establecer lineamientos claros para la asignación del 20% del Situado Fiscal que puede ser para salud o educación; modificar los criterios de distribución del Situado Fiscal entre departamentos incluyendo indicadores como número de pobres, proporción de afiliados y no afiliados al sistema y el valor de la UPC.

### **Política Dual:**

Se encontró que Colombia necesita mas datos, información y análisis de impacto antes de decidir cuando y donde se debe adoptar la política dual. Se recomiendan estudios adicionales que puedan identificar: la localización de las áreas no competitivas, las condiciones sociales, económicas y epidemiológicas de la población; y, la oferta de servicios de primer, segundo y tercer nivel. Además se recomienda que el gobierno colombiano asuma las siguientes acciones en el primer año: llevar a cabo un censo de instituciones prestadoras de servicios y recurso humano en salud, mapeo de instituciones y del recurso humano; definición de áreas de mercado, realizar una encuesta de hogares, mapeo de áreas de mercado de aseguradores y prestadores de servicios y desarrollar ejemplos de contratación.

### **Hallazgos y recomendaciones para las Instituciones Regulatorias: Capítulo 4**

Se encontró que las instituciones Regulatorias de Colombia requieren ser fortalecidas y reestructuradas. La rápida rotación de los funcionarios de alto nivel en el MSP y la Superintendencia impiden el logro de una capacidad técnica consistente y sostenida, y la estabilidad general en la implementación de la reforma. Para desarrollar continuidad técnica y para fortalecer la construcción de consenso entre los interesados, se recomienda la creación de tres comisiones: pagos, calidad y tecnología.

*MSP:* Se encontró que para algunas funciones regulatorias claves del MSP se requiere unidades administrativas estables, en particular: estudios de mercado; asistencia técnica en gestión; evaluación de la UPC y de los mecanismos de pago; planeación del recurso humano; asistencia técnica para el proceso de descentralización; mejoramiento del sistema de información y, monitoreo de la calidad e información sobre calidad a los consumidores. Además se recomienda que el MSP cree una única Dirección de análisis de la Política de la Reforma en Salud, que combine las direcciones de: Análisis y Política Sectorial, Planeación, Estudios Económicos e Inversión Pública y Seguridad Social que dependa directamente del despacho del Ministro. También se recomienda la creación del Instituto Colombiano de Investigación y Políticas en Salud, autónomo, para ofrecer una capacidad de investigación de alta calidad respetada por todos los interesados.



*Consejo Nacional de Seguridad Social:* Se encontró que el Consejo Nacional requiere capacidad adicional para información, iniciativas y establecimiento de la agenda. Se recomienda que el Consejo disponga de su propio equipo de profesionales y que las comisiones asesoras le reporten directamente a él. También se recomienda la creación de asociaciones de usuarios, basados en organizaciones existentes de consumidores y no gubernamentales, con el fin de incentivar una mayor representación de los intereses de los beneficiarios en el Consejo y en otras instituciones participativas.

### **Hallazgos y Recomendaciones para EPSs y el ISS: Capítulo 5**

Se encontró que el énfasis en el primer año ha sido convertir los afiliados de las EPSs al P.O.S , y convertir los afiliados del I.S.S a las EPSs privadas. Se recomienda dar mayores incentivos a las EPSs para la afiliación de independientes, y mayores incentivos a los independientes para participar en el sistema.

Se encontró que tanto los afiliados como las aseguradoras tienen claros incentivos para subdeclarar ingresos, y las EPSs tienen incentivos débiles para recaudar el total de impuesto para salud sobre los ingresos. Se recomienda incrementar los esfuerzos en el recaudo.

También se encontró, que la falta de un entendimiento claro por parte de los consumidores y los proveedores es un gran obstáculo para la implementación exitosa de la Reforma. Se recomienda educar a los consumidores y a los proveedores con el fin de estimular los procesos de afiliación y contratación.

Otro hallazgo indica que los especialistas y los hospitales no están compitiendo efectivamente entre ellos por los contratos. Se recomienda mejorar las destrezas en contratación de los administradores de hospitales públicos y fortalecer las Leyes anticompetencia, para incrementar la participación de los proveedores.

Se encontró que el I.S.S es percibido como institución con ventajas de mercado injustas e ilegales. Por ejemplo, el I.S.S no está cobrando cuotas moderadoras, y tampoco contribuye ni recibe subsidios del FSyG. Se recomienda estimular la competencia justa exigiendo al I.S.S el cobro de cuotas moderadoras y su contribución al FSyG.

### **Hallazgos y recomendaciones para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Capítulo 6**

#### **Administración Hospitalaria:**

Los hallazgos preeliminares de los problemas administrativos son: falta de comunicación entre los planeadores estratégicos y el Staff en los hospitales; poca atención a los incentivos para los empleados y falta de disponibilidad de sistemas de información computadorizados que sean efectivos y fáciles de usar en la mayoría de las instituciones. También se encontró que los administradores de hospitales podrían beneficiarse del desarrollo gerencial y de supervisión, especialmente en las áreas de contratación y gerencia de los recursos humanos. Se recomiendan dos enfoques centrales para mejorar la gestión hospitalaria: estudios de comportamiento organizacional y la creación de quince hospitales "ejemplares" para evaluar las técnicas gerenciales y brindar oportunidades de entrenamiento y, segundo, se recomienda el desarrollo de capacidad de asistencia técnica para brindar un soporte continuo para cambios gerenciales y de aseguramiento de la calidad

Una recomendación inmediata para mejorar las habilidades gerenciales de los proveedores incluye el perfeccionamiento de los programas actuales tales como los ofrecidos por el Centro de Gestión Hospitalaria y el fortalecimiento de los programas de Administración de Salud y Hospitalaria, llevadas a cabo por Universidades y firmas consultoras. Se recomienda que estos programas sean coordinados con los programas de Mejoramiento de los Servicios de Salud y Sistemas Municipales.

#### **Estudios de Comportamiento Organizacional y Hospitales "Ejemplares" de Demostración:**

Con el fin de mejorar la gestión hospitalaria, se recomienda el desarrollo de una serie de intervenciones. Por ejemplo, programas de entrenamiento, cambios estructurales, vinculación de personal y nuevos sistemas, que pueden ser implementados en un grupo de hospitales seleccionados como proyectos demostrativos para orientar la gestión, la calidad de los servicios, los problemas de eficiencia en los hospitales públicos y clínicas. Se desarrollarán módulos basados en las experiencias de estos hospitales, para posterior asistencia técnica y replicación de las intervenciones. Estos hospitales de demostración seleccionados también pueden utilizarse como centros de entrenamiento para grupos de otros hospitales.

#### **Aseguramiento de la Calidad:**

Pocos hospitales tienen procesos de mejoramiento de la calidad significativos. Se recomienda el establecimiento de un gran programa para mejorar las habilidades de asistencia técnica para apoyar a los hospitales en el desarrollo y evaluación de sus programas de Aseguramiento de la Calidad. También se recomienda la creación de una institución de acreditación del sector privado para hospitales y grandes clínicas.

El proceso actual de licenciamiento de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud es un simple registro de los recién graduados. Se recomienda la demostración de habilidades mínimas y una recertificación periódica.

### **Sistemas de Información Clínica y de Contabilidad de Costos:**

Se encontró que el 90% de los hospitales colombianos del nivel II y III no tiene información precisa sobre los costos unitarios de sus servicios médicos. Se recomienda que el MSP ejerza un liderazgo nacional y establezca Sistemas de información clínica y de Contabilidad de Costos uniforme y para todo el país.

### **Hallazgos y Recomendaciones para Recursos Humanos: Capítulo 7**

Se encontraron problemas del recurso humano en cuanto a la estructura y asignación de tareas, distribución geográfica, competencia técnica y educación del personal de salud. Se recomienda dar prioridad inmediata a: Talleres en sitios de trabajo para mejorar la atención de trauma y la Atención Primaria en Salud; una preparación clínica corta y supervisada antes del servicio social obligatorio; certificación de los practicantes rurales de atención primaria; y, la conformación de una comisión de alto nivel ("blue Ribbon") para tres años con el fin de coordinar los esfuerzos en planeación y desarrollo del Recurso Humano. Se recomienda dar prioridad a mediano y largo plazo a: Análisis y establecimiento de modelo para la oferta y demanda de recursos humanos; definición de incentivos para la redistribución geográfica del Recurso humano existente; creación de una nueva categoría ocupacional: "Practicante Rural de Atención Primaria en Salud"; reestructuración del curso de la Carrera de Enfermería; y, sistemas de diseño, verificación y evaluación del mejoramiento del sitio de trabajo.

### **Prioridades Inmediatas y a Mediano Plazo y Planes de Acción:**

La reforma del sector de la salud en Colombia significa un compromiso innovador y complejo. Con ella se pretende alterar la estructura fundamental de todo el sistema, incluyendo el Gobierno y el mercado privado para alcanzar la universalidad y mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud. Su implementación total tendrá que enfrentar grandes desafíos y requerirá muchos años para llevarla a cabo en su totalidad. Mas aún, es importante mencionar que a medida que la reforma avance, Colombia aprenderá, con base en la experiencia, cuáles son los mayores obstáculos y vacíos que impiden el éxito de la implementación. Por lo tanto, será indispensable considerar nuevas políticas y prioridades y tomar los correctivos necesarios. Dividimos nuestras recomendaciones en tareas de implementación a mediano plazo (4-5 años) y a largo plazo (10 años). Se resumen las principales recomendaciones a mediano plazo en la Tabla 2. El plan total de implementación

recomendado se presenta en el capítulo 8, en el cual se resumen más de sesenta recomendaciones significativas.

Para implementar efectivamente la reforma con el fin de lograr los objetivos que persigue Colombia, el país tiene que ampliar la cobertura de la población, separar el rol financiero del rol de provisión de servicios del gobierno, transformar las instituciones gubernamentales, promover la creación de EPS privadas y aumentar y mejorar los recursos humanos. En el cuadro de recomendaciones que se presenta en las cuatro páginas siguientes, resumimos las acciones cruciales que sugerimos que el gobierno debe adoptar con el fin de producir los resultados deseados a mediano plazo.

## CUADRO DE RECOMENDACIONES

Objetivo de la Política	Condición actual	Recomendaciones
Ampliar la cobertura de la población bajo el Régimen subsidiado	<p>Solamente la mitad del estimado de 9.7 millones de pobres se han identificado a través del SISBEN como carnetizados; sin embargo, 11 departamentos todavía no han comenzado.</p> <p>La mayoría de las áreas aún no tienen ESS o EPS que estén afiliando a la población subsidiada. Solamente cerca de 500.000 personas están afiliadas a través de las ESS para los beneficios POSS. Por lo tanto, la financiación y la provisión todavía están combinadas en la mayoría de los departamentos y municipios. Esta situación tiene serios efectos negativos en el logro de la universalidad y la mejora de la eficiencia y de la calidad.</p> <p>Al menos la mitad de los pobres viven en áreas atendidas por instituciones gubernamentales ineficientes y de baja calidad.</p>	<p>Que El DNP y el MSP establezcan fechas límites para que los departamentos implementen el SISBEN y supervisen su progreso.</p> <p>Conducir campañas masivas de información para informar a los pobres sobre sus derechos y obligaciones; estimular y probar diferentes procesos de licitación para atraer a las EPS y a las cajas con el fin de que cubran el régimen subsidiado; fortalecer la unidad de las ESS en el MSP; crear o contratar una organización a nivel departamental que funcione como EPS para la población subsidiada que vive en las áreas que no tienen ESS o EPS.</p> <p>En la medida de lo posible, ofrecer a los afiliados la oportunidad de escoger los proveedores de atención primaria; certificar las instituciones privadas; ofrecer pagos por capitación para los servicios preventivos y de atención primaria y ofrecer pagos más elevados a las instituciones que integran los servicios de prevención y de atención primaria.</p>

## CUADRO DE RECOMENDACIONES

Objetivo de la Política	Condición actual	Recomendaciones
Ampliar la cobertura del Régimen Contributivo	<p>Más de una tercera parte de los <b>trabajadores empleados</b> pertenecen a compañías pequeñas. La <b>mayoría de ellos no están afiliados</b>. El incumplimiento de la Ley 100 amenaza la estabilidad financiera del seguro universal a largo plazo.</p> <p>La mayoría de los <b>trabajadores independientes no están afiliados</b>; las EPS no ofrecen sus servicios a los independientes debido a una potencial selección adversa; los trabajadores independientes no están cubiertos por ATEP lo cual hace que su paquete de beneficios cueste más; los independientes pueden fácilmente informar salarios inferiores para evadir impuestos. <b>El no afiliarse amenaza la estabilidad financiera del FSyG y obstaculiza la universalidad.</b></p> <p>Las compañías, los trabajadores y los vendedores de las EPS tienen incentivos para no informar sobre los ingresos reales que están sujetos a impuesto; los empleados con altos ingresos no tienen muchas razones para afiliarse, por cuanto el 12% del impuesto sobre sus salarios les permite adquirir excelentes planes privados de Medicina Prepagada. <b>La evasión de impuestos amenaza la estabilidad financiera del FSyG.</b></p>	<p>Conducir <b>campañas masivas de información</b>; crear un sistema de codificación de los empleadores para identificar aquellas empresas no afiliadas; contratar la DIAN para que haga cumplir la recolección de los impuestos sobre los salarios.</p> <p>Establecer "un ingreso de equilibrio promedio" (IEP); <b>contratar la DIAN para recolectar los impuestos sobre los ingresos obtenidos por encima del IEP</b>; hacer ajustes actuariales a la UPC para que las EPSs cubran a los trabajadores independientes sin ATEP.</p> <p>Establecer "un ingreso de equilibrio promedio" (IEP); contratar la DIAN para recolectar los impuestos sobre los ingresos obtenidos por encima del IEP.</p>

## CUADRO DE RECOMENDACIONES

Objetivo de la Política	Condición actual	Recomendaciones
Mejorar la Política y la Administración Pública	<p>El MSP aún no se ha transformado adecuadamente para cumplir con su nuevo papel de acuerdo con la Ley 100; los altos mandos cambian frecuentemente; hay una elevada rotación de personal profesional; los papeles respectivos del MSP y del Consejo Nacional no están claramente determinados; al MSP le falta suficiente capacidad técnica y expertos para implementar la Ley 100.</p> <p>Al MSP y a la Superintendencia les hace falta información suficiente y oportuna con respecto al progreso de la reforma para tomar decisiones sobre la política.</p>	<p>Fortalecer y reorganizar el MSP; crear comisiones de asesoría técnica quasi-independientes y un instituto de políticas; definir etapas concretas para capacitación, reclutamiento y retención del personal administrativo y técnico.</p> <p>Mejorar los actuales sistemas de información, invertir en nuevos; delegar responsabilidades a una unidad en el MSP</p>
Garantizar Estabilidad Financiera para el Seguro Universal de la Salud	<p>El MSP, el MH, el FSyG, los departamentos y los municipios administran el programa; la información financiera está dispersa; existe muy poca previsión y planeación con respecto a las utilidades y a los desembolsos futuros. Cubrir toda la población subsidiada con el paquete del POS puede requerir fondos adicionales.</p>	<p>Designar una unidad en el MSP que se responsabilice de recolectar y analizar toda la información necesaria y de informar al Consejo Nacional; desarrollar un modelo para prever los requisitos financieros de los próximos 5 años y entregar informes anuales.</p>

## CUADRO DE RECOMENDACIONES

Objetivo de la Política	Condición actual	Recomendaciones
Mejorar la Calidad	<p>El profesional de la salud solamente recibe licencia una vez; la acreditación hospitalaria no se ha cumplido eficientemente. Existe escasez de equipos de trauma y la capacitación profesional es inadecuada para muchas áreas médicas, los médicos generales no necesariamente están capacitados para tratar las condiciones que observan.</p> <p><b>Escasez de Enfermeras.</b></p>	<p>Proporcionar inmediatamente <b>cursos de educación continuada</b> para las especialidades que tratan problemas que representan una alta proporción de la <b>carga de enfermedad</b>; proporcionar capacitación práctica para el personal médico recién graduado, con el fin que atiendan las áreas rurales; <b>certificar y acreditar a los médicos generales y a las instituciones de atención primaria</b>; establecer una <b>comisión de recursos humanos</b>.</p> <p>Crear programas de capacitación para otorgar el título de <b>enfermera practicante</b>; crear un programa de tres años para enfermeras registradas; mejorar y promover a las enfermeras auxiliares.</p> <p>El MSP debe designar personal de alta calidad para que se reúna periódicamente con el ISS y para que informe sobre los hallazgos al CONPES y al Consejo Nacional. Además, se debe otorgar poder a la Superintendencia para que imponga sanciones al ISS por su falta de cumplimiento.</p>
Transformar el ISS	<p><b>El ISS es el jugador dominante como EPS e IPS</b> por cuanto asegura a la mayoría de los beneficiarios. El ISS todavía no ha cumplido con la ley 100 y, por lo tanto, disfruta de una serie de ventajas competitivas. Esto obstaculiza la competencia y disminuye las posibilidades para mejorar la eficiencia y la calidad. Es posible que también debilite la solvencia financiera del FSyG.</p>	



## **AGRADECIMIENTOS**

Este proyecto es el resultado de una gran red de colaboración entre la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard y muchas instituciones y personas colombianas, funcionarios del Banco Interamericano de Desarrollo y otros aportantes. Apreciamos en gran medida el tiempo, el apoyo y el interés que muchas personas nos han dado durante los quince meses de trabajo en Colombia. Aquí queremos mencionar apenas a algunas de esas personas que han apoyado el proyecto. En primer lugar, les agradecemos a los cuatro Ministros de Salud, cuyo interés y participación en nuestro proyecto ha sido esencial para poder lograr nuestras tareas: Drs. Juan Luis Londoño, Alonso Gómez, Augusto Galán y María Teresa Forero de Saade. También agradecemos el constante interés del Vice-ministro Néstor Iván Moreno. Particularmente importante ha sido el cálido apoyo de nuestro director en la contraparte, Dr. Mauricio Restrepo, asesor del Ministro en la Reforma de Salud, y Nelcy Paredes, asesora del Ministro. También el apoyo de otros funcionarios gubernamentales, en especial de DNP, incluyendo a Juan Carlos Ramírez, Margarita Peña y María del Pilar Granados, y del Ministerio de Hacienda, Mónica Uribe. Dentro del Ministerio de Salud hemos tenido el apoyo constante de la Secretaría General y de los funcionarios y del personal de las direcciones de Planeación, Seguridad Social, Desarrollo de Servicios y de Recursos Humanos. También hemos contado con la colaboración del Programa de Mejoramiento de Hospitales, especialmente de la directora Dra. Margarita Carmona, y del Programa de Sistemas Municipales de Salud, en particular de su director Dr. Jorge Enriquez Vargas. También hemos contado con las opiniones y los comentarios del Senador Jaime Arias.

El Superintendente, Dr. Edgar González S., y muchos miembros de su equipo han ofrecido una gran cooperación al compartir datos importantes sobre muchos asuntos financieros y de utilización y por la participación en nuestros estudios institucionales. Así mismo, hemos contado con entrevistas e información suministrada por funcionarios del ISS, incluyendo a su presidente Dr. Antonio Yepes y a los vice-presidentes Drs. Eduardo Alvarado y Fernando Espinosa. Agradecemos, igualmente, el apoyo de la Dra. Beatriz Londoño, directora de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá.

Además, ha habido muchos observadores y miembros independientes de instituciones de investigación y de asesoría que han compartido información y comentarios con nosotros: Beatriz Plazas en FEDESARROLLO, Gabriel Carrasquilla y Teresa Tono en FES, Francisco Yepes en ASALUD y Fernando Ruiz en la Universidad Javeriana.

De igual forma, quisiéramos agradecer la cooperación y el interés mostrado por los representantes de las asociaciones hospitalarias, ASCOFAME, ACEMI, FASECOLDA, así como a los funcionarios de todas las EPS registradas que suministraron información esencial para nuestra encuesta sobre EPS. También le agradecemos a Comfenalco-Antioquia y al Banco de la República por compartir generosamente datos con nosotros.

Debemos expresar agradecimientos especiales a muchos funcionarios de las administraciones departamentales y municipales, y de los hospitales y clínicas de Bogotá, Medellín y Valledupar, quienes nos prestaron su asistencia en las visitas que realizamos a esos lugares.

También quisiéramos agradecer especialmente el incansable apoyo e interés de los equipos del BID que nos han acompañado en nuestras visitas a Colombia y han revisado muchos de nuestros borradores y materiales con nosotros durante estos quince meses. En especial, les agradecemos a: Graciela Schamis, Ernesto Castagnino, Holly Wong, Pablo Adam, Jorge Ossanai, Samuel Gueller, Pablo Rendón, María Mercedes Placencia y María Luisa Escobar.

## Capítulo 1

### INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Este capítulo presenta los antecedentes relacionados con la vinculación de la Universidad de Harvard con la Reforma de Salud en Colombia y la organización de este informe. También incluye algún material antecedente sobre el Sistema General de Salud en Colombia y una síntesis de la Reforma de Salud, para los lectores que no estén familiarizados con Colombia y su reforma de salud.

#### 1.1 VINCULACION DE LA UNIVERSIDAD DE HARVARD CON LA REFORMA COLOMBIANA

A finales de 1994, el Banco Interamericano de Desarrollo, como un requerimiento del Gobierno colombiano, contrató a un equipo de la Universidad de Harvard para que lo apoyara y asesorara en la implementación de su reforma en el sector de la salud. Específicamente, los objetivos del proyecto fueron los siguientes:

- Desarrollar un plan maestro integrado para la implementación de la reforma, que abarcara las políticas, las instituciones y los recursos humanos necesarios para implementar con éxito la Ley 100
- Realizar una revisión crítica de las Leyes 10, 60 y 100, y de su etapa actual de implementación, identificando sobreposiciones, inconsistencias y contradicciones con el fin de mejorar la coordinación de los decretos y programas que se derivan de estas leyes.
- Llevar a cabo un análisis profundo, así como prestar la asistencia técnica necesaria, sobre asuntos tales como el paquete de beneficios básicos, reaseguramiento, pagos ajustados por riesgos, estructura de incentivos para las entidades promotoras de salud y los prestadores del servicio, y la estructura organizacional de las EPS y ESS y sus funciones.
- Desarrollar un programa de evaluación continua para determinar los avances de las reformas, y hacer la retroalimentación del caso con el fin de realizar los ajustes necesarios.

- Diseñar estudios “piloto” para probar alternativas de organizaciones, estructuras administrativas y esquemas de incentivos, para la financiación y la prestación de la atención en salud dirigida a grupos de bajos ingresos.

### **1.1.1 Actividades del proyecto**

Las actividades del proyecto comenzaron en noviembre de 1994, cuando un equipo de profesionales de la Escuela de Salud Pública de Harvard, dirigido por el Dr. William Hsiao vino a Santafé de Bogotá para tener un encuentro con las autoridades colombianas, conjuntamente con una misión del BID, encabezada por la Dra. Graciela Schamis. Las tres partes discutieron detalladamente la reforma colombiana del sector de la salud y la responsabilidad de la Universidad de Harvard en la planeación y evaluación de la reforma. Desde esa época, el equipo de Harvard ha realizado numerosas actividades. A continuación aparece un bosquejo breve de las actividades que realizó el equipo de Harvard en 1995.

#### **Estudios y análisis:**

El amplio espectro de recolección de datos y del análisis realizado por el equipo de Harvard, aparece ilustrado en el material que abarca los Capítulos tres al ocho de este informe. En estos capítulos se presenta solamente una parte del análisis de todos los datos recolectados. Los resultados preliminares de los estudios que se mencionan a continuación sirven de base para nuestras recomendaciones para un plan maestro de implementación.

##### *1) Estudios financieros*

- Cuentas nacionales de salud.
- Análisis de Costos Hospitalarios.
- Ajustes por Riesgos y Reaseguramiento.
- Métodos de Pago y Tarifas.
- Encuesta a Proveedores Hospitalarios, Análisis de Capacidad y Productividad.
- Contabilidad de Costos y Sistemas de Información Clínica.

##### *2) Estudios Institucionales*

- Estudios Funcionales del Ministerio de Salud y la Superintendencia.
- Estudio Administrativo de los Hospitales.
- Estudio de las comisiones colombianas.
- Estudio de las EPS.
- Análisis Funcional de las Tareas de los Recursos Humanos.
- Asuntos legales.
- Sector privado.

## **Preparación de la solicitud de préstamo**

En mayo, el equipo preparó un Informe Provisional, en el cual se trató de presentar un resumen y la información básica para un préstamo de cuatro años que el Gobierno colombiano le iba a solicitar al BID. Este informe se basó en la información que había sido recolectada y analizada en los tres meses anteriores. Como resultado de este informe provisional, el equipo de Harvard estuvo trabajando los siguientes cuatro meses con el Ministerio y con el equipo del BID para ayudar a preparar la solicitud de un préstamo para el "Programa para Apoyar la Reforma en el Sector de la Salud de Colombia". En Diciembre de 1995, el BID aprobó el préstamo.

## **Asistencia técnica**

Además de prestar la asistencia técnica en la preparación de la solicitud del préstamo, se le pidió al equipo de Harvard que analizará y asesorará al Ministerio de Salud en ciertos asuntos, incluyendo el diseño de un instrumento rápido de evaluación para monitorear la reforma y su implementación, establecer prioridades para el Ministerio y el personal ejecutivo en relación con áreas que necesitaban de su atención inmediata, recomendaciones sobre el cubrimiento del Régimen Subsidiado, el nivel de salarios de los médicos empleados por el Estado, el sistema de información, la calidad y el proceso licitatorio para la administración del régimen subsidiado.

## **Visitas del equipo de Harvard a Colombia**

Las primeras visitas a Colombia por parte de varios miembros del equipo de Harvard desde Cambridge, se realizaron con el propósito de comprender mejor los parámetros de la reforma y su implementación, y se encontraron con los diferentes actores de la implementación de la reforma, contrataron un equipo local encargado de llevar a cabo la mayor parte de las actividades del proyecto en Colombia. Durante estas visitas, el equipo:

- Se reunió con personal del Ministerio de Salud, la Superintendencia, el Departamento de Planeación Nacional, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Trabajo, la Asociación de Hospitales, el Instituto de Seguros Sociales, las entidades de Medicina Prepagada y la Asociación de Aseguradoras.
- Se hizo un gran acopio de documentación e información sobre la reforma y se recolectaron documentos y materiales que serían relevantes en Cambridge.

- Se convocó y se seleccionó a un equipo de profesionales colombianos y de expertos técnicos mediante una serie de 30 entrevistas. Se contrató al Dr. Luis Gonzalo Morales como director local del equipo de Harvard en Colombia en febrero, y posteriormente a otros 10 miembros del personal (economistas, médicos, estadísticos, y personal de apoyo).

Durante las visitas posteriores a Colombia, los miembros del equipo de Harvard en Cambridge buscaron promover activamente el intercambio de conocimientos, ideas y experiencias entre ellos mismos y los colombianos involucrados en la reforma. El equipo fortaleció los vínculos con los funcionarios y los profesionales del Ministerio y estableció la colaboración y el apoyo del MSP y otras instituciones participantes en la reforma. Con ese fin se organizaron grupos de trabajo (conformados por los representantes de los diferentes ministerios y organizaciones) en instituciones, recursos humanos, planes de beneficios, sistemas de información y sistemas de pago. El equipo también identificó y buscó la coordinación con las partes interesadas nacionales e internacionales en la reforma, incluyendo el BID, BM, DNP y las fundaciones privadas de investigación y agencias de consultoría.

Con el fin de fortalecer los recursos humanos en Colombia y transferir conocimientos, el equipo de Harvard organizó seminarios para el personal del Ministerio, para el equipo local de Harvard e invitó a funcionarios de otros ministerios y del sector privado. Los miembros del equipo de Cambridge hicieron exposiciones sobre los siguientes temas:

- El sector privado en la prestación de servicios.
- Competencia regulada.
- Formas de pagos y contratación.
- Ajustes por riesgos y reaseguramiento.

### **Seminario en Cambridge**

En septiembre, el Proyecto realizó un seminario de dos días y una sesión de conformación de equipo en Cambridge con todo el equipo de Harvard: miembros de Colombia y de Cambridge. Tomaron parte en el seminario el Ministro de Salud, el Superintendente de salud, representantes de MH y DNP y otros funcionarios gubernamentales. Hubo discusión acerca de los avances y los problemas del proceso de reforma en Colombia, así como exposiciones de expertos en ciertas áreas sobre temas pertinentes.

### **1.1.2 El equipo de Harvard**

El personal del proyecto de Cambridge está integrado por el Dr. William Hsiao, investigador principal; Dr. Thomas Bossert, director del proyecto, y los siguientes miembros de tiempo completo y medio tiempo: economistas: Dr. Peter Berman, Dra. Rena Eichlaer, Dr. Eric Latimer, y Dr. Daniel Dunn; médicos y epidemiólogos: Dr. Julia Walsh y Dr. Carlos Avila; especialistas en investigación: María Herrera, Anupa Bir, María Leo, Claudio Orrego, Jaqueline Azroz y Jeanne Madden; y apoyo administrativo: Debbie Burke, Debbie Coleman, Catharine Evans, Maartje Joyce.

Entre los miembros del equipo de Bogotá, dirigido por el Dr. Luis Gonzalo Morales, están los economistas, Ursula Giedion, Aura Parra y Dr. Humberto Mora; médicos: Dra. Lida Alarcón, Dra. Catalina Latorre, Dr. Alvaro León Muriel, Dr. Juan Gozalo Lopez; enfermera: Mariela Barrera; estadístico: Nelson Pachón, y asistente administrativo: Nubia Barrera.

También hubo apoyo adicional y asesoría por parte del Dr. Frank Moore, Eliana Ianini, Dr. Héctor Favio Jaramillo, y Dr. Jaime Silva.

### **1.1.3 Problemas/Obstáculos**

Ciertos factores han obstaculizado el logro de las metas que nos fijamos en este proyecto. A continuación, las enumeramos brevemente:

1. La iniciación del proyecto se retrasó por demoras en los contratos, por el problema de consecución de personal, y por el período de vacaciones de diciembre y enero en Colombia.
2. Una vez iniciado el trabajo, nuestros esfuerzos se desviaron en parte por la preparación del préstamo. Los Términos de Referencia originales no especificaron claramente el nivel de trabajo requerido para asesorar la preparación de la solicitud del préstamo.
3. A pesar de los mejores esfuerzos de muchos funcionarios, el avance no fue el deseado por la alta rotación del equipo ministerial que hiciera de contraparte; ni tampoco se contó con una unidad técnica específica con la cual pudiéramos trabajar para coordinar nuestro trabajo con el Ministerio.
4. Falta de disponibilidad de información sobre muchos aspectos básicos de la reforma, especialmente sobre oferta de servicios en el sector privado, utilización y costos de los servicios y recursos humanos. Este obstáculo

generó grandes dificultades para que nosotros pudiéramos evaluar la situación de la reforma y ocasionó demoras.

5. Renuencia de algunas instituciones a suministrar información, lo cual obstaculizó y demoró el estudio. Aunque al comienzo todas las instituciones a las que se les pidió información estaban interesadas en ayudar, este interés no siempre se tradujo en colaboración efectiva, puesto que algunos consideraron que la información que se les estaba pidiendo era confidencial.

#### **Las lecciones para futuros proyectos son las siguientes:**

- El Banco Interamericano de Desarrollo y el Gobierno Colombiano deben asignar desde el comienzo, funcionarios en la contraparte para trabajar con el equipo de asistencia técnica. Estos funcionarios deben ser asignados por tiempo completo, ellos deben ser delegados o funcionarios principales dentro de departamentos relevantes, pero no Jefes de Departamento que no puedan dedicar suficiente tiempo al proyecto. Estos funcionarios deben asistir en la selección de personal y logística del proyecto para acortar el tiempo establecido.
- Los términos de Referencia deben definir claramente responsabilidades y expectativas, con productos claros y cronogramas establecidos. Sin embargo, debe permitirse flexibilidad para cambio de prioridades y contar con problemas de implementación imprevistos.
- La evaluación de la información disponible debe ser iniciada tan pronto como el proyecto sea establecido y deben ser buscadas estrategias alternativas para la obtención de la información.
- El Gobierno Colombiano debe tener responsabilidad para obtener acceso a los datos desde todas las fuentes principales.

## **1.2 OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DE ESTE INFORME**

En este informe se presenta un análisis de los conceptos, la implementación y el potencial de la reforma del sector de la salud en Colombia y nuestras recomendaciones en forma de un Plan Maestro de Implementación, con base en la información que hemos analizado a través de una serie de estudios durante los últimos 12 meses. El objetivo de este informe es reunir nuestros análisis sobre la situación actual en Colombia en una visión general coherente, y hacerle propuestas al Gobierno colombiano para la implementación del plan en los próximos 10 años. Reconocemos que nuestra experiencia debe complementarse con el conocimiento y las agendas de quienes toman las decisiones políticas en Colombia. Por ello, nuestro propósito es que este informe se tome como la **propuesta** de Harvard para



ser utilizada como punto de referencia en la discusión acerca de lo que debería ser el Plan Maestro de Implementación en Colombia.

Para lograr esta meta proponemos lo siguiente: este documento debe distribuirse a las instituciones y a las personas claves de Colombia para que lo examinen a comienzos de marzo. Después habrá una serie de seminarios y discusiones que se realizarán en la última semana de marzo con la participación de estas personas y del equipo de Harvard; y en los tres meses posteriores a estas reuniones, habrá una serie continua de discusiones entre las partes interesadas a nivel nacional con nuestra constante asesoría y apoyo técnico. Proponemos que durante este tiempo, se establezca un equipo ministerial que tome nuestra propuesta y modifique las recomendaciones de acuerdo con las directivas de los altos funcionarios del MSP y DNP, y que este plan final de implementación se le presente al BID el 30 de julio, al momento de iniciar la implementación del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Colombia.

El informe se basa en datos actualmente disponibles, en discusiones y entrevistas con informantes claves, en encuestas específicas y en la revisión de la bibliografía existente. Los hallazgos y recomendaciones de este informe se basan en información preliminar. La implementación de la reforma está solamente en la etapa inicial y en muchos casos no ha habido experiencias suficientes para evaluar la competitividad, el acceso y la calidad que se está presentando.

No obstante, consideramos que hay suficiente información para desarrollar un préstamo que tenga la flexibilidad de un primer año de análisis continuo de las políticas y una implementación inicial de actividades sobre las cuales ya hay claros indicios de su necesidad y viabilidad. Por lo tanto, hemos hecho análisis y recomendaciones con base en nuestra consideración de los resultados más probables, dado el estado preliminar de conocimientos. En áreas centrales donde no tenemos suficiente información, hemos recomendado vías e instrumentos para obtener la información necesaria y hemos incluido esta búsqueda de información en los planes para el primer año del préstamo.

El informe está organizado en ocho capítulos:

1. *Introducción.*
2. *Marco Analítico.*
3. *Políticas, instrumentos, financiación, leyes y regulaciones.*

4. *Instituciones gubernamentales y Regulatorias.*
5. *Entidades Promotoras de salud.*
6. *Provisión de Servicios.*
7. *Recursos humanos.*
8. *Recomendaciones para el Plan Maestro de Implementación propuesto por Harvard para la Reforma de Salud en Colombia.*

Después de esta Introducción, el capítulo de antecedentes presenta un análisis básico de la situación epidemiológica, económica e institucional antes de la reforma. Los problemas identificados en esta sección debían ser tratados por la reforma, que se resume en la siguiente sección. Posteriormente presentamos el marco analítico general para establecer los conceptos y las condiciones básicas para implementar la reforma, centrando la atención en el aseguramiento universal y en el modelo de competencia regulada que son el eje de las reformas. Los capítulos 3 al 7 presentan una revisión de los logros iniciales de la reforma, los obstáculos que están surgiendo, y nuestras recomendaciones en tres áreas: instrumentos de políticas, instituciones y oferta (los componentes de la descripción del perfil II de préstamos del BID). Nuestro capítulo final incluirá un Plan de Acción para cada propuesta y una descripción de las actividades del primer año.

## **1.3 CONDICIONES INICIALES DE LA REFORMA DE SALUD**

### **1.3.1 PERFIL DEL PAIS**

Colombia es una nación con ingreso medio bajo, con una población de 36 millones de habitantes (25% de los cuales viven en áreas rurales) y un PIB per cápita de \$1.700. El país se divide en 32 departamentos y 1050 municipios. El país ha experimentado un crecimiento económico general durante los últimos 20 años y actualmente se puede caracterizar como en estado de transición. Los niveles de pobreza han disminuido y en algunas áreas urbanas como ciertas partes de Bogotá, Cali y Medellín están altamente desarrolladas. A pesar de estos avances, un gran porcentaje de la población todavía vive en la pobreza.

En los últimos años, el sistema político colombiano ha sido dominado por dos partidos políticos moderados con una larga tradición. Este hecho, aunado al equilibrio relativo del poder entre estos dos partidos, ha dado como resultado una política económica razonablemente consistente a través de los años, en contraste con los movimientos extremos que han tenido que soportar otros países latinoamericanos. En parte debido a esto<sup>1</sup>, aunque Colombia se vio afectada por la crisis económica general que afligió a América Latina en la década de los años ochenta, a su economía le fue mejor que a la de la mayoría de los países de la región (Véase Tabla 1.3.1). Sin embargo, se puede decir que el desempeño general de la economía ha sido superior al del sistema político que se ha visto atestado de ineficiencias, de políticas anticuadas y de la oposición de grupos armados. A mediados de los años ochenta, Colombia tenía uno de los índices más elevados de homicidios en el mundo, debido a la expansión rápida de las ciudades, a la falta de reformas políticas y al consecuente incremento de la actividad guerrillera, a la protección pública ineficaz y a la expansión del narcotráfico. Esta violencia llevó a un sentimiento de inseguridad y a la exigencia de una reforma constitucional.

A mediados de la década de los años ochenta, el gobierno inició un proceso de descentralización que habría de reconfigurar fundamentalmente el Estado. Este proceso fue seguido por la promulgación de una nueva constitución política en 1991, que contó con un amplio respaldo, que incluía muchas medidas diseñadas para que el Congreso y el sistema judicial fueran más eficientes y responsables. También contenía una disposición que exigía que los miembros de la Cámara alta del Congreso fueran elegidos por representación proporcional y se introdujo la elección popular de gobernadores. La elección de un cuerpo ampliamente diverso, que incluía representantes de movimientos indígenas, iglesias protestantes, poderes tradicionales y de la izquierda, ayudó aún más a restaurar la confianza nacional.

**Tabla 1.3.1. Incremento Anual Porcentual del Producto Interno Bruto 1975-1990**

<b>Año</b>	<b>América Latina</b>	<b>Colombia</b>
<b>1975</b>	3.2	4.3
<b>1976</b>	4.6	4.2
<b>1977</b>	4.6	4.7
<b>1978</b>	4.7	8.8
<b>1979</b>	6.4	4.3
<b>1980</b>	5.7	5.5
<b>1981</b>	.5	2.3

<sup>1</sup> La economía también ha recibido el impacto tanto del dinero que ingresa al país por tráfico de drogas, así como por el costo de la violencia y la destrucción ocasionada por la industria de narcóticos.

<b>1982</b>	-1.2	1.1
<b>1983</b>	-2.5	1.9
<b>1984</b>	3.7	3.8
<b>1985</b>	3.6	3.8
<b>1986</b>	3.8	5.9
<b>1987</b>	2.6	5.5
<b>1988</b>		4.1
<b>1989</b>		3.2
<b>1990</b>		4.2

Fuente: Abstracto Estadístico de Latino América 28 (1990) y "Colombia Hoy", 25 No.8 (1991).

El actual Gobierno, que asumió el poder en 1994, ha hecho de la reducción de la pobreza, mediante una mayor equidad y eficiencia en el gasto social, una prioridad explícita. Han tratado de centrar los gastos en los más vulnerables, fortalecer instituciones que administran los programas sociales y estimular la participación comunitaria. Específicamente, se introdujo el programa de gobierno llamado "El Salto Social" (para ser implementado durante el período 1994-1998) que mejora la infraestructura y aumenta cada vez más las inversiones en el gasto social de un 10% en 1994 a un 13% en 1998. Todos estos factores conforman el telón de fondo para la reforma del sistema de salud en Colombia.

#### **1.3.1.1 Entidades territoriales descentralizadas**

La descentralización en el sector de la salud comenzó con una serie de leyes y regulaciones que surgieron a mediados de los años ochenta y, que además hicieron parte de un proceso más amplio de descentralización estatal. Comenzando en 1986, la Ley 12 le otorgó a los municipios cierto control sobre las transferencias nacionales para inversión en hospitales. En 1990, la Ley 10 le dió mayor impulso a la descentralización al suministrar la base legal para asignarles a los municipios la competencia operativa en la atención de salud de primer nivel: puestos de salud, centros y hospitales básicos, y al gobierno departamental, el segundo y tercer nivel de atención. Esta ley les asignó tareas operativas a estas "entidades territoriales", al mismo tiempo que le especificaba una función de establecimiento de políticas, de asistencia técnica y de control al Ministerio de Salud y a otros organismos de nivel nacional. Esta ley contemplaba un proceso de certificación y un cronograma anticipado para otorgarles competencia en la atención de salud a 32 departamentos y 1050 municipios.

En la Constitución de 1991, poderes más amplios les fueron asignados a los departamentos y los municipios, estableciendo un proceso electoral para los gobernadores y alcaldes y dándoles la autoridad territorial y la competencia en muchas funciones. En artículos específicos, la competencia para los servicios de

atención en salud quedó descentralizada según las mismas líneas establecidas en la Ley 10.

Al desarrollar la Constitución, la Ley 60 contempló transferencias financieras específicas a los departamentos y a los municipios, otorgándoles formalmente la autoridad y los recursos a estas entidades.<sup>2</sup>

Las estrategias de implementación de la descentralización, por lo general han buscado otorgar la autorización legal para controlar transferencias gubernamentales específicas a las entidades territoriales. Esta autorización se ve restringida después mediante la asignación específica de aquellas transferencias y por el establecimiento de un proceso de certificación por medio del cual las autoridades centrales les otorgan formalmente la autoridad y la competencia a los municipios y departamentos que califiquen. La Ley 10 estableció una serie de pasos formales y un cronograma de implementación para que se descentralicen los municipios seleccionados. Estos municipios se seleccionan con base en su capacidad anticipada para cumplir con los requisitos básicos: las áreas más desarrolladas esperan lograr la autonomía primero y las menos desarrolladas se espera que tarden años en hacerlo.

Este proceso se ha implementado muy lentamente. Sólo 10 departamentos de 32, y 19 municipios de 1050, fueron certificados a mediados de 1995, cinco años después de la legislación inicial. Aún más, esta secuencia algunas veces varió. La descentralización en algunos casos significó la asignación a nivel central de impuestos locales para fines específicos de salud. En otros casos, las transferencias del gobierno central se asignaron oficialmente antes de que muchas entidades recibieran la certificación oficial, especialmente en regiones políticamente poderosas en donde las autoridades locales fueron capaces de tomar el control de los recursos asignados. En algunos casos, los municipios formaron corporaciones autónomas para tomar la responsabilidad operativa del primer nivel de atención de salud.

Al Ministerio de Salud se le asignó la responsabilidad de suministrar asistencia técnica a las entidades territoriales para ayudarles a desarrollar lo requerido para ser certificadas. Los aportantes internacionales también apoyaron este proceso, patrocinando un programa para suministrar asistencia técnica administrativa por parte de las universidades locales y de las Organizaciones No Gubernamentales

---

<sup>2</sup> En 1993, la Ley 100, en cierta forma cambió el carácter de la descentralización que en principio había puesto un mayor énfasis en la devolución del poder a las entidades "territoriales" gubernamentales, por otro en el cual se promovían las fuerzas del mercado mediante aseguradores (EPS) y prestadores públicos y privados. El nivel nacional estableció las reglas de este nuevo sistema, que de cierta forma restringían la posibilidad de selección que se les permitía a las entidades territoriales.

(ONG), así como el desarrollo de manuales y de guías para los diferentes procesos técnicos y administrativos. También se brindó apoyo para mejorar los sistemas de información.

### **1.3.2 SITUACION DEL SECTOR DE LA SALUD**

#### **Situación social y de salud**

La situación social y de salud de la población ha mejorado significativamente durante las últimas décadas. Entre 1965 y 1990, el índice de crecimiento de la población disminuyó de 3.7% a 1.7% anual; los índices de mortalidad infantil y materna disminuyeron a la mitad durante ese mismo período. Los índices de alfabetización en hombres y mujeres están actualmente por encima del 85%. En la década de los años ochenta, el país gastó entre el 6% y el 7% de su PIB en salud (Munar, 1993). Nuestro estudio encontró que Colombia había gastado más del 7,3% del PIB en salud en 1993, un porcentaje elevado en comparación con otras naciones de ingresos medios.

A pesar de estos avances, la condición de salud a nivel nacional sigue estando por debajo de lo esperado. La mortalidad infantil todavía es 27 por cada 1.000 nacimientos vivos, la expectativa de vida actual al nacer es de 69.2 años. 13% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición general y un 21% de desnutrición crónica. Más de una tercera parte de todos los colombianos no tiene acceso a agua limpia, y la mitad de la población vive sin sistema de alcantarillado. La situación de salud varía en gran medida entre niveles de ingresos y por regiones.

#### **Organización de sistemas**

El país tiene un sistema de salud de tres niveles, en donde, antes de la reforma, las instituciones públicas (hospitales y centros de salud) ofrecían por lo general servicios de menor calidad a todos los usuarios, y cobraban sumas modestas por el servicio. Los pobres y los no tan pobres, un 65% de la población aproximadamente, se valían de las dichas entidades para su atención en salud. La mayor parte de los trabajadores del sector organizado (20% de la población) estaban cubiertos por los planes de salud del Instituto de Seguros Sociales (ISS) que financiaba y operaba sus propias instalaciones de salud. El grupo de ingresos elevados adquiría seguros en salud con aseguradoras privadas y Entidades de Medicina Prepagada, o simplemente pagaban de su bolsillo. Obtenían sus servicios de salud principalmente en instituciones de propiedad privada pero a menudo utilizaban hospitales públicos del nivel III para los servicios más importantes, a tarifas altamente subsidiadas.

Bajo este sistema de tres niveles, se calculó que tres cuartas partes de la población (más del 80% de la población rural y la mitad de la población urbana) no tenían ninguna cobertura de seguridad. Estos eran sobre todo los pobres del campo y de la ciudad quienes, o bien no podían pagar esquemas de financiación de servicios de salud organizados, o bien dichos esquemas no estaban a su disposición. Estas personas contaban exclusivamente con los servicios de salud públicos. Sin embargo, las instalaciones públicas solamente llegaban a la mitad de quienes lo necesitaban.

Por ley, aquellos que estaban empleados en el sector organizado debían ser cubiertos por el seguro social. Todos los empleadores privados que contrataran a uno o más trabajadores tenían que contribuir con el 8% de los salarios al Seguro Social para la seguridad en salud: dos terceras partes debían ser pagadas por el empleador y una tercera por el empleado. Sin embargo, esta ley no fue posible ponerla en práctica de manera efectiva: en 1993 tan sólo aproximadamente la mitad de los trabajadores elegibles estaban inscritos y pagaban. Más aún, el ISS se organizó para cubrir a los trabajadores empleados por la industria privada. En la mayoría de las regiones, éste no cubría a la familia de los trabajadores (algunos estaban asegurados parcialmente por las Cajas de Compensación o el Fondo de Compensación Familiar, sostenido por los empleadores que aportaban el equivalente al 4% del salario de los trabajadores). Los trabajadores estatales estaban cubiertos por entidades aseguradoras de salud conocidas como Cajas de Previsión. Aproximadamente el 5% de los colombianos compran seguros privados, lo que significa que una porción de aquellos que están cubiertos por el ISS y las cajas de previsión también están asegurados privadamente.

### **Prestadores del servicio de salud**

En 1993 se calculó que había 53.000 camas hospitalarias, 1.5 camas por cada 1.000 habitantes (MSP 1994). El 63% de ellas estaban en el sector público. En Colombia había unos 30.000 médicos o 0.9 doctores por cada 1.000 habitantes en 1990; menos de un tercio de los médicos eran empleados por el sector público. También había 50.000 enfermeras, de las cuales 8.000 tenían certificación (0.34 enfermeras certificadas por cada 1.000 habitantes y 0.94 enfermeras auxiliares por cada 1.000) y 10.000 promotores rurales de salud. El personal más altamente capacitado estaba concentrado en las instituciones de nivel II y III.

### **1.3.3 PROBLEMAS**

Colombia identificó varios problemas en el sector de la salud que necesitaban ser tratados en la reforma. Estos pueden caracterizarse como asuntos de equidad, eficiencia y calidad.

#### **1.3.3.1 Equidad**

Aun cuando ciertas áreas urbanas principales de Colombia cuentan con servicios médicos modernos y sofisticados, una gran parte de la población colombiana tiene un acceso limitado incluso a la atención básica en salud. La distribución desigual de los gastos en salud concentra los recursos sobre todo en las instalaciones grandes de atención curativa, localizadas en las áreas urbanas, en detrimento de las necesidades de atención preventiva primaria de la población pobre y rural.

El gasto fiscal de Colombia en salud se distribuyó de manera desigual en varias formas. Los gastos totales del gobierno en salud durante 1990, per cápita y por departamento, estuvo entre \$8.291 en el Cesar y más de cinco veces esa cifra (\$44.489) en Cundinamarca. La distribución de las instalaciones y de los recursos humanos reflejó un sesgo en los gastos hacia las regiones más ricas y las áreas urbanas (Véase Tabla 1.3.2). Parte de este sesgo se debió a gastos esperados más elevados en atención hospitalaria, que es más eficiente si se localiza en los mercados más grandes. Sin embargo, esta gran disparidad en los gastos no se justifica completamente por este hecho.

El ISS, que suministró servicios al 20% de la población, fue responsable del 60% de los gastos recurrentes en salud pública en 1991. Los gastos gubernamentales per cápita para instituciones de salud pública en 1991 fueron de \$9.600; los gastos gubernamentales per cápita en el ISS (P\$55.200), fue casi seis veces esa cifra. Los gastos en salud del ISS y de las Cajas per cápita también se concentraron en las áreas urbanas más ricas en donde satisfacían las demandas de aquellos que trabajaban en el sector formal, e iban desde P\$2.059 en el Chocó hasta P\$15.483 en Bogotá.

La falta de acceso a los servicios básicos de salud es un problema en Colombia. Según los análisis realizados por Molina et al en 1993, casi el 20% de la población total que necesita estos servicios informó que no tenía acceso a la atención. Este porcentaje era más elevado (28.5%) en la población rural y en los más pobres (36%), especialmente en los pobres del campo (40%). De todos aquellos que no utilizaron los servicios de salud para sus enfermedades, la mitad informó que la razón principal era que no podían pagar, mientras que un 10% adicional citó la distancia de las instalaciones a la casa, como la razón principal (Véase Tabla 1.3.3).



A pesar de que en las áreas pobres y rurales haya instituciones públicas, éstas por lo general carecen de personal y no poseen suministros ni drogas. La información indica que los pobres en Colombia a menudo prefieren pagar de su bolsillo un servicio ambulatorio privado, en lugar de utilizar los servicios públicos. No obstante, la atención en los hospitales privados rara vez era una alternativa viable para los pobres. Una hospitalización típica en una instalación privada cuesta el equivalente al 30% del ingreso anual de la cuarta parte más pobre de la población. En cambio, una visita ambulatoria le cuesta a una familia pobre el 4.5% de su ingreso mensual y el curso de tratamiento médico 11%.

### **1.3.3.2 Eficiencia**

La asignación de recursos para la salud ha sido ineficiente. Las instituciones del nivel I a menudo recibieron pocos fondos; los recursos se centraron en los hospitales de nivel II y III, dando como resultado una baja calidad en el servicio (recortes en drogas y suministros y personal con bajo entrenamiento) en las instalaciones de nivel primario. Esto, aunado a los pocos incentivos para una administración eficiente y a la ausencia de un sistema de remisiones efectivo y obligatorio, llevó a una subutilización de las instituciones de atención primaria. El índice de ocupación en 1993 en los hospitales públicos locales fue del 42%, en hospitales de segundo nivel 58%, y en instituciones del tercer nivel 75%.<sup>3</sup> Con frecuencia los pacientes evitaban las instalaciones de nivel bajo y preferían instituciones de segundo y tercer nivel de mejor calidad. Grandes cantidades llegaban a instalaciones de nivel más elevado y esperaban horas para que los atendieran por problemas que muchas veces se hubieran podido resolver en el nivel primario. Por ejemplo, aproximadamente el 16% de los pacientes dados de alta en las instalaciones de nivel más elevado en 1993 fue por nacimientos normales que fácilmente se hubieran podido tratar de manera más rentable en centros de salud.

La asignación general de recursos del gobierno para la salud se inclinó hacia la atención curativa más costosa, que generalmente recibieron hasta el 80% de los gastos, y no hacia un mejoramiento de la salud pública potencialmente más costo efectiva. Los costos más recurrentes fueron para los salarios y los beneficios del personal del tercer y el segundo nivel. Los salarios de los empleados públicos representaron un 70% de todos los gastos en salud del gobierno central, con cantidades más pequeñas asignadas a medidas de saneamiento del agua y a programas preventivos (12%). Durante la década de los años ochenta, el 78% de los gastos en salud pública se dedicaron a la construcción y al funcionamiento de instalaciones de salud, la mayor parte (57%) en hospitales de segundo y tercer

---

<sup>3</sup> También hubo variación de índices de ocupación de una región a otra.

nivel. Más aún, el grueso de los fondos que iban a las instalaciones de primer nivel no llegaban ni a los centros ni a los puestos de salud sino que era conservado por los hospitales locales que servían de centros administrativos. La construcción de hospitales de nivel II y III absorbía casi el 60% de los recursos de inversión, mientras que la atención del nivel I recibía el 20%.

Este sesgo hacia la atención curativa y no preventiva fue especialmente evidente a nivel regional. En 1990, 11 de los 24 departamentos del país asignaron más del 90% de todos los gastos a la atención curativa. Todos excepto cuatro departamentos, asignaron más del 80% a la atención curativa y tres departamentos asignaron menos del 5% al cuidado preventivo, aunque tenían los índices de mortalidad más elevados del país, así como los niveles más bajos de saneamiento y acceso a agua limpia. Sólo cinco de los 24 departamentos incrementaron el porcentaje de gastos para la prevención entre 1975 y 1990 y 12 (algunos con los peores indicadores de salud) realmente redujeron este porcentaje.

El sistema estimulaba a los funcionarios locales para que invirtieran excesivamente en la construcción de grandes instalaciones curativas, mientras se dejaban de lado los programas preventivos. El gobierno central entonces, se vio en la necesidad de cubrir estos costos recurrentes debido a que el nivel local carecía de fondos suficientes. A menudo se presentó una expansión de capacidad de camas y quirófanos subutilizados en los municipios en donde los sistemas de agua limpia todavía eran deficientes. La motivación económica y política eran los elementos determinantes en la asignación de gastos.

Además de deficiencias en la asignación de recursos para la salud, las deficiencias operativas también eran manifiestas. Una falta general de incentivos y de la obligación de responder por lo hecho en los proveedores de servicios de salud y los recortes de personal adecuadamente capacitado en las instalaciones rurales y de nivel I, dieron como resultado un desperdicio considerable en la prestación del servicio. Los médicos veían en promedio unos 16.2 pacientes por día; apenas unos dos por hora. Los datos más conservadores de visitas esperadas por día por un médico eran 32 (4 visitas por 8 horas). Otros proveedores de servicios de salud en Colombia estaban igualmente subutilizados.<sup>4</sup> Los bajos salarios, el exceso de personal, los estándares de desempeño no aplicados, los sistemas pobres de información y la falta de incentivos, todo esto se agrega a estos problemas.

### **1.3.3.3 Calidad del servicio**

---

<sup>4</sup> Aunque en algunas instalaciones la situación opuesta también se presenta y el personal atiende tantos pacientes por hora que comprometen la calidad de la atención dada.

## 1.4 RESUMEN DE LA REFORMA DE 1993

### 1.4.1 METAS

El Gobierno de Colombia se ha embarcado en una reforma ambiciosa del sector de la salud con el fin de promover el acceso a servicios de salud y a una prestación eficiente, de alta calidad y costo efectiva para toda la población. Las principales metas de la reforma son las siguientes:

- **Cobertura universal.** Garantizar la cobertura básica en salud por parte de una sistema de aseguramiento para todos los colombianos.
- **Solidaridad.** Permitir a todas las personas, independientemente de su capacidad financiera, tener acceso a servicios básicos de salud de calidad, por una contribución a través del subsidio de la población pobre y de bajos ingresos, a través de aquellos con ingresos relativamente altos.
- **Eficiencia con adecuada calidad.** Mejorar la situación de salud mediante la reasignación de recursos hacia la atención preventiva y primaria y hacia las áreas rurales y pobres. Reducir al mínimo las pérdidas en la prestación de servicios. Asegurar que la atención que se les preste a todos, cumpla con los estándares básicos de calidad y se brinde atención de la calidad más elevada posible, de acuerdo con los recursos disponibles

### 1.4.2 ESTRATEGIAS

La Ley 100 suministra una cobertura universal de salud mediante un plan de seguro social obligatorio financiado con impuestos a los salarios y con subsidios gubernamentales. Bajo dicha cobertura, todos recibirán un paquete de servicios básicos mediante una entidad promotora de salud. La participación en estas entidades promotoras de salud caerá dentro de uno de dos regímenes dependiendo del nivel de ingresos del afiliado; el "Régimen Contributivo" (RC) para aquellos que pueden pagar (trabajadores del sector formal y trabajadores independientes más pudientes) y el "Régimen Subsidiado", para los pobres y la población de bajos ingresos. Se calcula que el treinta % de la población será elegible para el régimen subsidiado, y dos tercios para el régimen contributivo. Los municipios y los departamentos determinarán la elegibilidad para el régimen subsidiado mediante la utilización de un instrumento denominado SISBEN, con base en la condición socioeconómica.

La cobertura de los afiliados al RC será financiada mediante una contribución del 11% del ingreso de cada trabajador afiliado. Ellos aportarán un 1% adicional de sus salarios para financiar la cobertura del RS que introduce un elemento significativo de redistribución de la financiación. La cobertura de los afiliados al RS se financiará

mediante los subsidios asignados de los presupuestos de los niveles municipal, departamental y central (adicionalmente - hasta el año 2001- por ingresos del petróleo) y el 1% del aporte del salario de los miembros del RC.

La Ley 100 ordena que haya dos paquetes estándares de beneficios en servicios de salud; el Plan Obligatorio de Salud (POS) para la población que aporta, y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS) para la población subsidiada. Hasta el año 2000, la pertenencia al RS implica un paquete de beneficios menos completos que el RC. Ambos incluirán promoción de salud y atención preventiva básica, en tanto que el RC también incluirá servicios curativos. Una cantidad fija de la contribución del 12% del salario será asignada exclusivamente para la promoción y la prevención básica en salud.

Con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad, todo ciudadano escogerá y se inscribirá en una Entidad Promotora de Salud (EPS). Habrá entidades similares llamadas Empresas Solidarias de Salud -ESS específicamente creadas para suplir las necesidades de los miembros del régimen subsidiado. Estas entidades serán responsables de la prestación del paquete estándar de beneficios en salud, de una forma innovadora de competencia regulada que integra el sector público, los sistemas de seguridad social y proveedores privados. Pueden ser organizaciones públicas o privadas y pueden prestar servicios directamente o mediante otras instituciones. Las EPSs recolectarán los aportes de los miembros del RC y recibirán un subsidio del gobierno territorial (municipio o departamento) o nacional para los afiliados al régimen subsidiado. El Fondo de Solidaridad pagará una prima ajustada por riesgos (PAR o UPC) a la EPS por cada persona inscrita de acuerdo con el sexo, la edad y tal vez por otras características del afiliado (De hecho la EPS devolverá cualquier excedente que reciba del afiliado del RC por encima del valor del PAR o UPC, o recibirá fondos adicionales de parte del Fondo de Solidaridad en caso de que el aporte del afiliado del RC esté por debajo del PAR o UPC). Una EPS puede hacer contratos con hospitales o centros de salud para la prestación de los servicios, o puede organizar y manejar sus propios hospitales y centros de salud, aunque estos proveedores de servicios sean administrativamente diferentes.

Los organismos reguladores como el Ministerio de Salud y la Superintendencia emanarán y harán cumplir regulaciones sobre el comportamiento de las EPS y proveedores y establecerán parámetros para un sistema que recolectará indicadores estandarizados de calidad y eficiencia en los proveedores y las EPS con el fin de supervisar el desempeño e informar a los beneficiarios acerca de la calidad de los servicios que están a su disposición.

Otro resultado de la asignación actual de recursos fue que la calidad de la prestación de servicios de salud públicos con frecuencia fue pobre, especialmente en las instituciones rurales de nivel I. Los medicamentos y los suministros a menudo no estaban disponibles. Un porcentaje significativo del personal en dichas instalaciones estaba haciendo su año rural obligatorio después de finalizar el currículo en la facultad de medicina u otro tipo de capacitación.<sup>5</sup> Muchos trabajaban en hospitales mal dotados y aislados para los cuales la capacitación en hospitales urbanos no los preparaba. Algunos tampoco tenían experiencia y estaban desmotivados. Esto daba como resultado un alto índice de rotación de personal (duraban por lo menos un año; por lo general rotaban después de seis meses). Más aún, muchos miembros del personal sólo asistían a las instalaciones públicas 2-3 horas de sus 8 horas de turno. Por buenas razones, otros miembros del personal bien capacitados se rehusaban a aceptar trabajos en instalaciones rurales mal financiadas.

Las áreas rurales no estaban solas en cuanto a la experimentación de problemas en la calidad de servicios. En áreas urbanas la calidad se veía afectada adversamente por una congestión de las instituciones de nivel II y III. A menudo, los pacientes se veían obligados a esperar en largas filas para ser atendidos y a permanecer en pabellones congestionados una vez eran admitidos. Debido al número de pacientes que acudían a consulta, a veces se demoraba la atención de los que estaban seriamente enfermos.

**Tabla 1.3.2 Distribución de Gastos de Salud entre Atención de las Personas, Infraestructura, y Programas Ambientales de Salud por Departamento**

Departamento	PIB per capita (1000's pesos de 1990)	Gastos Gubernamentales de Salud per capita
Antioquia	590.6	19,028
Atlántico	443.4	13,637
Bogotá D.C.	796.8	14,239
Bolívar	399.0	9,872
Boyacá	426.5	11,614
Caldas	436.4	17,573
Caquetá	348.4	27,802
Cauca	335.9	15,982
Cesar	346.7	8,291
Córdoba	363.6	19,667
Cundinamarca	779.5	44,489
Chocó	291.4	11,594
Guajira	908.1	18,577
Huila	442.0	16,603
Magdalena	303.7	10,443
Meta	625.0	27,224

<sup>5</sup> Los cálculos de 1990 indican que un 40% de los médicos, el 41% de las enfermeras, el 52% de los odontólogos y el 49% de los bacteriólogos estaban prestando el servicio de su año rural obligatorio.

Nariño	303.8	9,683
N. Santander	365.2	16,490
Quindío	689.8	28,401
Risaralda	616.0	26,399
Santander	623.7	21,869
Sucre	289.2	10,435
Tolima	466.0	11,477
Valle	655.1	17,654
<b>Total</b>	<b>503.9</b>	<b>17,327</b>

Fuente: Molina, 1993

**Tabla 1.3.3 Porcentaje de las Personas sin acceso a Servicios de Salud,  
con necesidad de ellos:**

Región	Más pobres 10%	Población Total (%)
Urbana (Grandes Ciudades)	25.2	14.4
Rural	40.3	28.5
Total	35.7	19.2
Razones de No asistencia:		
Servicios demasiado costosos		51
No había oferta en el área		10

Fuente: Molina, 1993.

## Capítulo 2

### MARCO ANALITICO

Con el fin de lograr las principales metas de la reforma del sector de salud en Colombia: cobertura universal, solidaridad y mejoramiento en eficiencia con adecuada calidad, el Gobierno debe asegurarse de que se cuente con los elementos necesarios. Estos se enumeran en un marco para analizar el progreso de la reforma colombiana: para evaluar los logros e identificar los obstáculos, identificar prioridades y desarrollar un plan de implementación. Estos elementos necesarios son:

- Instrumentos de Políticas, leyes y regulaciones.
- Instituciones gubernamentales.
- Entidades Promotoras de Salud (EPS, ESS).
- Proveedores (hospitales, consultorios).
- Recursos humanos (médicos, odontólogos, enfermeras, promotores de salud, administradores de servicios de salud).

Resulta útil pensar que los instrumentos de políticas, las leyes y las regulaciones son los pilares de la reforma. El Ministerio de Salud es el “cerebro” central de la reforma que tiene la información y el poder para implementarla mediante el desarrollo de los elementos mencionados. Otras instituciones gubernamentales, como la Superintendencia, hacen cumplir las reglas del sistema y protegen a los consumidores. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son la fuerza directriz detrás de una de las estrategias claves de la reforma: la competencia regulada. También se espera que afilien a la población contribuyente y recolecten impuestos a los salarios y por lo tanto, son esenciales para lograr las metas de cobertura universal, solidaridad y para mantener la estabilidad financiera del sistema. Las Entidades Promotoras de Salud han de proveer los paquetes de beneficios para los consumidores y asegurarse de que los servicios cubiertos se presten. Y por supuesto, los proveedores son la base del sector salud. Las Entidades Promotoras de Salud contratan a los proveedores para la prestación de servicios.

## 2.1 Instrumentos de Políticas, leyes y regulaciones

Los instrumentos centrales de políticas necesarios para la reforma son:

- *Afiliación* de la población en las Entidades Promotoras de Salud y *recaudo* de quienes deben contribuir.
- Suministrar *información a los consumidores* sobre sus derechos, obligaciones, y la calidad de los servicios, de tal manera que puedan escoger las EPSs que ellos deseen.
- Establecer mecanismos confiables para la supervisión y la asignación de recursos y asegurar la *estabilidad financiera* del sistema.
- Especificar el *paquete estándar de beneficios* a los cuales tiene derecho cada familia.
- Establecer la *prima de ajuste por riesgos* para pagar estos beneficios.
- Definir los *sistemas de pago* apropiados para crear incentivos a la eficiencia y la calidad.
- Desarrollar instituciones, procesos e información para mejorar la *calidad* de los servicios.
- Establecer la *base legal* para el sistema.
- Establecer una *política dual* para áreas sin suficiente competencia en el mercado, para mejorar la eficiencia y la calidad.

### 1) Afiliación y recaudo de impuestos

La cobertura universal depende de tener un proceso efectivo para afiliar a la población. En un sistema donde hay población subsidiada y contribuyente, esto significa que se necesitan dos tipos de afiliación. Afiliación de las personas que tienen derecho a los subsidios requiere de una prueba que determine la elegibilidad. La inscripción de la población contribuyente requiere de un mecanismo que asegure que las contribuciones se recaudarán y que son la porción correcta de los ingresos de quien aporta.

### 2) Información para los consumidores



Un obstáculo para el avance de cualquier reforma es la falta de conocimiento que tienen los consumidores sobre sus derechos y obligaciones en el nuevo sistema. La información sobre afiliación y recaudo es importante, de tal manera que las personas sepan lo que pueden obtener inscribiéndose y contribuyendo. Para que funcione la estrategia de competencia regulada es importante que los beneficiarios conozcan sus opciones y tengan información sobre la calidad de los servicios disponibles para que así puedan comenzar a elegir las Entidades Promotoras de Salud que suministran lo que ellos desean con la calidad que prefieren.

### **3) Solidez financiera**

La cobertura universal y el acceso equitativo a la atención básica dependen de la estabilidad de los recursos y de un método apropiado para su financiación. Los aportes de la población contribuyente deben ser suficientes para cubrir el pago ajustado por riesgos para sus beneficios y en un sistema que tiene principios solidarios, suministrar un subsidio cruzado a la población pobre. Puesto que no es probable que este subsidio cruzado cubra todos los costos de las primas de la población pobre, el gobierno debe aportar fondos adecuados provenientes de los ingresos generales para financiar estos beneficios básicos. Para que este sistema funcione efectivamente, los mecanismos de financiación deben ser transparentes, supervisados y controlados cuidadosamente y simples de administrar. Lo que se recolecte y los aportes gubernamentales deben llegar a un solo fondo y deben reasignarse a las EPSs según reglas claras.

### **4) Paquete de beneficios**

Debe definirse un paquete básico de beneficios de tal manera que suministre la atención en salud requerida financiable con los fondos disponibles. Este paquete debe incluir la promoción y la prevención en salud así como servicios curativos. Un método para definir un paquete de beneficios que se pueda pagar es combinando los estimados de incidencia de enfermedades con el estimado del costo de tratamiento de cada enfermedad, para así seleccionar el paquete más costo efectivo y dirigirlo a las enfermedades prevalentes.

### **5) Pago (prima) ajustado por riesgos**

Para financiar el paquete de beneficios mediante un esquema de seguridad universal debe establecerse una pago único ajustado por riesgos. Bajo el enfoque

de competencia regulada, el pago ajustado por riesgos sigue a cada persona inscrita en la Entidad Promotora de Salud que haya escogido. Con el fin de reducir al mínimo la selección de riesgos, el ajuste debe ser apropiado y preciso. También se necesita un esquema de reaseguramiento para reducir al mínimo los efectos de una selección adversa y de la selección de riesgos ya que los métodos para su ajuste son imperfectos.

## **6) Pagos**

Para lograr el objetivo de mejorar la eficiencia y asegurar la solidez financiera del sistema, se requieren sistemas de pagos con incentivos adecuados. El pago por servicios prestados, es el sistema predominante actualmente, fomenta un mayor uso de los servicios curativos y da como resultado inflación en los costos. Dentro de las alternativas se encuentran pagos por capitación, pagos por admisión y pagos mixtos. Para desarrollar pagos apropiados se debe disponer de un sistema de información clínica y de costos para calcular correctamente las tarifas de pagos.

Los términos de los contratos entre EPSs y prestadoras son los instrumentos que establecen cómo esas instituciones interactuarán en el mercado. Se espera que los contratos incorporen incentivos tanto para control de costos como para incremento de la calidad. El énfasis de quienes inducen la demanda sobre la calidad, debería esperarse que diera lugar a contratos que especifiquen cómo la calidad será monitoreada y documentada, así como las sanciones por desempeño no satisfactorio. Debería haber una función para la regulación de incentivos en los contratos con otros objetivos nacionales, tales como controles sobre la adquisición de tecnología costosa. Las características de contratos encontrados en mercados competitivos deben ser usados como modelos en mercados con baja competencia.

## **7) Calidad**

Hay muchas formas de mejorar la calidad en los servicios de salud. Asegurar la calidad mínima requiere el establecimiento de estándares básicos y medios para acreditar y dar licencias a los proveedores. También es importante desarrollar un proceso de evaluación que utilice indicadores de calidad que vayan más allá de los estándares mínimos con el fin de mejorar continuamente la calidad. Finalmente, a los consumidores debe dárseles información de tal manera que escojan la EPS y los proveedores de manera racional. Estos procesos también deben ser apoyados por programas de administración y garantía de la calidad en las instituciones del sector de la salud.

## **8) Bases legales**

En un sistema en el cual se combinan los intereses públicos con los mecanismos del mercado, resultan particularmente importantes las leyes y las regulaciones bien definidas con el fin de asegurar que las reglas del nuevo sistema sean claras y consistentes para todas las instituciones y los beneficiarios. Las leyes deben especificar el papel y la función tanto de las instituciones públicas reguladoras así como las instituciones públicas y privadas que suministran los planes de seguros y servicios. También se requieren leyes y regulaciones que aseguren que los intereses del consumidor están bien representados por las instituciones (Entidades Promotoras de Salud) que servirán como compradores colectivos de los servicios de salud. Se necesitan regulaciones que aseguren que los pagos ajustados por riesgos que reciben las Entidades Promotoras de Salud para comprar servicios de salud para las personas inscritas, sean justos para todos. Las leyes deben establecer los mecanismos institucionales para supervisar la viabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud, proteger a los consumidores contra los fraudes, regular los estándares de calidad y asegurar la disponibilidad y el acceso a los servicios tal como están definidos. Así mismo, se requieren, leyes y regulaciones para controlar la selección adversa de los consumidores y la selección de riesgos de las Entidades Promotoras de Salud. Se necesitan las regulaciones para asegurar que se diga la verdad en los anuncios publicitarios y para establecer topes en las comisiones que se les pagan a los vendedores. Debe establecerse un proceso para que los consumidores resuelvan quejas contra las entidades promotoras y los proveedores.

La competencia regulada se presenta en las Entidades Promotoras de Salud, que compiten para que las personas se afilien por precio y calidad, y en los proveedores que compiten entre sí por los contratos de las Entidades Promotoras de Salud con base en el precio y la calidad. Se necesitan leyes y regulaciones tanto para promover la competencia como para evitar las prácticas anti-competitivas como los monopolios y la colusión.

Con el fin de proteger la seguridad pública, se necesitan leyes y regulaciones que establezcan estándares mínimos de calidad para los proveedores, tales como una acreditación ejecutable para los hospitales, consultorios, laboratorios y farmacias. Es necesario establecer requisitos para el licenciamiento o la certificación de médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos y farmacéutas. Debido a que es difícil que los consumidores evalúen la calidad de los servicios, además de la regulación de la calidad de los insumos, Colombia también necesita regulaciones para mejorar la calidad de los procesos de atención médica, mediante protocolos estándar de tratamiento para enfermedades seleccionadas y una regulación sobre las redes de

comités científicos. También se debe avanzar en educación en salud, así como en atención primaria y preventiva.

## **9) Política dual**

Muchas áreas de Colombia no tienen EPS ni ESS. El gobierno debe establecer entidades intermediarias como compradores colectivos para la población subsidiada. Muchas zonas tienen pocas instalaciones de nivel II y III que puedan competir, y a su vez son proveedores monopólicos. El gobierno debe intervenir para corregir la falta de competencia, por ejemplo, mediante una política de pagos con el fin de reducir las pérdidas, mejorar la eficiencia y la calidad y moderar la inflación de los costos.

## **2.2 INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES**

Las instituciones gubernamentales son necesarias para planear y establecer políticas y regulaciones generales y para poner en marcha la supervisión de su cumplimiento. El Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social son responsables de la supervisión de todo el sector de la salud y de la implementación de la reforma en el sector de la salud. El Ministerio necesita información precisa y oportuna para planear, implementar y supervisar los avances de la reforma y para formular políticas encaminadas a enfrentar los problemas. Además del Ministerio, Colombia cuenta con un organismo regulador específico, la Superintendencia de Salud, que tiene funciones de supervisión y control. Este organismo tiene responsabilidades específicas de a) controlar la selección adversa, la selección de riesgos y el reaseguramiento; b) dar licencia a las Entidades Promotoras de Salud y a los proveedores del servicio; c) recolectar y dar a conocer información al público acerca del precio y de la calidad y d) asegurarse de la solidez financiera de las entidades promotoras.

Colombia ha creado un fondo separado, el FSyG, que es una institución encargada de distribuir los ingresos a las entidades promotoras de salud y transferir los subsidios entre los regímenes Subsidiado y Contributivo, en las diferentes regiones y entre los diferentes fondos de riesgos.

Hay dos razones por las cuales es posible que Colombia también requiera de un organismo o de una comisión para establecer los precios de los servicios hospitalarios: **a)** muchos hospitales de II y III nivel son monopolios y **b)** los hospitales públicos están subsidiados. Los hospitales que son monopolio pueden necesitar la regulación de precios. Los hospitales públicos subsidiados tienen una ventaja de costos sobre los hospitales privados, la cual debe tenerse en cuenta.

La nueva tecnología médica ha contribuido a la disminución de la morbilidad y ha extendido la expectativa de vida en los últimos años. Si bien los nuevos avances tecnológicos contribuyen a un resultado positivo de mejoras en la salud, estos también son responsables del incremento en los costos de la atención médica. Bajo la cobertura universal de la seguridad en Colombia y la competencia regulada, es posible que proliferen los servicios costosos de tecnología avanzada a medida que los hospitales compitan por los pacientes. Por ello, tal vez sea necesario establecer en Colombia una junta de evaluación de tecnología que evalúe los costos y los beneficios de la nueva tecnología y evite la duplicación de aquella tecnología de alto costo.

Con el fin de asegurar un suministro adecuado de recursos humanos y programas de educación, es necesario que Colombia cuente con un organismo o una comisión permanente que evalúe, planee y supervise el desarrollo de recursos humanos en el sector de la salud. Este organismo debe planear y regular los roles y las funciones de los profesionales médicos y de la salud, la educación en medicina, la residencia y la especialización, las políticas de inmigración de los profesionales de la salud y la capacitación de personal administrativo en el sector.

Con el fin de asegurar la calidad de las instituciones proveedoras de los servicios de salud, Colombia necesita crear un organismo para acreditar los hospitales y los consultorios, además, para supervisar su funcionamiento. Un organismo cuasi público puede ser una opción para esta función, como sucede en Estados Unidos con la Comisión Conjunta de Acreditación de las Organizaciones del Sector de la Salud.

Se necesita una institución pública para que supervise la calidad de la atención y les suministre información a los consumidores. Además de crear estándares de calidad mediante la expedición de licencias a los profesionales médicos y la acreditación de las instituciones, Colombia puede necesitar establecer un comité de garantía de calidad que desarrolle protocolos estándar de tratamiento para las enfermedades más comunes y realice auditorías médicas.

### **2.3 ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS Y ESS)**

Colombia ha adoptado la estrategia de la competencia regulada para mejorar la eficiencia y la calidad. La competencia regulada es un enfoque indirectamente competitivo de dos instancias para inducir a las entidades promotoras y a los proveedores para que operen eficientemente y les respondan a los consumidores. En la primera instancia, el consumidor se afilia en la Entidad Promotora de Salud

mediante una evaluación de la calidad de los servicios y del precio de los servicios adicionales que desee recibir. En la segunda instancia, las Entidades Promotoras de Salud actúan como compradores colectivos de los servicios de salud para el consumidor, seleccionando y negociando el mejor precio y la calidad de los servicios de un conjunto de proveedores. Las Entidades Promotoras de Salud y los proveedores pueden ser públicos, privados o sin ánimo de lucro. Pueden operar en regiones con muchos competidores, algunos o ninguno. Así mismo, pueden funcionar en regiones con mucho o poco aporte potencial de afiliación. Todas estas características tienen impacto en la forma como las fuerzas del mercado van a interactuar para lograr las metas de la reforma.

Las Entidades Promotoras de Salud contratan a los proveedores para que les presten servicios a las personas afiliadas y compiten entre sí demostrando la mejor calidad de sus proveedores o vendiendo planes complementarios. En Colombia, como las Entidades Promotoras de Salud reciben una prima ajustada por riesgo por cada persona inscrita, ellas no pueden competir por los afiliados cambiando el precio de la prima. El mecanismo fundamental de la competencia entre las EPSs, desde la perspectiva de las personas inscritas en ellos, es la calidad.

Mientras existan incentivos para que las Entidades Promotoras de Salud surjan y afilien a la población empleada en el sector formal, los mecanismos del mercado no pueden ser adecuados para crear Entidades Promotoras de Salud que les sirvan a los trabajadores independientes y a los pobres. La falta de aseguradores que lleven el producto a los pobres y a los trabajadores independientes puede justificar el desarrollo de programas gubernamentales para atraer a estas entidades o la intervención gubernamental para crearlas.

## **2.4 PROVEEDORES (HOSPITALES, CONSULTORIOS, MEDICOS)**

En un área del mercado donde hay muchos proveedores y un exceso de oferta de servicios, éstos competirán entre sí para obtener los contratos con las Entidades Promotoras de Salud. Debido a que estas entidades reciben una prima fija por cada persona inscrita, para maximizar las ganancias deben reducir los costos al mínimo. Por ello, éstas contratarán a los proveedores que ofrezcan el precio más bajo y la mejor calidad. Esta dinámica será especialmente fuerte en áreas con exceso de oferta de servicios. El énfasis de los consumidores en la calidad, aunado al énfasis de los compradores en manejar los costos, deben dar como resultado una mayor eficiencia y calidad en los servicios médicos.

Para lograr la meta de permitir un mayor acceso a los servicios, debe haber una oferta adecuada de recursos humanos y físicos. La primera pregunta es determinar si hay una oferta adecuada de recursos para prestar un nivel básico de atención. La segunda pregunta es establecer si hay suficiente "oferta" para dar la competencia necesaria con el fin de que la reforma funcione.

Los hospitales y las clínicas deben estar adecuadamente distribuidos por todo el país para que la distancia de viaje no sea el obstáculo principal para el acceso. Las instituciones prestadoras deben tener equipos adecuados, suministros, drogas y personal para prestar el servicio con la calidad adecuada según su nivel. Además, la cobertura universal aumentará la demanda, creando demanda adicional en las instituciones y en el personal médico de las áreas con una oferta inadecuada de servicios. Se necesita en todo el país un número suficiente de médicos, enfermeras, odontólogos, técnicos, farmacéutas y trabajadores de la salud con sólidos conocimientos y destrezas médicas.

## **2.5 RECURSOS HUMANOS (MEDICOS, ODONTOLOGOS, ENFERMERAS, PROMOTORES DE SALUD, ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD)**

Las nuevas instituciones creadas por la reforma también requieren de nuevos conocimientos y destrezas. Las destrezas y conocimientos empresariales y administrativos serán un requisito para los administradores de las instituciones públicas, los hospitales privados y las Entidades Promotoras de Salud. Los administradores deben ser capaces de motivar al personal para mejorar la eficiencia y la calidad, la asignación de recursos dentro de las instituciones y negociar en términos favorables con los contratistas. Una muestra de las destrezas que se requieren en las entidades promotoras de salud incluye el diseño de mecanismos de reembolso, sistemas de supervisión y programas de mercadeo. También resulta importante el hecho de que el gobierno necesita planificadores calificados y administradores públicos para que manejen la reforma y regulen adecuadamente las instituciones privadas en un ambiente de competencia regulada.

Debido a que las regulaciones sobre licencias y certificación establecen solamente estándares mínimos para el desempeño del proveedor y son insuficientes para determinar la calidad, se proponen instrumentos para mejorar la calidad que incluyen la elaboración de una "tarjeta de informes" relacionado con las medidas de calidad que los consumidores puedan evaluar. Se debe establecer un método para evaluar y supervisar la calidad y para resumir los datos en dicha tarjeta. Además, el exigir a los profesionales médicos que reciban educación continuada tiene el potencial de mejorar las destrezas con el tiempo.

Los directores y el personal de las instituciones públicas actualmente tienen pocos incentivos para mejorar la eficiencia y calidad. Si bien esperamos que las áreas

altamente competitivas obligarán a las instituciones públicas a responder a las presiones del mercado, no está claro el que el personal del sector público vaya a tener incentivos para hacer mejoras en las regiones menos competitivas. Es posible que el gobierno deba darles a los administradores del sector público y a su personal, incentivos claros encaminados a mejorar la calidad y la eficiencia, ligando los reembolsos a la productividad.

## **2.6 RESUMEN**

Se ha presentado este marco general como guía para el análisis que sigue en los capítulos 3-7. Se han combinado los objetivos de la reforma -universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia- en tres áreas analíticas básicas: instrumentos de política, instituciones gubernamentales y privadas y proveedores. Se espera que este marco le ayude al lector a comprender el proceso complejo e interrelacionado de la reforma colombiana del sector de la salud.



## **Capítulo 3**

# **POLITICAS, INSTRUMENTOS, FINANCIACION, LEYES Y REGULACIONES**

### **3.1 INTRODUCCION**

La reforma del sistema de salud en Colombia, incorporada en las tres leyes, es un cometido extenso y complejo. El seguro universal concede nuevos derechos a la gente, pero también impone nuevas obligaciones. Se necesitan fondos considerables para financiar los beneficios y los nuevos programas. La reforma cambia el rol de los consumidores, los médicos, los gerentes y los funcionarios. Además, altera la organización y las funciones de las instituciones públicas y privadas y exige la creación de nuevas instituciones. El poder, las funciones y las responsabilidades de las instituciones gubernamentales también se descentralizaron. Más aun, la reestructuración del sistema de salud requiere políticas, leyes, regulaciones e instrumentos apropiados para realizar los cambios propuestos.

Colombia comenzó a implementar la reforma tan pronto como se aprobó como la ley 100. En este capítulo se presenta nuestra evaluación y análisis de las políticas, leyes, regulaciones, instrumentos (i.e. afiliación y recaudo de impuestos, paquetes de beneficios, ajuste de riesgos y reaseguro, pagos y aseguramiento de la calidad) y financiación. Estos análisis conducen a ciertas recomendaciones sobre cómo puede Colombia mejorar la implementación de la reforma y superar algunos de los más grandes obstáculos.

Este capítulo abarca ocho temas principales, los cuales se discuten a continuación. En esta sección, se presentan detalladamente las condiciones actuales, los obstáculos encontrados y las recomendaciones. Las secciones por temas están agrupadas y presentadas en una secuencia lógica y, de alguna manera, en orden de importancia y de urgencia para la acción del MSP.

#### **1. Afiliación y Recaudo de Impuestos (Sección 3.2)**

Para lograr la cobertura universal, Colombia debe identificar y afiliar a los trabajadores dependientes e independientes. Además, se debe identificar la población subsidiada y luego afiliarla. Se han logrado grandes avances en éste proceso, aproximadamente se ha identificado la mitad de la población beneficiaria

de éste régimen, pero solamente el 5% de ellos están afiliados a las ESS. Se concluye que **el problema prioritario del momento es identificar y afiliar a la población subsidiada y de manera más importante afiliar aquellos que ya están identificados.**

Se calcula que 3.5 millones de personas adicionales están cubiertas por el régimen contributivo desde cuando se implemento la reforma, principalmente al ampliar la cobertura a los miembros de la familia de quienes estaban afiliados al ISS. Este es un logro significativo. La futura expansión de la cobertura bajo el régimen contributivo será mucho más difícil debido a que las EPS tienen que afiliar trabajadores empleados en pequeñas empresas y trabajadores independientes. Se ofrecen varias recomendaciones para ampliar la cobertura y mejorar la recolección de impuestos.

## **2. Financiación (Sección 3.3)**

La cobertura universal y el acceso equitativo a la atención básica en salud depende de la capacidad de los fondos y del método de financiación. El sistema universal del seguro de la salud obtiene fondos de diferentes fuentes, tal y como está especificado en las leyes 60 y 100. Se ha hecho una recopilación preliminar de las cuentas Nacionales de Salud a nivel Nacional con la ayuda del DNP, el MSP y la Superintendencia encontrando que Colombia estaba gastando más del 7.3% de su PIB en atención a la salud en 1993. Este porcentaje es relativamente muy elevado si se lo compara con otros países con un ingreso medio. La introducción del seguro universal de salud aumentará aún más los gastos de la salud.

Se encontró que Colombia asignó suficientes fondos para la reforma de la salud en 1995. Las finanzas públicas para la atención de la salud se incrementó en 43%, después del ajuste por inflación. Se espera que el gasto para la salud pública aumentará otro 9% en 1996 (después del ajuste por inflación). El fondo para el régimen contributivo parece estar equilibrado si los afiliados del ISS tienen menos de un promedio de 2.5 miembros por familia cada uno. Se recomienda que el MSP establezca un sistema de planeación y de supervisión, de tal forma que los presupuestos se puedan asignar con el fin de asegurar la solidez financiera para el nuevo sistema.

## **3. Paquete de Beneficios (Sección 3.4)**

Los paquetes de beneficios (POS y POSS) para el régimen contributivo y para el régimen subsidiado se especificaron en 1994. En 1995, se amplió el paquete de beneficios para el régimen subsidiado a fin de cubrir servicios hospitalarios

seleccionados de alto costo. Colombia tiene un programa completo para cubrir los servicios de salud de su población, el cual incluye el PAB, el PAMI, los paquetes de beneficios y los planes complementarios. Sin embargo, hay dos aspectos importantes que se deben considerar. Primero, ¿cuál es la prioridad y el enfoque racional para que los servicios cubiertos por el POSS coincidan con los cubiertos por el POS? Segundo, la carga por enfermedades varía ostensiblemente por regiones. ¿Cómo se podría reflejar este aspecto en la provisión de recursos financieros del POSS y posiblemente en los del POS?

#### **4. Prima por Ajuste de Riesgos y Reaseguro (Sección 3.5)**

Se ha hecho un enorme esfuerzo para recolectar datos con el fin de analizar la eficiencia de la actual prima por ajuste de riesgos, UPC. Los datos necesarios son escasos y difíciles de obtener. Se está haciendo un análisis de dos bases de datos. Los resultados preliminares muestran que el ajuste de riesgo se debe mejorar y que la administración del reaseguramiento necesita claridad.

#### **5. Información de Pagos y Costos (Sección 3.6)**

Los proveedores en Colombia dependen en gran medida del método de pago por servicio para generar utilidades. Esto incentiva servicios y despilfarros innecesarios. Actualmente, Colombia no tiene una contabilidad de costos y un sistema de información clínica uniforme a nivel nacional. La falta de esta información básica obstaculiza la administración moderna de los hospitales, la supervisión de la calidad de los servicios de salud y el establecimiento de pagos racionales. Esta deficiencia se debe corregir tan pronto como sea posible.

Se ha dedicado gran parte del esfuerzo a recolectar información sobre las instituciones y los costos de diferentes hospitales con el fin de determinar su estructura de costos y valorar las diferencias en el costo de producción de servicios hospitalarios. Se encontraron variaciones considerables en el costo de producción de servicios corrientes entre ocho hospitales. Aún más, se descubrió que las tarifas (SOAT e ISS) no están relacionadas a los costos reales y que las tasas se las tarifas son demasiado generosas. Como resultado de este análisis y de los estudios, se hicieron varias recomendaciones importantes con el fin de cambiar los métodos de pago y las tarifas y crear una confiabilidad de costos y un sistema de información institucional uniforme a nivel nacional.

#### **6. Calidad (Sección 3.7)**

Garantizar la calidad de la atención en salud implica varias dimensiones: información, condiciones estándares y procesos de aseguramiento de la calidad. Se encontró que Colombia le ha prestado poca atención para garantizar la calidad de los servicios de salud que la gente recibe. Según la reforma, Colombia necesita recolectar información confiable con respecto a la calidad y hacerla asequible a los pacientes. También se encontró que Colombia necesita establecer rápidamente estándares mínimos de calidad a través de la acreditación y la certificación de los proveedores. Al mismo tiempo, la Superintendencia debe fortalecer su papel en cuanto a la supervisión de la calidad utilizando indicadores seleccionados. A largo plazo, los procesos de aseguramiento de la calidad deben establecerse dentro de las instituciones de la salud.

## **7. Leyes y Regulaciones (Sección 3.8)**

Existen tres leyes básicas que controlan la reforma de la salud. La ley 10, la ley 60 y la ley 100, las cuales fueron promulgadas en épocas diferentes. Las leyes básicas tienen que complementarse con muchos decretos y resoluciones con el fin de traducir las leyes en “reglas de juego” funcionales. Al revisar las tres leyes básicas, se encontró que la corte resolvió las contradicciones inherentes más marcadas entre dichas leyes. Entre los numerosos decretos y resoluciones que se han emitido, se revisaron las regulaciones para áreas seleccionadas y se encontró que hay algunos vacíos y muchas ambigüedades y posibles inconsistencias entre y dentro de las regulaciones. Como resultado, se hicieron varias recomendaciones.

## **8. Política Dual (Sección 3.9)**

Muchas regiones en Colombia no tienen EPS o ESS que pudieran empezar a funcionar a mediano plazo. El gobierno tiene que llenar este vacío creando entidades intermediarias, tales como compradores colectivos para la población subsidiada. Muchas áreas tienen pocas instalaciones de II o III nivel para competir, lo cual hace imposible utilizar la competencia como la fuerza necesaria para mejorar la eficiencia y elevar la calidad de estos servicios hospitalarios. Por lo tanto, se deberán incluir políticas alternativas. Se ofrecen varias opciones de políticas para que el MSP las analice.

## **3.2. AFILIACIÓN Y RECAUDO DE IMPUESTOS**

### **3.2.1 Introducción**

Colombia tenía una población estimada de 36 millones en 1995. Alrededor de 9.7 millones son personas de bajos ingresos que son elegibles para el régimen subsidiado, lo cual deja aproximadamente 26 millones que pueden ser cubiertos por el régimen contributivo. Sin embargo, sólo cerca de once (11) millones se inscribieron en las EPS y el ISS con el fin de recibir el POS a finales de 1995. El seguro privado o los planes privados de Medicina Prepagada cubrieron otro 1.5 millones de personas. La mayoría de los trabajadores independientes y la mayoría de los empleados que trabajan en compañías pequeñas no están afiliados. La pregunta crucial es cómo hacer cumplir la ley 100 para lograr la universalidad y la solidaridad. La tabla 3.1 muestra la distribución de la afiliación.

**Tabla 3.1 Cobertura de la Población Colombiana bajo el Esquema del seguro Universal en Salud. Diciembre 1995**

Entidad Afiliadora	Cobertura		
<b>A. Régimen contributivo</b>			
ISS <sup>a</sup>	9,500,000		
Cajas de Previsión <sup>b</sup>	903,000		
Programas Municipales de Previsión <sup>b</sup>	1,497,000		
EPS Privadas <sup>c</sup>			
POS únicamente	737,000		
POS plan Complementario o Prepagada	220,000		
Subtotal		<b>12,857,000</b>	
<b>B. Aseguramiento Privado únicamente</b>			
Planes de Medicina Prepagada únicamente (sin POS) <sup>d</sup>	831,000		
Seguros de Indemnización <sup>e</sup>	700,000		
Subtotal - Cubierto por Seguros Privados		<b>1,531,000</b>	
<b>C. Régimen Subsidiado</b>			
Carnetizados, afiliados a las Direcciones de Salud bajo el Decreto de Transición <sup>f</sup>	2,187,400		
Afiliados a ESS para POSS <sup>g</sup>	500,000		
Subtotal - Régimen Subsidiado		<b>2,687,400</b>	
<b>D. No Cubiertos</b>			
Ingresos Estratos I & II <sup>h</sup>	7,037,000		
Ingresos Estr. superiores al II	11,774,000		
Subtotal - No cubiertos		<b>18,811,000</b>	
<b>Total Población</b>			<b>35,886,400</b>

a. Información completa, adecuada y actualizada no ha sido producida en Colombia sobre la cobertura total. Esta tabla presenta la mejor estimación con la información disponible. El ISS no tiene información adecuada de sus beneficiarios y por lo tanto se hicieron estimaciones muy aproximadas.

b. MSP

c. Estudio de EPSs de Harvard

d. Superintendencia de Salud

e. Figura de la Superintendencia Bancaria ajustada por tamaño familiar promedio

f. 4,681,000 han sido identificados como carnetizados a través del programa SISBEN, sin embargo, tan solo 2,187,000 han sido financiados con recursos de demanda y el resto fue financiado con recursos para oferta.

g. A Octubre de 1995, habían 1,609,030 beneficiarios de ESSs, de las cuales solo 500,000 recibían servicios curativos. A partir de 1996 todos recibirán el POSS y serán financiados con recursos a la demanda (Fuente: Nelcy Paredes, MSP)

h. Basados en población proyectada en estratos I y II y número de carnetizados.

Para proporcionar los servicios de salud al régimen subsidiado previstos por la ley 100, la población objetivo debe ser identificada y las instituciones intermediarias (ESS, EPS, Cajas de Compensación) deben estar dispuestas a ofrecer el POSS. A finales de 1995, el SISBEN identificó aproximadamente la mitad de la población

estimada como parte del régimen subsidiado. El SISBEN utilizó un proceso de prueba aplicado a los hogares para certificar la elegibilidad a fin de poder recibir los servicios de salud subsidiados. Es indispensable completar el SISBEN con el fin de implementar exitosamente el programa para atender a ésta población pobre. Las instituciones intermediarias están dispuestas a ofrecer el POSS a la población subsidiada en algunas regiones, pero otras regiones no tendrán instituciones como éstas en el futuro previsto. Se necesita un proceso para ampliar la participación de las instituciones intermediarias cuando sea posible y otro mecanismo para proporcionar el POSS al RS en las regiones en donde estas instituciones intermediarias no participaran.

Los aspectos de la política relacionada con la inscripción de la población contribuyente incluyen: aumento de la inscripción, especialmente de los trabajadores de las compañías pequeñas y de los independientes; incrementar la recolección y minimizar el subregistro de impresos. La inscripción de los independientes y de los trabajadores de las compañías pequeñas es una área donde las fuerzas de mercadeo no están funcionando bien. Se necesitan políticas para aumentar los incentivos de las instituciones intermediarias para inscribir esta población. Además, los trabajadores independientes con ingresos elevados tienen muchos incentivos ya sea para presentar informes inferiores sobre su renta y, por lo tanto, pagar menos impuestos, o para evadir completamente el sistema. El diseño del sistema actual que permite que las EPS sean la fuente primaria de afiliación y de recolección no tiene un buen mecanismo para hacer cumplir la ley. Se recomiendan algunas modificaciones al sistema que incluyen: utilizar a la DIAN para que grave en "la fuente" y aumentar la supervisión del cumplimiento del pago de impuesto por parte de las compañías pequeñas.

### **3.2.2 Ampliar la cobertura para los pobres y los menos pobres**

Una de las metas esenciales de la reforma es proporcionar servicios de salud a todos los colombianos. Un aspecto de vital importancia de la filosofía que justifica el diseño de la reforma es que los colombianos puedan "escoger" la organización que les proporcione los mejores servicios. Para lograr el éxito de este sistema basado en la demanda, es esencial que las instituciones que se creen, establezcan redes de proveedores y ofrezcan planes de salud a la población. Teniendo en cuenta que los mecanismos de mercadeo pueden ser deficientes para los pobres y para la población trabajadora, Colombia implementó unas políticas y apoyó el desarrollo de las instituciones basadas en la comunidad para atender a los pobres.

Antes de que se aprobara la ley 100, Colombia desarrolló un programa para apoyar la creación de organizaciones comunitarias llamadas ESS, por cuanto reconocía los

beneficios potenciales de involucrar a la comunidad en la salud. A finales de 1993, el Ministerio de Salud conformó un equipo de ESS para que definiera los fundamentos de las ESS. Este equipo estableció un proceso formal para asignar subsidios a los departamentos y a los municipios. En 1993, se hicieron contratos con 28 de los 32 departamentos y con 119 municipios. Se contrataron algunas ONG con el fin de que proporcionaran asistencia técnica a las entidades territoriales para ayudarlas a crear las ESS. Con la implementación de la ley 100, se pensó que las ESS podrían ser las instituciones primarias que inscribieran a la población subsidiada y que proporcionaran el POSS.

Aproximadamente 500.000 colombianos reciben el POSS a través de una ESS. Aproximadamente otro millón de colombianos forman parte de las ESS que todavía no han pasado a la segunda etapa de su desarrollo institucional. Esta población recibe educación en salud de la ESS, pero no servicios curativos.

El desarrollo de las posibles ESS ha sido lento (refiérase a la sección sobre las ESS). Teniendo en cuenta la necesidad de establecer un proceso de transición para proporcionar servicios de salud a los pobres, el Ministerio de Salud aprobó un decreto en mayo de 1995 que permite a las entidades territoriales funcionar como compradoras y como proveedoras de servicios de salud para los pobres durante el período de transición. En octubre de 1995, el CNSSS aprobó un programa que amplía el grupo de instituciones calificadas con el fin de incluir a las EPS y a las Cajas de Compensación que pueden recibir subsidios para la demanda y así proporcionar el POSS a los pobres.

Esta sección describe el programa de octubre y propone un plan para su implementación. Este programa tiene la posibilidad de lograr las metas de la reforma de salud de Colombia en regiones donde ya se ha identificado la población subsidiada, donde existen organizaciones comunitarias o privadas (sin ánimo de lucro ó con ánimo de lucro) que pueden contratar proveedores y proporcionar el POSS a los inscritos potenciales; y donde hay suficientes proveedores que ofrecen varias alternativas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Se refiere a la discusión sobre la "Política Dual" de las soluciones del problema con el fin de proporcionar cobertura y acceso a los servicios para los pobres en las regiones donde las organizaciones privadas no proporcionan POSS y hay pocos proveedores de atención primaria que ofrezcan a la población varias alternativas.

## **Descripción del programa para la población subsidiada**

Para lograr las metas de cobertura universal y de equidad, este programa tiene los siguientes objetivos:

- Aumentar la cobertura de la población subsidiada;
- Facilitar la transición de subsidios de oferta para subsidios a la demanda en los hospitales públicos;
- Aumentar la participación de las EPS privadas y públicas, de las cajas de compensación y de las ESS en la reforma;
- Proporcionar más que el paquete del POSS al régimen subsidiado y al resto de la población no cubierta; y
- Preparar a los hospitales públicos para que funcionen de acuerdo con la reforma.

El programa tiene varias características diseñadas para lograr estos objetivos. La siguiente sección resume cada uno de sus aspectos más importantes.

### **a. Identificación de la Población Elegible**

Las entidades territoriales trabajarán con el Ministerio de Salud para determinar los grupos de población elegible para recibir los subsidios en sus regiones. El Departamento de Planeación Nacional clasifica a los municipios en cinco categorías, con base en una fórmula que incluye a la población, los indicadores de bienestar social y la productividad económica. A los municipios en las categorías más desarrolladas, 1-4, se les exigirá que utilicen el SISBEN para identificar la población subsidiada. Los Municipios (nivel 5) más pobres pueden utilizar otros métodos de identificación aprobados además del SISBEN.

### **b. Instituciones Intermediarias para ofrecer Planes de Salud a la Población Subsidiada**

Las instituciones aprobadas para administrar el programa incluyen EPS privadas o públicas, las Cajas de Compensación y las ESS. Los departamentos y los municipios exigirán que estas entidades se comprometan a administrar el programa para un sector de la población. Todas las entidades que deseen administrar el programa en una región, deben cumplir con los siguientes criterios:



- Las ESS deben estar autorizadas para proporcionar el POSS solamente a los beneficiarios del régimen subsidiado y deben contar con un mínimo de 5.000 afiliados en el primer año, 25.000 en el segundo año y 50.000 en el tercero;
- Las ESS deben mantener una reserva mínima igual a 100 salarios mínimos mensuales por cada 5.000 afiliados y un margen de solvencia del 40% del valor mensual de la UPC-S;
- Las Cajas de Compensación deben tener la capacidad de atender un mínimo de 10.000 afiliados en el primer año y al menos 50.000 en el tercer año;
- Todavía no se ha establecido una medida con respecto a los requisitos de capital, pero los reguladores colombianos están considerando la utilización del patrimonio;
- Las EPS privadas están restringidas para atender la capacidad de población total, aprobada por la Superintendencia (RC+RS). Todas las demás regulaciones para las EPS se aplican.

### **c. Paquetes de Beneficios**

El programa financiará dos paquetes de beneficios definidos: el POSS definido en 1995 y un módulo, para cubrir enfermedades adicionales de alto costo que no están incluidas en el POSS. El valor del UPC-S es de 60.500 pesos y el módulo se financiará con 14.500 pesos adicionales por persona.

### **d. Políticas de Reembolso y Flujo de Fondos**

Se establecerán subcuentas con el FSyG para cada entidad territorial con el fin de financiar el POSS. El gobierno nacional distribuirá los fondos a las entidades con base en el porcentaje de población identificada como pobre, en el número de pobres con carnés, en los recursos disponibles per capita y en el total de recursos disponibles en la subcuenta de solidaridad del FSyG. A su vez, las entidades territoriales extenderán la UPC-S a las instituciones aprobadas para participar en el programa.

El nuevo sistema de recaudo y administración de fondos para el Régimen Subsidiado trabajará de la siguiente manera: los subsidios a la demanda que recibe un municipio, se transfieren a un fondo local. Los fondos son transferidos a EPSs basados en el número de los afiliados. Los Municipios calculan el monto de dinero

que tienen y lo dividen por las UPCS para tener el número total de afiliados que pueden cubrir el número de nuevos afiliados en el Régimen Subsidiado que ellos puedan cubrir. A medida que se transfieren los subsidios a la demanda más personas podrán ser financiadas.

Los fondos para el módulo adicional que cubre las enfermedades de alto costo se manejarán primordialmente en una cuenta separada en el FSyG. Finalmente, se propone el desarrollo de un sistema de pago a los hospitales por servicios a los pacientes hospitalizados, con base en "los paquetes integrales de diagnóstico".

#### **e. Contratación y Redes de Proveedores**

Las instituciones intermediarias pueden hacer contratos con proveedores de cualquier tipo (públicos, sin ánimo de lucro, privados) y pueden proporcionar servicios en sus propias instalaciones. Sin embargo, se estimula la contratación de hospitales públicos.

#### **f. Desarrollo de la Capacidad de los Hospitales Públicos**

Uno de los objetivos de este programa es apoyar el desarrollo de la capacidad de los hospitales para que funcionen de acuerdo con la reforma. Además del subsidio para la oferta, los hospitales cobrarán al FSyG por los servicios incluidos en el módulo para enfermedades de alto costo. Se espera que este proceso desarrolle la capacidad administrativa y el manejo financiero de los hospitales. Además, es necesario que los departamentos desarrollen planes para transferir los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda.

#### **g. Proceso de Afiliación**

Si existe una alternativa de selección, la población subsidiada tendrá 6 meses para afiliarse. Una vez que el periodo de 6 meses para la afiliación se termine, la población identificada que no haya escogido a qué institución afiliarse, será asignada aleatoriamente a las instituciones intermediarias, de acuerdo con la capacidad disponible.

#### **Evaluación**

Se espera que los elementos básicos del programa recientemente promulgado, lleven a Colombia a lograr las metas de la cobertura universal y de la solidaridad. Aquellos aspectos prácticos que todavía no se han definido incluyen:

- ¿Cómo aumentar la identificación del régimen subsidiado con el SISBEN y/o otros métodos?
- ¿Cómo crear un sistema para administrar el flujo de fondos del FSyG y a nivel departamental?
- ¿Cómo aumentar la participación de las instituciones intermedias?
- ¿Cómo aumentar la participación de los proveedores?

La primera prioridad para implementar los programas para la población subsidiada es identificar a todos los beneficiarios potenciales. El proceso de "carnetización" se ha venido haciendo con éxito gracias a la aplicación del SISBEN. Sin embargo, debido a que se necesitará mucho tiempo para aplicarlo en todo el país, es indispensable establecer un proceso de transición.

El programa asigna la responsabilidad de administrar la UPC-S a los departamentos y al FSyG la responsabilidad de administrar el módulo adicional para cubrir enfermedades de alto costo. Antes de que se pueda implementar el programa, es indispensable crear unidades en los departamentos que dirijan el proceso de licitación, supervisen la información y evalúen y paguen la UPC-S. Además de ser un gerente financiero, esta estructura indica que el FSyG se debe convertir en una entidad que exija los pagos. Esta función adicional implica grandes cambios en la organización y en las operaciones del FSyG. En lugar de esto, se propone que para que se cumpla con esta función de reclamación de pagos, se contrate a otra entidad, tal como una EPS o una compañía de seguros existente, que cuente con los procedimientos necesarios para reembolsar a los proveedores. Además, el MSP debe crear una política de pagos clara para reembolsar a los hospitales y debe determinar claramente los servicios cubiertos por este módulo adicional. Refiérase a la Sección 3.6 donde se encuentran recomendaciones con respecto a la política de pagos y a la Sección 3.4 donde se describen las recomendaciones para los servicios que el módulo debe cubrir.

Para que el programa propuesto tenga el éxito esperado, es de vital importancia que haya suficiente participación de las instituciones que lo administrarán: EPS, ESS y Cajas de Compensación. Se podría estimular la participación al máximo si las "reglas de juego" son claras, de tal forma que las instituciones puedan evaluar con exactitud los beneficios potenciales de atender a la población subsidiada. Los aspectos del programa que se deben clarificar son: el proceso de licitación, el sistema de pagos, el flujo de fondos, la asignación de la población que no hizo

selección, los contenidos de los paquetes adicionales de beneficios para las enfermedades de alto costo y las restricciones con respecto a la contratación de varios proveedores.

Para proporcionar el paquete de servicios incluido en el POSS y la cobertura adicional para las enfermedades de alto costo, es necesario garantizar a las instituciones intermediarias que muchos proveedores participarán, bajo términos contractuales razonables.

Inicialmente, el programa debe implementarse en los departamentos que ya hayan identificado al menos el 75% de su población estimada en los estratos I y II y que tengan al menos una organización (EPS, ESS, Cajas) que desee prestar los servicios al régimen subsidiado. Actualmente, 10 departamentos cumplen con estos criterios. El proceso de implementación se debe supervisar cuidadosamente y también se deben hacer ajustes para facilitar una implementación continua y para lograr las metas de la reforma colombiana. Después, el programa debe extenderse a otros departamentos a medida que se identifica una mayor cantidad de pobres y que más organizaciones intermediarias decidan participar. En la sección 3.9 proponemos una medida interim para aquellas áreas donde no hay organizaciones intermediarias.

### **Recomendaciones: Identificación, Afiliación y localización de Instituciones Intermediarias**

El éxito de este programa reside sobre la identificación y afiliación de la población subsidiada a una institución intermediaria.

#### **a. Identificación**

A los municipios clasificados en los niveles 1-4, se les exige que utilicen el SISBEN para identificar a los pobres. Aunque ha habido quejas con respecto a la exactitud del SISBEN, un estudio realizado por el Departamento de Planeación Nacional en 1994, encontró que el SISBEN es un buen método para identificar la población pobre, con un 95% de confiabilidad.

Un análisis de la información del MSP sobre este proceso sugiere lo siguiente (ver tabla 3.2):

- El estimado del número total de afiliados al régimen subsidiado en 1995 es aproximadamente 9.7 millones;

- El SISBEN determinó que 4'681.432 personas o el 48% de este total hacen parte de la población subsidiada;
- Diez departamentos han tenido éxito en la certificación de al menos el 75% del régimen subsidiado estimado. Aunque estos 10 departamentos representan más de la mitad de la población colombiana, tan sólo tienen aproximadamente una tercera parte de la población estimada en los dos estratos más pobres; y
- Once departamentos aún no han comenzado el proceso de identificación de los pobres.

**Tabla 3.2 Distribución de afiliados identificados en el Régimen Subsidiado por Departamento, final del año 1995**

Departamento.	Afiliados Identificados en el Régimen Subsidiado*	Población por Departamento**	Estimado del No. De afiliados al Régimen Subsidiado***	Porcentaje de Subsidiados del Régimen, sin identificar
Bogotá	460,188	5,237,630	427,390	0.00
Guaviare	56,234	72,592	42,374	0.00
Huila	243,668	820,148	226,362	0.00
Quindío	104,513	425,799	49,375	0.00
Valle	1,097,381	3,493,284	458,461	0.00
Caldas	159,444	925,745	163,987	2.77
Antioquia	893,000	4,672,540	1,000,502	10.74
Atlántico	316,318	1,818,365	391,936	19.29
Meta	134,626	608,995	169,029	20.35
Risaralda	86,062	776,893	114,896	25.10
Boyacá	290,647	1,311,432	540,936	46.27
Cesar	151,665	851,700	369,946	59.00
Cundinamarca	177,926	1,756,133	496,598	64.17
Tolima	116,585	1,221,758	340,545	65.77
Santander	108,339	1,715,421	414,232	73.85
Cauca	97,100	972,845	407,846	76.19
Choco	55,442	370,140	262,499	78.88
Nariño	80,552	1,207,786	536,687	84.99
Caqueta	17,553	332,948	135,783	87.07
Guajira	21,889	371,613	190,354	88.50
Putumayo	10,000	245,564	120,418	91.70
Amazonas	2,300	59,378	38,136	93.97
Arauca	0	100,061	41,299	100.00
Bolívar	0	1,534,819	735,235	100.00
Casanare	0	191,502	104,888	100.00
Córdoba	0	1,167,352	670,579	100.00
Guainía	0	13,389	9,712	100.00
Magdalena	0	1,025,535	478,274	100.00
N. Santander	0	1,057,481	336,899	100.00
San Andrés	0	44,088	9,121	100.00
Sucre	0	637,368	393,360	100.00
Vaupés	0	38,760	36,137	100.00
Vichada	0	19,673	10,051	100.00
<b>Total</b>	<b>4,681,432</b>	<b>35,098,737</b>	<b>9,723,847</b>	

\*Fuente: Ministerio de Salud, 12/31/95.

\*\*Fuente: Ministerio de Salud, 1995.

\*\*\*Estimativo utilizando proporciones de 1993 y aplicándolos a la población de 1995.

## **b. Afiliación y Asignación**

Después de que el período de 6 meses para la afiliación haya terminado, los consumidores que aún no han escogido una institución intermediaria serán asignados a las entidades aprobadas, de acuerdo con la capacidad disponible. Después, a los intermediarios se les exigirá que informen a los consumidores que han sido asignados para recibir atención a esa red de la entidad. Se recomienda que las instituciones intermediarias utilicen a los promotores de salud para informar a los inscritos asignados sobre sus beneficios y para motivar a los beneficiarios a participar en los programas de promoción y prevención de la salud.

## **c. Financiación**

Para que los programas tengan éxito en atender a los pobres, es fundamental contar con una financiación adecuada para el subsidio cruzado. Esta financiación proviene de las siguientes fuentes: a) el FSyG, b) los subsidios para la oferta transformados en subsidios para la demanda. Se deben tomar medidas para garantizar la disponibilidad de estos fondos y, en especial, para mejorar la recolección y transferencia de los fondos establecidos para este propósito.

- I. **FSyG:** El objetivo de la solidaridad, establecida en la reforma, determina que el 1% de los impuestos sobre la renta se transfiera al FSyG con el fin de dar subsidio cruzado a los pobres. Para que lograr este objetivo, la población contribuyente debe informar sobre la totalidad de sus ingresos. Tal y como se discutió en otra sección de este informe, la subdeclaración y el subrecaudo parecen ser un problema grave. La sección 3.2.3 presenta políticas para mejorar la recolección, de tal forma que la financiación disponible sea adecuada para subsidiar a los pobres.
- II. **Subsidios para la Oferta transformados en Subsidios para la Demanda:** Esto incluye fondos de: recursos de capital, situado fiscal, rentas cedidas; ayuda financiera y transferencias municipales.<sup>2</sup> Para que el programa para los pobres funcione, es necesario que los subsidios para la oferta de las instituciones públicas de la salud se eliminen por etapas y se transformen en subsidios para la demanda. La sección 3.3 describe el plan de implementación a fin de transferir los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda.

## **d. Incremento de la Participación de las Instituciones Intermediarias**

---

<sup>2</sup> El 60% de las transferencias municipales asignadas a salud están en la forma de subsidios a la demanda, el 40% restante aún corresponde a subsidios a la oferta.

De las 16 EPS entrevistadas por el equipo de Harvard en octubre de 1995, 13 de los 16 estarían interesadas en proporcionar el POSS a la población subsidiada, siempre y cuando el proceso sea transparente y "las reglas del juego" se expliquen claramente. Esta respuesta es muy estimulante y mejora la evaluación del potencial de éxito de este programa.

El éxito del programa para la población subsidiada también depende de que se suministre información sobre la existencia del programa a las posibles entidades participantes. Dicha campaña de información debe incluir información general por correo, reuniones a nivel del MSP para las entidades intermediarias interesadas, reuniones públicas a nivel departamental y la instalación de una línea telefónica en el MSP para responder preguntas.

#### **e. Evaluación y Programas Pilotos**

Es necesario desarrollar un proceso para supervisar la cantidad de participación en cada región. Este proceso evaluará lo que funciona en las regiones con un alto porcentaje de participación y desarrollará programas para transferir con éxito estas actividades a otras áreas.

Para aumentar la participación, se recomienda que además del programa propuesto por el MSP, se implementen y evalúen aquellos programas pilotos que ponen a prueba los diferentes mecanismos de licitación. Estos programas pilotos tendrán los siguientes componentes:

- I. **Campaña de información para explicar el Proceso de Licitación:** con el fin de aumentar la participación al máximo, es necesario educar a las instituciones potenciales con respecto al programa y al proceso de licitación. Dicha campaña podría incluir:
  - Un equipo de administradores capacitados en la implementación del programa del MSP, que se pondría poner en contacto con todas las instituciones potenciales a fin de explicarles el programa y el proceso de licitación. Este equipo debe estar disponible para responder preguntas; y
  - Suministro de propuestas de formatos que se puedan utilizar como modelo, especialmente para las ESS y las cajas que pueden tener habilidades menos sofisticadas para redactar la propuesta.
- II. **Sistema de Pagos:** es necesario que las instituciones intermediarias tengan claridad acerca de cuáles son los servicios que los \$14.500 pesos adicionales



designados para enfermedades de alto costo deben realmente cubrir, antes de que estén dispuestas a participar. Es claro que esta cantidad se asigna para cubrir las enfermedades que NO ESTÁN incluidas en el POSS. ¿Cuáles son los servicios suministrados por los hospitales públicos que se deben cobrar directamente al FSyG y cuáles son los servicios que la UPC-S debe cubrir? Es indispensable aclarar cómo las EPS van a manejar dichos pagos. Es necesario explicar las restricciones con respecto a la contratación o los pagos.

El MSP se comprometió a desarrollar un sistema de reembolso a los hospitales, basado en los "paquetes de diagnóstico". Es probable que las posibles entidades participantes quieran analizar este mecanismo de pago, antes de llegar a un acuerdo con respecto al suministro de un paquete de beneficios para las cuotas del régimen subsidiado.

- III. Flujo de Fondos:** es necesario que las instituciones intermediarias entiendan cómo se transferirán los fondos de los departamentos y del FSyG o de la entidad contratada. Un posible modelo es que cada mes la institución envíe información sobre los afiliados a los departamentos, para así recibir el grupo apropiado de UPC-Ss para el POSS. Este sistema de pagos debe ser consistente y oportuno. Si las instituciones intermediarias también son responsables de los fondos adicionales para las enfermedades de alto costo, entonces es necesario aclarar aun más el proceso de recepción de cuotas del FSyG o de la entidad contratada.
- IV. Asignación de la Población que no ha escogido una EPS:** las posibles instituciones participantes deberán saber cómo se asignará la población subsidiada que no ha escogido una EPS.

Con el fin de beneficiarse de la experiencia de los departamentos en los cuales este programa se implemente primero, se recomienda establecer un proceso de evaluación y de revisión. Es indispensable supervisar y evaluar las diferencias en cuanto a la participación de las instituciones intermediarias en las distintas regiones. ¿Tienen algunas regiones más éxito para atraer EPS privadas o ESS? ¿Tienen algunas regiones más éxito para convertir las cajas? Se propone que se entreviste a las entidades participantes con el fin de identificar los factores que se pueden influenciar y extender a otras regiones para fomentar una mayor participación.

#### **f. Incremento de la Participación de los Proveedores**

Para proporcionar el paquete de servicios establecido en el POS y la cobertura adicional para enfermedades de alto riesgo, es indispensable garantizar a las instituciones intermediarias que muchos proveedores participarán, con términos contractuales razonables. Las IPS públicas y privadas deben tener la capacidad para contratar, recolectar los copagos, recolectar y transmitir información y manejar la recolección de fondos después de que los subsidios para la oferta se conviertan en subsidios para la demanda. Los posibles obstáculos para la formación de las redes pueden ser: la falta de conocimiento de los proveedores potenciales en algunas regiones; la falta de capacidad de contratación y administración de las IPS y las ESS públicas y privadas y la falta de políticas de pago razonables.

Para facilitar el proceso de contratación, se recomienda diseñar modelos de contratos que los proveedores públicos puedan utilizar para contratar con las instituciones intermediarias. Estos contratos deben especificar los requisitos para los intermediarios, los términos de desembolsos y las razones para cancelar el contrato. Es necesario hacer una campaña de capacitación con el fin de enseñar métodos de contratación a los proveedores.

Como parte del plan de cada entidad territorial, es necesario hacer y difundir una lista de los proveedores potenciales con el fin de establecer el programa para los pobres. Esta lista debe incluir la ubicación de las instituciones, las personas con las cuales se deben poner en contacto, los servicios disponibles, la capacidad, los especialistas disponibles y las restricciones en tarifas. Esta lista se debe actualizar de tiempo en tiempo y debe estar disponible para las nuevas entidades intermediarias que manifiesten interés en atender a los pobres en cada región.

Para lograr el éxito del programa, es de vital importancia crear una política de pagos razonable bajo el POSS, que incorpore incentivos para proporcionar atención adecuada y para mejorar la eficiencia. Refiérase a la Sección 3.6 sobre políticas de pagos en donde se hace un análisis más profundo.

### **Entidades Intermediarias para las comunidades que no tienen ESS o EPS**

Aunque el gobierno debe dedicar sus esfuerzos a promover y estimular a las EPS, a las ESS y a las Cajas para que cubran a población subsidiada, el análisis realizado demuestra que, a mediano plazo, una porción significativa de la población subsidiada no tendrá una EPS o una ESS a la cual se pueda afiliarse. Se proponen alternativas para cubrir a esta población, a través de un esquema mediante el cual los departamentos contraten entidades administrativas que funcionen como

compradores colectivos para las poblaciones subsidiadas que viven en áreas sin EPS o ESS. (Refiérase a la sección 3.9.2 para un análisis más detallado)

### 3.2.3 Mecanismos de Afiliación y Recaudo para el Régimen Contributivo (RC)

Para lograr la meta de la cobertura universal, todos los colombianos deben inscribirse en instituciones intermediarias como las EPS para recibir los servicios de salud. Con el fin de lograr la meta de la solidaridad, los colombianos ricos deben pagar los impuestos sobre la renta a fin de subsidiar a los pobres. Un porcentaje de la población colombiana todavía no se ha inscrito en una EPS; aún permanecen por fuera del sistema. Este grupo no está contribuyendo al logro de las metas de la cobertura universal o de la solidaridad. Otro porcentaje de la población está inscrito en una EPS, pero presenta una información incompleta sobre sus ingresos y, por lo tanto, no paga los impuestos que le corresponden. Es necesario pagar todos los impuestos para poder mantener la estabilidad financiera del sistema.

Es indispensable solucionar los dos problemas de afiliación y de recaudo si se quiere que la reforma de la salud en Colombia tenga éxito. La siguiente Sección analiza los problemas y ofrece soluciones potenciales.

#### Afiliación al Régimen Contributivo

En diciembre de 1995, aproximadamente 11.4 millones de colombianos estaban inscritos en una entidad promotora de salud. Además, 2.4 millones de personas están afiliadas a una Caja de Previsión o a otros programas como el Magisterio y no pagan el 12 % de impuesto sobre la renta para la salud, lo cual implica que no están ayudando a financiar el Régimen Subsidiado. (Tabla 3.3). La población objetivo del Régimen Contributivo está constituida por los trabajadores del sector formal que ganan al menos un salario mínimo y los trabajadores independientes que ganan al menos dos salarios mínimos. El sector formal está compuesto por los empleados del gobierno y por los empleados y los empleadores de las compañías con más de 10 trabajadores. El sector formal también incluye a los profesionales y a los técnicos independientes. El sector informal incluye a los empleados de las firmas pequeñas y a los trabajadores independientes.

**Tabla 3.3 Población Cubierta bajo el Aseguramiento Universal de Salud en el Régimen Contributivo, Diciembre de 1995**

Entidad Afiliadora	Población Cubierta Estimada	
	Afiliados	Afiliados y Familia
ISS	3,800,000	9,500,000
Cajas de Previsión	350,000	903,000

Empleados Municipales y maestros cubiertos por diferentes Programas	580,000		1,497,000	
EPS Privadas				
POS únicamente	286,000		737,000	
POS más Planes Complementarios o de Medicina Prepagada	85,000		220,000	
<b>Total Régimen Contributivo</b>		<b>5,101,000</b>		<b>12,857,000</b>

Fuente: Véase tabla 3.1

Se considera que aproximadamente el 46% de los trabajadores colombianos están en el sector formal mientras que el 54% pertenece al sector informal (Tabla 3.4). La evidencia de que los trabajadores del sector informal tienen poca representación en las EPS proviene del estudio sobre las mismas realizado por Harvard y analizado en el capítulo 5, el cual muestra que solamente el 13% de los afiliados a las EPS son independientes mientras que el 85% son empleados (Tabla 5.3)

**Tabla 3.4 Distribución de trabajadores por Ocupación en 1994 (en porcentaje)**

Empleo en el sector formal		46.3 %
Empleados del Gobierno	8.6 %	
Empleados de Empresas con menos de 10 trabajadores	34.7	
Empleados de Empresas con más de 10 trabajadores	1.0	
Profesionales y Técnicos Independientes	2.0	
Empleo en el Sector Informal		53.7
Empresas que tienen menos de 10 trabajadores	26.1	
Trabajadores Independientes	22.1	
Otros	5.5	
Total		100.0 %

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares Dane. Grandes ciudades. Separata avance. Periódico el Tiempo, Octubre 30 / 1995, página 56.

#### **a. Los trabajadores del sector formal**

Estos trabajadores incluyen los empleados del gobierno, los empleados de las compañías con más de 10 trabajadores, los profesionales y los técnicos independientes. Todos estos trabajadores tienen relaciones contractuales formales con los empleadores y pueden estar sujetos a retención de impuestos en la fuente si su salario excede una cantidad determinada. De los trabajadores de las compañías grandes, el 36% trabaja en fábricas y el 19% en actividades comerciales y en finca raíz; 51% de los profesionales y técnicos independientes trabajan en servicios financieros. La mayoría de estos trabajadores pagan impuestos ya sea individualmente (personas naturales) o a través de las corporaciones donde trabaja (entidades con personería jurídica). El porcentaje de impuestos recolectado por renta de los individuos es

empleados y de trabajadores independientes que todavía no se han afiliado. Infortunadamente, este instrumento aún no se ha implementado.

### **Recolección de Contribuciones**

La recolección de la cantidad exacta de impuestos para obtener recursos económicos para el sistema, es de vital importancia para el balance financiero del régimen contributivo y para subsidiar a los pobres. Se necesitan mecanismos para afiliar a los trabajadores que actualmente evaden al sistema y para minimizar la información incorrecta sobre los ingresos y la recolección de fondos insuficientes.

La ley 100 establece que las EPS son las instituciones que afilian al Régimen Contributivo y que recolectan los impuestos sobre la renta para la salud. Este diseño tiene una serie de desventajas. Debido a que las EPS deben remitir los impuestos sobre la renta que exceden la suma de las cuotas ajustadas por riesgo a su grupo de inscritos, estas instituciones poseen incentivos inadecuados para recolectar el impuesto total sobre la renta. Además, debido a que las EPS compiten entre ellas por los inscritos, éstas pueden aceptar bajas contribuciones sobre el impuesto de renta para así aparecer más atractivas a los afiliados potenciales. Además, las EPS no tienen poder para que se cumpla con la recolección de impuestos ni acceso a la información necesaria para verificar los ingresos.

Existen evidencias sobre la evasión de impuestos por parte de los empleados mejor pagados y de los trabajadores independientes. El balance financiero del sistema necesita que esta población contribuya y que se inscriba en una EPS para así lograr la meta de la cobertura universal. Hace una década, un estudio descubrió que 804.086 colombianos declaraban ganancias promedio obtenidas de empleos con más de 5.1 salarios mínimos. Por el contrario, en 1995, sólo 264.788 personas afiliadas a las EPS (ISS y privadas)<sup>3</sup> tienen ingresos superiores a 5.1 salarios mínimos. Esta información nos lleva a inferir que un alto porcentaje de la gente con altos ingresos (más del 67%) que pagan impuestos sobre la renta, no están afiliados a las EPS (privadas o al ISS) o presentan una información inferior sobre sus ingresos. Esto representa una parte importante de la evasión en el sistema.

---

<sup>3</sup> El estudio sobre las EPS realizado por Harvard encontró que el número de afiliados a las EPS privadas en septiembre de 1995 era 241.233 (información proporcionada por la Superintendencia). El porcentaje de los afiliados que ganan más de 5.1 salarios mínimos es 17.49% teniendo un total de 42.188 personas. Con base en la información preliminar el ISS, el 5.3% de los afiliados ganaban más de 5.1 salarios mínimos. El ISS tiene aproximadamente 4.200.000 afiliados (asumiendo que tiene un número de afiliados muy parecido al de diciembre de 1994 proporcionado por la "Dirección de Planeación Corporativa"), entonces el número de personas que ganan más de 5.1 salarios mínimo es 222.600. La suma total de afiliados al ISS y a las EPS privadas que ganan más de 5.1 salarios mínimos es 264.788 para todo el sistema.

casi el 40%, mientras que el resto se recolecta en las entidades legales. En 1993, el ISS informó que tenía 2.6 millones de afiliados relacionados con compañías con más de 10 trabajadores.

**b. Trabajadores del Sector Informal.**

Casi el 90% de los trabajadores del sector informal son empleados independientes o trabajan en compañías pequeñas, y cerca del 80% trabajan en fábricas, actividades comerciales o finca raíz. El resto trabaja en el servicio doméstico o son miembros de familia que no reciben salarios formales. La mayoría de los trabajadores del sector informal no paga impuestos y sólo una proporción pequeña está afiliada al sistema de seguridad social. En 1993, el ISS informó que tenía 813.650 afiliados que eran trabajadores de compañías pequeñas (con menos de 10 trabajadores).

**Evaluación**

La mayoría de la población que debe estar afiliada a una EPS todavía permanece por fuera del sistema. Es necesario hacer intervenciones para afiliar a los trabajadores independientes y a los empleados de las compañías pequeñas.

Las EPS tienen pocos incentivos para afiliar a los trabajadores independientes. Las EPS son reacias a inscribir a los trabajadores independientes porque saben que es probable que ellos solamente se inscriban cuando están enfermos y porque el costo del impuesto de salud sobre su renta excede los beneficios esperados. Además de este problema de la selección adversa, los planes de salud para los independientes son más costosos de administrar y es más complicado verificar los ingresos y recolectar los impuestos. Una diferencia crítica adicional entre los independientes y los trabajadores empleados en el sector formal es que debido a que los independientes no tienen el seguro de indemnización a terceros que se les da a los trabajadores, las EPS pueden verse obligadas a pagar por accidentes de alto costo de los independientes en el trabajo. El costo del tratamiento de accidentes en el trabajo de los trabajadores del sector formal debería estar cubierto por otro fondo de seguros (la ATEP y el ARP). El costo más elevado esperado de los independientes y el riesgo más elevado en seguros que resulta de esta situación, hace que las EPS se muestren reacias a venderles a los independientes.

Para proporcionar al MSP y a la Superintendencia información continua y oportuna con el fin de que supervisen el progreso de la reforma, se diseñó un instrumento rápido de evaluación en 1995 con el fin de utilizarlo para calcular el número de

Los empleadores tienen incentivos para encontrar las formas de reducir sus obligaciones tributarias, especialmente después de que la contribución del empleador para la salud aumentó en 1995 del 4% al 8% (los empleados pagan el otro 4%). Los empleadores pueden reducir este costo tributario contratando trabajadores independientes en lugar de trabajadores formales afiliando a un empleado a una EPS solamente cuando necesita los servicios de salud y terminar la afiliación cuando ya no requiere dichos servicios; o evadiendo el pago completamente.

El balance financiero del Régimen Contributivo depende del incremento de la afiliación y del recaudo. Los estimados actuales (refiérase a la sección 3.3) son que el sistema está aproximadamente en balance, aunque esta premisa se basa en información incompleta. La siguiente sección presenta varias opciones para reducir el subregistro de ingresos y por lo tanto, aumentar la recolección de impuestos. Estas opciones también cambian los incentivos que hacen que la inscripción de los independientes sea menos atractiva para las EPS y, por lo tanto, también deben incrementar la afiliación.

### **Recomendaciones**

La institución primaria para recolectar impuestos en Colombia y con poderes para hacer cumplir la ley es la DIAN. Otras instituciones que recolectan contribuciones de los individuos son: las cajas de compensación familiar, los fondos de pensión y las EPS. Cada una de ellas funciona independientemente y no comparte la información. Actualmente, las EPS recolectan las contribuciones para el Régimen Contributivo, pero no tienen ni poderes para hacer cumplir la ley ni acceso a la información sobre la gente que paga sus impuestos.

Se presentan tres recomendaciones alternas para aumentar la recolección de fondos con el fin de financiar el sistema de salud reformado. Estas recomendaciones implican una mayor afiliación así como un aumento en la recolección. En las tres propuestas, la DIAN está encargada de la recolección al exigir los impuestos en la fuente. Teniendo en cuenta que la DIAN posee información para comprobar los ingresos y para ejecutar la recolección, la gente que ya está pagando sus impuestos (ingresos y salarios) serán obligados a contribuir a la financiación del sistema y a algunos se los obligará a afiliarse. Esto ayudará a Colombia a avanzar más para lograr la cobertura universal y la solidaridad.

Las primeras dos opciones recolectarán impuestos de la gente que actualmente paga sus impuestos a la DIAN, incluyendo a los empleados de las compañías. La primera opción establece algún tipo de control con respecto al mantenimiento del

balance financiero del Régimen Contributivo, pero al hacer esto, da incentivos para que las EPS no afilien a ciertos grupo de la población. Esta es una propuesta interesante si se tiene en cuenta que en el momento no se tiene certeza de que la financiación de este Régimen Contributivo esté en balance. La segunda opción es más fácil de implementar y evita los incentivos negativos de la primera; sin embargo, no tiene un mecanismo para evitar un desequilibrio financiero. La tercera opción sólo aumentará la afiliación y la recolección de los empleados que trabajan en compañías, pero no aumentará la recolección de otras personas que pagan los impuestos sobre la renta. Es posible combinar la segunda y la tercera alternativas con el fin de aumentar la cobertura y la afiliación. Las propuestas son las siguientes:

**La primera opción** se refiere a la implementación de un proceso alternativo, de tal forma que los trabajadores que pagan impuestos pero que no contribuyen con el régimen contributivo comiencen a hacerlo. Este mecanismo incluirá tanto a los trabajadores independientes como a los empleados. El sistema también ayudará a garantizar que se mantenga el balance financiero dentro del Régimen Contributivo. La gente cuyo impuesto sobre la renta para la salud no cubre el valor de la suma de la UPC de la familia, no subsidiará el Régimen Subsidiado en esta opción. Los incentivos también se introducen para que las cabezas de hogar afilien a todos los miembros que pagan impuestos. El sistema propuesto separará la recolección de contribuciones para la salud. La DIAN recolectará la cantidad utilizada para la compensación dentro del Régimen Contributivo (que se le dará al fondo de compensación) y con el pago de solidaridad (en los casos en que éste se paga) al Régimen Subsidiado. Las EPS recolectarán la porción utilizada para pagar las UPC directamente del empleador y/o quien gana un salario. Proponemos lo siguiente:

- a. Primero, se definirán los criterios para el pago de las contribuciones a las EPS. Se definirá el ingreso de equilibrio promedio (IEP). El IEP se define como el nivel de ingresos de tal forma que su 10.7% es igual a la UPC multiplicado por el tamaño promedio del hogar. Esto se calcula de la siguiente manera:

$$10.7\% X = UPC * \bar{n}$$

donde:

$\bar{n}$  = número promedio de miembros del hogar

X = IEP

Por ejemplo, si la UPC es 126.880 pesos y el tamaño promedio de la familia es 2.58 en todo el Régimen Contributivo, entonces el IEP será:

$$IEP = (126.880 * 2.58) / .107 = 3\,059.349 \text{ pesos}$$



- b. Cuando se haya calculado el IEP actual, habrá diferentes formas de recaudar de la gente cuyo ingreso está por encima del IEP y de aquellos cuyo ingreso está por debajo:

- Si el ingreso de un individuo es *mayor que el IEP* este individuo contribuirá de la siguiente manera:

La DIAN les cobrará la retención en la fuente, reteniendo automáticamente una porción de los ingresos de sus salarios, sin considerar si están o no afiliados a una EPS. Esta proporción irá al fondo de compensación del FSyG. La proporción será equivalente al 12% del ingreso<sup>4</sup> del individuo menos la UPC multiplicado por el número promedio de miembros del hogar.

$$Z = (I \cdot 0.12) - (UPC \cdot \bar{n})$$

Esto es equivalente a:

$$Z = 12\% (I - IEP)$$

donde:

Z = cantidad gravada por la DIAN

I = ingresos

$\bar{n}$  = número promedio de miembros del hogar

IEP = Ingreso de Equilibrio Promedio

La DIAN enviará esta cantidad al FSyG para que se divida entre la cantidad que se asignará para financiar el Régimen Subsidiado (1% del ingreso) y la cantidad que se asignará al fondo de compensación.

$$\text{Cantidad para el Régimen Subsidiado} = I \cdot (0.01)$$

$$\text{Cantidad para el fondo de compensación} = (I \cdot 0.107) - (UPC \cdot \bar{n})$$

$$\text{Cantidad para incapacidades de los trabajadores} = (I \cdot 0.003)$$

Los trabajadores o su empleador pagarán a las EPS el valor de la UPC multiplicada por el número real de miembros del hogar.

$$\text{Pago a las EPS} = UPC \cdot n$$

Donde:

n = número de miembros del hogar.

Ellos pueden pedir un descuento a la DIAN cuando presentan comprobante de pago a la EPS en los casos donde:

1. Cuando más de una persona paga impuestos en el hogar; ò

---

<sup>4</sup> Hasta 20 salarios mínimos.

2. El número de miembros del hogar es mayor que el número promedio de los mismos, es decir,  $n > \bar{n}$ ; o
3. La suma del impuesto gravado por la DIAN más el pago a la EPS es mayor que el 12% de sus ingresos. Si es así, entonces pueden pedir un descuento equivalente a la diferencia. Es decir, si  $\sum (Z + UPC \cdot n) > \text{ingreso} \cdot .12$  entonces, puede pedir un descuento. Estos descuentos se solicitarán a la DIAN y si se los concede, se reducirán de obligaciones futuras (pagos).
  - Los individuos cuyo salario es *inferior o igual al IEP* pueden solicitar un subsidio parcial de la EPS. Este subsidio parcial cubrirá la diferencia entre la UPC multiplicada por el número de miembros del hogar y el 12% del ingreso del afiliado. Para solicitar este subsidio, será necesario que los individuos muestren los comprobantes de sus ingresos y del número de dependientes. Las EPS obtendrán estos subsidios parciales del FSyG. La DIAN no le cobrará el porcentaje para el fondo de compensación o el 1% para el fondo de la solidaridad a la gente con ingresos inferiores al IEP. Las EPS solamente les cobrará la cantidad equivalente al 12% de sus ingresos.
- c. Para solucionar el problema de la falta de incentivos para que las EPS afilien a los trabajadores independientes y a los campesinos, se propone una alternativa en donde el FSyG pague a la EPS una UPC mayor para los trabajadores independientes (quizás 15-20% más elevado) como compensación por los altos costos para atender y administrar la afiliación de los independientes. También se considerará una subcuenta del FSyG para otorgar recursos económicos para las enfermedades y lesiones ocupacionales financiadas con parte de la cantidad de compensación. Esto arreglará la diferencia actual en riesgos entre la afiliación de independientes y trabajadores de las compañías.
- d. Para estimular el establecimiento de EPS en áreas pobres o aisladas, el FSyG también podría pagar una UPC más elevada por las personas afiliadas en estas áreas.
- e. El balance financiero del sistema se mantendrá siempre y cuando los subsidios parciales dados a la EPS, junto con los pagos extras para los independientes y para las EPS en las áreas pobres o aisladas, no exceda los fondos de compensación recolectados. Por lo tanto, los subsidios parciales solamente se otorgarán hasta el punto en donde la recolección para la compensación sea igual a los subsidios parciales. Esto se hará cumplir

estableciendo una cantidad máxima de fondos que las EPS pueden solicitar al FSyG. La Superintendencia puede utilizar la información ya que las EPS le informarán sobre la distribución del ingreso y el tamaño de la familia de sus inscritos, con el fin de identificar las razones por las cuales el sistema está desequilibrado. Una vez que se identifiquen los problemas, se podrán encontrar las soluciones.

Esta opción tiene el problema de cómo determinar la cantidad máxima para cada EPS. Una vez que se determine, algunas EPS puede que nunca se sometan a la limitación expuesta por esta cantidad máxima, mientras que a otras se las puede obligar a proporcionar servicios a sus beneficiarios con una compensación inadecuada. Para mantener su balance financiero, las EPS podrían utilizar incentivos para desestimular la afiliación de cierto tipo de personas, tales como afiliados con familias grandes, personas con ingresos inferiores al IEP.

Una ventaja de esta alternativa es que incluye un mecanismo para mantener el balance financiero del sistema. Una desventaja es que crea distorsiones adicionales al sistema al otorgar incentivos a las EPS para que desestimulen la afiliación de ciertos segmentos de la población. Si se considera que esta alternativa se puede implementar, el gobierno colombiano deberá establecer mecanismos adicionales para financiar el sistema cuando sea necesario.

**La segunda alternativa** es similar a la primera pero con algunas simplificaciones notorias. Esta alternativa evita los problemas relacionados con la falta de incentivos para que las EPS afilien ciertos grupos. Tal y como en la primera alternativa, la DIAN obligará a hacer parte de la recolección. Esta opción no tiene que manejar el balance financiero del Régimen Contributivo, por cuanto no posee los mecanismos para evitar un déficit. Sin embargo, incrementa la recolección de recursos de la gente que no está actualmente inscrita, pero que paga sus impuestos. Los métodos de recolección para la gente cuyos ingresos están por encima de la IEP serán diferentes a los utilizados para las personas cuyos ingresos están por debajo de la IEP (el IEP se calcula de la misma manera que la primera opción).

- a. Los individuos cuyos *ingresos son mayores que el IEP* contribuyen de la siguiente manera:

La DIAN los gravará en la fuente descontando automáticamente una parte del ingreso de sus salarios (independientemente de la afiliación a una EPS). La DIAN transferirá esta cantidad al FSyG. La cantidad será equivalente a la cobrada en la primera alternativa:

$$Z = 12\% * (I - IEP)$$

Donde:

Z = cantidad gravada por la DIAN

I = ingresos <sup>5</sup>

IEP = Ingreso de Equilibrio Promedio

Además, pagarán a las EPS el 12% del Ingreso de Equilibrio Promedio:

Pago a las EPS = 12% del valor del IEP

- b. Los individuos cuyos salarios *son inferiores o iguales al IEP* pagarán el 12% de su salario a las EPS. La DIAN no recolectará nada a estos individuos.
- c. Los incentivos adicionales para inscribir a los independientes y a la gente de las regiones con pocos servicios también se pueden incorporar a la alternativa dos.

Aunque esta propuesta aumenta la recolección, no incluye mecanismos de control para mantener el balance financiero dentro del Régimen Contributivo. Sin embargo, es menos complicada de implementar que la primera alternativa.

El mecanismo que se acaba de describir se puede simplificar eliminando el pago de la UPC a las EPS y apoyándose totalmente en la retención en la fuente hecha por la DIAN para recolecciones. Esto requerirá el fortalecimiento de la DIAN y del FSyG. Sin embargo, el problema con esta alternativa es que puede llevar a una transferencia más lenta de los fondos para las EPS.

El proceso de implementación debe ser como sigue:

- a. Escoger la alternativa preferida: los miembros del Ministerios de Salud, del Ministerio de Hacienda, el DNP, la Superintendencia, la DIAN, la Asociación de las EPS y otras partes interesadas tendrán que reunirse para evaluar y escoger la opción preferida.
- b. Desarrollar la capacidad de recolección de la DIAN.
- c. Desarrollar la capacidad de recolección y de transferencia a las EPS.
- d. Dar información sobre los requisitos de las EPS y sobre el método para referencia cruzada con los impuestos pagados a la DIAN.
- e. Informar a los empleadores sobre las normas para la transferencia de los nuevos impuestos y de los impuestos sobre la renta.
- f. Informar a la población que la DIAN les cobrará impuestos en la fuente y sobre el nuevo sistema (campaña masiva de información)

---

<sup>10</sup> Hasta 20 salarios mínimos.

- g. Incorporar este nuevo sistema en el sistema de información desarrollado por el Ministerio de Salud para supervisar el balance financiero de todo el sistema.

La **tercera opción** tiene como objetivo aumentar la afiliación y la contribución de los trabajadores colombianos empleados por compañías. Esta alternativa funciona en una forma bastante diferente a la de las dos primeras opciones propuestas. Para aumentar la afiliación, se recomienda un programa que haga cumplir gradualmente con la afiliación obligatoria de todos los empleados durante un período de ocho años. Este programa determinará la inscripción automática de los empleados que no están afiliados y los asignará aleatoriamente a una EPS. El proceso se describe de la siguiente manera:

- a. Una campaña masiva de información para educar a toda la gente con respecto a sus derechos y a sus obligaciones. Esta campaña se analiza en la sección 3.2.3.
- b. La Superintendencia hará una lista completa de las compañías, dividiéndolas en grupos por número de empleados. Esta lista se hará en los próximos seis meses.
- c. La Superintendencia establece un sistema de codificación estándar de los empleadores. Todas las EPS y el ISS utilizarán esta codificación para registrar a las compañías afiliadas, para que así la Superintendencia pueda identificar qué compañías no se han afiliado. Al mismo tiempo, la Superintendencia diseñará los procedimientos para las inscripciones obligatorias con el fin de que se cumpla con la Ley 100. Simultáneamente, el Ministerio negociará con la DIAN su rol en la recolección del 12% de retención en la fuente de aquellos empleadores que no inscribieron a sus empleados.
- d. En la primera etapa, la Superintendencia identificará a las compañías que tienen más de cincuenta empleados, pero que no los han inscrito y enviará la lista a la DIAN para que proceda a hacer la recolección del 12% de retención en la fuente. A estos trabajadores se les dará la oportunidad de inscribirse en diferentes EPS. Aquellos que no respondan se asignarán aleatoriamente a una EPS (privada o al ISS). El período intenso para que estos empleados cumplan con lo establecido por la ley durará tres años, empezará en el segundo (1997).
- e. En la segunda etapa, la labor para dar cumplimiento a la ley se centrará en las compañías que emplean entre 10 y 50 trabajadores. La identificación de estas

compañías se hará en el segundo año y la etapa intensa de cumplimiento se hará entre el tercero y el sexto años.

- f. Finalmente, el proceso se aplicará a las compañías que tienen entre 3 y 10 empleados. El proceso de identificación se terminará y la etapa de cumplimiento comenzará en el cuarto año.

Esta propuesta solamente afilia y recolecta contribuciones de los empleados que trabajan en las compañías y no aumenta la recolección de aquellos independientes que pagan sus impuestos sobre la renta. La tercera opción se puede combinar con una parte de la primera y segunda opciones, con el fin de cumplir con el recaudo de los independientes.

## **Resumen**

Se presentaron tres opciones que ofrecen la posibilidad de ayudar a Colombia a lograr las metas de la cobertura universal y de la solidaridad, aumentando la afiliación y el recaudo. La Ley 100 encargó exclusivamente a las EPS de la afiliación y del recaudo para la población contribuyente. En este modelo, parte de la población presenta ingresos inferiores o prefiere permanecer por fuera del sistema por completo. Las opciones propuestas ayudarán a solucionar algunos de los problemas, utilizando una entidad recaudadora de impuestos y que tenga poder para hacer cumplir la ley, la DIAN; eliminando los incentivos de las EPSs para no recolectar la cantidad real de impuestos sobre los salarios; aumentando los incentivos para que las EPSs inscriban a los independientes; y garantizando que los empleadores y empleados del sector formal se inscriban en el sistema.

### **3.2.4 Campaña Masiva de Información**

Existe una gran cantidad de evidencia anecdótica con respecto a las equivocaciones, la falta de información y la confusión con respecto a las normas básicas, a los derechos y a las obligaciones de la reforma. Mucha de la gente que desconoce la cantidad de posibilidades a su disposición y que tienen miedo de cambiar lo conocido por lo desconocido, no ha recibido información correcta sobre sus derechos a los beneficios y a las opciones de proveedores y aseguradoras, y no poseen información sobre los procedimientos para presentar sus quejas o para buscar compensación por atención inadecuada o por las limitaciones en la

selección. Esta falta de conocimiento apropiado no solamente causa problemas a los individuos que sufren las consecuencias de no ejercer sus derechos para tener acceso a los mejores planes, si no que debilita el funcionamiento del mercado, limitando su capacidad de proporcionar incentivos para la eficiencia y la selección. Si los individuos no escogen los mejores planes disponibles porque no saben lo suficiente sobre su derecho a escoger, entonces las fuerzas del mercado no permitirán que las EPSs y las IPSs proporcionen un servicio eficiente y de alta calidad. Además, si los individuos no saben que están obligados a contribuir y no son conscientes de que su falta de contribución puede debilitar la estabilidad financiera del sistema, es probable que continúen evadiendo los pagos.

Uno de los métodos para subsanar la falta de conocimiento de la población en general y, especialmente, para el Régimen Subsidiado, el cual es probable que tenga menos acceso a la información, es promover una campaña de información bien orientada y diseñada a través de diferentes medios y diferentes proveedores. El mercadeo social es un campo bien avanzado en la promoción de mensajes apropiados con el fin de informar e influenciar el comportamiento de grandes segmentos de la población. Se ha podido determinar que una rama del mercadeo social, que identifica mensajes sobre políticas importantes que afectan muchas vidas y cambian el comportamiento del individuo y del grupo, es cada vez más eficiente. Estos enfoques de mercadeo utilizan campañas de comunicación masivas, las cuales preparan y verifican sus mensajes cuidadosamente con el fin de demostrar su efectividad para comunicar mensajes claves...También, pueden incluir técnicas para relaciones públicas con el fin de aumentar la visibilidad y la credibilidad de los mensajes en eventos especiales, así como la utilización de campañas con medios combinados y demostraciones del compromiso de personajes importantes del gobierno, de élites del sector privado, de artistas populares, de deportistas famosos y de otras estrellas. Debido a que muchos individuos respetan las opiniones y la información sobre la atención de la salud suministradas por sus proveedores, la información también se puede transmitir a través de campañas que estimulen a los proveedores a informar a sus pacientes, ya sea a través de la comunicación directa persona a persona, o a través de folletos y volantes.

El Ministerio de Salud tiene una excelente capacidad para diseñar, manejar y conducir campañas masivas en áreas específicas de la promoción y de la prevención y, además, tiene alguna experiencia en campañas masivas para informar al público sobre las características generales de la reforma. La Oficina de Comunicaciones del Ministerio tiene seis profesionales y manejó, a través de contratos con agencias de publicidad privadas, más de US \$3 millones para campañas en 1995.

Sin embargo, es necesario ampliar este programa con un enfoque más integrado para crear y suministrar mensajes bien elaborados. Es indispensable preparar y verificar la efectividad de los mensajes específicamente dirigidos a públicos diferentes, tales como poblaciones rurales versus poblaciones urbanas, poblaciones subsidiadas versus poblaciones contributivas, áreas altamente competitivas versus áreas con muy poca competencia. Es necesario aumentar y fortalecer la coordinación entre los mensajes masivos y los mensajes individuales que los proveedores dan a sus pacientes. Es importante planear y manejar cuidadosamente esta área en donde los intereses contradictorios pueden ofrecer incentivos para la información incorrecta.

Se recomienda una combinación de asistencia técnica internacional para la etapa inicial del diseño de la campaña masiva, preparada por la Oficina de Comunicaciones del Ministerio, de tal forma que esta oficina pueda recibir transferencia tecnológica de los métodos más avanzados y más efectivos que se han ensayado en otras partes del mundo. Las campañas iniciales se prepararán e implementarán a través de contratos otorgados por concurso a agencias de publicidad y de relaciones públicas a nivel local.

En primera instancia, las campañas se centrarán en la información para la población subsidiada sobre la importancia de su registro, sobre los derechos a todos los beneficios en el POSS, sobre el derecho a escoger los proveedores adscritos a las aseguradoras y sobre los mecanismos disponibles para presentar sus quejas y solicitar indemnización por problemas ocasionados. Una segunda campaña debería manejar las escogencias dentro del Régimen Contributivo que podrían estimular la compra del mejor plan para cada familia, con el fin acabar con la inercia de permanecer en planes insuficientes; también debe corregir la información incorrecta con respecto a los rangos de escogencia y a las diferencias entre los planes complementarios y el POS, así como proporcionar información sobre los procedimientos para presentar quejas. Una tercera campaña debe manejar la obligación de pertenecer a el Régimen Contributivo. Esta campaña debe estar relacionada con los esfuerzos para que los empleados cumplan con lo estipulado por la ley (refiérase a la sección 3.2.2) y con esfuerzos de mayor cobertura para lograr que los independientes cumplan con lo que les corresponde.

### **3.3 FINANCIACION**

Es de vital importancia contar con los recursos adecuados para financiar los servicios tanto de la población subsidiada como de la población contributiva, si se



quiere tener éxito con la reforma. En la medida en que la identificación de la población subsidiada aumente y en que las ESS y las EPS atiendan un mayor segmento de población subsidiada, se necesitarán más subsidios para la demanda. La viabilidad financiera depende en parte de la capacidad del sistema para inscribir y recolectar impuestos de los salarios totales (no los reportados por debajo) de todos los colombianos que están obligados a contribuir. Esto implica que el equilibrio financiero del sistema depende parcialmente del aumento de la recolección y de la reducción de la evasión. A medida que Colombia se acerque más a la meta de la universalidad y de la solidaridad, se necesitarán más fondos para financiar el paquete total de beneficios y el POS de la población subsidiada así como de aquellos que contribuyen.

La primera parte de esta sección presentará información sobre la financiación en las fuentes y la utilización de los fondos en el sector de la salud desde 1993. Este es el primer intento de proporcionar una imagen completa del "Sistema de Cuentas Nacionales de Salud" de Colombia.

### **3.3.1 Cuentas Nacionales de Salud**

La reforma colombiana debe modificar dramáticamente tanto la cantidad total como la composición y el flujo de movimiento de los egresos de la atención de la salud en el país. Se espera inyectar recursos significativos al sistema de la atención de la salud, provenientes de los ingresos públicos y de un mayor aumento en las contribuciones de los empleados y de los empleadores. En alguna medida, estos recursos pueden substituir partes de los patrones actuales de gastos. Por ejemplo, las nuevas contribuciones del gobierno y de los empleadores/empleados deben financiar la mayor parte de la atención de la salud, que actualmente pagan con plata de su bolsillo las familias. ¿Qué tanta substitución habrá? Esto, en gran medida depende del acceso y de la calidad reales de los servicios cubiertos. Si el nuevo sistema para financiar la atención funciona bien, la substitución podría ser muy amplia. Sin embargo, si no funciona bien, la gente podría continuar pagando los servicios que necesitan con plata de su bolsillo, tal y como se ha observado en los que tienen cobertura del ISS o de una caja. El resultado será un factor importante con relación a qué tanto gastará Colombia en la atención de la salud en el futuro.

La reforma también transformará dramáticamente la composición y el flujo de movimiento de los gastos de la salud. Se espera que las instituciones nuevas o ampliadas en forma significativa, incluyendo a los agentes de financiación, tales como el FSyG y las EPS, manejen los segmentos más grandes de los gastos futuros de la salud. Estos nuevos agentes de financiación deben canalizar los fondos a diferentes tipos de proveedores que compiten en el área gubernamental, en los sectores de los afiliados al gobierno, los privados con ánimo de lucro y los

privados sin ánimo de lucro. La "Administración" de las finanzas, de la utilización y de la calidad del servicio de la atención de la salud también pueden modificar la fuente a donde va el dinero, en términos de los diferentes tipos de proveedores ¿Quitará la competencia fondos a los hospitales que brindan atención a los pacientes hospitalizados para otorgárselos a la atención ambulatoria? ¿Cómo cobrarán los servicios de salud pública y preventiva de acuerdo con las nuevas disposiciones de financiación? Otra dimensión del flujo de movimiento de las finanzas está relacionada con la distribución de los fondos a través de las regiones (departamentos, áreas rurales y urbanas) y de los grupos socioeconómicos. Por ejemplo, ¿Cuáles serán los cambios relativos y absolutos para financiar áreas rurales versus áreas urbanas? y ¿aumentará la proporción del consumo total de la atención de la salud por parte de los pobres?

De hecho ya hay mucha preocupación en Colombia por estas preguntas y existen buenas razones para esta preocupación. La experiencia en otros países ha demostrado que reformas de esta magnitud como la de Colombia pueden conducir a un aumento rápido de los costos, a una captura ineficiente de recursos por parte de ciertos grupos interesados en la salud, o a una distribución inadecuada de los beneficios. Es de vital importancia que Colombia haga un seguimiento de los niveles y de los patrones de los gastos agregados de la atención de la salud a medida que la reforma progresa, con el fin de identificar los problemas tan pronto como sea posible e implementar las acciones correctivas correspondientes.

Un instrumento reconocido internacionalmente para hacer el seguimiento a los gastos de la salud a nivel nacional son las Cuentas Nacionales de Salud (NHA). El equipo de Harvard, con la colaboración y el apoyo del Ministerio de Salud, el DNP y la Superintendencia, hicieron un estudio inicial del NHA para Colombia para 1993, utilizando una metodología desarrollada por Harvard. Esta metodología analiza la financiación agregada de la atención de la salud a nivel nacional como "flujo de fondos" en tres niveles: fuentes iniciales de egresos; agentes financieros o pagadores para la atención de la salud y la utilización última de los fondos. La utilización se puede describir como diferentes tipos de proveedores, diferentes tipos de servicios de la atención de la salud, regiones, o grupos sociales.

Los resultados preliminares del estudio de Colombia muestran que el gasto en salud de la nación en 1993, antes de la reforma fue más del 7.3 % del PIB. "Decimos más" por cuanto faltan algunos componentes del estimado o son ciertamente casi demasiado bajos. En efecto, se debe considerar el NHA como un proceso repetitivo que produce estimados cada vez más completos y más precisos.

Las Tablas 3.5a y el 3.5b presentan los estimados preliminares de la primera matriz del NHA, la cual describe los flujos de movimiento de las fuentes a los agentes financieros. La Tabla 3.5a muestra los valores absolutos en millones de pesos colombianos de 1993 y la Tabla 3.5b presenta las cantidades como porcentajes de los gastos totales de salud de la nación. Los gastos del gobierno, provenientes de los impuestos especiales y de los impuestos generales, sin incluir las contribuciones de los empleadores y de las familias a la seguridad social, correspondían a cerca del 27% de los gastos de salud de la nación. Se calculó que los gastos pagados con la plata de bolsillo de las familias correspondían al 41% del total. Las contribuciones del empleador y del empleado a las aseguradoras de salud afiliadas al gobierno (ISS y cajas) representaban el 26% restante. En general, las contribuciones directas e indirectas de las familias, incluyendo las cuotas al seguro privado, pero sin contar el pago de sus impuestos, representaban el 55% de los gastos totales en salud de la nación.

En términos de los fondos transferidos a los diferentes agentes financieros, los aseguradores afiliados al gobierno (ISS y cajas) correspondían a acerca del 25 % del gasto total. Se calculó que los pagos realizados por otros gobiernos departamentales, incluyendo al ejército y a la policía, correspondían a un 3 % total. La financiación del gobierno a través del MSP y los departamentos correspondía a cerca del 22 % del total.

La segunda matriz que proporciona estimados preliminares del flujo de fondos de los diferentes agentes financieros a los diferentes proveedores de la salud, divididos por propiedad y por hospital y por instalaciones no hospitalarias, estará lista próximamente. Estos primeros resultados del estudio del Sistema de Cuentas Nacionales muestran que Colombia es un gastador relativamente elevado con un componente grande del gasto total conformado por los empleadores privados y las familias. Por lo tanto, de acuerdo con la reforma, podemos esperar un aumento substancial en el rol de los nuevos agentes de financiación, como también un aumento en los gastos del gobierno. El éxito de la reforma para substituir la financiación del aseguramiento por gastos privados pagados con plata de bolsillo, será un elemento determinante y significativo tanto del nivel futuro del gasto de la salud como del tamaño de la carga que recae directamente en las familias. Esto es tan sólo un ejemplo de cómo se pueden utilizar éste y otros estudios futuros para hacer un seguimiento de los efectos de la reforma en el nivel agregado del sistema, a través del tiempo. Unos estimados mejores y más detallados de los componentes del NHA también permitirán evaluaciones más prácticas de las diferentes partes de la financiación tanto de la atención de la salud como del sistema de prestación de servicios. Ahora que Colombia tiene más experiencia en la metodología NHA, es necesario repetir estos estudios anualmente como parte de una evaluación continua de la reforma.



Figura 3.5b Datos de Cuentas Nacionales de Salud como un porcentaje del total														
				PGN	PGN	PGN	PGN	PGN	PGN	PGN	PGN	PGN	PGN	PGN
				Obligación	Otras	Situación	Patrimonio	Recursos	Presupuesto	Rentas	Presupuesto	Ecosalud	TOTAL	
				Laboral	Partidas	Fiscal	Agente	Propios	Depial	Cedidas	Municipal			
Seguros de Salud	2,08	0,52											2,60	
SOAT	1,05	0,26											1,32	
Medicina Prepagada	2,36	1,28					0,14	0,16					3,94	
Fonsat								0,10						
Aseguramiento	5,49	2,07		0,00	0,00	0,00		0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	7,86	
Salud Fuerzas militares y de policía				0,98									0,98	
Contribuciones salud maestros	0,80			0,48									1,28	
Salud Ecopetrol				0,71									0,71	
Sistemas Esp. de S.S.	0,80	0,00		2,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,97	
ISS	6,51	13,21		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,72	
Cajanal	1,25			0,81				0,48					2,53	
Capresub	0,01				0,04								0,05	
Caprecom	0,29			1,64	0,05			0,63					2,62	
Corporaciones	0,01			0,02									0,03	
Caja Pres. Congreso	0,01			0,07	0,05								0,13	
Cajas De Previsión	1,56	0,00		2,55	0,00	0,14	0,00	1,11	0,00	0,00	0,00	0,00	5,36	
Cajas de Compensación	0,00	1,37		0,00	0,00			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,37	
Minsalud (Direc. Superior)					2,35								2,35	
Minsalud (Direc. Tecruca)					0,33								0,33	
Supersalud					0,07								0,07	
INS					0,11								0,11	
ICBF					0,00								0,00	
IN Cancerología					0,28								0,28	
Fondo Nacional Hospitalario					1,17								1,17	
Aportes Cajanal					-0,06								-0,06	
Minsalud	0,00	0,00		0,00	4,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,26	
Servicios de Salud Deptal.	0,00	0,00		0,00	0,00	7,63	0,00	0,00	2,95	5,25	0,00	0,00	15,83	
Secretaría de Salud											1,63	0,05	1,68	
Medicinas	16,86												16,86	
Consultas ambulatorias	5,70												5,70	
Hospitalización	7,99												7,99	
Exámenes diagnósticos	2,22												2,22	
Otros conceptos	6,83												6,83	
Educación en salud	1,21												1,21	
Directos de la Familia	40,81	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,81	
Ministerio Relaciones Ext.														
Minjusticia					0,03								0,03	
Incora					0,05								0,05	
Inderen					0,02								0,02	
Institute of National Affairs													0,00	
Corelca					0,03								0,03	
Minobras					0,05								0,05	
Directos PCN	0,00	0,00		0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	
TOTAL	55,17	16,64		4,72	4,44	7,78	0,00	1,37	2,95	5,25	1,63	0,05	100,00	

### **3.3.2 Visión General de la Situación Financiera desde la Implementación de la Reforma**

El Sistema reformado introduce un número de cambios en la forma como se financian y suministran los servicios de salud. La información de los CNS nos ofrece una visión de la financiación para el sector de la salud antes de la implementación de la reforma. La siguiente sección es una discusión de los cambios derivados de la reforma, que tienen un impacto en la financiación, y algunos análisis de la viabilidad financiera del sistema en diferentes escenarios.

La ley 60 y la ley 100 introdujeron cambios profundos a la forma como se financia el sector de la salud en Colombia y a la forma como se asignan los fondos. La ley 60 ordenó que el 25 % de las transferencias para inversión social a los municipios se asignen a la salud. La ley 100 estipuló adicionalmente que el 60 % de estas transferencias se asignaran a los subsidios para la demanda y el 40 % a los subsidios para la oferta; además, ordenó nuevas recaudaciones. (Sin embargo, la Corte Constitucional ordenó recientemente que ya no es necesario asignar este 40 % para salud). Por favor refiérase a la Sección 3.8 para un análisis detallado del flujo de fondos para el sector de la salud.

Por lo tanto, las nuevas recaudaciones para el sector de la salud tiene tres fuentes principales:

1. Un aumento en el impuesto de la nómina, del 8 % al 12 %, unido a un nuevo requisito que estipula que toda persona con ingresos, que no califique para el Régimen Subsidiado, debe contribuir;
2. Una combinación de recaudación tributaria que, junto con el punto sobre el impuesto del 12 %, sea canalizado para el régimen subsidiado a través de la cuenta de solidaridad del FSyG; y
3. Las transferencias para la inversión social a los municipios asignadas para la salud.

Se pretende que estos nuevos recaudos financien la ampliación de la cobertura con el fin de abarcar eventualmente a toda la población. Entonces, esto plantea la pregunta de si los planes para la ampliación de la cobertura se pueden lograr con el aumento de los recaudos. Una pregunta relacionada con este planteamiento es si las UPC son adecuadas para cubrir el POS y el POSS. A continuación evaluamos por separado el equilibrio financiero del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

### **3.3.3 Equilibrio Financiero del Régimen Contributivo**

El régimen contributivo está financiado exclusivamente por los 10.7 puntos del 12% del impuesto de la nómina, que se recauda de todos los ingresos personales entre el salario mínimo y 20 veces el salario mínimo. Los empleados deben pagar una tercera parte del impuesto del 12 % y los empleadores deben pagar las dos terceras partes. Los trabajadores independientes deben pagar la cantidad total. Se pretende que el punto porcentual restante se asigne al régimen subsidiado.

Entonces, la contribución total del 12 % de cada contribuidor se transfiere a la EPS que el contribuidor haya escogido. Después, la EPS debe (refiérase al recuadro 3.3.1) determinar mensualmente la contribución que debe hacer o el pago que debe recibir del FSyG. Las recaudaciones de las EPS también incluyen los copagos y las cuotas moderadoras que se discuten a continuación.

Debido a que la reforma entró en vigencia a comienzos de 1995, muchas EPS no han podido aclarar sus cuentas con el FSyG. Específicamente, el ISS todavía no ha presentado un informe al FSyG, aunque ha venido pagando el 1% de las contribuciones para la solidaridad.

No obstante, se puede utilizar la información disponible para hacer una evaluación no muy exacta del equilibrio financiero del régimen contributivo. Tal y como se describe en la tabla 3.6, se estima que éste mostrará un superávit pequeño en 1995. Sin embargo, es importante anotar que éste es sólo un estimado: si el tamaño promedio de la familia en el ISS es mayor que 2.50, y/o si el salario promedio del ISS es inferior, entonces el régimen contributivo podría estar en déficit. Esta incertidumbre no se podrá resolver sino hasta que el ISS arregle sus cuentas con el FSyG.

### Recuadro 3.3.1 Ingresos y Asignaciones Obligatorias de las EPS

Los ingresos de una EPS del Régimen Contributivo están dados por:

$$R = (c \times s \times 0.12) + cp$$

Donde:

c: número de miembros contribuyentes

s: salario contributivo promedio

cp: ingresos por pagos por los servicios y por copagos

De estos ingresos se deben separar las siguientes cantidades, las cuales no se pueden utilizar para financiar al POS:

*Aporte de Solidaridad (AS)*

Esta contribución se asigna a la cuenta de solidaridad del FSyG con el fin de ayudar a financiar al régimen subsidiado. Esto equivale a:

$$AS = c \times s \times 0.01$$

*Aporte para el pago de las incapacidades (AI)*

Otra parte de los ingresos se debe utilizar para financiar un plan de seguros por incapacidad:

$$AI = c \times s \times 0.12 \times 0.025$$

*Aporte para Promoción y Prevención (APP)*

Una cantidad adicional de \$5.880, oo por inscrito (no por afiliado) se asigna para la prevención y la promoción de la salud. Esta cantidad se debe entregar al FSyG si la EPS no asume la responsabilidad de proporcionar dichos servicios.

$$APP = 5.880 \times b$$

donde b es el número de beneficiarios.

Estas tres cantidades (AS, AI, APP) se deducen del total de ingresos de la EPS. Después, estos ingresos ajustados se utilizan para financiar al POS.

La EPS debe calcular la diferencia mensualmente:

$$D = (R - AS - AI - APP) - (121.000 \times b + ML)$$

Donde ML es el costo por licencias de maternidad. Si la diferencia es positiva, D se devuelve al FSyG; si es negativa, el FSyG financia la diferencia.



**Cuadro 3.6 Equilibrio Financiero del Régimen Contributivo, 1993**

	Estimado
Número de Afiliados	
ISS	9'500.000 <sup>a</sup>
EPS Privadas	956.000 <sup>b</sup>
<b>Total</b>	<b>10'456.000</b>
Número de Afiliados	
ISS	3'800.000 <sup>c</sup>
EPS Privadas	382.000 <sup>b</sup>
<b>Total</b>	<b>4'182.000</b>
Salario Promedio por Año (en pesos)	
ISS	2'887.828 <sup>d</sup>
EPS Privadas	3'828.456
Contribuciones al régimen contributivo (10.7 % en millones)	
ISS	1'173.784
EPS Privadas	156.484
<b>Total</b>	<b>1'330.268</b>
Desembolsos (en millones de pesos)	
ISS	1'205.360
EPS Privadas	121.425
<b>Total</b>	<b>1'326.785</b>
Equilibrio financiero (en millones de pesos)	
ISS	(31.576)
EPS Privadas	35.070
<b>Superávit (déficit)</b>	<b>3.484</b>

a. Se asume que el tamaño promedio de la familia es de 2.5 en el ISS, ligeramente menor que el 2.58 estimado en la encuesta sobre las EPSs de noviembre de 1995. El tamaño de la familia de los afiliados al ISS no se conoce.

b. Con base en la información de la encuesta sobre EPS de noviembre de 1995.

c. Fuente: ISS, noviembre de 1995.

d. Salario promedio basado en el ingreso promedio contributivo por enfermedad general y maternidad (2.02 veces el salario mínimo legal).

### **Financiación para el Régimen Subsidiado**

Es importante distinguir entre los tipos de subsidios destinados al régimen subsidiado (RS): subsidios para la demanda y subsidios para la oferta. En una gran proporción, los subsidios para la demanda están financiados con plata nueva: Las transferencias asignadas a los municipios y a la cuenta de solidaridad del FSyG. Estos nuevos ingresos solamente se debe utilizar para los subsidios para la demanda. Los subsidios para la oferta son aquellos que tradicionalmente han financiado la oferta de los servicios de salud. Inicialmente, se supone que financian directamente la oferta de servicios, pero que se los transformará gradualmente en subsidios para la demanda. Es importante anotar que aún no existe, en la práctica, una división clara entre los dos tipos de subsidios y que no existe una provisión para manejarlos por separado. Con excepción de los ingresos provenientes del FSyG, los fondos locales y las seccionales de salud manejan los dos tipos de subsidios.

Para finales de 1996, los hospitales públicos continuarán recibiendo subsidios para la oferta, que son iguales a su presupuesto de 1994, ajustados por inflación. Después de 1996, es indispensable elaborar e implementar normas que regulen la transformación de los subsidios para la oferta en subsidios para la demanda (refiérase a nuestras recomendaciones en la sección 3.3.6). Es probable que se continúe asignando indefinidamente alguna parte de los subsidios para la oferta a las regiones en donde no es posible que un hospital funcione en toda su capacidad, pero en donde es necesario continuar prestando los servicios hospitalarios, por cuanto no hay más alternativas.

Los nuevos ingresos incluyen los siguientes elementos:

- Al menos quince puntos de las transferencias para inversión social a los municipios;
- Los ingresos de la cuenta de solidaridad del FSyG provenientes de un punto del impuesto sobre la renta de los contribuyentes al RC, la contribución de las Cajas de Compensación (hasta el 5% de sus ingresos provenientes de los impuestos sobre la renta), las contribuciones del Presupuesto Nacional, los rendimientos financieros de las inversiones y algunos ingresos provenientes del IVA social. Estos recaudos ayudan a los gobiernos locales a financiar los subsidios para los beneficiarios del RS; y
- El 15 % de los recaudos adicionales, que los municipios, los distritos y los departamentos recibirán a partir de 1997, provenientes de los impuestos de las compañías que explotan los yacimientos de Cupiagua y Cusiana.

Es importante anotar que la ley es muy clara al especificar que estos recaudos, que se deben asignar específicamente al RS, deben ser manejados separadamente de otros recaudos de la seccional, el distrito y los fondos locales. La tabla 3.7 presenta los estimados de los fondos del sector público asignados a la salud.

**Tabla 3.7 Recursos Públicos Asignados al Sector de la Salud, 1994-1996**  
(pesos nominales en millones)<sup>a</sup>

	1994	1995	1996
<i>Recursos para el subsidio de la demanda (POSS)</i>			
	16.896	176.563	238.933
Transferencias Municipales (15 puntos de 25)	82.789	219.197	303.900
Contribución de solidaridad al FSyG <sup>a</sup>	99.685	395.760	542.833
<b>Total</b>			
<i>Recursos para los subsidios de la oferta</i>			
Recursos de Capital <sup>b</sup>			
Situado Fiscal	56.845	29.415	35.004
Rentas Cédidas	374.369	465.885	655.894
Transferencias Municipales	214.820	253.132	332.960
(10 puntos de 25)	11.264	117.708	159.289
Ayuda Financiera <sup>b</sup>	104.236	144.039	171.406
<b>Total</b>	761.534	1.010.179	1.354.553
<b>Total de Recursos públicos asignados al sector de la salud</b>	<b>861.219</b>	<b>1.405.939</b>	<b>1.897.386</b>

a. Incluye los fondos del SOAT y la tasa de pago adicional del FONSAT. Estos recursos tienen que asignarse para cubrir enfermedades de alto costo. Se asignaron cerca de 60.000.000 millones de pesos (de 1995) tanto en 1995 como en 1996.

b. Los recursos para 1996 se proyectaron con base en las cifras de 1995 aplicándoles la inflación del año correspondiente.

### 3.3.4 Recomendaciones

#### Financiación del Paquete Ampliado de Beneficios y del POS para la Población Subsidiada en el año 2002.

Se calcula que Colombia tiene aproximadamente 9.7 millones de personas en los estratos I a II, lo cual los califica para ser parte del régimen subsidiado. Una de las metas claves de la reforma es que el POSS coincida con el POS en el año 2002, con el fin de lograr la solidaridad y la igualdad. Si se asume que la UPC para cubrir el paquete de beneficios del POS permanece al mismo nivel de 1995 (i.e., la UPC solamente aumentará a la tasa de la inflación general), se necesitarán aproximadamente 1.200 mil millones de pesos (pesos de 1995) para suministrar el POS a los 9.7 millones de personas. La tabla 3.7 muestra que el total de fondos públicos corresponde a 1.406 mil millones de pesos en 1995. Si se asume que aproximadamente el 20 % del situado fiscal no se transferirá a los subsidios para la demanda, por cuanto es necesario financiar el PAB y que algunos subsidios restantes para la oferta se deben asignar para financiar la capacidad hospitalaria "disponible" en áreas con una densidad de población baja, el presupuesto total de

1995 es aproximadamente 1.200 mil millones de pesos. Es posible que otros 100-200 mil millones de los subsidios para la oferta no se puedan transferir o tengan que permanecer como tales. Por lo tanto, la cantidad que se necesita para financiar el POSS sería suficiente. Sin embargo, esperamos que haya contribuciones del régimen contributivo al FSyG con el fin de que haya un incremento a medida que la recolección y la afiliación aumentan con el tiempo. Aún más, los impuestos especiales sobre el nuevo recaudo por los yacimientos de petróleo proporcionarán una modesta cantidad adicional para financiar el POS de la población subsidiada. En conclusión, con base en estos cálculos inexactos, es probable que Colombia tenga que financiar algo así como la cantidad que se necesita para financiar el POS de la población subsidiada en el año 2002, siempre y cuando la inflación de los gastos de la salud por persona se puedan mantener dentro del margen general de inflación. Sin embargo, es necesario hacer un seguimiento continuo a la operación financiera.

### **Seguimiento de la UPC para el Régimen Contributivo**

Tal y como se señaló en la sección sobre el paquete de beneficios, la metodología que se ha utilizado para estimar los costos de los contenidos del POS se basa en información inadecuada. Por lo tanto, la utilización de información poco confiable sobre los costos para evaluar la capacidad de la UPC difícilmente puede llevarnos a conclusiones válidas. Quizás podemos obtener más información de nuestra encuesta sobre las EPS realizada en noviembre, la cual mostró que muchas EPS privadas consideran que la UPC es adecuada para el régimen contributivo. Sin embargo, otros dijeron que la encuentran demasiado baja. Algunas entidades privadas de Medicina Prepagada permanecen por fuera del sistema y no desean que se los certifique como EPS. Estas entidades justifican su posición porque consideran inadecuada la UPC. Siendo justos, es difícil saber exactamente lo que estas señales significan: pueden reflejar diferencias en los niveles de riesgo de sus afiliados y/o en las cantidades que necesitan para pagar a los proveedores y por otros insumos para la atención; también, podrían existir diferencias en cuanto a la eficiencia y/o la calidad con las cuales diferentes EPS suministran la atención; también podría ser que algunas EPS exageraran las dificultades que tuvieron que enfrentar con la actual UPC; finalmente, podría ser que algunas de las EPS están, más o menos y a sabiendas, subsidiando cruzadamente el POS con las ventas de planes complementarios y de planes prepagados sin POS. Sin embargo, cualquiera que sea el caso, estas señales sugieren que la UPC para el régimen contributivo está al menos en un nivel razonable en 1995. Los informes financieros finales sobre las EPS y el ISS deben proporcionar alguna información útil.

Una forma parcial de evaluar la capacidad de la UPC es a través de encuestas a los beneficiarios. Por lo tanto, se recomienda que el Ministerio de Salud (probablemente

con la colaboración de la Superintendencia) encueste a una vez al año, como parte de la garantía de calidad y para la UPC. Los siguientes aspectos deben ser evaluados:

- Las dificultades y las demoras encontradas en la obtención de la atención;
- La naturaleza de la atención recibida para condiciones médicas específicas; y
- La satisfacción con la atención.

### **Transformación de los Subsidios para la Oferta en Subsidios para la Demanda.**

Los subsidios para la oferta deben ayudar a los hospitales a cubrir el costo total de la atención para los siguientes grupos:

- Personas de los estratos I y II que todavía no han sido identificadas como elegibles para el Régimen Subsidiado o que ya han sido identificadas (i.e., los carnetizados), pero no tienen una EPS o una ESS que les puedan brindar la atención;
- Los beneficiarios del Régimen Subsidiado para los servicios no cubiertos por el POSS; y
- Además, es posible que se haya intentado ayudar a cubrir parte de los costos de la atención de individuos con ingresos de estratos III y IV, que pueden no estar asegurados y que pueden ser incapaces de pagar el costo total del tratamiento que recibieron.

En la medida en que la implementación de la reforma prosiga, la cantidad de individuos de los estratos uno y dos cubiertos por el POSS y de los individuos de los estratos III y IV cubiertos por el POS, atendidos con subsidios de oferta debe disminuir a la vez que la brecha entre el POS y el POSS debe reducirse. Parece lógico que el mínimo garantizado para el subsidio para la oferta decrezca en proporción a la reducción en el costo de los servicios ofrecidos a los pobres y a los casi pobres que no tienen seguro. Este es el primer principio por el cual se propone la reducción de los subsidios para la oferta.

El segundo principio se refiere a que el mecanismo debe ser relativamente fácil de implementar. Debido a que los municipios asignan los subsidios para la oferta, y que la inscripción al Régimen Subsidiado y al Régimen Contributivo varía

considerable-mente por municipios, y debido a que la información de la cantidad de carnetizados y beneficiarios del POS está a disposición de los municipios, se propone que el subsidio para la oferta disminuya en la misma medida para todos los hospitales en un municipio. Lograr que la tasa de disminución varíe en forma equitativa, hospital por hospital, requerirá de más información y análisis de los que probablemente se pueden esperar en realidad.

### Recuadro 3.3.4 Una propuesta para transferir los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda

Se propone que la reducción a nivel de subsidios para la oferta para cada hospital se determine de la siguiente manera:

1. Calcular la suma de los subsidios mínimos para la oferta de todos los hospitales públicos en un municipio en 1996 (i.e., la cantidad garantizada por la ley 100).
2. Calcular la cantidad de individuos  $NCP_{94}$  en el municipio que, al 31 de diciembre de 1994, pertenecían a los estratos uno y dos y no tenían cobertura de ningún tipo de seguro. (si es necesario utilice los datos de otros municipios o de otros departamentos para obtener un estimado aproximado de la proporción de aquellos que no están cubiertos y que pertenecen a los estratos uno y dos).
3. Calcular la cantidad de individuos  $NCP_{95}$  en el municipio que, al 31 de diciembre de 1995, pertenecían a los estratos uno y dos y que no tenían cobertura de ningún tipo de seguro.
4. Calcular la cantidad de individuos  $NCI_{94}$  y  $NCI_{95}$  que no tenían cobertura de ningún tipo de seguro y que pertenecían a los estratos tres y cuatro.
5. Calcular la cantidad de seguros  $AS_{95}$  en cada municipio que, al 31 de diciembre de 1995, estaban efectivamente cubiertos por el Régimen Subsidiado (i.e., el SISBEN simplemente no los identificó como pertenecientes a los estratos uno y dos – carnetizados – pero realmente estaban cubiertos a través de una ESS o de otra entidad).

6. Calcular:

$$P = \frac{(NCP_{94} - NCP_{95}) * UPC_{96} * r + (NCI_{94} - NCI_{95}) * UPC_{96} * r * 0.33 - (AS_{95} - AS_{94}) * UPC_{96} * t}{NCP_{94} * UPC_{96} * r + NCI_{94} * UPC_{96} * r * 0.33 + AS_{94} * UPC_{96} * t}$$

Que se simplifica en:

$$P = \frac{(NCP_{94} - NCP_{95}) * r + (NCI_{94} - NCI_{95}) * r * 0.33 - (AS_{95} - AS_{94}) * t_{96}}{NCP_{94} * r + NCI_{94} * r * 0.33 + AS_{94} * t}$$

donde la  $UPC_{96}$  es la UPC para el POS en 1996,  $r$  es la proporción de la UPC que se pretende que en 1996 cubra la atención hospitalaria (cerca del 0.4) y  $t_{96}$  es la proporción de la UPC que cubre la atención hospitalaria no cubierta por el POSS en 1996 (cerca del 0.2). El factor 0.33 es un estimado aproximado de la participación del costo de la atención que, en promedio, se espera que paguen de su bolsillo las personas de los estratos tres y cuatro. (Este factor se puede modificar). La fórmula asume que aquellos en los estratos cinco y seis que no están asegurados, pagarán el costo total de cualquier servicio que reciban con plata de sus bolsillos. Observe que la fórmula anterior  $AS_{94}=0$ .

$P$  es un estimado del porcentaje por el cual la cantidad de la atención que los hospitales públicos deben proporcionar como parte de los subsidios para la oferta disminuyó durante 1995. Si  $SO_{i,96}$  es el subsidio mínimo para la oferta  $i$  del hospital en 1996 y  $SO_{i,97}$  el mínimo para 1997, entonces:

$$SO_{i,97} = SO_{i,96} * P$$

Los subsidios mínimos para la oferta para los años siguientes se determinan repetidamente, utilizando la misma fórmula actualizada para el siguiente año.

El recuadro 3.3.4 describe una fórmula específica para determinar la tasa a la cual debe disminuir el subsidio para la oferta para cada hospital en cada municipio. Los parámetros específicos en esta fórmula se ofrecen como ilustración para demostrar el principio. Sin embargo, las personas que elaboran las políticas pueden determinar dichos parámetros. Según este método, los subsidios para la oferta de todos los hospitales en un municipio se reducen en la misma medida. La reducción

progresiva de los subsidios para la oferta termina cuando el POSS coincide con el POS y la afiliación alcanza su máximo esperado. Es posible que la última condición no se logre en algunos municipios hasta que el POSS coincida con el POS.

### **Control de la Tasa de Crecimiento de la UPC frente a la Financiación Nacional para Salud**

Las EPSs tienen fuertes incentivos para incrementar la eficiencia, debido a que reciben una prima ajustada por riesgo para proveer un paquete de beneficios definido, y así aumenta la sostenibilidad del Sistema. Las implicaciones financieras de este beneficio aún no han sido establecidas ni cuantificadas. De otro lado, la cobertura universal puede brindar un incremento en la demanda y utilización por parte de los consumidores, lo que puede adicionar una carga financiera. Si la UPC se mantiene a una tasa que permita que los recursos nacionales puedan financiarse, y si las EPSs están dispuestas a prestar el POS por esa UPC, entonces el sistema será sostenible.

### **Cuotas Moderadoras y Copagos**

Tal y como se señaló anteriormente, la Ley estipula que es indispensable recolectar las cuotas moderadoras y los copagos. Hasta el momento, se han presentado serios problemas en la aplicación de este aspecto de la Ley.

Hay dos tipos de cobro a los pacientes: Copagos y Cuotas Moderadoras. Los Copagos son opcionales y se cobran a los beneficiarios no cotizantes. La EPS puede cobrar desde 0 hasta un tope máximo regulado así: 10% para estrato 1,2 y 3, y 20% para estratos 4, 5 y 6. Estos porcentajes son tarifas determinadas públicamente. Las Cuotas Moderadoras son una clase particular de Copagos que son obligatorias. El objeto de las Cuotas Moderadoras es controlar la "Moral Hazard" - limitar la respuesta de la demanda - para consulta externa general, especializada, y medicamentos para pacientes de manejo ambulatorio.

En el primer año de afiliación en una EPS esta debe cobrar a los afiliados cuotas moderadoras que están en el 10% para estrato 1,2,3 y 20% para estratos 4,5 y 6. Después de un año de afiliación en una EPS, esta puede reducir la cuota moderadora a la mitad de los montos establecidos previamente (5% estratos 1,2,3 y 10% estratos 4,5,6), según lo anterior: (a) el afiliado debe llevar con la EPS más de un año y; (b) el afiliado muestra una frecuencia de uso de servicios que está dentro de los parámetros establecidos por decreto. A un afiliado se le puede cobrar cuota moderadora y copago, sin embargo, solamente los beneficiarios pagan copagos, el

Cotizante, quien es el que contribuye al Sistema, no los paga. El máximo pago adicional por copagos y cuotas moderadoras es \$8.000 pesos año.

La distinción es principalmente política, vista como un compromiso para satisfacer la oposición de los sindicatos a pagar copagos, los cuales nunca pagaron como afiliados al I.S.S. El copago fue considerado como una ayuda para pagar la atención, mientras que la interpretación de la cuota moderadora es como mecanismo para ayudar a controlar la sobreutilización. Por esta razón, el cotizante no paga copagos, pero su familia, sí. Actualmente, las EPSs están cobrando solamente la cantidad exigida por Ley para las cuotas moderadoras, mientras que el I.S.S no lo hace. (Una violación a la Ley)

La parte de la Ley que trata los copagos, no requiere modificación. Las EPSs tiene el derecho legal de no utilizarlos si prefieren prescindir de esta ayuda financiera para la prestación de los servicios, no es del todo claro por que ellos deben ser forzados a aplicarlos.

La inhabilidad del ISS y/o su negativa a obedecer la Ley en lo relacionado con los cobros es insostenible. Esta situación da una ventaja competitiva injusta y socava los preceptos de Ley. Sin embargo, debe reconocerse que los cobros a los usuarios tienen dos desventajas significativas:

- Algunas atenciones que en realidad son necesarias pueden ser impedidas por estos pagos. La mejor evidencia disponible sugiere que ellos tienden a perjudicar la salud de los enfermos más pobre <sup>6</sup>.
- Son administrativamente costosos de recaudar, más aún, el requerimiento de que las EPSs deben recaudar montos promedios inferiores a \$8.000 por beneficiario, aumenta la carga administrativa.

Se recomienda que el Ministerio reevalúe esta política de cobro a los usuarios en concordancia con el ISS y las demás EPSs

La experiencia en los Estados Unidos demuestra claramente que las cuotas moderadoras reducen razonablemente los gastos médicos.<sup>7</sup> Aunque, hasta donde sabemos, en Colombia no se ha recolectado evidencia sobre esta cantidad, es muy probable que las cuotas moderadoras hayan ayudado a reducir la utilización y los gastos. Al hacer esto y al proporcionar a las EPS una fuente adicional de

---

<sup>6</sup> Newhouse JN et al. op. cit.

<sup>7</sup> Joseph Newhouse et al., Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment, Cambridge: Harvard University Press, 1993.



financiación, estas cuotas ayudan a que la UPC sea adecuada. La Ley tiene tres características especialmente sensatas: las cuotas moderadoras son inferiores para las personas de menores ingresos; las cuotas moderadoras solamente se aplican a las citas con los médicos y a las drogas, las cuales son particularmente elásticas en precios para los pacientes; y las cuotas moderadoras se reducen para aquellos cuyo rango de utilización está dentro de los límites normales.

## **Resumen**

1. Colombia gastó más del 7.3 % del PIB en salud en 1993. Este porcentaje se predice para avanzar en la implementación de la reforma.
2. Los gastos directos o indirectos en salud de las familias son más del 50 % de los gastos totales en salud a nivel nacional.
3. Parece ser que la financiación para el Régimen Contributivo está en equilibrio, pero estos resultados se basan en información incompleta.
4. Los estimados preliminares muestran que Colombia será capaz de financiar el POS para 9.7 millones de personas estimadas en los estratos I y II en el año 2002, una vez que se termine el proceso de transferencia de los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda.
5. Colombia necesita un sistema para supervisar y proyectar los requisitos y la estabilidad financiera del sistema.
6. El MSP designa una unidad especial para recolectar y analizar los datos financieros e informar periódicamente al Consejo Nacional.
7. Se recomienda un método racional para transferir los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda. Este método recomendado también asigna el subsidio para la oferta a los pobres y a los casi pobres durante el período de transición.

## **3.4 PAQUETE BASICO DE BENEFICIOS**

### **3.4.1 Introducción**

La meta del sistema colombiano de seguridad social en salud es suministrar a toda la población los servicios que necesitan dentro de las limitaciones económicas existentes. Por lo tanto, el paquete básico de beneficios determina los parámetros

para la atención universal de la salud. La definición apropiada del paquete de beneficios garantiza que la prestación de la atención de la salud necesaria, sea financiable con los recursos disponibles. Las inconsistencias en su determinación, ponen en peligro las metas de la reforma. Por esto, es importante evaluar la suficiencia y la viabilidad financiera de los servicios que se ofrecen en el paquete básico de beneficios.

Para evaluar el paquete de beneficios, ante todo, es necesario saber cuáles son las necesidades de la población. Luego, se debe determinar qué servicios mas costo efectivos se pueden proporcionar , dentro de las restricciones financieras del sistema. Esta sección primero describirá la carga de enfermedad en Colombia; luego, presentará una visión general de los programas de salud en el país; después, analizará los criterios que se tuvieron en cuenta para definir el paquete de beneficios cubierto por el seguro universal; y, por último, se harán algunas recomendaciones.

### **3.4.2 La Carga de la enfermedad en Colombia**

#### **Carga global de la enfermedad**

La carga de la enfermedad en Colombia fue evaluada por la Unidad Específica que se creó para ello en el MSP, en lo que utilizó el concepto de años de vida saludable ajustados por discapacidad (los AVISAS). La carga de la enfermedad, su conceptualización y su cálculo se describen en la publicación: "La Carga de la Enfermedad en Colombia", 1994<sup>8</sup>. Este grupo calculó que Colombia perdió 5.5 millones de los AVISAS en 1990:<sup>9</sup> 57 % por muerte prematura y 43 % por incapacidad. Esta distribución es similar a la encontrada en México<sup>10</sup>

Colombia se encuentra en medio de una transición demográfica y epidemiológica, la cual produce una heterogeneidad marcada en el patrón de enfermedades (refiérase a la tabla 3.8). Las siguientes son algunas de las características claves del perfil de la salud en Colombia:

- La expectativa de vida aumentó de 50.6 años en 1950 a 70.2 en 1995;

---

<sup>8</sup> Escobar ML, Gallardo LH, Giraldo GG, Londoño JL, Rodríguez GJ. La carga de la enfermedad en Colombia. Ministerio de Salud, 1994.

<sup>9</sup> Los años de vida saludable ajustados es una medida compuesta de los años ajustados, perdidos por muerte prematura e incapacidad .

<sup>10</sup> Frenk J, et al: Economía y salud. Funsalud, 1994. Ellos estimaron que cerca del 65 % de los años ajustados perdidos se debió a muerte prematura y un 35 % se perdió por incapacidad.

- La tasa total de fertilidad (TFR) disminuyó de 6.7 en 1950 a 2.7 en 1990. Sin embargo, mientras que la TFR continúa disminuyendo, el número total de nacimientos por año no decrecerá a corto plazo;
- Las enfermedades infecciosas y la desnutrición coexisten con las enfermedades crónicas no transmisibles y con las lesiones. A pesar de las reducciones significativas en la mortalidad causada por enfermedades infecciosas, estas condiciones no están bajo control;
- Cerca del 21 % de los niños de menos de cinco años padecen desnutrición crónica;
- En la actualidad, el 70 % de la población vive en áreas urbanas, donde la morbilidad y mortalidad causadas por las condiciones crónicas y las lesiones son más frecuentes. Solamente el homicidio representa el 25 % de la carga de la enfermedad en Colombia, el cual es substancialmente más elevado que el 3 % para toda la región Latinoamericana; y
- Las áreas rurales se caracterizan por una elevada mortalidad infantil e incidencia de enfermedades infecciosas. Se calculó que 20-30 % de la población, principalmente en las áreas rurales, no tienen acceso a los servicios formales de la atención de la salud.

**Tabla 3.8 La Carga de la Enfermedad en Colombia, 1990**

<b>Categoría</b>	<b>AVISAs</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Grupo I Transmisibles, Maternas y Perinatales</b>	<b>1,223,350</b>	<b>22.2 %</b>
Infecciosas Y Parasitarias	424,536	7.7
Afecciones Perinatales	374,312	6.8
Infecciones Respiratorias	246,255	4.5
Enfermedades Nutricionales	145,432	2.6
Afecciones maternas	32,815	0.6
<b>Grupo II No Transmisibles</b>	<b>2,149,099</b>	<b>40.0</b>
Enfermedades Cardiovasculares	697,637	12.6
Neoplasias Malignas	334,962	6.1
Enfermedades Respiratorias Crónicas	223,691	4.1
Desórdenes Neuropsiquiátricos	219,676	4.0
Enfermedades del Sistema Digestivo	181,206	3.3
Anomalías Congénitas	168,325	3.1
Otros	323,602	5.9
<b>Grupo III Lesiones</b>	<b>2,140,237</b>	<b>38.8</b>
Homicidios	1,356,675	24.6
Accidentes de Vehículos de Motor	474,502	8.6
Otros	309,060	5.6
<b>Total</b>	<b>5,512,686</b>	<b>100.0</b>

Fuente: La Carga de la Enfermedad en Colombia. República de Colombia. Ministerio de Salud, 1994.

Las demandas de la población de la tercera edad con una prevalencia elevada de enfermedades no transmisibles y que requieren un tratamiento complicado y costoso, aumentará con el tiempo. Al mismo tiempo, es necesario aumentar los recursos para los programas de prevención, los tratamientos para las enfermedades infecciosas y los problemas de reproducción relacionados con el aumento total de los nacimientos. Bajo estas circunstancias, las necesidades específicas de salud de la población podrían aumentar más rápidamente que la capacidad del sistema de salud para responder a estas nuevas condiciones.

### **Variación de la Carga de Enfermedad por Regiones**

La evaluación de la carga por enfermedad mostró variaciones importantes entre el sexo y los grupos etáreos, como también diferencias por regiones. Los niños con menos de cinco años representan el 24 % de esta carga, atribuida en su mayoría a enfermedades infecciosas, aunque son menos del 12% de la población total. La población económicamente activa (15 a 44 años) representa el 45 % de la carga de enfermedad, que es más del 50 % de la población. Los hombres padecen una mayor carga de enfermedad que las mujeres: 1.9 millones versus 0.6 millones de los AVISAS, lo que equivale a un coeficiente hombre a mujer de 3.9. La diferencia se debe principalmente a las lesiones. Las diferencias en las áreas rurales y urbanas con respecto a los AVISAS perdidos, producidos por muerte prematura o incapacidad, también son significativas. La carga de enfermedad causada por enfermedades infecciosas es 57 % más elevada en las áreas rurales. La situación se invierte para las lesiones y las condiciones no transmisibles. El homicidio y el cáncer son el 42 y 47 % respectivamente más elevados en las áreas urbanas que en las áreas rurales (Tabla 3.9).

Un cálculo preliminar de la carga de la enfermedad por departamento en Colombia,<sup>11</sup> el cual solamente incluyó la mortalidad prematura y no la incapacidad, mostró diferencias interesantes a nivel regional. Estas diferencias se presentan en los AVISAS perdidos anualmente por mil personas y agrupados por causas en tres categorías principales:

**I. Grupo I: Trasmisibles, Maternas y Perinatales** que incluyen enfermedades infecciosas y parasitarias, afecciones perinatales, infecciones respiratorias, desórdenes nutricionales y afecciones maternas.

---

<sup>11</sup> Giraldo GP, Gallardo HM, Rodríguez-García J. Estimación de los años de vida saludables perdidos (AVISA de mortalidad) por departamentos en Colombia, 1995.

**II. Grupo II: Enfermedades no transmisibles**, tales como enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos neuro-psiquiátricos, enfermedades del sistema digestivo y anomalías congénitas.

**III. Grupo III: Lesiones**, las cuales incluyen el homicidio, los accidentes de tránsito y las heridas.

**Tabla 3.9 La Carga de la Enfermedad en Regiones Urbanas y Rurales en Colombia, 1990. AVISAs por 1,000 habitantes**

Categoría	Urbana	Rural
<b>Grupo I Transmisibles, Maternas y Perinatales</b>	<b>34.2</b>	<b>46.1</b>
Infecciosas Y Parasitarias	11.2	17.6
Afecciones Perinatales	10.8	13.4
Infecciones Respiratorias	7.2	8.7
Enfermedades Nutricionales	4.2	5.2
Afecciones maternas	0.9	1.3
<b>Grupo II No Transmisibles</b>	<b>68.5</b>	<b>62.2</b>
Enfermedades Cardiovasculares	22.4	19.8
Neoplasias Malignas	11.5	7.8
Enfermedades Respiratorias Crónicas	6.5	7.9
Desórdenes Neuropsiquiátricos	6.5	7.6
Enfermedades del Sistema Digestivo	5.3	6.3
Anomalías Congénitas	5.7	4.2
Otros	6.1	4.3
<b>Grupo III Lesiones</b>	<b>71.1</b>	<b>55.5</b>
Homicidios	46.2	32.6
Accidentes de Vehículos de Motor	12.4	8.9
Otros	6.2	3.7
<b>Total</b>	<b>173.7</b>	<b>163.8</b>

Fuente: La Carga de la Enfermedad en Colombia. República de Colombia. Ministerio de Salud, 1994.

Las tasas de la población colombiana promedio se utilizaron como referencia para saber si el número de casos observados en un departamento dado es mayor que el esperado. Los coeficientes de las tasas, estimados con base en lo observado sobre lo esperado, se presentan en la tabla 3.10. Estas tasas indican el exceso en la carga de la enfermedad de la población que vive en un departamento específico, cuando se la compara con el promedio nacional.

Arauca y Cundinamarca presentan la tasa más elevada de los AVISAS perdidos por 1000 personas para todas las causas. Estos departamentos tenían tasas de 3.8 y 3.0 veces, respectivamente más elevadas que el promedio nacional para todas las condiciones. En contraste, el Chocó y Córdoba solamente tenían la mitad de la carga de la enfermedad esperada para todas las causas ( $p < 0.001$ ).

Las enfermedades infecciosas predominan en los departamentos del suroriente. La tasa de los AVISAS para el grupo 1 de enfermedades es tres veces más elevada en el Amazonas, el Arauca, el Caquetá, Casanare, Cundinamarca, Guanía, el Putumayo y el Vichada que en el resto del país. Tolima y Boyacá muestran una elevada carga de las condiciones crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas y diabetes, con respecto a otras condiciones. La tasa más elevada de los AVISAS por lesiones se encuentra en Antioquia. Esta

tasa es 2.5 veces más elevada que la tasa por lesiones a nivel nacional (95%CI 2.1-2.7, p<.001).

**Tabla 3.10 Tasa de AVISAs por 1,000 habitantes por Departamento en Colombia, 1990**

Departamento	Grupo I	Tasa	Grupo II	Tasa	Grupo III	Tasa	Global	Tasa
Amazonas	113.1	3.9	13.9	1.0	13.9	0.3	173.2	1.5
Antioquia	22.4	0.8	46.0	1.0	108.7	2.5	177.1	1.5
Arauca	116.5	4.0	97.9	2.1	142.8	3.2	357.3	3.0
Atlántico	23.0	0.8	39.9	0.9	15.7	0.3	78.6	0.7
Bogotá	17.7	0.6	37.3	0.8	26.7	0.6	81.8	0.7
Bolívar	26.8	0.9	34.9	0.8	20.2	0.5	81.9	0.7
Boyacá	27.0	0.9	64.3	1.4	36.1	0.8	127.4	1.1
Caldas	25.8	0.9	59.1	1.3	44.8	1.0	129.8	1.1
Caquetá	91.2	3.2	62.1	1.4	117.3	2.6	270.6	2.3
Casanare	92.9	3.2	66.0	1.4	74.9	1.7	233.8	2.0
Cauca	39.7	1.4	47.2	1.0	37.0	0.8	123.9	1.0
Cesar	24.4	0.8	33.2	0.7	42.1	0.9	99.8	0.8
Choco	30.3	1.0	15.0	0.3	9.6	0.2	54.9	0.5
Córdoba	17.4	0.6	23.9	0.5	15.7	0.3	56.9	0.5
Cundinamarca	103.5	3.6	216.5	4.7	129.9	2.9	450.0	3.8
Guainía	114.4	4.0	144.5	3.1	52.4	1.2	311.3	2.6
Guaviare	68.8	2.4	44.8	1.0	71.8	1.6	185.4	1.6
Huila	32.5	1.1	44.1	1.0	30.6	0.7	107.2	0.9
La Guajira	28.8	1.0	30.3	0.7	40.2	0.9	99.2	0.8
Magdalena	37.0	1.3	40.3	0.9	26.2	0.6	103.5	0.9
Meta	38.0	1.3	42.6	0.9	43.9	1.0	124.6	1.0
Nariño	47.5	1.6	75.0	1.6	37.7	0.8	160.2	1.3
Norte	30.3	1.0	44.2	0.9	40.2	0.9	114.7	2.0
Putumayo	94.4	3.3	59.5	1.3	83.3	1.9	237.2	0.8
Quindío	19.5	0.7	48.1	1.0	31.2	0.7	98.8	1.1
Risaralda	22.7	0.8	54.2	1.2	53.7	1.2	130.5	1.0
San Andrés	45.7	1.6	43.1	0.9	33.5	0.8	122.3	0.8
Santander	19.7	0.7	46.1	1.0	33.8	0.8	99.8	0.7
Sucre	23.9	0.8	41.4	0.9	20.7	0.5	86.1	0.7
Tolima	31.5	1.1	55.8	1.2	31.7	0.7	119.1	1.0
Valle	24.3	0.8	41.3	0.9	40.7	0.9	106.3	0.9
Vaupés	23.2	0.8	36.3	0.8	8.1	0.2	67.9	0.6
Vichada	109.4	3.8	44.3	1.0	36.5	0.8	190.2	1.6
<b>Total</b>	<b>28.8</b>	<b>1.0</b>	<b>45.8</b>	<b>1.0</b>	<b>44.2</b>	<b>1.0</b>	<b>118.9</b>	<b>1.0</b>

Fuente: Gallardo HM, Rodríguez-García J. Estimación de los años de vida saludables perdidos por departamentos en Colombia (AVISAS de Mortalidad). Ministerio de Salud, 1995.

### 3.4.3 Panorama General de los Programas de Salud en Colombia

Colombia ha desarrollado una serie compleja de programas de salud, diseñados para mejorar la salud de su población y lograr la cobertura universal y la equidad en la provisión de servicios. Dos de los principales programas financiados por el gobierno incluyen un programa que proporciona la salud pública básica para toda la población y otro específicamente orientado hacia las madres y la infancia. El Ministerio de Salud asume la responsabilidad de organizar los servicios de salud para toda la población, especialmente para los grupos más vulnerables. Por lo tanto, el desempeño de la economía nacional tiene un impacto crítico sobre la

provisión futura de los servicios subsidiados, en razón a que mediante el pago de los aportes sobre los ingresos y de impuestos, proporcionan la estabilidad financiera necesaria del seguro universal de la salud.

### **Paquetes de Beneficios bajo el Sistema Universal de Seguridad Social**

Se pretende que los beneficios de la atención universal de la salud logren sus objetivos a través del establecimiento de acciones en salud pública e intervenciones clínicas costo efectivas. Las tres estrategias principales incluyen: (1) lograr la salud pública, incluyendo intervenciones altamente costo-efectivas en la salud preventiva, (2) educación en salud pública que fomente cambios en los estilos de vida para prevenir la enfermedad y (3) atención clínica, odontológica, médica y quirúrgica ofrecida en grupos de servicios e intervenciones curativas. (Refiérase al cuadro 3.10).

- El POS es un paquete integrado de servicios de atención de la salud que pretende promover la salud, prevenir la enfermedad y proporcionar tratamientos quirúrgicos y clínicos, de manera gradual, a todos los colombianos.
- EL POSS es un paquete subsidiado de servicios de salud que incluye educación y promoción de la salud, algunos servicios específicos a nivel clínico y quirúrgico y el tratamiento de condiciones médicas que se consideran catastróficas a nivel económico para las familias. En los primeros años de la reforma el paquete POSS contendrá menos servicios que el POS total, el cual, en primera instancia, solamente estará disponible para aquellos en el régimen contributivo.



**Tabla 3.11 Programas de Salud Pública y Servicios Médicos**

<b>Educación en Salud</b>	<b>Actividades</b>
1) Programas para la infancia y Salud Escolar	Lactancia Materna, Enfermedades Infecciosas, crecimiento y desarrollo y test oftalmológico
2) Programas de Saneamiento Básico	Manipulación de alimentos, Enfermedades Transmisibles
3) Salud Reproductiva	Planificación Familiar, Enfermedades de Transmisión Sexual
4) Educación Nutricional	Dieta Balanceada (Grasas, Azúcar, Sal)
5) Cáncer	Mama, cérvix, colon, próstata, gástrico, Piel
6) Salud Mental	Depresión
7) Prevención de Accidentes	Hogar, Escuela, Tráfico y Sitios de trabajo
8) Prevención de adicción	Alcohol, tabaco y otras drogas
9) Promoción de la Salud	Ejercicio, dieta, vacunación
10) Zoonosis y Control de Vectores	Malaria, dengue, rabia, toxoplasmosis
11) Salud Oral	Técnicas de cepillado (higiene Oral)
<b>Salud Pública Extramural</b>	<b>Actividades</b>
1) Calidad del Agua	Examen y supervisión de acueductos (agua potable)
2) Inmunizaciones	Polio, DPT, MMR, BCG, Hepatitis B
3) Desparasitación	Tratamiento con Albendazol de niños menores de 15 años
4) Control de Vectores	Fumigación de Hogares, detección de casos
5) Planificación familiar	Distribución de suministros para planificación
6) Control Prenatal, parto y puerperio	Entrenamiento y equipo
7) Enfermedades de transmisión sexual	Distribución de condones para población de riesgo
8) Programa del Niño sano (0-5 años)	Control de Crecimiento y Desarrollo
9) Salud Escolar (5-15 años)	Examen oftalmológico, Salud oral
10) Control Tuberculosis	Tratamiento Supervisado
<b>Servicios de atención Médica</b>	<b>Actividades</b>
1) Salud Reproductiva	Atención Prenatal, Parto, Suministros para Planificación familiar ETs, Cáncer de mama y cérvico-uterino
2) Salud Infantil	Infección Respiratoria Aguda, Diarrea, Exantemas y Síndromes febriles, Meningitis, Otitis, Neumonía
3) Enfermedades Infecciosas	Tuberculosis, Enfermedades Parasitarias, Micosis, Neumonía, Infecciones Urinarias
4) Enfermedades Transmitidas por Vectores	Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Chagas, Cisticercosis
5) Enfermedades Crónicas	Hipertensión, Diabetes, Asma, Desórdenes Neuropsiquiátricos, Próstata, Úlcera Péptica
7) Lesiones	Quemaduras Leves, Fracturas no complicadas, Trauma Mayor, Quemaduras Severas, Cuidados Intensivos

<b>Servicios Quirúrgicos</b>	<b>Actividades</b>
1) Primer Nivel	Trauma y heridas menores, Ligadura de Trompas, Vasectomía
2) Segundo Nivel	Herniorrafia, Tonsilectomía, Cesárea,

	Colecistectomía
3) Tercer Nivel	Cirugía Cardíaca, Neurocirugía, Reemplazo de Cadera, Fracturas Complicadas
<b>Salud Oral</b>	
1) Programas Preventivos	Fluorización, Profilaxis
2) Atención Dental	Urgencias odontológicas, Tratamientos Oclusivos (operatoria)
<b>Enfermedades Catastróficas</b>	
1) Malformaciones Congénitas	Tratamiento Médico, Corrección Quirúrgica
2) Insuficiencia Renal Crónica	Diálisis
3) Trauma Mayor	Urgencias, Cirugía, Hospitalización, Rehabilitación
4) Tratamiento de Cáncer	Atención Ambulatoria, Quimioterapia, Radioterapia, Manejo del Dolor
5) Programa de Transplante de Organos	Renal, Médula Osea, Corneal, Corazón
6) Tratamiento SIDA	Consejería, Exámenes, Supervisión (CD4), Cuidado Ambulatorio, Hospitalización, Tratamiento Antiretroviral, Profilaxis, Infecciones Oportunistas

Ministerio de Salud.

### Programas de Salud Pública

Mientras que el POSS y el POS proporcionan beneficios individuales, los programas de salud pública orientados hacia la comunidad en general están cubiertos por los planes PAB y PAMI. Se pretende que la financiación y la provisión de los servicios preventivos bajo el PAB y el PAMI complementen al POS y al POSS. Por ejemplo para la población subsidiada, el PAB apoya la provisión de vacunas, los suministros, (jeringas y agujas) y las cadenas de fríos (refrigeradores y unidades móviles), mientras que el POSS proporciona los recursos humanos para la administración y para la prestación de estos servicios. Otro ejemplo es que los pacientes con tratamiento para la enfermedad isquémica cardíaca en el POS, también estarán cubiertos por los programas nutricionales del PAB con el fin de reducir el colesterol. Por lo tanto, los objetivos de los planes comunitarios e individuales son complementarios.

La salud pública ocupa un lugar prominente en la reforma del sector de la salud. La educación y la promoción están entre los instrumentos más costo-efectivos para prevenir enfermedades infecciosas y degenerativas crónicas y para crear conciencia en cuanto a la prevención de accidentes y adicciones. Por esta razón, el PAB es un plan coordinado por el Ministerio de Salud y financiado con recursos fiscales.

La UPC financia actividades de educación y de prevención incluidas en el POS y en el POSS y, la IPS las proporcionan, mientras que el gobierno financia y suministra las actividades de educación y de prevención bajo el PAB. Las EPS, bajo

condiciones contractuales específicas, pueden proporcionar los programas del PAB. En algunas áreas tales como la provisión de vacunas y el control de vectores, se duplican los esfuerzos y existen responsabilidades conflictivas a nivel institucional. Sin embargo, se está haciendo una reorganización total en cuanto a la financiación y a la provisión de estos servicios comunitarios, con el fin de evitar la superposición entre los servicios ofrecidos por el PAB y los servicios supuestamente cubiertos por el POS y el POSS.

La nueva administración da prioridad a la atención para **todas** las mujeres embarazadas, los recién nacidos y los infantes bajo el PAMI. Sin embargo, de hecho, los principales beneficiarios de este plan desde su iniciación han sido las mujeres y los niños de las poblaciones con pocos servicios. Por esta razón, para ampliar gradualmente la cobertura en el POSS, las mujeres y los niños que cuentan con los servicios del PAMI y que son elegibles para ser miembros del régimen subsidiado (POSS), han sido inscritos automáticamente en el POSS.

#### **(A) Programa de Atención Básica o PAB**

El programa básico de salud pública consiste en una serie de servicios y de beneficios que las instituciones estatales suministran gratuitamente a todos los colombianos. El PAB funciona como un plan complementario en términos de sus objetivos y de su cobertura (complementariedad por cobertura y por objetivos)<sup>12</sup>. El gobierno garantizará que el PAB funcione como un plan complementario especialmente para poblaciones que debieran ser elegibles para POS o POSS pero que actualmente tengan acceso limitado a los servicios de salud. Por ejemplo, en comunidades distantes con escasez de proveedores, el PAB asegurará la provisión del paquete básico de servicios de salud.

Objetivos del PAB: El objetivo general del PAB es realizar actividades junto con las comunidades con el fin de mejorar la calidad de vida. Las metas específicas son reducir los factores de riesgo biológico, del comportamiento y ambientales para prevenir las enfermedades. Un objetivo secundario es prestar servicios que complementen los proporcionados por el POS y el POSS.

Contenidos del PAB: Los servicios prestados por el PAB están relacionados con actividades principales tales como: promoción de la salud; protección específica; programas extramurales; programas escolares de salud y programas ambientales. Las actividades de promoción de la salud incluyen: asesoría nutricional, exámenes oftalmológicos, salud dental, erradicación de parásitos. El PAB utiliza el mercadeo

---

<sup>12</sup> Dirección General de Promoción y Prevención. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Ministerio de Salud. República de Colombia, 16 de noviembre de 1995.

social que incluye folletos educativos, afiches y medios electrónicos para promocionar los programas de salud, especialmente aquellos sobre inmunización, control de la diarrea, planificación familiar y prevención de accidentes. Cuando es necesario, la información se distribuye en lenguas indígenas. El programa más importante de la "protección específica" es el programa ampliado de inmunizaciones. Los programas extramurales se centran en la educación, pero también incluyen detección, vigilancia, seguimiento y tratamiento supervisado de las enfermedades infecciosas en áreas endémicas (por ejemplo, malaria, tuberculosis, lepra), utilizando equipos móviles. Las actividades extramurales también incluyen capacitación al personal para proporcionar atención prenatal y del parto en áreas remotas. Los servicios incluyen la provisión de métodos de planificación familiar, tales como anticonceptivos orales y métodos de barreras, como también la distribución de condones a grupos de alto riesgo para el control de enfermedades sexualmente transmitidas. El PAB hace énfasis en la educación de salud en las escuelas. Los programas ambientales incluyen: agua potable, calidad del aire, desecho de productos tóxicos e insecticidas. Estos programas se realizan junto con el Ministerio del Medio Ambiente y el Vice-Ministerio de Desarrollo (vivienda, agua potable y saneamiento básico).

Suministro y Financiación del PAB: De acuerdo con la ley 100, este programa es universal y obligatorio y debe ser suministrado gratuitamente por las instituciones del gobierno. El PAB se financia con los impuestos para así garantizar la solidaridad y la equidad en la provisión de los servicios básicos de salud. Cada municipio debe tener un "Plan de Atención Básica" claramente definido. El Ministerio de Salud supervisa la planeación, la financiación y la implementación de dicho plan.

Los recursos financieros para cubrir el PAB no están incluidos en los presupuestos de las ESE y los hospitales públicos. Cada departamento, distrito o municipio debe asignar el 10% de los recursos que recibe del situado fiscal al PAB. Además, cada municipio tiene la opción de utilizar del 14.6 al 16 % de los "Ingresos Corrientes de la Nación" para el saneamiento básico y el agua potable. Los programas específicos, tales como el programa ampliado de inmunizaciones, el control de las enfermedades transmitidas por vectores y las epidémicas, se financian con recursos de transferencias municipales, departamentales y de la nación.

### **(B) Programa de Atención Materno Infantil (PAMI)**

La Ley en Colombia establece que los pobres son los principales beneficiarios del Régimen Subsidiado. Sin embargo, el gobierno también está preocupado por otros grupos vulnerables de la población, tales como las madres y sus niños. La meta del programa de atención materno-infantil (PAMI) es proporcionar servicios financiados

por el gobierno para las mujeres durante el embarazo, parto y la atención de sus hijos hasta el año de edad. La justificación para la existencia de este programa es la elevada mortalidad materno-infantil en algunas regiones, la baja cobertura de estos servicios en Colombia y la existencia de intervenciones altamente costo efectivas para prevenir la mortalidad y la discapacidad por causas relacionadas con esta condición.

Objetivo del PAMI: El objetivo de este programa es reducir la mortalidad y la discapacidad materno-infantil.

Contenidos del PAMI: Los beneficios cubiertos por el PAMI están divididos en tres grupos (a) embarazo, el cual incluye educación en salud, nutrición, salud oral, visitas prenatales, (b) servicio de parto, el cual incluye partos normales, partos de alto riesgo y cesáreas, (c) atención infantil, la cual incluye seguimiento a los recién nacidos hasta el primer año de vida, nutrición, programa de lactancia materna, inmunizaciones, servicios de consulta externa y tratamiento hospitalario para infecciones respiratorias agudas y para la diarrea.

Financiación del PAMI: El PAMI se financia con recursos provenientes de la cuenta de solidaridad del "Fondo de Solidaridad y Garantía" (FSyG). Las instalaciones del gobierno prestan estos servicios gratuitamente. Sin embargo, las EPS, las ESS y las Organizaciones no Gubernamentales con programas específicos para tal fin y que demuestren la atención a mujeres embarazadas, madres y niños también pueden recibir subsidios del PAMI.

### **Otros Paquetes de Beneficios**

Además de los programas mencionados anteriormente, existen otros paquetes por medio de los cuales los individuos reciben servicios de salud. Estos son:

1. Cobertura para accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo (Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional o ATEP). Los pagos de incapacidades y compensaciones económicas para los empleados, se suministran a través de las entidades que aseguran contra este tipo de riesgos (ARP).
2. Cobertura para accidentes de tránsito y otros eventos catastróficos (Seguro Obligatorio de daños corporales causados en Accidentes de Tránsito SOAT y Eventos Catastróficos ). Además de los accidentes de tránsito, los beneficios cubren desastres naturales y ataques terroristas. Este paquete, aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social, se ofrece a todos los colombianos.

3. Los planes de atención complementaria o PAC. Estos consisten en una serie de servicios que no están incluidos en el POS y que se ofrecen con base en mecanismos de prepago. Estos planes privados cubren tratamientos costosos, así como servicios complementarios de hotelería, que están disponibles para quien quiera pagarlos.

#### **3.4.4 Definición de un Paquete de Beneficios Uniforme y Costo-Efectivo**

##### **Principios Generales**

La especificación del paquete estándar de beneficios tiene como meta lograr tres objetivos:

- Aumentar la probabilidad de que la provisión de los servicios de salud sea la más apropiada y costo-efectiva;
- Garantizar que la atención sea prestada a todos en forma equitativa; y
- Facilitar la competencia al permitir que los planes propuestos por diferentes compañías se puedan comparar fácilmente.

##### **Principios Utilizados en el Diseño del POS y del POSS**

Colombia como México, está entre los pocos países latinoamericanos que han avanzado en la definición de un paquete básico de intervenciones costo-efectivas para todos sus ciudadanos. El objetivo del paquete básico es reducir la carga de enfermedad. Este paquete esencial de servicios se estableció a través de la evaluación de la carga específica de enfermedad en Colombia, y a través de la formulación de una serie de intervenciones clínicas y de salud pública costo-efectivas. Estas se escogieron para reducir la morbilidad y la mortalidad y así aumentar la expectativa y la calidad de vida. Los cálculos de costo-efectividad se basaron en el modelo sugerido por el Informe de Desarrollo Mundial de 1993: Inversión en Salud del Banco Mundial.

Inicialmente, el equipo de la reforma del sector de la salud expuso las razones con respecto a lo que se debía incluir en el POS y el POSS. En 1994 este equipo, como parte del diseño de la reforma, realizó un análisis extensivo para cuantificar la carga de la enfermedad y para estimar el costo-efectividad de un número de intervenciones médicas. Los estimados de costo-efectividad se basaron en la evidencia empírica, en la medida en que el tiempo y la información disponibles lo

permitieron. Las propuestas originales de POS y del POSS están basadas en esta evidencia. Sin embargo, en la etapa final de las negociaciones, el POS se amplió considerablemente.

De entrevistas con muchos funcionarios claves, se concluyó que el ISS se rehusó a aceptar el POS inicial utilizando con sus afiliados un plan que incluía virtualmente todos los servicios, existentes hasta ese momento en su paquete de beneficios. Solamente entonces, el POS y el POSS fueron ratificados por el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS). Las preferencias de otros individuos, proveedores e interesados en el sistema no tuvieron una consideración seria. El resultado es que el POS aprobado cubre virtualmente todas las intervenciones de salud, a excepción de unos pocos procedimientos de cirugía plástica y experimentales de alto costos.

## **Contenidos y Costos del Paquete de Beneficios del POS**

### **Contenidos del Paquete de Beneficios del POS**

El paquete de beneficios para la atención universal de la salud (POS) descrito anteriormente, se diseñó por grupos de intervenciones tal y como se presenta en la tabla 3.12. Este diseño es práctico ya que los servicios están agrupados por nivel de complejidad, actividades y estrategias relacionadas con el suministro, así como los costos de los servicios. La agrupación permite que los servicios se analicen de acuerdo con su implementación operativa.

**Tabla 3.12 Cobertura de Servicios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado**

Beneficios		Contributivo	Subsidiado
I. Educación en Salud	1) Promoción de la Salud	Todos	Todos
II. Salud Pública extramural	1) Programas Preventivos	Todos	Todos
III. Servicios Ambulatorios	1) Salud Reproductiva	Todos	Todos
	2) Salud Infantil	Todos	Todos
	3) Enfermedades Infecciosas	Todos	Todos
	4) Enfermedades Transmitidas por Vectores	Todos	Todos
	5) Enfermedades Crónicas	Todos	1) Hipertensión 2) Diabetes 3) Asma 4) Neurosiquiátricas
	6) Lesiones	Todos	1) Fracturas no Complicadas 2) Quemaduras menores 3) Trauma menor
IV. Atención Oral	1) Prevención y tratamiento	Todos	1) Fluorización 2) Profilaxis 3) Urgencias 4) Oclusión dental (operatoria)
V. Hospitalización	1) Primer Nivel	Todos	1) Parto no complicado 2) Neumonía severa 3) Úlcera Péptica
	2) Segundo Nivel	Todos	1) Parto complicado 2) Neonatos 3) Infantes menores de 1 año 4) Sangrado Gastrointestinal 5) Próstata
	3) tercer Nivel	Todos	1) Cuidados Intensivos



Beneficios		Contributivo	Subsidiado
VI. Servicios Quirúrgicos	1) Atención Primaria	Todos	1) Heridas Menores 2) Ligadura de Trompas 3) Vasectomía
	2) Nivel Secundario	Todos	1) Herniorrafia 2) Tonsilectomía 3) Apendicectomía 4) Cesárea 5) Colectistectomía
	3) Tercer Nivel	Todos	1) Cirugía Cardíaca 2) Neurocirugía 3) Reemplazo de Cadera 4) Fracturas Complicadas
VII. Enfermedades Catastróficas	1) Malformaciones Congénitas	Todos	1) Cirugía Correctiva
	2) Transplante de Organos	Todos	1) Corneal 2) Renal 3) Médula Osea 4) Corazón
	3) Trauma Mayor	Todos	1) Urgencias 2) Trauma Mayor 3) Quemaduras Extensas
	4) Cáncer	Todos	Todos
	5) SIDA	Todos	Todos
	6) Servicios de alto nivel de complejidad	Incluido	Excluido

**Educación en Salud Pública:** Tal y como lo muestra la tabla, los programas de educación en salud y de promoción del POS se centran en: salud infantil; salud reproductiva; educación nutricional; detección temprana, prevención y promoción.

**Promoción de la Salud Pública:** Las actividades de promoción incluidas en el POS apoyarán el siguiente grupo de actividades: a) planificación familiar y atención prenatal; b) enfermedades sexualmente transmitidas (ETS); c) centros de atención infantil de buena calidad, cuidado del menor e inmunizaciones; d) salud escolar, enfermedades infecciosas y control de vectores.

Salud Oral: La atención dental incluye tratamiento de fluorización, profilaxis, revisión anual, atención de urgencias, endodoncia y exodoncia, obturación de cavidades y extracciones.

Servicios Médicos: La provisión de servicios clínicos esenciales en el POS incluye seis categorías principales: a) salud reproductiva; b) salud infantil; c) enfermedades infecciosas; d) condiciones agudas; e) condiciones crónicas y f) enfermedades transmitidas por vectores.

Medicamentos: La provisión de medicamentos genéricos en el POS incluye 308 medicamentos esenciales y 48 alternativos. Estos medicamentos genéricos están agrupados en cuatro categorías: a) 43 medicamentos esenciales para la provisión de servicios de atención primaria; b) 42 medicamentos esenciales para la provisión de enfermedades catastróficas; c) 87 medicamentos esenciales para el tratamiento de pacientes hospitalizados y d) 136 medicamentos esenciales para ser suministradas ambulatoriamente por las EPS.

Tratamiento Quirúrgico: Las intervenciones quirúrgicas incluyen la atención por situaciones de abdomen agudo, intervenciones de urgencia, tales como apendicectomía, herniorrafia, cesárea, tratamiento de heridas menores y de fracturas sin complicaciones.

Cobertura para las Enfermedades Catastróficas: Se espera que la cobertura de estas enfermedades proporcione protección económica a las familias con recursos económicos limitados. Las enfermedades cubiertas incluyen SIDA, malformaciones congénitas, trasplantes del riñón, de la córnea y de la médula ósea, cáncer y otros traumas mayores.

Tratamientos y Procedimientos Excluidos: Una cantidad de servicios están específicamente excluidos. Estos son: cirugía plástica, programas nutricionales por razones estéticas, tratamientos de infertilidad, medicamentos o tratamientos experimentales, curas de reposo o del sueño, medias para las varices, sillas de ruedas, aparatos ortopédicos, abrazaderas para la espalda y las piernas, lentes de contacto, tratamientos psiquiátricos o psicoterapia a largo plazo, prótesis dental, periodoncia y ortodoncia y cuidado curativo de enfermedades en etapa terminal (diferentes al manejo del dolor).

## **Costo de la Provisión del Paquete de Beneficios**

Los servicios contenidos en el paquete de beneficios se seleccionaron con base en la carga de la enfermedad en Colombia y en criterios de costo-efectividad. En 1994, un equipo del MSP de Colombia<sup>13</sup> identificó un paquete esencial que incluye 15 servicios preventivos, 29 tratamientos clínicos y 6 intervenciones quirúrgicas. Este equipo concluyó que si el paquete se implementa a nivel nacional, éste podría prevenir 2.42 millones de AVISAS en el año 2000; 80 % a través de servicios clínicos esenciales y 20 % a través de las intervenciones de salud pública y de la educación en salud. Esto podría representar una reducción del 44.8 % de la carga de enfermedad, con base en la pérdida total observada de los AVISAS durante 1990.

Los costos individuales de las intervenciones específicas se obtuvieron a través del análisis de los costos fijos y variables en que incurrieron los hospitales públicos y privados. El costo estimado del paquete básico de la atención de la salud se calculó con base en los costos promedio. Los costos estimados en 1994 para el suministro de este paquete, incluyendo una cobertura de servicios de salud del 60 %, fueron US \$ 67.02 per capita por año. Esta cantidad es inferior al valor de la UPC en 1995 bajo el régimen subsidiado que fue US \$75.00, principalmente porque no incluyó ni los costos per capita de los servicios administrativos ni de la cobertura de enfermedades catastróficas en las instituciones de tercer nivel, estimados para la UPC a US \$8.60 y US \$ 14.50, respectivamente.

### **Contenido del POSS**

Para acomodarse a la restricción inicial de recursos de demanda, actualmente el POSS cuesta alrededor de la mitad de lo que cuesta el POS; por lo tanto, los individuos en el plan subsidiado tienen menos cobertura de servicios financiados con recursos de la demanda, que aquellos en el plan contributivo.

Los contenidos del POSS (un paquete mínimo de servicios básicos) se basa en el análisis de las enfermedades más prevalentes, las intervenciones con mayor costo-efectividad y los recursos disponibles. Las intervenciones adicionales que el POSS cubre son en su mayoría de dos tipos:

- Intervenciones de bajo costo-efectividad, pero importantes para la población debido a sus efectos "colaterales" significativos; por ejemplo, atención psiquiátrica y dental.

---

<sup>13</sup> Escobar M.L. Matriz Costo-efectividad para el régimen subsidiado. Colombia, 13 de julio de 1994.

- Intervenciones terapéuticas costosas que no son costo-efectivas, pero que si no se cubren pueden empobrecer a las familias; por ejemplo, cáncer, SIDA y traumas mayores <sup>14</sup>

### **Diferencias entre el POS y el POSS**

El POS bajo el Régimen Contributivo cubre casi todas las intervenciones de salud, incluyendo actividades preventivas, tratamientos médicos y quirúrgicos; mientras que el POSS, además de la educación y la promoción de la salud, solamente cubre servicios clínicos esenciales, unas pocas cirugías y el tratamiento para enfermedades catastróficas (tabla 3.12). La provisión de los servicios bajo el régimen subsidiado se puede analizar en términos de los niveles de complejidad médica. La diferencia más importante en cuanto a la provisión de los servicios entre los dos programas se puede identificar en los niveles de atención secundaria y terciaria. El régimen subsidiado cubre los servicios suministrados en las instituciones de atención primaria, y los traumas mayores, el SIDA, la cirugía mayor y el tratamiento de cáncer en las instituciones de atención terciaria. El POSS cubre pocas condiciones médicas y quirúrgicas en el nivel secundario.

La reforma del sector de la salud diseñó el POSS como un paquete de beneficios transitorio para la población subsidiada, hasta que los recursos adecuados estén disponibles para que el POS cubra a todos los colombianos. La meta es aumentar gradualmente los servicios cubiertos por el POSS, en la medida en que los recursos lo permitan, hasta que sea idéntico al POS.

### **3.4.5 Recomendaciones**

#### **Convergencia**

Bajo la ley 100, los servicios cubiertos por los paquetes de beneficios POSS y POS deberán ser iguales en el año 2002. Con el fin de aumentar la cobertura y ampliar los beneficios del Régimen Subsidiado, es necesario garantizar una financiación suficiente para sostener el sistema. El MSP<sup>15</sup>, Minhacienda<sup>16</sup> y Fedesarrollo<sup>17</sup> propusieron alternativas financieras para cubrir los costos de los servicios suministrados por el Régimen Subsidiado y, de manera gradual, alcanzar el nivel de servicios proporcionados por el Régimen Contributivo. Las recomendaciones que se

<sup>14</sup> La Definición del Plan Obligatorio de Salud [Documento Aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, julio de 1994].

<sup>15</sup> Consejo Nacional de Seguridad Social. Bogotá, Colombia, julio de 1994.

<sup>16</sup> Mejía M. Evaluación financiera del Sector Salud. Ministerio de Hacienda. Bogotá, Colombia, octubre de 1994.

<sup>17</sup> Giedion U, Wullner A. La Unidad de Pago por Capitación y el Equilibrio del Sistema Financiero. FEDESARROLLO, Bogotá, febrero de 1995.

mencionan a continuación se basan en estas propuestas. Los cambios en la financiación de los regímenes contributivo y subsidiado, durante este período de transición, estarán acompañados por los ajustes en tres áreas principales: a) aumento de la cobertura; b) ajustes a la UPC y c) ampliación de los beneficios.

**a. Aumento de la cobertura:**

Se recomienda que la prioridad de los primeros dos años (1996-1997) del período de transición, sea aumentar la población cubierta por el POSS. Actualmente, aproximadamente medio millón de personas de una población objetivo estimada en 9.7 millones para el régimen subsidiado, están afiliadas a la ESS. Esta cantidad - 5.7% - hace énfasis en la necesidad de aumentar la cobertura de los servicios de salud, a través de la afiliación de la población elegible. Ya se hizo expansión a los beneficios del POSS, con la asignación de \$14.500 adicionales para la UPC del POSS, con el fin de cubrir las enfermedades de alto costo. Los aumentos de la UPC y de los beneficios se deberán hacer después de una ampliación sustancial de la población cubierta.

**b. Ampliación de los Beneficios:**

Con el fin de ampliar el POSS para que cubra una mayor proporción de la atención secundaria y terciaria. Cambios en los mecanismos de pago para los servicios quirúrgicos y clínicos seleccionados deben incorporarse gradualmente. Se propone que "un Equipo de Trabajo del Paquete de Beneficios" que seleccione los servicios. Este grupo se encargará de dar recomendaciones al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para que amplíe los beneficios, de acuerdo con los aumentos de la UPC. La selección de los beneficios se puede hacer con base en varios criterios:

- Eficiencia Clínica;
- Incidencia y Utilización;
- Mortalidad;
- Opinión especializada a nivel clínico;
- Costo-efectividad; y
- Preferencias sociales.

Por ejemplo, con base en los hallazgos del estudio sobre carga de la enfermedad, la prioridad de Colombia debe ser la ampliación de servicios para el tratamiento y la rehabilitación de las lesiones producidas por trauma. Un grupo de expertos debe hacer una evaluación de los costos institucionales y sociales causados por estas lesiones, así como de los planes para desarrollar programas de capacitación y para regionalizar los centros de atención al trauma.

La meta de la convergencia para los dos paquetes en el año 2002, depende de la estabilidad financiera y del crecimiento del Régimen Contributivo. A su vez, el éxito del régimen contributivo depende de un número de factores: los salarios promedio, el número y la proporción de afiliados por estrato socioeconómico, los copagos, el tamaño de la familia y la inflación de los costos del sector salud. Por lo tanto, el reto más importante ha sido afiliar a la población del sector informal. Además, se debe ajustar la UPC continuamente con el fin de garantizar la estabilidad financiera del sistema.

**c. Ajustes a la UPC:**

En la actualidad, un individuo bajo el Régimen Contributivo recibe el POS cubierto por la UPC total, mientras que los individuos bajo el Régimen Subsidiado reciben cerca de la mitad de esta cantidad. El valor de la UPC en 1995 fue \$126.880 pesos colombianos y \$75.000 para la UPC-S. Un gran porcentaje de esta diferencia (\$51.880 pesos) incluye la provisión de servicios suministrados en las instituciones de atención secundaria y terciaria. Específicamente \$38.813 pesos del monto adicional de UPC bajo el Régimen Contributivo cubre servicios clínicos de hospitalización y cirugía. La diferencia restante se destina para cubrir los gastos de administración. La ampliación de los beneficios y de los servicios, que en la actualidad no están cubiertos por el Régimen Subsidiado, se logrará después de los aumentos en la cobertura durante los cuatro años del período de transición, que van desde comienzos de 1998 hasta finales de 2001. La UPC diferencial entre los dos planes debe ser eventualmente modificada de acuerdo a incrementos (de 13.6% del valor total de la UPC). La UPC-S debe entonces incrementarse cada año de acuerdo al porcentaje anterior hasta que iguale el nivel de la UPC correspondiente al Régimen Contributivo. Así, se espera que el POSS iguale el nivel del POS a finales del año 2001 (Refiérase a la Tabla 3.13).

Los aumentos de las UPC durante el período 1998-1999 deben permitir la cobertura total con los programas de prevención y de promoción, todos los servicios de consulta externa, incluyendo las consultas a los especialistas y la atención hospitalaria de primer nivel. Además, los servicios en las instituciones de atención secundaria y terciaria bajo el POSS aumentarán a 32% y los procedimientos de diagnóstico complementario bajo el POS aumentarán al 50% de la UPC total, respectivamente. Actualmente, los gastos en medicamentos representan el 12.9% de la UPC bajo el régimen subsidiado (\$9.653) y el 16% bajo el régimen contributivo (\$20.270). En este momento, solamente existe una provisión total de medicamentos esenciales bajo el POSS para los servicios de atención primaria de salud y para las

enfermedades catastróficas. Los medicamentos, que en la actualidad no están cubiertos por el POSS, están relacionados con la provisión de los servicios de consulta externa en los hospitales de atención secundaria, terciaria y especializada. Los incrementos crecientes de las UPC durante los últimos años del período de transición permitirán simultáneamente la cobertura total de los medicamentos esenciales.

**Tabla 3.13 POSS: Ampliación de la UPC y Cobertura de Servicios durante  
el Período de Transición, 1996-2001 (1995 Pesos Colombianos)**

Servicios	1995		1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	UPC*		Incremento		UPC		Incremento		UPC		Incremento		UPC	
Promoción y Prevención	11,300.00		343.00		11,643.00		0.00		11,643.00		0.00		11,643.00	
Servicios de Primer Nivel	27,454.00		0.00		27,454.00		0.00		27,454.00		0.00		27,454.00	
Servicios Ambulatorios Especializados	209.00		8,231.00		8,440.00		2,030.00		10,470.00		0.00		10,470.00	
Hospital de Primer Nivel de Atención	7,262.00		754.00		8,016.00		0.00		8,016.00		0.00		8,016.00	
Hospital de segundo y Tercer Nivel	3,897.00		0.00		3,897.00		3,866.00		7,763.00		13,645.00		21,408.00	
Servicios de Apoyo Diagnóstico y Procedimientos	0.00		1,820.00		1,820.00		1,820.00		3,640.00		1,821.00		5,461.00	
Enfermedades de alto costo	14,500.00		0.00		14,500.00		0.00		14,500.00		0.00		14,500.00	
Costos Administrativos	10,753.00		5,725.00		16,478.00		5,725.00		22,203.00		5,725.00		27,928.00	
Total POSS	75,000.00		17,293.33		92,293.33		17,293.33		109,586.66		17,293.33		126,880.00	



Durante los dos últimos años (2000-2001) de la convergencia, se espera que el POSS cubra totalmente los servicios para los pacientes hospitalizados en las instituciones de atención secundaria y terciaria. La ampliación de estos costosos servicios se combinará con los incentivos para aumentar la eficiencia. Los cambios en los mecanismos de pago de servicios para los hospitales están entre los elementos más importantes de la reforma. Una mayor eficiencia del sistema permitirá la provisión de servicios clínicos y quirúrgicos para una mayor cantidad de gente.

#### Análisis de la Variación Geográfica de los Costos y de los Contenidos del Paquete de Beneficios:

El análisis de la carga de enfermedad presentado anteriormente, proporciona evidencia preliminar con respecto a que los patrones de enfermedad varían significativamente por departamento. Si los datos adicionales que el MSP está recolectando confirman esta variación, es probable que los programas de salud requieran mayores ajustes dentro de los departamentos. Es posible que también sea necesario ajustar los insumos, los servicios y el valor de la UPC. Una de las principales tareas para lograr la meta del seguro universal de salud en el año 2001 es el ajuste dinámico de la UPC. La factibilidad de la reforma y de su futuro sostenimiento dependen de los ajustes oportunos a la UPC. Los siguientes factores sustentan las razones fundamentales para los ajustes en el contenido del paquete de beneficios y de la UPC, de acuerdo con las necesidades regionales:

- Diferencias en la carga de enfermedad;
- Variación en los insumos del programa de salud;
- Eficiencia de la asignación; y
- Descentralización de los servicios de salud.

Diferencias en la Carga de la Enfermedad por Departamento: en la sección 3.4 se describió la variación significativa de la tasa de los AVISAS perdidos anualmente por 1.000 personas. Las diferencias en estas tasas reflejan las características demográficas y epidemiológicas de la población. Por ejemplo, Bogotá tiene tasas relativamente bajas de AVISAS perdidos por todas las causas; es probable que esto se deba a que representa el patrón de enfermedad de una población urbana con mayor acceso a los servicios de salud que la de otras regiones. Los departamentos con niveles elevados de afecciones crónicas pueden reflejar las patologías de una población en la tercera edad. Las zonas rurales con una tasa elevada de fertilidad y con una gran población joven presentan índices elevados de los AVISAS perdidos por enfermedades infecciosas, por afecciones perinatales y maternas. Debido a que estas tasas representan la condición actual de la población, se podrían utilizar como

parámetro para la asignación de los recursos de salud. Los cálculos completos de los AVISAS, junto con los indicadores demográficos y epidemiológicos, serán útiles para hacer los futuros ajustes a la UPC. El paquete de beneficios de los servicios se debe ajustar de acuerdo con las necesidades regionales. Además, cada municipio tiene que definir su propio plan de atención básica (PAB). Por lo tanto, los servicios de salud local diferirán según el perfil epidemiológico de cada región. Es necesario tener información confiable y oportuna para hacer el seguimiento a las tendencias epidemiológicas. La creación de Centros para la Vigilancia de las Enfermedades en Colombia, con 81 unidades de vigilancia que ya están operando, reforzarán el sistema de información existente.

Variación en los Costos e Insumos de los Programa: El análisis de las cifras absolutas de los AVISAS en oposición a las tasas también es importante. Por ejemplo, el 29% de los 3.84 millones de AVISAS perdidos por la mortalidad en Colombia en 1990 ocurrió solamente en dos departamentos: Antioquia (770.000 AVISAS) y Valle (340.000 AVISAS). El 30% de los AVISAS perdidos por lesión producidas por trauma en Colombia se dio en Antioquia. Estas cantidades sugieren que los insumos requeridos para cubrir la provisión de servicios específicos exigirán ajustes regionales. El análisis de los AVISAS no refleja la variación de costos de los tratamientos de las enfermedades. Sin embargo, debe existir una correlación elevada entre la carga de la enfermedad y los gastos en la atención de la salud. Este aspecto exigirá una mayor investigación.

Eficiencia de la Asignación: El modelo de la asignación de los recursos de salud, que integra los datos de costo-efectividad y de la carga de la enfermedad, podría ser útil para evaluar el impacto regional de la ampliación de la infraestructura de los servicios de salud. Con base en el método costo-efectividad, las regiones como la del sur oriente, con una alta incidencia de enfermedades infecciosas y una tasa elevada de mortalidad materno-infantil, poseen el mayor potencial para ganar AVISAS una vez se implementen las intervenciones costo-efectivas. En efecto, una de las razones para la creación del PAMI fue el reconocimiento de que con intervenciones poco costosas se podría reducir la mortalidad perinatal y materna en un gran porcentaje.

Descentralización: Según la ley 10 y la ley 60 de "Competencias y Recursos", la regulación de los servicios de salud tiene tres componentes principales. En primera estancia, la administración de los servicios está dividida en niveles de atención. Los municipios manejan la atención primaria de salud mientras que los departamentos manejan las instituciones de segundo y tercer nivel (de hospitales regionales a hospitales especializados). El gobierno nacional brinda asistencia técnica, planeación y cofinanciación. Los Ingresos Corrientes de la Nación son canalizados

directamente a departamentos y municipios a través del Situado Fiscal y las transferencias municipales para cubrir inversiones de capital y costos recurrentes. La fórmula de distribución favorece jurisdicciones con grandes necesidades. La asignación del Situado Fiscal está basado en la población que se debe atender. Sin embargo, las poblaciones del mismo tamaño pueden tener tasas diferentes en cuanto a la enfermedad, la demanda y la utilización de los servicios de salud. Los ajustes regionales de los contenidos del paquete de beneficios y del valor de la UPC deben estar ligados a los procesos de descentralización.

### **Mejoramiento de la Información**

El equipo de Harvard está verificando las valiosas experiencias de la reforma del sector de la salud en Colombia y contribuyendo a la identificación de necesidades de información adicional. Las tareas que se necesitan para recolectar esta información incluyen:

- **Evaluación de la validez de la metodología utilizada en el cálculo de la carga de la enfermedad.** La metodología utilizó ponderaciones por incapacidad, estimados de la efectividad de los programa de salud, tasas de incidencia y otras consideraciones del estudio mejicano, que pueden o no ser válidas para Colombia. Si Colombia se compromete realmente a aplicar la metodología de costo-efectividad, entonces debe asignar recursos para mejorar los estimados de los AVISAS.
- **Revisión de la metodología para la estimación de costos.** En la actualidad, la información más exacta sobre los costos directos, indirectos y totales de los procedimientos y de los servicios proviene en gran medida de doce grandes hospitales colombianos, de alta complejidad y seleccionados por conveniencia. Estos costos no representan los costos de las instituciones de atención primaria. En la sección 3.6, se hacen recomendaciones sobre la información adicional de costos que se debe recolectar con el fin de hacer una mejor estimación de los costos del paquete de beneficios.
- **Revisión del costo-efectividad del actual paquete de beneficios.** Se puede hacer una mejor evaluación del costo- efectividad de los actuales paquetes del POS y del POSS, utilizando información de mejor calidad sobre los AVISAS ganados y utilizando información mejorada de la estimación de costos.

## **3.5 AJUSTE DE RIESGO Y REASEGURO**

### **3.5.1 Introducción**

Bajo la ley 100, las EPS reciben un pago fijo por cada afiliado, ajustado por edad y por sexo. A cambio, las EPS son responsables de proporcionar los servicios cubiertos por un paquete de beneficios, determinado de acuerdo con las necesidades de sus afiliados. Sin embargo, los afiliados difieren en términos del riesgo o del costo esperado de salud. Si la UPC ajustada por edad y por sexo refleja estas diferencias con precisión, entonces las EPS son compensadas adecuadamente por los riesgos que aseguran. Si no, los pagos a las EPS serán inequitativos, lo cual las incentivará a escoger afiliados con más recursos y menor riesgo.

En esta sección, analizamos el tema del ajuste de riesgo de la UPC. Especialmente, analizamos las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las razones fundamentales para el ajuste del riesgo en el contexto colombiano? ¿Por qué es necesario ajustarlo?
- ¿Cuáles son las provisiones actuales en la Ley 100 para disminuir la selección de riesgos y su impacto? ¿Son estas provisiones adecuadas?
- ¿Cuál es la distribución del riesgo en Colombia?
- ¿Qué tan bien se desempeñan los ajustadores de riesgo más refinados para explicar las variaciones individuales de los gastos de salud en Colombia?
- ¿Se han hecho muchas investigaciones sobre la evaluación del riesgo de la salud, es decir, sobre los métodos utilizados para medir y ajustar las diferencias en el riesgo de la salud. ¿Sugiere esta documentación que se necesitan ajustadores de riesgos más refinados que la edad y el sexo? ¿Pueden estos beneficiar a Colombia?
- ¿Cuál es el rol del reaseguramiento en el ajuste de riesgo? ¿Cuáles son los aspectos más importantes de su implementación y de su diseño en Colombia?

Después de nuestro análisis, hacemos recomendaciones para que Colombia analice el tema del ajuste del riesgo, incluyendo modelos piloto.

### **3.5.2 La necesidad del Ajuste de Riesgo**

La selección de riesgo puede darse de dos maneras diferentes. En primer lugar, las entidades promotoras de salud pueden sufrir la *selección adversa de los usuarios*. Los individuos conocen muy bien sus propias necesidades y sus

preferencias con respecto a la atención de la salud. Al permitirles seleccionar entre diferentes entidades competitivas, ellos escogerán aquella que ofrezca más ventajas y sea la más apropiada para ellos. Aunque la Ley 100 especifica un paquete estándar de beneficios, las EPS pueden diferir en cuanto a la forma como suministran este paquete, incluyendo la combinación y la calidad de los proveedores que contratan. Además, los individuos que saben que constituyen un gran riesgo son más propensos a afiliarse, ya sea en el POS o en un plan complementario, que aquellos que se consideran como un riesgo menor y, por lo tanto, evitan pagar el 12% sobre sus ingresos.

Las entidades promotoras de salud también pueden escoger asegurar riesgos favorables. (Selección de riesgo). Las EPS tienen un incentivo obvio para tratar de atraer a los inscritos saludables y de bajo riesgo dentro de cada grupo por edad y por sexo y, así, evitar a aquellos cuyas necesidades de atención de salud costarán más, una práctica popularmente conocida como "descremar el mercado". En los Estados Unidos, las entidades promotoras de salud pagadas por capitación utilizan diferentes tácticas para seleccionar los mejores riesgos, incluyendo: (1) rehusarse a cubrir a aquellos individuos que ya están enfermos o a aquellos que tienen predisposiciones genéticas para ciertas enfermedades, como la enfermedad de Huntington; (2) excluir las condiciones preexistentes de la cobertura; (3) utilizar médicos graduados en el extranjero con pocas habilidades comunicativas para brindar consejería psiquiátrica; (4) construir instalaciones atractivas para los servicios pediátricos, con el fin de atraer a las familias jóvenes; (5) ubicar las clínicas solamente en vecindarios donde hay una población enorme de gente joven, saludable y rica; (6) diseñar publicidad para llegar a las personas atléticas o con familias jóvenes; (7) hacer mercadeo para la tercera edad a través de programas de danzas a los cuales solamente pueden asistir los ancianos relativamente saludables y así sucesivamente.

La competencia por los mejores riesgos es indeseable por varias razones. Primero, substituye los esfuerzos para maximizar las utilidades a través del mejoramiento en la eficiencia en la producción de servicios de salud. Segundo, reduce la calidad de la atención disponible para aquellos identificados como de alto riesgo. Aquellas personas con enfermedades crónicas o de larga duración pueden esperar que se les ofrezcan servicios de baja calidad técnica, lo cual no ocurriría si estuvieran en otras condiciones, y este es el resultado directo de las prácticas de selección de riesgos<sup>18</sup>. Tercero, una tarifa para los pagos ajustados por riesgo que no tiene bien en cuenta el riesgo del afiliado, tiende a desestabilizar el mercado. Un alto volumen de afiliados de alto riesgo (el resultado de la selección adversa producida por una

---

<sup>18</sup> Una EPS no desearía tener la reputación de que ofrece, por ejemplo, mejor atención a los pacientes con SIDA, porque esto atraería los atraería.

selección poco efectiva de riesgos o por las escogencias de los consumidores) amenaza la calidad de la atención que una EPS puede proporcionar a cambio de una cuota fija.

Como resultado de la selección, algunas EPS pueden incurrir en costos más elevados por afiliado. Si no existe un ajuste exacto de riesgo, dichas entidades se verán, a largo plazo, forzadas a limitar el acceso a los servicios que se necesitan o disminuir la calidad del servicio que proporcionan. En cualquier caso, su posición competitiva podría estar amenazada. Por el contrario, las entidades con riesgos más bajos podrían disfrutar de una ventaja competitiva. Por lo tanto, es necesario tener métodos confiables y válidos para disminuir la selección de riesgo y determinar los pagos ajustados por riesgo.

### **3.5.3 Provisiones para disminuir la selección adversa y la selección de riesgos en la ley 100**

La ley 100 reconoce los peligros de la selección adversa y de la selección de riesgos e incluye varias provisiones para afrontar los efectos de una selección adversa y minimizar la selección de riesgos. Primero, con el fin de disminuir la selección de riesgo, esta ley prohíbe que las EPS nieguen la cobertura a cualquier persona que solicite la afiliación en un POS o en un plan complementario. Además, prohíbe las exclusiones por condiciones preexistentes en el POS (aunque no en los planes complementarios). De esta manera se impide que las EPS, específicamente para el POS apliquen lo que en los Estados Unidos constituye el método más efectivo para la selección de riesgos por parte de los aseguradores. La ley también establece un periodo de afiliación abierto una vez al año, el cual restringe aún más la capacidad de los aseguradores para seleccionar los riesgos.

Segundo, en parte para proteger a las EPS de la selección adversa y en parte para reducir sus incentivos para la selección de riesgos, la UPC es ajustada por edad y por sexo (Tabla 3.14). Esta medida reconoce el hecho de que los gastos promedios de grupos diferentes por edad y por sexo son totalmente distintos. Al mismo tiempo, se exige que las entidades promotoras de salud tengan una distribución de afiliados por estas variables dentro de ciertos límites: por ejemplo, no pueden rechazar a todos los ancianos. Esta medida ayuda a reducir los efectos de los errores en los ajustadores de riesgo por edad y por sexo.

Tercero, la Ley 100 especifica ocho enfermedades catastróficas que deben estar cubiertas por un plan nacional de reaseguro. A las EPS se les reembolsará por los costos de los individuos con estas condiciones, reduciendo así el impacto y los incentivos para no afiliar a estos pacientes.

Cuarto, la Ley 100 especifica los contenidos de un paquete estándar de beneficios que todas las EPS deben proporcionar. Esto reduce la utilización de los paquetes de beneficios como un instrumento para la selección de riesgos y, también, aumenta la competencia entre las EPS simplificando la información para los consumidores.

Finalmente, los individuos deben permanecer afiliados en una entidad promotora por un año como mínimo, para así proteger, hasta cierto punto, a los aseguradores de la selección adversa.

**Tabla 3.14 Ponderación de Riesgos, actualmente utilizada para ajustar la UPC (Gastos Relativos Esperados por afiliados según grupos por sexo y edad)**

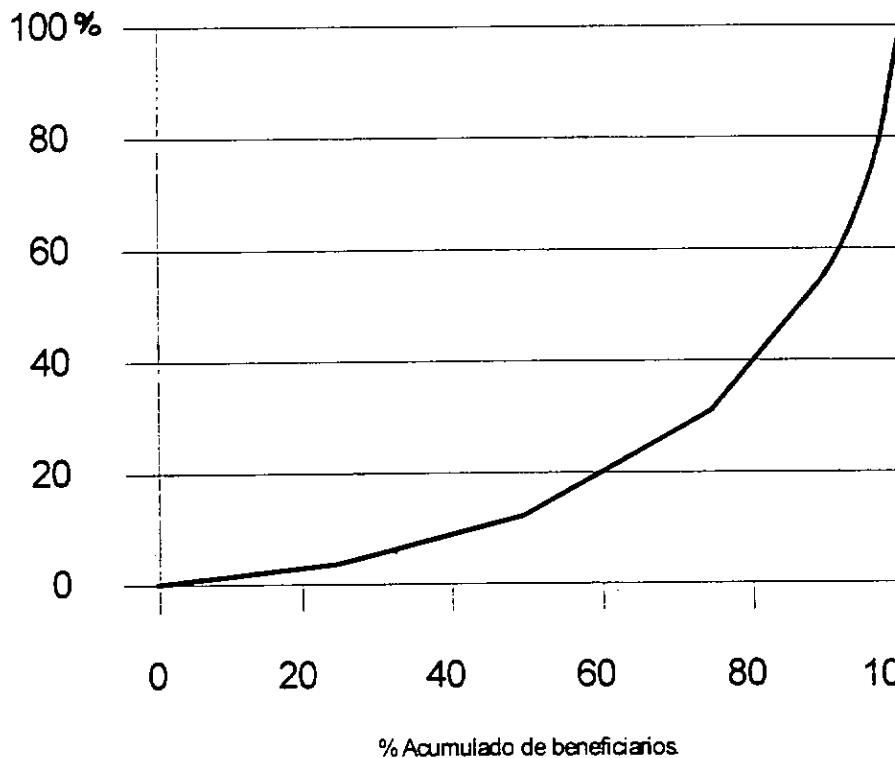
Grupos por sexo y edad	Ponderación de Riesgo
< 1 año	2.15
1 - 4	1.48
4 - 14	0.74
15 - 44 (Hombre)	0.87
15 - 44 (Mujer)	1.12
45 - 59	1.26
> 60	1.45

Nota: La Ponderación de 1.00 representa el promedio de gastos esperado entre todos los grupos

### **3.5.4 Oportunidades que aun persisten para la selección adversa y la selección de riesgos bajo la Ley 100**

A pesar de todo, las provisiones de la Ley 100 no excluyen toda posibilidad de selección adversa y de selección de riesgo. La gráfica A muestra la distribución acumulada de gastos para una muestra de beneficiarios de una Caja de Compensación. Entre estos beneficiarios el 10% más costoso representa cerca de la mitad de los gastos de la entidad, mientras que el 25% menos costoso representa menos del 5% de los gastos de la misma. Además, debido a que en la actualidad los mecanismos de recaudo son ineficientes para afiliar a todos los independientes, quienes saben que es probable que necesiten atención médica, también son los más proclives a afiliarse. Por lo tanto, las EPS son en extremo vulnerables a la selección adversa. Una segunda implicación de la distribución asimétrica de los gastos es que obviamente las EPS podrían obtener ganancias al identificar y atraer a la población menos costosa.

Figura A. Distribución de gastos de salud entre beneficiarios  
de una caja de compensación (Antioquia), 1994.



El ajuste específico por edad y por sexo que la Ley provee, también deja espacio para la selección de riesgo por edad y por sexo. En las entrevistas con el personal de las EPS, encontramos que, por ejemplo, algunas de ellas inscribieron cantidades desproporcionadas de mujeres entre los 40 y 44 años, por cuanto es menos probable que estas mujeres tengan hijos y, por lo tanto, deben, en promedio, costar menos a las EPS que las mujeres entre los 15 y los 39 años. Sin embargo, la UPC es la misma para todas estas mujeres.

Las ponderaciones por edad y por sexo también pueden estar condensadas, es decir, ser más uniformes que las diferencias promedio de los gastos en todos los grupos. En el momento, estamos analizando la información de dos grandes poblaciones aseguradas, con el fin de evaluar la capacidad de las ponderaciones actuales por sexo y por edad, para ajustar el riesgo (analizados más específicamente a continuación). Debido a que se recibió esta información recientemente, únicamente se pueden ofrecer hallazgos preliminares en este momento. Sin embargo, los análisis iniciales de una Caja de Compensación sugieren que las ponderaciones por edad y por sexo para la UPC son más uniformes que las diferencias observadas en los gastos de todos los grupos por edad y por sexo. Esto quiere decir que las ponderaciones se pueden haber



exagerado para los grupos de riesgo más bajo, por edad y por sexo (con ponderación de riesgo menor que 1.00) y que se subestimaron para algunos grupos de riesgo elevado. En la actualidad, la UPC ajustada por riesgo parece ofrecer incentivos para que las EPS inscriban cantidades desproporcionadas de grupos de individuos de menor riesgo, por dichas variables.

**Tabla 3.15 Opciones para Selección de Riesgo en Colombia**

Fuente de Variación del Riesgo	Reglamentación Específica para restringir la Selección del Riesgo	Métodos que las EPSs pueden usar para seleccionar riesgo	Es usado el Método?
Edad y Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UPC ajustada por edad y sexo</li> <li>• Deben establecerse rangos de edad y sexo para el ajuste</li> </ul>	Dentro de los rangos establecidos por la Ley, las EPSs pueden dirigir el mercadeo preferiblemente a los grupos de bajo riesgo para edad y sexo	Sí, al menos por algunas EPSs
Estatus Profesional/ educación/ ingreso	Ninguna	Ubicación de Instituciones. Mercadeo focalizado	Sí
Ubicación	Ninguna	Ubicación de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud. Mercadeo focalizado	No existe evidencia de que se utilice la ubicación como instrumento para la selección de riesgo
Historia Clínica /Utilización de servicios	No se permiten exclusiones por preexistencias, excepto en los Planes Complementarios	Exclusión por preexistencias en los Planes Complementarios. Disponibilidad de Servicios Especiales para desincentivar la afiliación de personas con condiciones clínicas específicas.*	No conocidas

\* La selección de riesgo se relaciona con una disponibilidad inconveniente o poco atractiva de servicios para patologías específicas. Un ejemplo es la localización de un centro de tratamiento para diabéticos a 45 minutos de las otras instituciones prestadoras de servicios

Los gastos también varían sistemáticamente en cuanto a otras características observables de los afiliados, tales como el salario, la ubicación y el estatus de salud. La Tabla 3.15 puede identificar algunas de las características observables de aquellos afiliados de menor riesgo, así como las tácticas que pueden utilizar para hacerlo.

### **3.5.5 Mejoramiento de los Actuales Ajustadores de Riesgo**

Para evaluar cómo se puede mejorar el ajuste de riesgo para Colombia, se harán dos tareas importantes:

- Una revisión crítica de la investigación existente sobre la evaluación y el ajuste del riesgo de salud; y
- Un análisis estadístico de los datos individuales de los gastos de salud en Colombia.

El objetivo al hacer estos análisis es evaluar que tan adecuadas son las provisiones actuales de la Ley 100 e investigar el potencial de los ajustadores de riesgo mejorados.

#### **Hallazgos más importantes sobre los Ajustadores de Riesgos existentes en la literatura Internacional**

Existe una gran cantidad de literatura sobre evaluación y ajuste de riesgo de la salud. La mayor parte de la investigación se ha centrado en el ajuste de riesgo en los Estados Unidos. Sin embargo, también se ha hecho investigación para las poblaciones europeas, particularmente para Holanda. Los hallazgos de estos análisis pueden proporcionar conocimiento importante para el contexto colombiano.

Además de la edad y el sexo, la literatura también sugieren una serie de ajustes de riesgo potenciales:

- Variables demográficas adicionales, tales como ingreso, ocupación, ubicación, etc.;
- Indicadores fisiológicos de salud, tales como presión sanguínea;
- Indicadores para informar sobre el estatus de salud, tales como informes sobre las condiciones crónicas o los puntajes SF-36<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Hombrook M.C., Goodman, M.J., Bennet, M.D. y Greenlick, M.R.: "Assessing health plan case mix in employed populations: self-reported health status models." in Advances in Health Economics and Health Services Research, Vol 12. Greenwich CT: JAI Press, 1991.pp.233-272.

- Estatus de salud medido utilizando los códigos de diagnóstico y clasificación, utilizando métodos tales como grupos de Costo por Diagnóstico(DCG)<sup>20</sup> o Grupos de Costo Ambulatorio (ACG);<sup>21</sup> y
- Utilización real de los servicios de salud.

Con excepción de la utilización de los servicios salud, es probable que ninguno de estos sea útil y posible en el contexto colombiano a mediano plazo.

La literatura sugieren que un método de evaluación de riesgos debe predecir bien los gastos para: 1) grandes grupos aleatorios, 2) individuos; y 3) grupos no aleatorios dentro de una población como la de aquellos con gastos anteriormente bajos, pacientes con cáncer o aquellos con múltiples hospitalizaciones anteriores. El método también debe permitir la implementación y la supervisión y debe proporcionar incentivos apropiados para la atención médica eficiente y de calidad.

Aun los métodos simples, tales como aquellos por edad y por sexo, pueden hacer una buena predicción para grandes grupos aleatorios. Si los afiliados se distribuyen aleatoriamente en todas las EPS, entonces estos modelos son suficientes. La evidencia sugiere que este no es el caso. Por lo tanto, estos modelos también deben hacer una buena predicción para los individuos y los grupos no aleatorios.

Un método adecuado de evaluación del riesgo no necesita explicar todas las variaciones en cuanto a los gastos de todos los individuos, con el fin de prevenir la selección de riesgo por parte de las entidades promotoras de salud. Solamente necesita hacer las cosas como razonablemente se espera que una entidad promotora de salud lo haga por su propia cuenta. La investigación sugiere que una EPS puede, en el mejor de los casos, explicar del 15 al 20% de la variación en los gastos individuales de salud – la variación predecible.<sup>22</sup> Este es el "objetivo" para un método de evaluación del riesgo.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Ellis, R.P., Ash, A.: "Refinements to the Diagnostic Cost Group (DCG) Model." *Inquiry*, Winter 1995;32(4).

<sup>21</sup> Weiner, J., Starfield, B. and Steinwachs, D.: Development and application of a population-oriented measure of ambulatory case-mix. *Medical Care* 1991; 29:452-472.

<sup>22</sup> En términos estadísticos, un modelo que explica del 15 al 20% de la variación en los gastos de salud se traduce en un R-cuadrado o un coeficiente de correlación múltiple de 0.15 a 0.20.

<sup>23</sup> El "objetivo" del 15 al 20% se basa en observaciones empíricas sobre la capacidad para predecir los gastos actuales, por medio de la utilización y los gastos previos de un individuo-información que a menudo está a disposición de una entidad promotora de salud. Este objetivo puede ser subestimado o sobreestimado dependiendo de la cantidad típica de información disponible para una entidad y de la existencia de provisiones para impedir que la entidad actúe con base en esta información, tal y como aquellas en la Ley 100. El punto más importante aquí es que no es necesario que el método explique toda la variación en gastos, si no solamente una cantidad suficiente tanto para frenar la selección de riesgo por parte de las entidades como para neutralizar los impactos financieros de la selección adversa.

La edad y el sexo solamente son capaces de predecir una pequeña porción de la varianza predecible, cerca del 10% (hasta el 20% de la varianza total) <sup>24</sup>. Las variables demográficas tales como la ubicación, los ingresos y la educación añaden muy poco poder de predicción por encima de la edad y del sexo. Los indicadores fisiológicos funcionan algo mejor, pero son muy costosos de recolectar.<sup>25</sup> Los indicadores del estatus de salud, reportados por cada persona, funcionan mejor y pueden explicar entre una mitad y dos terceras partes de la varianza predecible. Sin embargo, la recolección y la supervisión de dicho estatus podría ser difícil en el contexto colombiano.

Tal y como se esperaba, la utilización actual de la atención de la salud se desempeña mejor y puede lograr el nivel propuesto de la varianza predecible. Sin embargo, a menos que se modifique, su uso presenta problemas obvios en términos de los incentivos para la utilización de la provisión del servicio. Se analiza su uso en el contexto de un "sistema de pagos mixtos", de acuerdo con las investigaciones piloto que se presentan a continuación.

Todos los modelos, con excepción de la utilización actual de la atención de la salud, han presentado fallas para predecir los gastos de los grupos no aleatorios.

Los métodos de ajuste de riesgo basados en los códigos de diagnóstico, generalmente disponibles en la información sobre reclamos en los Estados Unidos, han recibido bastante atención y en general parecen los más promisorios. Estos pueden explicar hasta dos terceras partes de la variancia predecible y esperada.<sup>26</sup> Sin embargo, incluso los métodos de ajuste de riesgo que utilizan los códigos de diagnóstico dejan un vacío significativo entre la información potencialmente disponible para el asegurador y la información contenida en el ajustador de riesgo. Por ejemplo, el asegurador tiene el registro de la utilización actual del asegurado, y ésta puede variar en un diagnóstico dado. Aunque su uso puede reducir los incentivos para la selección de riesgos, no los eliminará. Actualmente, el sistema de atención de la salud en Colombia utiliza muy poco los códigos de diagnóstico.<sup>27</sup> Por lo tanto, no es factible aplicar dicho sistema a mediano plazo, aun si se desea hacerlo.

---

<sup>24</sup> Dunn DL, Rosenblatt A, Taira D, *et al.*, "A Comparative Analysis of Methods of Health Risk Assessment: Informe Final". Informe presentado a la Sociedad de Actuarios, Harvard University, 12 de octubre de 1995.

<sup>25</sup> Newhouse JP, WG Manning, EB Keeler y EM Sloss, "Adjusting Capitation Rates Using Objective Measures of Health Utilization," *Health Care Financing Review*, Otoño de 1993; 15(1): 39-54.

<sup>26</sup> Dunn DL *et al.*, *op. cit.*

<sup>27</sup> Actualmente, el ISS los utiliza solamente en Manizales. Muchos códigos ICD-9 no aparecen en la información que analizamos de la Caja de Compensación. Otro grupo de datos para una empresa grande no contenía ningún código ICD-9, solamente tenía códigos que describen la naturaleza del servicio (600 códigos distintos).

Hasta que no se disponga de un método de diagnóstico basado en el ajuste de riesgo, existirá un vacío considerable entre la información disponible para las EPS y la información disponible para el proceso de ajuste de riesgos. Las provisiones en la ley 100, que garantizan el ingreso y el reingreso libre a las EPS, limitarán las oportunidades para la selección de riesgo solamente para el POS, el cual no puede hacer exclusiones por condiciones preexistentes. Sin embargo, aun para el POS, habrá oportunidades de obtener ganancias de medios sutiles de selección de riesgo, tal y como se describe a comienzos de la sección 3.5.2. Este incentivo indeseable se podría reducir pero no eliminar con la introducción de un ajuste de riesgo basado en el diagnóstico, y es poco probable que esté disponible antes de diez años.

### **Análisis de Grupos de Datos de Colombia**

Se hizo una búsqueda exhaustiva de datos sobre Colombia que pudieran conducir a un análisis de los ajustadores potenciales de riesgo. Dicho grupo de datos requiere información completa sobre las características demográficas de los individuos afiliados en una entidad, sus gastos de atención de salud y una lista de los servicios que reciben y de los diagnósticos que los llevan a solicitar dichos servicios. Estos datos también deben cubrir un período de tiempo razonable, preferiblemente un mínimo de dos años.

Se encontró que la mayoría de los aseguradores (incluyendo al ISS) no conservan estos datos en una forma que permita dicho análisis. Muy pocos parecen tener los datos que se necesitan y decidieron no compartirlos, por cuanto consideran que estos les pertenecen.

Para este estudio, se pudo obtener dos grupos de datos: uno que representa a los beneficiarios de una Caja de Compensación en una ciudad y otro con datos a nivel nacional de los empleados de una compañía colombiana grande. En cada una de estas instituciones se solicitó información relacionada con la utilización del servicio médico por parte de los individuos afiliados (datos de reclamos), teniendo en cuenta las siguientes variables: documento de identificación, salario, edad, sexo, gastos y frecuencia de cada servicio y, en el caso de una organización, diagnóstico basado en el sistema de codificación ICD-9. Una organización tenía datos disponibles de 1993 y 1994. Una segunda organización suministró sus datos de 1992, 1993 y 1994. Primero, se hizo una revisión considerable de los datos con el fin de prepararlos para su análisis. Tal y como se describió anteriormente, también se está en proceso de hacer análisis adicionales de las ponderaciones por edad y por sexo utilizados para la UPC.

El objetivo del análisis era verificar la capacidad de las diferentes variables para explicar las variaciones en los gastos totales por individuo. Si un grupo de variables funcionan bien como predictor de gastos, entonces se convierte en un ajustador potencial de riesgo. Se ensayaron seis modelos diferentes:

1. Los grupos por edad y por sexo descritos en la Ley 100;
2. Los grupos por edad y por sexo en la Ley 100, más el salario;
3. Los grupos por edad y por sexo en la Ley 100, más el salario y la información sobre los diagnósticos;
4. Los grupos revisados por edad y por sexo, utilizando rangos más reducidos de edad y diferenciando por edad hasta un tope dentro cada grupo por sexo;
5. Grupos revisados por edad y por sexo más salario; y
6. Grupos revisados por sexo y edad más el salario y la información sobre los diagnósticos.

La información de las codificaciones ICD-9 se utilizó para hacer los grupos de diagnóstico de los modelos tres y seis. Todos los modelos se probaron prospectivamente, utilizando información del año anterior de un individuo, con el fin de predecir los gastos por año.

Como una medida de exactitud predecible de cada modelo, se utilizó el porcentaje de la variación total en los gastos de un individuo que este modelo explicó (el recuadrado ajustado del individuo, obtenido del análisis de regresión múltiple)

La Tabla 3.16 describe los hallazgos, con base en muestras que solamente incluyen beneficiarios totalmente cubiertos.

**Tabla 3.16 Poder Predictivo comparativo de ajustadores de riesgo potenciales.  
Dos bases de datos colombianas .**

Predictores utilizados	Porcentaje de la variación total explicada: Información de una "Caja"	Porcentaje de la variación total explicada: Información de Entidad Nacional
Grupos por edad y sexo de la Ley 100 (A)	0.6	3.1
A más salario (B)	0.7	3.8
B más alguna información del diagnóstico	1.8	No disponible
Mayor Desagregación por edad y sexo (C)	1.0	3.8
C más salario (D)	1.2	4.5
D más alguna información del diagnóstico	2.2	No disponible

Fuente: Revisión y estudio del Ajuste de Riesgo de Harvard

Se pueden sacar dos conclusiones importantes de los hallazgos descritos en la tabla 3.16: 1) los ajustadores de riesgos disponibles no pueden explicar más que una fracción pequeña de la variación de los gastos, dejando espacio para las ganancias y las pérdidas por la selección de riesgos y por la selección adversa y 2) una clasificación más refinada por edad y por sexo que la provista en la Ley 100 podría ser un poco más precisa. Estos hallazgos son preliminares. Se continua haciendo el análisis.

Antes de llegar a las conclusiones y a las recomendaciones, se quiere analizar un tema estrechamente relacionado: el reaseguro.

### **3.5.6 Reaseguro**

Tal y como se analizó anteriormente, una cantidad pequeña de individuos representa una gran proporción del costo total por reclamos de un grupo de afiliados. Por lo tanto, cualquier sistema de ajuste de riesgos debe prestar atención especial a esta cantidad de reclamos. Si la meta del ajuste de riesgos es motivar a las entidades a ser más eficientes, en oposición a motivarlas a seleccionar los mejores riesgos, entonces es necesario encontrar una solución para el problema de cómo compensar a las EPS equitativamente por estos reclamantes de alto costo.

El reaseguro es un método tradicional para manejar estos reclamos de alto costo. Bajo este sistema, a las entidades se les reembolsa parcial o totalmente por los costos de tratamiento de pacientes de alto costo. Una forma de reaseguro reembolsará los gastos de atención de salud de individuos afiliados que sobrepasan cierto tope. Este método puede proporcionar incentivos perversos para la eficiencia en la provisión de la atención. En particular, no hay incentivos para ser eficientes una vez que se sobrepasa el tope. Una segunda forma de reaseguro reembolsa una cantidad fija al asegurador por cada afiliado con una serie de condiciones médicas específicas. Según este método, más que pagar a las entidades los casos de alto costo con base en los reclamos reales, los pagos se basan en la ocurrencia de diagnósticos o procedimientos específicos de alto costo que se fijan por adelantado. Por lo tanto, una entidad con un afiliado con un diagnóstico de leucemia mieloide puede recibir un pago predeterminado de, digamos, US \$120.000. Debido a que la compañía aseguradora sabe del pago por adelantado, su incentivo es proporcionar una atención eficiente. Al mismo tiempo, si la entidad sabe que será compensada por tener una cantidad desproporcionada de inscritos de alto costo, sus incentivos para la selección de riesgos y las consecuencias de la selección adversa, se reducen.

La Ley 100 incluye una provisión para el reaseguro (financiada con la UPC) para ocho condiciones catastróficas, incluyendo nacimientos prematuros y otras afecciones neonatales, SIDA, trauma, cáncer, enfermedades renales, enfermedades coronarias, infarto y otras. A las EPS se les debía reembolsar el costo del tratamiento de cualquier individuo con una de estas condiciones. Sin embargo, esta provisión de la Ley no se ha implementado. Por lo tanto, no existe un plan de reaseguro para las EPS auspiciado por el gobierno.

En la actualidad, varias compañías privadas proporcionan reaseguros en Colombia, incluyendo a la Connecticut General, el Reaseguro de Colombia y la Hemisférica. La mayoría de las EPS se reaseguran a través de la compañía británica Alexander Houden. Las reaseguradoras reembolsan los gastos por atención de salud de los individuos afiliados, que sobrepasan un tope de digamos 10 millones de pesos durante un año (cerca de US \$11.000), hasta un límite que fluctúa entre 20 millones y 60-70 millones de pesos. Los gastos máximos en que un afiliado puede incurrir durante un año en Colombia son cerca de 70 millones de pesos.

La encuesta que se hizo sobre las EPS, realizada en noviembre de 1995, identificó cuatro EPS que actualmente compran reaseguros privados y tres más que estaban considerando hacerlo. Es obvio que existe una demanda de reaseguros de algún tipo. Sin embargo, se debe anotar que es probable que esta demanda no sea universal. Si una EPS es lo suficientemente grande (más de 300.000 afiliados) se puede reasegurar por si misma.<sup>28</sup> Para el ISS, en particular, no es costo efectivo comprar reaseguros.

Más adelante se analizará el reaseguramiento en mayor profundidad como parte de las siguientes recomendaciones.

### **3.5.7 Conclusiones**

El asunto del ajuste de riesgos tiene consecuencias importantes para Colombia en términos del logro de sus metas con respecto a la cobertura universal, la solidaridad, la eficiencia y la calidad en la provisión de la atención. Los métodos confiables y válidos para disminuir la selección de riesgo y para determinar los pagos ajustados por riesgo son una parte esencial de la reforma.

Las provisiones actuales en la Ley 100 están diseñadas para reducir los problemas potenciales de la selección de riesgo. Sin embargo, las EPS continúan teniendo incentivos para seleccionar riesgos a través de varios mecanismos, tales como: (1)

---

<sup>28</sup> Dr. Jorge Enrique Uribe, Presidente de Seguros Bolívar, comunicación personal, 12 de octubre de 1995.



publicidad y ventas dirigidas y (2) ofrecimiento de planes complementarios a una población escogida sin condiciones preexistentes. Se encuentra que algunas EPS privadas han estado utilizando estos métodos.

Es difícil lograr que los independientes cumplan con la obligación de afiliarse al sistema universal de seguros. Muchos independientes se afilian porque saben que necesitan los servicios de salud. Esta situación, combinada con un ajuste inadecuado del riesgo, también hace a las EPS vulnerables a la selección adversa y les proporciona más incentivos para seleccionar buenos riesgos. El hecho de que algunas EPS consideran la UPC adecuada, mientras que otras se quejan porque es muy baja, puede reflejar en parte las diferencias en cuanto a los riesgos de sus poblaciones afiliadas, para las cuales los ajustes actuales por edad y por sexo no resuelven suficientemente el problema.

Los datos adicionales sobre ajuste de riesgo actualmente disponibles, al menos en algunas EPS (algunas codificaciones de diagnósticos e información sobre los salarios), adicionan muy poco y pueden generar graves problemas administrativos. La utilización del diagnóstico en el desarrollo de los métodos de ajuste del riesgo limita el potencial en Colombia para el futuro cercano de este método, tal y como es probable que ocurra durante varios años más, al menos hasta que los diagnósticos se codifiquen en forma confiable incluso en los hospitales. Además, aun si las codificaciones de diagnósticos estuvieran disponibles, la evidencia de los Estados Unidos sugiere que estos podrían ser inadecuados por sí mismos para proteger a las entidades de la selección adversa y para eliminar todos los incentivos de la selección de riesgos.

Además, para proteger la solvencia económica de las EPSs, el reaseguramiento también juega un papel importante en un sistema de ajuste de riesgos. Hasta el momento, no se ha implementado una provisión que trae la Ley para que se establezca un sistema de reaseguramiento. Sin embargo, muchas EPS privadas actualmente compran reaseguros y otras están pensando en hacerlo. Esto indica que hay una demanda significativa por algún tipo de reaseguros.

### **3.5.8 Recomendaciones**

#### **Seguimiento de la Experiencia de las EPS**

Con base en el análisis del ajuste de riesgo y de la reforma colombiana, se recomienda lo siguiente:

- Teniendo en cuenta los incentivos y las oportunidades para la selección de riesgos, es necesario tomar medidas con el fin de hacer un seguimiento al comportamiento de la selección de riesgos en afiliados por parte de las entidades promotoras de salud. El mercadeo para grupos específicos de población, la ubicación de las clínicas exclusivamente en áreas con poblaciones que se espera tengan un riesgo inferior, y el hecho de que las EPS limitan el acceso a algunos proveedores especializados en alguna enfermedad en particular (tales como las enfermedades oncológicas o infecciosas) son ejemplos de este comportamiento.
- También se debe hacer un seguimiento a la distribución del riesgo predecible en todas las entidades (en términos de grupo por edad y por sexo y/u otros atributos, tales como ingresos). Para identificar comportamientos inapropiados, es necesario hacer una evaluación más profunda de las entidades que afilian cantidades desproporcionadas de personas en ciertos grupos o dentro de ciertos grupos (tales como los grupos de la UPC por edad y por sexo) y que muestran en la afiliación una distribución asimétrica. También se podría incluir a aquellas entidades que padecen una selección adversa significativa por parte de sus afiliados. La distribución de afiliados dentro del grupo de las mujeres, de la UPC por edad y por sexo, entre los 15-44 años es un ejemplo de una área que se debe revisar.
- Es necesario realizar estudios pilotos para explorar el potencial de las medidas adicionales a fin de analizar el problema de la selección de riesgo. Estos estudios deben incluir: (1) grupo de comunidades clasificadas con riesgo prospectivo y (2) un grupo de reaseguramiento para condiciones de alto costo. Después de la evaluación de estos esfuerzos, se debe autorizar la investigación del sistema de pagos mixtos para el ajuste de riesgo.

## **Modelos Piloto**

### **A. Fondo Comùn de Riesgo Prospectivo Ajustado**

Una posible manera para mitigar el problema de la selección de riesgo es el fondo común de riesgo prospectivo ajustado. Bajo este esquema, en su forma más simple, al principio del período de inscripción cada EPS cede un pequeño porcentaje fijo (por ejemplo, 1-3%) de sus afiliados al grupo de reaseguramiento para el siguiente año. También paga una cuota suplementaria, por ejemplo \$5.000 pesos por afiliado. Entonces, el fondo creado con las cuotas suplementarias cubre

el costo del tratamiento para todos los afiliados cedidos al grupo (por todas las EPS). Es importante mantener una reserva para evitar déficits en el fondo.

El FSyG puede manejar dicho mecanismo. Este organismo deberá recaudar las cuotas, manejar el fondo y mantener un registro de los nombres y de las direcciones de los individuos cedidos al grupo por cada EPS. Al final de cada trimestre, cada EPS presentará un registro de los servicios suministrados para el tratamiento de los individuos cedidos al fondo durante ese período; los servicios se estimarán de acuerdo con un programa de tarifas.<sup>29</sup> Así, el FSyG podría pagar a las EPS con dinero del fondo.

El fondo común de riesgo prospectivo ajustado difiere en el reaseguramiento por cuanto este es prospectivo. Los individuos que las EPS ceden al grupo son personas que tienen la posibilidad de experimentar gastos elevados durante el siguiente año; por ejemplo, los individuos a quienes recientemente se les diagnosticó cáncer o SIDA. También es probable que un esquema de reaseguramiento cubra a los individuos que padecen afecciones tales como el trauma, que las EPS no pueden predecir de antemano. Por lo tanto, el reaseguramiento es más efectivo para proteger la solvencia económica de las EPS, pero es un instrumento rudimentario para reducir los incentivos de la selección de riesgo.

Una fuente de preocupación con este mecanismo es que las EPS pierden cualquier incentivo para manejar cuidadosamente la atención que proporcionan a los individuos cedidos al grupo, debido a que se les paga lo que gastan en esos individuos retrospectivamente. Se podría modificar el sistema a fin de pagar a las EPS solamente el 90% de los costos en que incurrieron. Esto proporcionaría algún incentivo a las EPS para manejar la atención de esos individuos eficientemente, sin tener que darles un incentivo lo suficientemente fuerte como para evitarlos.

Por lo tanto, se recomienda que se haga un estudio piloto para evaluar que tan práctico y efectivo es el fondo común de riesgo prospectivo ajustado. Este estudio se podría hacer en uno de los departamentos. Se recomienda que la evaluación se base en:

- Entrevistas a las EPS participantes y a los administradores del fondo con el fin de determinar cualquier problema práctico que pueda haber surgido y para saber si se puede solucionar.

---

<sup>29</sup> El FSyG sería el responsable de evaluar la exactitud de los informes de las EPS, utilizando una muestra de los individuos cedidos al grupo.

- Entrevistas a las EPS participantes para saber qué tan efectivos consideran los mecanismos utilizados para protegerlas de la selección adversa.
- Verificación de que los gastos de los individuos cedidos al grupo por cada EPS están, como se espera, muy por encima del promedio.
- Análisis de las estrategias de mercadeo para saber si están orientadas hacia los grupos de bajo riesgo, antes y durante la demostración.

#### **B. Grupo de Reaseguramiento para Enfermedades de Alto Costo**

El Fondo Común de Riesgo Prospectivo Ajustado reduce directamente los incentivos para la selección de riesgo. Sin embargo, como es prospectivo, expone a las EPS a gastos impredecibles y en exceso con respecto a lo que anticiparon. Esta es la razón por la cual aun con este fondo, es probable que muchas EPS (especialmente las más pequeñas) todavía quieran comprar reaseguros. Por lo tanto, se recomienda que Colombia continúe con el propósito de la Ley 100 y establezca grupos de reaseguramiento para las afecciones de alto costo. Este grupo de reaseguramiento debe tener las siguientes características:

- Debe ser obligatorio para todas las EPS. Esto es indispensable para prevenir la selección adversa y también para ayudar a reducir los incentivos para la selección de riesgo.
- Debe reembolsar a las EPS una cantidad fija por cada inscrito dentro de una de las listas de afecciones de alto costo, o de procedimientos específicos de alto costo.
- La cantidad fija para una afección específica, debe ser un poco más baja que su costo total para así mantener los incentivos para la provisión eficiente de la atención.

Estas provisiones son diferentes a las de la Ley 100. Las afecciones de alto costo mencionadas en la Ley 100 son demasiado generales para permitir un pago fijo. Con base en un análisis de las afecciones de alto costo en los Estados Unidos, se propone que las afecciones específicas de la tabla 3.17 se adicionen a la lista. En la tabla se incluyen los niveles *relativos* propuestos de pago. Estos niveles relativos de pago están basados en la experiencia del costo promedio de un gran número de aseguradores norteamericanos en 1991 y 1992, y representan los reclamos de más de 4.5 millones de personas. Aunque es probable que la mezcla de tecnologías utilizada para manejar estas condiciones sea diferente en Colombia y que los

precios relativos de insumos también sean diferentes, es difícil obtener indicadores precisos de costos para Colombia. Por esta razón, proponemos la lista de afecciones y de pagos relativos en la tabla 3.17 como un punto de partida. Después de la recolección de datos sobre los gastos para estos individuos en los primeros años del sistema, podría ser importante volver a estimar los pesos a fin de que sean específicos para Colombia.

Por razones de simplicidad, la lista en la tabla 3.17 se ha limitado a condiciones que, debido a una combinación de alto costo y de frecuencia relativamente elevada, equivalen a una participación relativamente grande de gastos médicos. El análisis en el cual está basada la tabla indica que: 1) los costos para tratar diferentes tipos de cáncer son lo suficientemente diferentes como para que se los incluya en una categoría diferente dentro del sistema de reaseguramiento; y, 2) el rango de costos para el trauma es demasiado grande. Solamente se incluyen en la lista los tipos de trauma relativamente más comunes y costosos. Utilizar una categoría de "trauma" más amplia podría inducir a reclamos para tipos de trauma relativamente poco severos.<sup>30</sup>

**Tabla 3.17 Gastos relativos anuales para varias enfermedades de alto costo en U.S.A**  
(Estandarización con Infarto Agudo del Miocardio, gastos relativos = 1.00)

Estado	Gastos Relativos
Leucemia	3.66
Enfermedad de Hodgkin's y Carcinomas relacionados (ICD9 200-202)	1.68
Carcinoma Cerebral, Pulmonar y de Sistema Digestivo, huesos, cartílagos y otros tejidos conectivos blandos	1.26
Mieloma Múltiple (ICD9 203) y Carcinomas Secundarios	1.16
Otros Carcinomas	0.82
Accidente Cerebrovascular	2.03
Infarto Agudo de Miocardio	1.00
Arterioesclerosis Coronaria	1.09
SIDA	1.30
Falla Respiratoria	0.97
Enfermedad renal Crónica	1.42
Fractura de Columna Vertebral con daño de médula Espinal	4.15

Fuente: Dunn y cols, Reporte de Ajuste de Riesgo. Capítulo 4.

<sup>30</sup> Ciertos procedimientos costosos, tales como los trasplantes, se podrían adicionar a la lista. Al hacer esto, podría ser de especial importancia garantizar que el pago estaba por debajo del costo real del procedimiento de alguna manera para así frenar la proliferación de tecnologías demasiado costosas.

### C. Pagos Mixtos

Es posible que la utilización del Fondo Común de Riesgo Prospectivo Ajustado junto con un conjunto de reaseguros, sea suficiente para convertir el problema del ajuste de riesgo en algo insignificante. Si esto no se logra, el pago mixto o capitación parcial es un método más radical para eliminar los incentivos de la selección de riesgos y para proteger las EPS de la selección adversa. En lugar de pagar a las entidades promotoras de salud una capitación que se supone cubre el costo total de la atención a los beneficiarios, las entidades deberían recibir un pago en dos partes: (1) una cantidad promedio, probablemente igual al 75%-90% de la capitación actual, (2) otra cantidad obtenida sobre la base del pago por servicios prestados. Es importante anotar, que los pagos utilizados para el segundo mecanismo, deberían ser más bajos que las tarifas actuales (por ejemplo el SOAT), quizás el 10%-25% más bajas. La intención es que estas tarifas más bajas sean suficientes para eliminar los incentivos para la selección de riesgo, sin que sean lo suficientemente grandes como para inducir a la sobreutilización de los servicios <sup>31</sup>.

¿Cuáles podrían ser las ventajas de dicho cambio? Al menos existen tres. Primero, los incentivos para la selección de riesgos se eliminan virtualmente. Si la EPS reciben más por sus afiliados enfermos, lo suficiente como para compensarla por el costo adicional que estos afiliados representan, entonces le quedan muy pocos incentivos para rechazar a los individuos enfermos.

Segundo, es posible aumentar la calidad de la atención disponible. Con un pago de capitación pura, la entidad tiene un incentivo para reducir la utilización al máximo. Esto puede ser particularmente importante para los pobres, que generalmente tienen muy poca educación y a quienes les falta capacidad para exigir la atención a la cual tienen derecho. Dar incentivos más neutrales a las entidades es de gran importancia para este grupo.

Tercero, este cambio le podría dar a las EPS un incentivo para recolectar datos detallados sobre la utilización de los servicios por parte de sus beneficiarios. Dicha información podría ser útil para el Ministerio al menos de tres formas. Lo ayudaría a hacer un seguimiento del acceso a la atención por parte de los pobres y de aquellos

---

<sup>31</sup> Refiérase a Joseph Newhouse, "Patients at Risk: Health Reform and Risk Adjustment," *Health Affairs* Spring (I) 1994, 132-14. Sin embargo, Newhouse sugiere que el componente de pago por servicio cubra los costos marginales. Aunque a largo plazo el costo marginal para la entidad probablemente sea el mismo que el costo marginal para el proveedor, no es claro qué el costo marginal para los proveedores (al problema de cómo medir esto no se le ha dado solución) determine el nivel correcto de pago con el fin eliminar los problemas de la selección de riesgo, sin inducir a una sobreutilización. Esta es la razón por la cual se pide una aproximación experimental.

que viven en áreas rurales. También, lo ayudaría a identificar la variación en las tasas de utilización de varios procedimientos y a hacer esfuerzos para mejorar la calidad de la atención. En tercera instancia, lo ayudaría a identificar las tendencias en la difusión de la tecnología, lo cual podría ser muy útil para la Comisión sobre Evaluación de las Tecnologías de Salud, propuesta en el capítulo seis. Aunque los pagos mixtos impondrían una carga mayor a las EPS y a los proveedores contratados en cuanto a la recolección de información, no parece irracional esperar que las EPS mantengan un registro de los servicios que cada uno de sus afiliados recibe y cuándo los recibe. Esto es tan sólo un subgrupo de la información que debe incluir cualquier sistema adecuado para mantener registros médicos

El otro lado de la reducción del riesgo para la entidad implica un aumento de riesgo para el Ministerio, el cual según el esquema de los pagos mixtos, debe pagar más cuando la utilización es más elevada. Sin embargo, este aumento del riesgo para el Ministerio no es un problema grave por tres razones: (1) si una entidad tiene afiliados más enfermos que el promedio, otra tendrá afiliados más saludables que el promedio; (2) debido a que los pagos se mantienen bajos, hay muy poco o ningún incentivo para la sobreutilización; (3) el Ministerio puede mantener una reserva con el fin de cubrir reclamos inesperadamente elevados y, si es necesario, ajustar para el año siguiente ya sea los pagos o la cantidad capitada para reponer los fondos.

Si la combinación del Fondo Común de Riesgo Prospectivo Ajustado y del grupo de reaseguros para las afecciones de costo elevado resultan inadecuadas para proteger a las EPS de la selección adversa y para disminuir las prácticas utilizadas en la selección de riesgo, se recomienda que el Ministerio implemente un proyecto piloto en una área distinta a la del proyecto piloto del Fondo Común de Riesgo Prospectivo Ajustado, con el fin de evaluar que tan práctico y efectivo es un mecanismo de pagos mixtos. Esta demostración podría incluir algunos experimentos con los niveles relativos de los componentes del pago de capitación y del pago por servicio. El éxito del estudio piloto se podría evaluar, utilizando métodos similares al método utilizado para medir el éxito del Fondo Común de Riesgo Prospectivo Ajustado, descrito anteriormente.

## **3.6 ANALISIS DE COSTO Y PAGO DE PROVEEDORES POR SERVICIOS PRESTADOS**

### **3.6.1 Introducción**

Existe un consenso general con respecto a que el sistema de pagos en Colombia se debe reestructurar y a que las tarifas de pago se deben racionalizar. Esto requiere de información clínica y de contabilidad de costos. En la actualidad, tanto los proveedores públicos como los privados dependen casi totalmente de los pagos por servicios para recaudar sus ingresos. Los pagos están basados en las tarifas del SOAT o en las tablas de las tarifas del ISS. Cuando los proveedores cobran a los pobres y a los casi pobres por los servicios, estos hacen descuentos en las tarifas. Las tarifas del SOAT se utilizan para el pago de beneficios bajo el sistema que cubre ATEP. Estas tarifas también se utilizan para otros propósitos, como cuando las EPS y los proveedores quieren negociar un esquema de pagos, comienzan con las tarifas del SOAT o usualmente con las tarifas del ISS. Una pregunta importante es si las tarifas del SOAT o las tarifas del ISS son apropiadas y representan el costo de la producción de servicios.

Las tablas de tarifas son los incentivos financieros cruciales que determinan el comportamiento de los proveedores. Las tarifas determinan la estabilidad financiera de los proveedores y también influyen en la calidad de los servicios. Por ejemplo, si la tarifa no cubre el costo promedio de los servicios hospitalarios, a largo plazo el hospital entrará en bancarrota. Además, las tarifas podrían estimular servicios inapropiados e innecesarios cuando son demasiado generosas.

El sistema actual de pago por servicios tiende a promover la inflación de los costos de la salud y la prestación de servicios innecesarios, por cuanto entre más hagan los proveedores, más pueden cobrar. Este método de pago tiene que cambiarse. Las EPS han venido contratando a algunos proveedores con base en un paquete de pagos por servicios o de capitación. Sin embargo, y a pesar de desestimular esta tendencia, se necesitarán más de diez años para transformar los métodos de pago en Colombia, ya que Estados Unidos necesitó quince años para cambiar del sistema de pagos por servicio para los hospitales, y esto solamente se hizo cuando los Estados Unidos cambiaron el pago por servicio del programa Medicare por el sistema de pago de grupos de diagnóstico (DRG). El cambio inducido por el gobierno obligó a otras entidades aseguradoras a hacerlo.

### **3.6.2 Aspectos a considerar**

El diseño de un sistema racional de pagos requiere información clínica y de contabilidad de costos uniforme. También es indispensable tener información clínica



(por ejemplo, diagnóstico del paciente y procedimientos realizados) y de la contabilidad de costos para mejorar la eficiencia y elevar la calidad de los servicios de salud. Los directores de los hospitales y los directores científicos necesitan esta información para administrar sus servicios. Tal y como la experiencia internacional lo demuestra, el desarrollo de un sistema de información clínica a nivel nacional y de un sistema de contabilidad de costos requiere de un liderazgo vigoroso y directo del gobierno. Si no es así, esto no se hará.

Bajo la reforma, Colombia todavía tiene que establecer un sistema de pagos, el cual puede cambiar el método actual de pagos por servicio por uno mejor, así como las tarifas de pago debido a las siguientes razones:

- **Hospitales Públicos Subsidiados.** En la actualidad, cerca del 80% de los ingresos de los hospitales públicos proviene de los subsidios para la oferta. Hasta que el POSS coincida con el POS, se supone que los hospitales deben utilizar al menos parte de estos subsidios para prestar los servicios a los pobres. Sin embargo, la reforma les da incentivos para que contraten sus camas a las EPS, garantizando así el servicio para la población contributiva, pero dejando menos servicios para los pobres. Los incentivos de pago podrían solucionar este problema.
- **Pago del Módulo adicional de Beneficios.** El paquete de beneficios del POSS se ha ampliado con un segmento de beneficios a fin de cubrir enfermedades seleccionadas de alto costo. Estos servicios se pagarán directamente cuando este se preste. Es necesario establecer un sistema de pagos para ello.
- **Hospitales Monopolísticos.** Colombia tiene treinta y dos departamentos, pero sólo 50-60 hospitales de tercer nivel. Solamente las grandes metrópolis como Bogotá, Cali y Medellín tienen varios hospitales de tercer nivel. Muchos departamentos solamente tienen uno o dos hospitales de tercer nivel. Además, quizás, Colombia solamente tiene 200 hospitales de segundo nivel, en donde la mayoría de los departamentos solamente tienen de 3-5. Los hospitales que funcionan en áreas de mercado que no tienen competidores efectivos poseen un poder monopolístico. Es probable que el gobierno tenga que establecer tarifas de pago para promover la eficiencia y elevar la calidad de estos hospitales monopolísticos. (Refiérase a la sección 3.9 para un análisis más detallado).
- **Sobreutilización de los Hospitales de Tercer Nivel.** La mayoría de los hospitales de tercer nivel funcionan casi al máximo de su capacidad, pero los informes muestran que entre el 20%-30% de los pacientes podrían ser

tratados apropiadamente en las instituciones de niveles inferiores, donde hay exceso de capacidad. Este problema se tiene que manejar desde el punto de vista de la demanda y de la oferta. El MSP debe considerar la utilización de las tarifas de pago para algunas afecciones seleccionadas, tales como partos normales o reparación de hernias, con el fin de orientar los pacientes a instalaciones de primero o segundo nivel.

- Regiones sin EPS o ESS durante el Periodo de Transición. El gobierno tiene que contratar organizaciones privadas o crear unidades cuasi gubernamentales que funcionen como las EPS y, además, debe establecer cuotas de capitación para los servicios primarios y preventivos.

Para analizar estos aspectos, el equipo de Harvard trató de responder tres preguntas básicas. Primera, ¿Tiene Colombia un sistema de información clínica y de contabilidad de costos adecuado y uniforme? Segunda, ¿Qué tan apropiadas y adecuadas son las tarifas del SOAT o del ISS comparadas con el costo de producción de estos servicios? Tercera, ¿Son los métodos y las tarifas actuales de pago compatibles con las metas de la reforma, tales como la promoción de la eficiencia y de la calidad?

### **Sistemas de Información Clínica y de Contabilidad de Costos**

Después de consultar a los funcionarios del gobierno, a los directores de los hospitales y a los investigadores del servicio de salud y de revisar los documentos y los sistemas existentes, el equipo de Harvard encontró que a los hospitales colombianos les hace falta un sistema de contabilidad de costos y de registros clínicos uniforme (como los códigos ICD-9 para registrar las condiciones médicas de los pacientes y los procedimientos realizados). Por consiguiente, es imposible: a) obtener información confiable y consistente de los costos de los servicios hospitalarios y ambulatorios; y, b) supervisar y evaluar los resultados médicos y garantizar la calidad de los servicios.

En Colombia hay muchos sistemas de contabilidad de costos que utilizan diferentes métodos contables y de contabilidad de costos, que adoptan diferentes códigos de diagnóstico y distintas definiciones de los procedimientos y de los servicios médicos. En la actualidad, Colombia tiene al menos tres sistemas de contabilidad de costos: Sánchez, SIAGHO e ISS. Estos no se pueden comparar en cuanto a su metodología, clasificación de costos y codificación de diagnósticos. Además, existe

una variación grande en cuanto a su integridad y a su precisión, debido a que algunos de estos sistemas sólo aparecen "en papel", sin dar una capacitación adecuada al personal que los maneja ni recursos suficientes para realizar esta labor. Entre los aproximadamente 250 hospitales de segundo y tercer nivel, solamente 20, tienen información confiable y precisa con respecto a los costos unitarios de sus servicios médicos. Sin embargo, los hospitales han adoptado sus propios sistemas de contabilidad de costos y por esta razón los costos unitarios no son necesariamente comparables.

A continuación, se presenta una descripción breve de los diferentes sistemas:

### **Sistema Sánchez**

Alvaro Sánchez y su equipo desarrollaron un sistema de contabilidad de costos que se ha aplicado en 12 hospitales. La mitad de estos hospitales son privados y la otra mitad son públicos (no se incluyeron los hospitales del ISS). Además, ocho de los 12 hospitales son de tercer nivel y los otros cuatro de segundo nivel. No se incluyeron hospitales de primer nivel. La mayoría de los hospitales funcionan en Medellín donde Sánchez y Compañía tienen sus oficinas principales.

El sistema desarrollado por Sánchez y Compañía es un sistema completo de contabilidad de costos, que integra los subsistemas de administración de personal, de la nómina, de los suministros y medicamentos. Este es un sistema sofisticado y complejo que asigna costos directamente a los centros de apoyo a los servicios y a los centros de producción (productos). Este sistema permite mantener un registro de cada miembro del personal con el fin de saber en qué servicio y en qué centro de costos trabaja. El costo de cada centro de servicios de apoyo se distribuye a los centros de producción. Después, el modelo Sánchez utiliza un algoritmo para asignar los costos de cada centro de producción a los procedimientos y elementos detallados en las tarifas del SOAT. Cuando es posible, el costo de los suministros y de los medicamentos se asigna al paciente que los utilizó. Debido a que los pacientes tienen códigos de diagnóstico y de procedimientos que los identifican, es posible calcular el costo unitario de cada servicio al combinar el costo de los centros de producción a cada servicio con los costos de medicamentos y de los suministros directamente asignados.

Aunque el sistema Sánchez es sofisticado y completo, exige una cantidad exagerada de registros muy detallados y de personal altamente capacitado para manejarlo. Creemos que la mayoría de los hospitales colombianos no tienen ni la capacidad ni los recursos, para implementarlo en los próximos años. Parece más

apropiado cambiar el actual sistema manual arcaico de Colombia por un sistema sofisticado y uniforme en varias etapas.

### **Sistema Integral de Administración y Gestión Hospitalaria (SIAGHO)**

Colombia no tenía un sistema adecuado de información clínica y de contabilidad de costos para sus hospitales públicos. Bajo la Ley 100, los hospitales públicos tendrán que competir y financiar sus operaciones contratando servicios con las EPS y las ESS, por lo que sus sistemas de información clínica y de costos se deben mejorar en gran medida. El gobierno obtuvo un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo para mejorar la administración y el funcionamiento de los hospitales públicos de segundo y tercer nivel. Uno de los proyectos más importantes era desarrollar un sistema integrado y computarizado de manejo de información clínica, de facturación y de costos, que ya se está instalando parcialmente en la mayoría de hospitales públicos. Este sistema -- Sistema Integral de Administración y Gestión Hospitalaria (SIAGHO) -- intenta ayudar a 161 hospitales públicos de segundo y tercer nivel a mantener información de todo tipo de pacientes, a cobrar y a costear los servicios prestados. El Decreto 2491 de noviembre de 1994 obliga a todos los hospitales públicos a utilizar este sistema para cobrar por los pacientes del Régimen Subsidiado. Hasta octubre de 1995, 109 hospitales fueron capaces de cobrar por los pacientes subsidiados utilizando el SIAGHO, con base en las tarifas del SOAT o del ISS.

Actualmente, el SIAGHO tan sólo ha terminado ~~algunos de los componentes de su~~ sistema total, que incluyen: (1) registro de los pacientes, el cual comprende información detallada sobre el estrato socioeconómico, el diagnóstico y los servicios prestados al paciente (consultas, procedimientos o exámenes); (2) facturación de los servicios con base en la clasificación de servicios del SOAT y (3) registro de los suministros utilizados. Se están haciendo tres componentes más: (4) contabilidad financiera, (5) presupuestación y (6) asignación de costos a los centros de apoyo y de producción. El sistema SIAGHO no está actualmente en capacidad para asignar los costos al nivel de los servicios individuales, sinembargo la estructura del sistema permite su rediseño en el futuro.

El sistema de contabilidad SIAGHO se diseñó para que fuera simple y agradable para el usuario. El sistema está basado en Windows con el fin de que se pueda utilizar fácilmente. El SIAGHO usa un sistema de codificación uniforme y, por lo tanto, permite comparaciones directas entre hospitales a nivel del centro de costos. El SIAGHO está diseñado para que varios grupos de personal del hospital lo utilicen. Una meta importante del MSP es lograr que los hospitales sean más "conscientes de los costos" y crear una nueva cultura organizacional en los hospitales públicos, con el fin de mejorar su administración y elevar su eficiencia.

## **Sistema de Contabilidad de Costos del ISS**

El ISS tiene un sistema de contabilidad de costos y publica un manual de ello que debe ser aplicado por todos sus hospitales y clínicas. Este manual determina los procedimientos contables y los métodos de contabilidad de costos. En nuestra evaluación, encontramos que la metodología de este manual es lógica y completa y que está basada en principios de contabilidad de costos bien fundamentados. Sin embargo, muy pocos hospitales del ISS han utilizado realmente este sistema, por cuanto el ISS no le ha dado prioridad a su implementación y no ha asignado el personal y los recursos necesarios para garantizar que la información recolectada, a través del sistema de contabilidad de costos, sea oportuna, precisa y útil. Es aún más importante mencionar que los directores del ISS han mostrado poco interés en la utilización de la información gerencial moderna con el fin de manejar sus operaciones, además de que no cuenta con las suficientes disciplinas financieras necesarias para la organización y le hace falta asumir una mayor responsabilidad frente al público. Por lo tanto, los directores tienen poca necesidad de contar con información clínica y de costos adecuada.

En el manual de costos del ISS, un hospital grande se puede dividir en 50 centros de costos. Estos centros de costos tienen diferentes designaciones: servicio (seguridad, mantenimiento, administración, alimentación, lavandería, etc.), apoyo (farmacia, rehabilitación) y de producción (servicios ambulatorios, hospitalización, salas de cirugía). El personal está identificado con cada centro de costos. Se utilizan diferentes procedimientos para asignar los costos a los centros de servicio y de apoyo como costos indirectos a los centros de producción. Los costos directos del centro de producción consisten, en su mayoría, en costos laborales que son asignados a los servicios médicos realizados en ese centro, con base en el tiempo de cada procedimiento.

Aunque la metodología de la contabilidad de costos parece confiable, la mayoría de los hospitales del ISS no la han aplicado en forma consistente. También se encontró que la información sobre las admisiones, la facturación, los costos y sobre los diagnósticos médicos se hacen casi toda manualmente (en papel) y es difícil de acceder y costosa de utilizar para análisis detallados. Además, hay muy poco control de calidad y, por lo tanto, mucha de la información en la mayoría de los hospitales es incompleta y poco precisa y no se siguen las instrucciones del manual de costos en forma consistente. El análisis realizado al sistema de contabilidad de costos del ISS mostró que, a excepción de unos pocos hospitales, es virtualmente imposible obtener información de costos medianamente precisa a nivel de los servicios individuales. En la actualidad, los códigos ICD-9 sólo se utilizan en unos

pocos hospitales del ISS. Sin embargo, dicha información es necesaria para la administración de los hospitales en un ambiente competitivo, tal y como lo especifica la Ley 100.

El año pasado, el ISS introdujo un sistema de contabilidad de costos más moderno - PUCH. El nuevo sistema simplifica los procedimientos operativos, separando la contabilidad general, de la contabilidad de costos y reduciendo el número de centros de costos de 50 a 8 (todos estos son centros de producción). Este cambio está en curso y, por lo tanto, es demasiado pronto para evaluar su efectividad y su utilidad.

Hay otro problema en el sistema del ISS. La definición de los procedimientos/ servicios médicos en el sistema de contabilidad de costos no es compatible con aquellos especificados en las tarifas del ISS o en las del SOAT. Por consiguiente, la información de costos y la información de facturación son inconsistentes.

### **Otros sistemas de Contabilidad de Costos Individuales**

No se ha hecho un estudio completo de los hospitales privados para conocer los sistemas de información clínica y de costos que utilizan. Se sabe que varios hospitales privados utilizan paquetes de software disponibles en el mercado, tales como Servinte (Colombiano), Sigma (IBM Colombia) y Dysis (Mexicano). En un grupo de datos obtenido de una Caja de Compensación, ~~cerca de una tercera parte~~ de los servicios registrados al paciente (incluyendo un número representativo de hospitalizaciones) no tenían códigos de diagnóstico. Un grupo de datos que obtuvimos de una compañía privada, con su propio programa de salud para sus empleados tampoco tenía códigos de diagnóstico.

### **Recomendaciones**

El MSP debe asumir el rol de liderazgo a nivel nacional con el fin de desarrollar un sistema uniforme de información clínica y de contabilidad de costos para todos los hospitales y clínicas en Colombia. Por lo tanto, recomendamos que el MSP cree un grupo de trabajo que incluya expertos del ISS y de los hospitales públicos y privados. Este grupo de trabajo debe:

- Analizar detalladamente la compatibilidad de los sistemas de información clínica y de contabilidad de costos del modelo Sánchez, del SIAGHO, del ISS y de los hospitales privados;

- El MSP debe integrar en el SIAGHO la capacidad de producir costos al nivel de los servicios individuales.
- Diseñar un sistema de contabilidad de costos y de información clínica viable que se pueda implementar en dos o tres etapas, por cuanto hay mucha diversidad en los sistemas actuales, porque la mayoría de los hospitales están en una etapa muy primitiva del desarrollo de sus sistemas de información y porque los directores no han aprendido a utilizar la información.
- Hacer cursos cortos para enseñar a los médicos y a otro personal de salud codificaciones diagnósticas y de procedimientos; realizar cursos cortos para enseñar a los auxiliares de archivos médicos a codificar la información clínica en forma apropiada y precisa.
- Utilizar la información diagnóstica en el sistema de pagos, porque de lo contrario es poco probable que los hospitales implementen estos sistemas de información y garanticen la calidad de los datos.

### **Comparación de los Costos de los Servicios Seleccionados**

El anterior ministro del MSP, Juan Luis Londoño, contrató a la firma del Dr. Sánchez pero su contrato terminó a finales de 1994. La firma del Dr. Sánchez fue contratada de nuevo en diciembre de 1995 obteniendo los datos de 1994. Sin embargo, hasta el momento, solamente hemos recibido datos de cinco hospitales, de tal forma que el equipo de Harvard los pueda analizar (cuatro de estos hospitales son privados y uno es público). El siguiente análisis está basado en la información de estos cinco hospitales más la contabilidad de costos de cuatro hospitales del ISS que pudimos reunir.

Debido a que el equipo de Harvard sabía que los datos de la firma del Dr. Sánchez no incluían hospitales del ISS y que se encontró que tendían a tener diferentes costos de producción, se hizo un análisis de costos de los hospitales del ISS por separado. En primera estancia, se investigó qué hospitales del ISS parecían tener datos precisos y confiables y se encontró que ocho hospitales tienen muy buenos sistemas de contabilidad de costos. Con la autorización y el apoyo del ISS, se logró la cooperación de estos hospitales y se comenzó a hacer el trabajo de campo en cada hospital. Infortunadamente, se encontró que la mitad de ellos tenía datos tan incompletos e imprecisos que se tuvo que limitar el análisis a cuatro hospitales.

Aun los cuatro "mejores" hospitales no tenían mucha de su información en medios magnéticos. Muchos de los datos necesarios sobre costos y aspectos clínicos se registraron manualmente en papel. Se tuvo que recolectar una gran cantidad de registros en papel y luego transcribir la información seleccionada en medios magnéticos para poder hacer un análisis de costos. La experiencia mostró la falta de un sistema amplio de información clínica y de contabilidad de costos en las instalaciones del ISS.

Se encontró otro problema grave en el sistema de información del ISS. La codificación de los procedimientos y de los servicios en el sistema de contabilidad de costos es incompatible con las categorías del servicio de las tarifas del ISS o del SOAT; no son equivalentes. Por consiguiente, se tuvo que utilizar las "hojas de facturación", las cuales aplican las categorías de servicios de las tarifas del ISS como la base para calcular el costo, en lugar de utilizar la información del sistema de contabilidad de costos.

Hasta la fecha, se ha podido estimar el costo promedio para cerca de 50 procedimientos, que incluyen las consultas, los procedimientos quirúrgicos, los exámenes de laboratorio, los rayos X, etc., más comúnmente realizados en los cuatro hospitales del ISS. La definición de servicios es la que utilizan las tarifas del SOAT y del ISS. Al combinar la información obtenida en nuestro estudio de costos y la del Dr. Sánchez, se pudo comparar los costos promedios de los servicios más frecuentemente prestados en los ocho hospitales. Todos ellos son de segundo o tercer nivel (cuatro hospitales del ISS, tres privados y uno público).

Tal y como lo muestra el cuadro 3.18, existe una variación amplia en cuanto al costo de los procedimientos específicos en todos los hospitales. Para un procedimiento estándar como la apendicectomía, los costos varían entre 98.480 pesos y 271.029 pesos en los cuatro hospitales del ISS, mientras los costos para una apendicectomía varía entre 38.080 pesos y 122.541 en los hospitales privados. Los costos promedios para la apendicectomía en los ocho hospitales fue de 130.500 pesos, aunque las tarifas del ISS permiten 167.900 y las tarifas del SOAT permiten 181.838. (Refiérase a la gráfica B). Los costos para un parto normal en los ocho hospitales varían entre 86.323 y 217.604 pesos. (Refiérase a la gráfica C). El costo promedio de un parto normal era 115.283 pesos, aunque tanto el ISS como el SOAT permiten pagos más elevados. Tres factores pueden explicar estas variaciones en costos: (1) diferencias grandes en cuanto a la eficiencia entre los hospitales, lo cual también se encontró en el análisis de la eficiencia hospitalaria, tal y como se informa en el capítulo 6; (2) errores en la medición y diferencias en la asignación de métodos, lo cual refleja el deficiente estado de los sistemas de información de contabilidad de costos en los hospitales colombianos; y, (3) para



algunos servicios, diferencias en cuanto a los tipos de casos atendidos. Sin embargo, es probable que la diferencia más grande en cuanto a los costos de los mismos servicios sea real, ya que estudios rigurosos hechos en los Estados Unidos también muestran que los costos cambiaron tres veces para el mismo servicio en todos los hospitales que funcionan en un mismo estado, antes de que se introdujeran las reformas de pago en los Estados Unidos a mediados de la década de 1980.

**La comparación que se presenta en el cuadro 3.18 también ilustra claramente las deficiencias de las tarifas del ISS y del SOAT.** Para algunos servicios como el parto normal y la dilatación uterina, las tarifas sobrepasan los costos promedios de estos nueve hospitales. Sin embargo, a una habitación doble en los hospitales de tercer nivel se le asigna una tarifa por debajo del costo promedio. Estas tarifas de pago irracionales ofrecen a los hospitales incentivos perversos para ofrecer más servicios debido a existe la posibilidad de una mayor utilidad, y menos servicios en donde existe la posibilidad de un déficit. Otra información interesante es que, en general, parece que tanto las tarifas del ISS con las del SOAT sobrepasan los costos promedio.

Como resultado de estas grandes diferencias, surge una pregunta importante sobre la política: ¿Cuál es el costo "eficiente" para producir cada servicio? Obviamente, las tarifas de pago no deben premiar a los hospitales ineficientes. Por ejemplo, podemos esperar que los hospitales con tasas bajas de ocupación tengan costos promedios más elevados y, por lo tanto, no se los debe premiar por su "ineficiencia". Esto es un aspecto que se debe tener en cuenta en las nuevas tarifas de pago.

Los hallazgos de los análisis comparativos son consistentes con los hallazgos de la investigación sobre la eficiencia hospitalaria realizada por el equipo. Por ejemplo, la gran variación en costos unitarios entre los hospitales del ISS y los públicos, sugiere que existe un potencial considerable para mejorar la eficiencia y que los costos globales de la atención de la salud en Colombia se pueden reducir.

**Tabla 3.18 COSTOS DE SERVICIOS SELECCIONADOS Y COMPARACIÓN DE TARIFAS**

Servicios Seleccionados	ISS				PÚBLICO		PRIVADO		Medio de Ocio Hospitales	ISS Tarifa	SOAT Tarifa
	1	2	3	4	1	2	1	2			
Consulta Urgente:	2.190	6.927	5.511	4.527	3.451		12.003	6.574	5.883	3.700	8.260
Visita ambulatoria de Medicina Especializada.	5.069	4.923	3.875	7.805	2.333		6.484		5.082	5.200	7.257
Apendicectomía	184.729	271.029	98.483	186.826	38.530	45.080	122.541	97.107	130.541	167.900	181.838
Colecistectomía	205.844	425.605	165.415	331.406	188.827	128.176	292.509		248.255	264.450	304.676
Laparotomía Exploradora	197.130	409.371	110.290	363.450	177.047	170.446	274.437		243.167	217.150	199.892
Plebotomía		8.580	5.735		368.902	32.321	40.314		91.170	13.350	13.334
Parto Normal incluida reparación de episiotomía	137.480	122.375	89.120	75.491	65.323	99.590	217.604		115.283	164.000	181.838
Dilatación Uterina y Curetaje. Incluye Aborto o Endometriosis	89.188	74.774	96.303	55.390		17.886	58.025		65.261	110.400	80.712
Histerectomía (Abdominal, Total o subtotal)	240.385	369.887	274.206	310.202	83.132	83.869	417.708		254.198	276.150	327.509
Electrocardiograma.	11.715	9.888	11.054	2.028		355	6.520	8.969	7.218	6.900	6.903
Cuadro Hemático (hemoglobina, hematocrito y leucograma)	1.854	996	846	843	57.911	2.286	4.133	10.849	9.965	1.700	2.242
Rayos X de Tórax (P.A. Letral y oblicua)	3.293	3.129	3.407	6.470	4.953	19.828	16.008		8.155	10.050	10.030
Cuarto compartido (dos camas) en Hospital de tercer nivel	59.319	42.606	38.770	47.015					46.927	31.200	35.636

Figura 8 Distribución de costos de apendicetomía y Comparación de tarifas

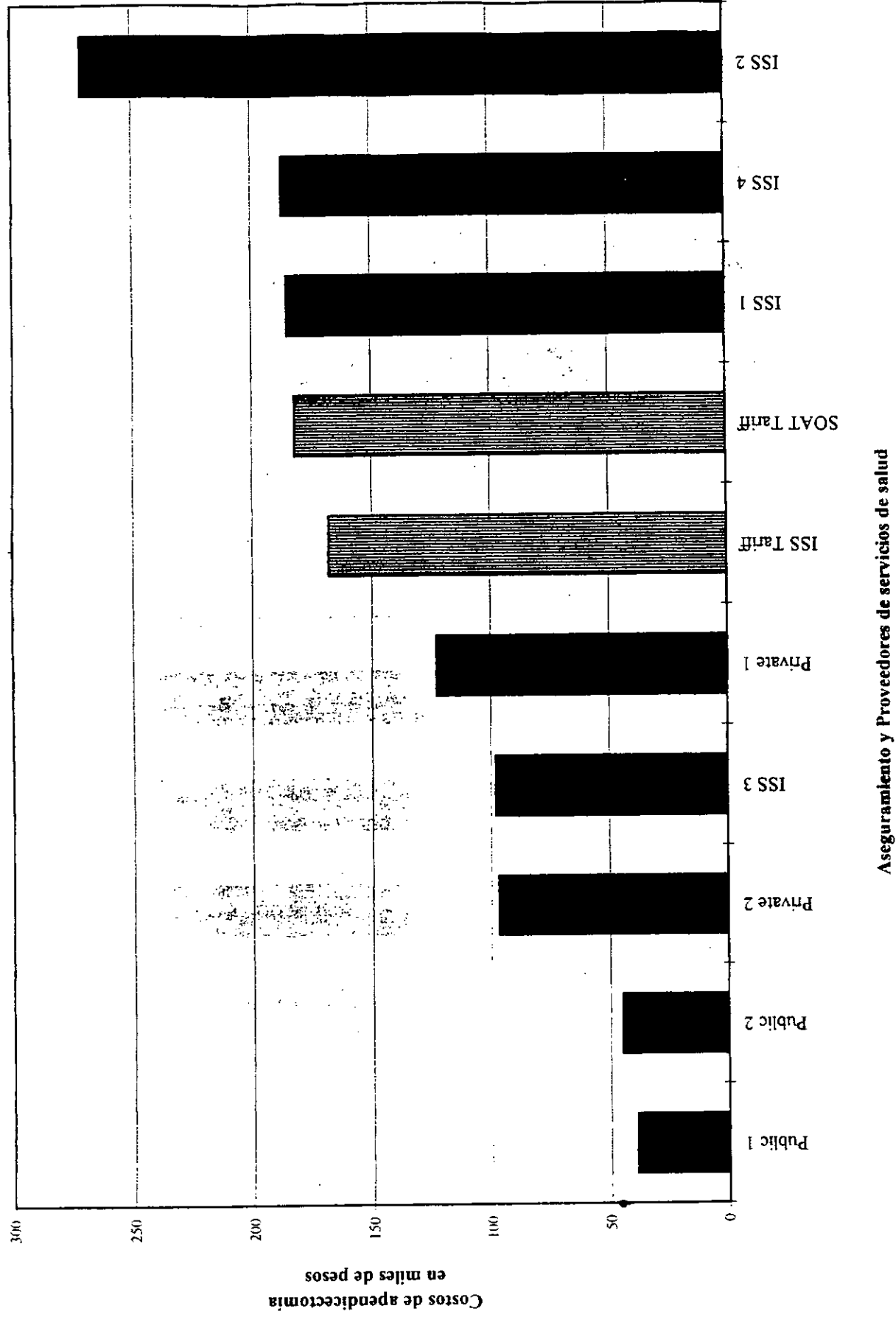
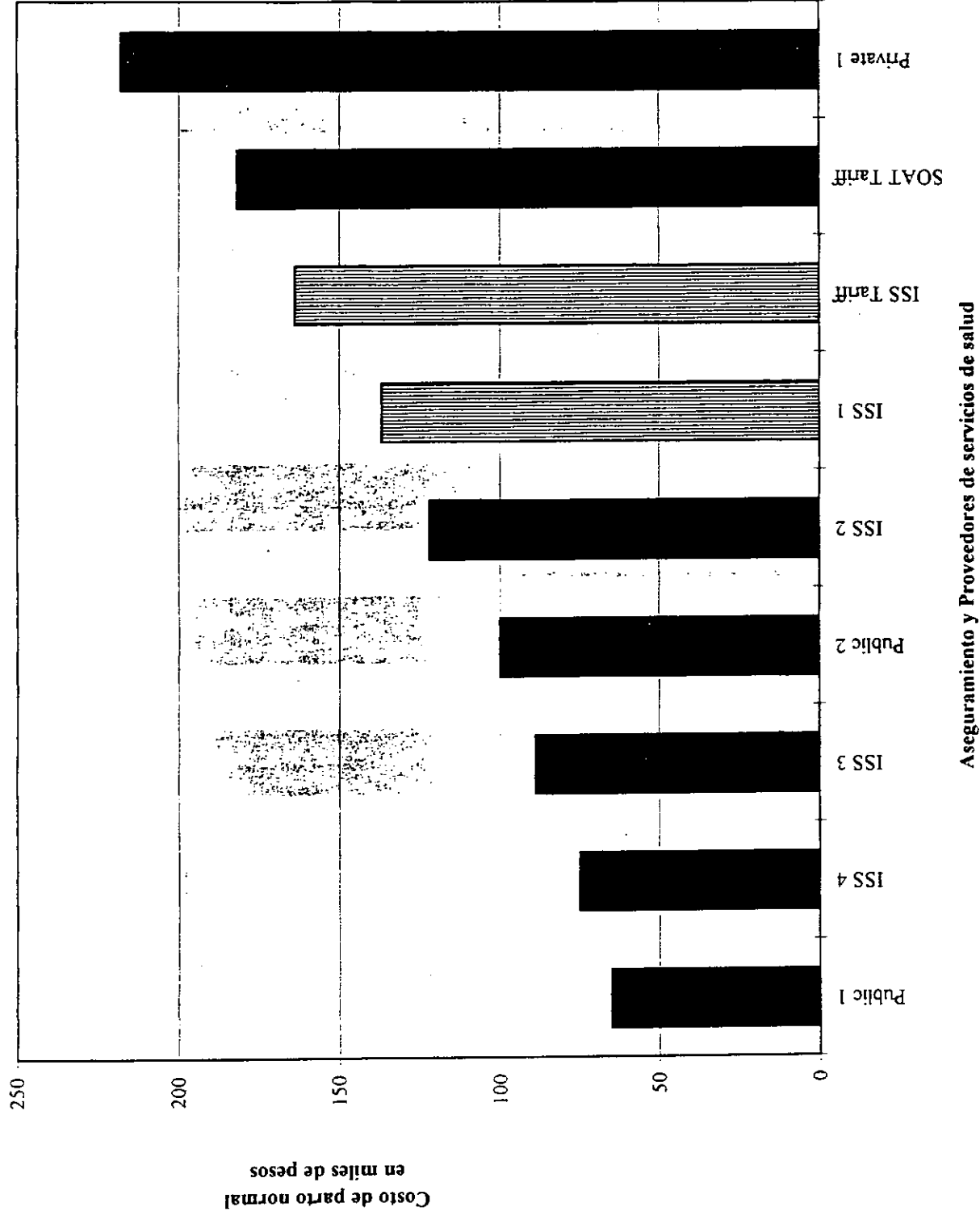


Figura 6. Distribución de costos de parto normal y Comparación de tarifas



## **Recomendaciones**

- El MSP debe realizar inmediatamente estudios más completos sobre la contabilidad de costos para un grupo más grande y más representativo de hospitales en Colombia. Los hospitales se deben seleccionar de acuerdo con su nivel, propiedad y región geográfica. Actualmente, no existe información confiable sobre los costos de los servicios suministrados en las instituciones de nivel I. La información sobre la contabilidad de costos se utilizará para revisar las tarifas del ISS y las del SOAT.
- La contabilidad de costos se utilizará para establecer las tarifas de pago por admisión (ajustadas para las mezclas de casos) (Ver abajo) cuando el método de pago por servicio se cambie por el método de pago por admisión.
- El Ministerio debe mejorar inmediatamente el sistema de codificación de los servicios para que sean más claros y precisos.

## **Método de Pago**

Pagar a los hospitales un subsidio fijo para la oferta no les proporciona ni incentivos para suministrar los servicios a los pobres ni para aumentar su productividad. Con el fin de garantizar simultáneamente que los hospitales utilicen los subsidios para la oferta para atender a los pobres y que no tengan incentivos para suministrar servicios en exceso, se les debe pagar sobre una base ajustada por admisión para aquellos que son pobres y no tienen seguro.

La ventaja general de que el pago se haga con base en las admisiones es que, teniendo en cuenta una admisión, el incentivo del hospital es reducir los costos. Existen dos posibles preocupaciones: (1) el hospital puede dar salida a los pacientes muy rápido y luego volverlos a admitir, dividiendo así el tratamiento completo en dos o más admisiones y (2) a menos que los pagos por admisión se ajusten adecuadamente, como con el sistema DRG, a algunos de los hospitales se les podría pagar significativamente menos con relación a otros.

Es necesario que el MSP haga algún tipo de seguimiento con el fin de verificar que los hospitales no vuelven a admitir a los pacientes innecesariamente. Esto se hace en los Estados Unidos con el programa Medicare, el cual administra el sistema de pagos para los hospitales basado en los DRG. Para ajustar los pagos por admisión, se presentan tres alternativas generales:

- Ajustar los pagos solamente para factores tales como nivel y localización del hospital;
- Además de lo anterior, hacer el ajuste de acuerdo con la naturaleza de la admisión: variar los pagos teniendo en cuenta si la admisión es para un parto, para una cirugía general, para una cirugía del corazón, etc.;
- Basar el ajuste primordialmente en el diagnóstico del paciente, tal y como se hace en el sistema DRG.

De estas tres alternativas, la tercera parece menos factible, al menos en el corto o mediano plazo. Es necesario establecer una codificación de diagnóstico uniforme y sofisticada para que el sistema DRG funcione apropiadamente. También es necesario hacer un seguimiento sofisticado de los codificadores (una función que desempeñan los Peer Review Organizations (PRO) y Super-PRO en los Estados Unidos, la cual supervisa la revisión hecha por las PRO). Es poco realista esperar que Colombia desarrolle una estructura administrativa tan compleja a mediano plazo.

Esto solamente deja la primera y la segunda alternativas. Al escoger entre las dos, la pregunta clave es: ¿Qué tanto varía el costo promedio *por admisión* en todos los hospitales de un nivel determinado y con una localización específica? Teniendo en cuenta la existencia de una cantidad de ~~hospitales totalmente especializados~~ parece probable que el costo promedio por admisión varíe lo suficiente como para garantizar, por ejemplo, pagos diferentes para admisiones por partos que para admisiones por cirugías ortopédicas.

Ciertamente, este mecanismo de pagos no cubre los servicios ambulatorios y existe el peligro de que un cambio a los pagos por admisión produzca una substitución de los servicios ambulatorios por los servicios de hospitalización (como ya sucedió en los Estados Unidos después de la introducción de las admisiones basadas en el sistema DRG). Se necesita un esquema combinado de pagos por servicio con pagos por grupos con el fin de disminuir la proliferación de servicios ambulatorios. El ISS, en particular, cambió su esquema de tarifas de 1995 al agregarle varios elementos adicionales.

### Recomendaciones

- A los hospitales se les debe pagar por los servicios de hospitalización sobre una base ajustada por admisiones, con ajustes hechos de acuerdo con: 1)

nivel del hospital, 2) localización y 3) categoría amplia de mezcla de casos de los pacientes admitidos;

- A los hospitales se les podría pagar el precio más "eficiente" por los servicios de hospitalización más comunes, tales como partos normales. El precio eficiente se determina con base en el costo del nivel más bajo de la instalación que presta el servicio con buena calidad y seguridad. Esto podría desalentar a las instalaciones de nivel III a admitir pacientes que pueden ser tratados en instalaciones de un nivel inferior. (En la Sección 3.6.2 se analiza el incentivo para desincentivar a los pacientes a utilizar instalaciones de un nivel superior por enfermedades menos serias).
- Los pagos por capitación para la atención primaria se deben utilizar tan pronto como sea posible, especialmente en las áreas donde hay proveedores y clínicas competentes para esta clase de atención;
- Se debe establecer un esquema de pagos agregados por servicios y por grupos por niveles para los servicios ambulatorios con el fin de desestimular la proliferación de servicios ambulatorios;
- La Comisión de Pagos de los hospitales debe determinar las tarifas apropiadas de pago (Refiérase al capítulo 6).

### **3.7. REGULACIONES SOBRE INFORMACIÓN Y GARANTÍA DE CALIDAD**

#### **3.7.1 Introducción**

Una gran variedad de actividades diferentes están relacionadas con el objetivo de la reforma de mejorar la calidad de los servicios de salud. Se espera que la competencia entre las entidades promotoras de salud y los proveedores mejoren la calidad, siempre y cuando los consumidores sean capaces de escoger las entidades que consideran brindan la mejor calidad. Sin embargo, para que este proceso funcione, es necesario que los colombianos tengan acceso a la información sobre la calidad para que así puedan tomar decisiones informadas. Otra manera de mejorar la calidad es implementar procesos de acreditación y de concesión de licencias por medio de los cuales se establezcan los estándares mínimos de calidad y se evalúe a los proveedores y a las instalaciones. La acreditación y la concesión de licencias son una forma de garantizar un nivel básico de calidad, especialmente en las áreas en donde los consumidores no tienen los suficientes elementos de juicio para evaluarla. Esta condición también se puede mejorar estableciendo

procesos de garantía de calidad dentro de las instalaciones. Finalmente, la calidad se puede elevar con mejores programas de educación y capacitación continua para los recursos humanos que prestan los servicios. En esta sección se analiza el establecimiento de regulaciones generales sobre la calidad e información para los consumidores. En los capítulos 6 y 7 se discutirán las recomendaciones para la acreditación y concesión de licencias, los programas de garantía de calidad y los recursos humanos.

Aunque el Ministerio de Salud está encargado de la elaboración de un decreto que regule específicamente la calidad de las instituciones, su preparación ha sido difícil. Parte del problema está en la dificultad para definir los indicadores de calidad que se pueden utilizar para evaluar los estándares mínimos. Aunque es posible establecer estándares técnicos rigurosos, también es probable que pocas instituciones proveedoras cumplan con los requisitos y que hagan caso omiso de los estándares, o que si se las obliga a cumplirlos, muchas de ellas tendrán que retirarse. Una alternativa es exigir el establecimiento de procesos de garantía de calidad (comités, procesos de revisión, etc.). Sin embargo, es posible que estos procesos, que no cuentan con la suficiente capacitación y la asistencia técnica, puedan garantizar la calidad por sí solos. Por lo tanto, las regulaciones deben crear un proceso más complejo por medio del cual se establezcan estándares mínimos pero alcanzables para algunos indicadores claves que se puedan elevar cada cierto tiempo en un proceso para mejorar la calidad a largo plazo. Las regulaciones también deben propender por el establecimiento de instituciones de acreditación que incluyan asociaciones de profesionales e instituciones para que cumplan voluntariamente con los estándares. La superintendencia debe fortalecer su rol de supervisión de la calidad a través de indicadores seleccionados en su sistema de información. Los sistemas de información del Ministerio y de la Superintendencia deben desarrollar indicadores de calidad, de tal forma que se pueda hacer cumplir con las regulaciones. Los elementos específicos de esta información deben estar a disposición del público para que pueda escoger las entidades promotoras de salud y los proveedores que desee, con base en un conocimiento preciso de la calidad.

## **Recomendaciones**

El establecimiento de indicadores de calidad comparables y a disposición del público es una ciencia que está en su infancia. En los Estados Unidos, donde se han iniciado varios procesos (H.E.D.I.S., listas privadas de verificación de la calidad [i.e. Kaiser Permanent Quality Report Card], indicadores de desempeño para Medicare HMO/CMPs) Se considera que el desarrollo de indicadores de calidad es un proceso a largo plazo que acaba de comenzar. Se recomienda iniciar un proceso similar en Colombia. Esto significa que se deben escoger unos pocos indicadores



claves, que contienen datos que en la actualidad pueden estar relativamente disponibles, con el fin de empezar con el proceso. Debido a que en el momento no hay datos consistentes sobre los diagnósticos y sobre los tratamientos clínicos, será necesario desarrollar, después de que se implemente un sistema uniforme de diagnóstico clínico, los indicadores de calidad que se apoyan en esta información (Refiérase a la Sección 3.6 y 6.3.3). Sin embargo, algunos indicadores, tales como las tasas de infección hospitalaria, las tasas de readmisión, las tasas de complicación quirúrgica y los indicadores de procesos se pueden implementar más rápidamente.

Como este es un aspecto tan importante y complejo que exige la participación significativa de los profesionales y de los expertos técnicos de las instituciones, se recomienda la creación de una Comisión de Calidad. La Comisión podría analizar todos los aspectos y llegar a un consenso técnico sobre calidad, con lo cual se lograría un mayor cumplimiento voluntario de las regulaciones. Por lo tanto, recomendamos que esta comisión esté conformada por representantes de los profesionales de la salud, de los consumidores, de las EPS, de los proveedores y de los expertos técnicos. La División de Calidad en la Dirección de Desarrollo de Servicios del Ministerio de Salud y la Dirección de Control de Garantía de Calidad de la Superintendencia, podrían apoyar a esta comisión. (Refiérase al capítulo 4). Dicha comisión podría estar encargada de vigilar los procesos de acreditación y de concesión de licencias, desarrollar un conjunto inicial y apropiado de indicadores que se puedan utilizar para la supervisión de la calidad mínima y para informar a los consumidores sobre la calidad de los servicios. La Comisión debe publicar los resultados de los indicadores cada año. Además, debe proponer e implementar indicadores de calidad adicionales y mejorados cada dos años. La Superintendencia estará encargada de supervisar la confiabilidad de los datos necesarios para estos indicadores.

En las secciones sobre sistemas de información en el capítulo 4, sobre las actividades para mejorar la administración de los hospitales en el capítulo 6 y sobre los programas de capacitación en el capítulo 7 también incluyen recomendaciones que tienen impacto en la calidad de los servicios.

### **3.8 LEYES Y REGULACIONES**

#### **3.8.1 Introducción**

Obviamente, las leyes y las regulaciones apropiadas juegan un papel de vital importancia para el logro de las metas de la reforma. Es necesario determinar si hay suficientes leyes y regulaciones para establecer clara y consistentemente los

parámetros del sistema del seguro universal de la salud, tal y como se lo concibió. Estas leyes y regulaciones son indispensables para definir las "reglas del juego" y los roles respectivos de las distintas instituciones. Se deben buscar los mecanismos apropiados de la regulación, con el fin de garantizar la viabilidad financiera y la capacidad administrativa de las entidades promotoras de salud; se deben establecer estándares de calidad, tales como la acreditación, los protocolos estándar y la supervisión y la información de los resultados médicos de los proveedores. Además, se debe promover la competencia entre las entidades promotoras de salud y los proveedores a fin de aumentar la eficiencia. Es indispensable expedir regulaciones sobre la afiliación de la población y la recolección de las contribuciones, para así garantizar la cobertura universal y la viabilidad financiera del sistema.

En esta sección:

- Se describe cada una de las tres leyes base de la reforma y se analizan algunas de sus superposiciones, sus inconsistencias y sus ambigüedades con respecto a la especificación de la financiación de la reforma;
- Se revisan regulaciones seleccionadas y áreas claves en las cuales hace falta regulación;
- Se resume la viabilidad legal de las recomendaciones claves propuestas en este informe, así como los pasos necesarios para su implementación.

### **3.8.2 Revisión de las Leyes Básicas**

Hay tres leyes claves que proporcionan fundamento legal a la reforma de la salud en Colombia. Aunque estas leyes tratan sobre distintas políticas, tienen algunas superposiciones en ciertas áreas. Por lo tanto, es necesario establecer un protocolo claro en el evento de que haya conflicto. Se resumen brevemente las principales características de estas tres leyes y los procedimientos que se deben tener en cuenta para resolver los conflictos.

**(1) La Ley 10 (1990)** Se aprobó en un período durante el cual la Nación estaba avanzando hacia la descentralización. Este proceso se inició algunos años antes, con el fin de transferir la responsabilidad de los servicios del primer nivel de atención del gobierno central a los municipios y, entre otras cosas, para aumentar la participación democrática. Esta Ley regula la organización, la administración y la prestación de los servicios de salud pública en diferentes niveles "territoriales". El MSP está encargado de la dirección del sistema a través de la formulación de las políticas y de la prescripción de las normas técnicas y científicas. Los departamentos y los distritos

son responsables de la dirección, coordinación y supervisión de los servicios y, a su vez, deben proporcionar asistencia técnica y financiera a los municipios. A los departamentos y a los distritos también se les encargó la responsabilidad de la prestación de los servicios de nivel II y III, mientras que los municipios asumieron la responsabilidad de la prestación del nivel I de atención, de la coordinación y de la supervisión de los servicios a nivel municipal.

**(2) La Ley 60 (1993)** definió en mayor profundidad el proceso de la descentralización y de la asignación de las responsabilidades y de los recursos a las "entidades territoriales". Esta Ley está fundamentada en los artículos 356 y 357 (título 12, capítulo 4) de la constitución y complementó a la Ley 10.

Tanto la Ley 10 como la Ley 60, se diseñaron para que fueran coherentes con el sistema de salud del sector público vigente en ese momento – un sistema en el cual la prestación de la atención dependía primordialmente de los hospitales públicos, financiados con los subsidios para la oferta –. La Ley 60 transfirió la autoridad, la responsabilidad y el control presupuestal a los gobiernos departamentales y municipales, exigiendo la certificación de estas unidades, en la medida en que demuestren mayores capacidades en cuanto a la administración y al control financiero. A través de un proceso gradual, a los departamentos y a los municipios se les asignan porcentajes incrementables del presupuesto nacional, así como rentas de asignación específicas para la atención de la salud; los municipios asumieron el control de las instituciones de atención primaria y de los hospitales de nivel I, y los departamentos asumieron el control de las instituciones de nivel II y III.

**(3) La Ley 100 (1993)**, (descrita detalladamente en la sección 3), cambió fundamentalmente la estructura del anterior Sistema Nacional de Salud, mediante el establecimiento del seguro universal, con base en un mercado abierto para las entidades promotoras de salud y para los proveedores públicos y privados. Además, determina que los subsidios para la demanda estén orientados hacia los individuos, más que hacia las clínicas y los hospitales públicos.

#### **(4) Resolución de Conflictos entre la Ley 60 y la Ley 100**

Ha habido un gran debate, no sólo sobre el conflicto entre estas leyes sino también sobre cómo se puede resolver dicho conflicto. Se sugirió que la Ley 100 no podía revocar la Ley 60 por cuanto ésta tiene un estatus legal más elevado que la Ley 100.

En Colombia, la cúspide de la pirámide legal es la Constitución de 1991. El segundo nivel contiene las "Leyes Orgánicas" que tratan temas determinados (especificados en la Constitución misma), las siguientes leyes en la jerarquía son las "Leyes

comunes", las cuales son aprobadas por el congreso o legisladas por el Presidente cuando el Congreso lo autoriza a hacerlo.

En caso de conflicto entre las Leyes de diferentes estatus jerárquico, la Ley de nivel más elevado prevalecerá. Cuando hay conflictos entre dos leyes de la misma jerarquía, la más reciente prevalece. (la Ley 153 de 1887, en sus artículos 2 y 3 dice claramente que las nuevas leyes que traten sobre el mismo aspecto reemplazarán las disposiciones previas, ya sea en forma explícita o tácita).

Algunos expertos legales han identificado la Ley 60 de 1993 como una ley "orgánica", mientras que a la Ley 100 la consideran como una Ley "común". Sin embargo, la Corte Constitucional (C-151/95) dictaminó que la Ley 60 no es una ley "orgánica" por cuanto el asunto que trata no está dentro de los temas considerados apropiados para dichas leyes, (artículos 151 y 288 de la Constitución). De acuerdo con esta disposición tanto la Ley 60 como la Ley 100 son "leyes comunes" y, por lo tanto, cualquier cosa prescrita por la Ley 100 prevalecerá, ya que ésta se aprobó más recientemente <sup>32</sup>

### **3.8.3 Inconsistencias y Ambigüedades entre las Leyes Básicas**

La Ley 10 y la Ley 60 tienen una visión diferente a la de la Ley 100 con respecto a la financiación de los servicios de la Salud y a las responsabilidades de las instituciones del sector público. Estas diferencias generan algunas inconsistencias. Además, ciertas especificaciones sobre la asignación de recursos en las leyes son ambiguas, dificultando así su interpretación. En la siguiente sección se enumeran estos problemas:

#### **(1) Subsidios para la Oferta versus Subsidios para la Demanda:**

La Ley 10 y la Ley 60 continuaron los subsidios para la oferta para las instituciones públicas. Estas dos leyes transfieren la autoridad y la responsabilidad de este subsidio y de la administración operativa de las instituciones públicas a los departamentos y a los municipios. Sin embargo, con la creación de los subsidios para la demanda, la Ley 100 restringe estrictamente el control de los departamentos y de los municipios, especialmente después de que el subsidio para la oferta se reduzca a comienzos de 1997. En un proceso que todavía no se ha definido, los fondos del subsidio para la oferta se deben transferir a los subsidios para la demanda, los cuales deben ser canalizados por las EPSs y las ESSs.

---

<sup>32</sup> Una ley puede derogar explícitamente lo que otra ley anterior prescribe, como en el ejemplo del Artículo 289 de la Ley 100, que explícitamente reemplaza las disposiciones legales anteriores, o lo puede hacer tácitamente con base en los criterios presentados en los dos puntos precedentes.

La Ley 60 y la Constitución de 1991 asignan 25% del total de las transferencias de inversión social de los ingresos del Gobierno nacional a los Municipios para el cuidado de la salud. La Ley 60 también asigna al menos 20% (ver Sección 2 abajo) del situado fiscal para el subsidio a la oferta para departamentos y Municipios. La Ley 100 especifica que estos subsidios a la oferta deben transformarse en subsidios a la demanda (Artículos 238 y 239). De acuerdo con el Artículo 214 de la Ley 100, un mínimo del 60 % de las transferencias Municipales deben ser dedicados al subsidio a la demanda y el remanente al subsidio a la oferta, inversión y costos de operación<sup>33</sup>. El proceso para transferir los subsidios restantes de oferta a subsidios para la demanda no se ha definido legalmente todavía.

## **(2) Distribución inespecífica del Situado Fiscal entre la Salud y la Educación:**

La Ley 60 ordena que el presupuesto nacional financie los servicios de salud y de educación a través de dos mecanismos: el Situado Fiscal y las transferencias directas de los ingresos corrientes de la nación a los municipios.

El Situado Fiscal para la salud y para la educación en 1996 debe ser el 24.5% de los ingresos corrientes de la nación, el cual se asignará a los departamentos y a los distritos en las siguientes proporciones: el 60% para la educación, el 20% para la salud y el otro 20% ya sea para la salud o para la educación, dependiendo de las prioridades locales y de la cobertura de los servicios respectivos. Este 20% sin especificar puede causar problemas por cuanto el sector salud es relativamente débil y algunas veces fracasa en sus negociaciones para la asignación de estos recursos y usualmente pierde frente al poderoso sector de la educación.

## **(3) Distribución del Situado Fiscal entre los Departamentos:**

La Ley 60 prescribe que la distribución del Situado Fiscal entre los departamentos se haga de acuerdo con ciertos criterios (Artículo 11): el 15% es una cuota fija mientras que el 85% restante depende primordialmente del valor de los servicios prestados. Estos criterios recompensan los gastos de los departamentos más ricos, es decir que aquellos que gastan más reciben más; sin embargo, los departamentos que pueden gastar más son los departamentos más ricos. La fórmula actual de la distribución de los recursos del Situado Fiscal a los departamentos no tiene en cuenta ni las necesidades de salud de la población ni el nivel de afiliación al sistema de la seguridad social<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> El criterio para distribuir estos recursos entre los Municipios, toma en consideración factores como son pobreza y población, distinto al criterio usado para la asignación de fondos del Situado Fiscal discutido más adelante en esta Sección.

<sup>34</sup> El 85% del Situado Fiscal a nivel departamental se debe distribuir de la siguiente manera:

### **(3) Distribución del Situado Fiscal entre los Municipios:**

La Ley 60 también prescribe que al menos el 50% de los recursos del situado fiscal asignados a los departamentos se utilicen para financiar los servicios de primer nivel de atención suministrados por los municipios (que estarán a su disposición una vez que hayan logrado la certificación de la descentralización)<sup>35</sup>. El 10% del cual se debe asignar al programa de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad-PAB. El otro 50% que no se utiliza para financiar la atención de primer nivel se debe asignar para financiar los servicios de atención secundaria y terciaria (10% del cual también se debe asignar al PAB). (Artículo 214 de la Ley 100).

El 50% de los recursos del situado fiscal que se asignan a los municipios, también se distribuyen de acuerdo con la cantidad gastada por cada uno de ellos, recompensando así a los municipios más ricos.

### **(4) Distribución de las Rentas Cedidas:**

Las rentas cedidas son los impuestos sobre el licor, la cerveza, las loterías y el tabaco, que se han cedido a los departamentos para su recolección y utilización, las cuales al menos en parte, deben destinarse a la atención de la salud. Estos recursos proyectados para 1996 representan aproximadamente 260.000 millones de pesos, cerca del 25% de todos los recursos disponibles para el sistema subsidiado de la seguridad social para este año. Estos recursos solamente están regulados por la especificación en el Artículo 214 de la Ley 100 que dice que estos recursos se deben utilizar para financiar los servicios de la atención de la salud en el segundo y tercer nivel. De nuevo, esto puede conducir a una distribución inequitativa con base en la capacidad de negociación de cada institución.

La legislación específica que define la coordinación y garantiza la complementariedad entre los municipios, los departamentos y el Estado, necesarias para financiar al

---

1 - Un porcentaje mínimo variable que es equivalente a la suma de los gastos en la atención de la salud y educación de los usuarios reales de todos los departamentos y distritos (incluyendo el 15% que ya se asignó). Para 1994-1996 cada entidad debe recibir al menos lo que recibió en 1993 en pesos constantes.

2 - El resto se asignará en proporción al potencial de población que será atendida y con el esfuerzo fiscal en cada jurisdicción.

<sup>35</sup> La asignación del 50% del Situado Fiscal a los municipios para que financie la atención primaria es obligatoria, sólo cuando el municipio realmente presta dichos servicios ya sea directamente o a través de contratos. Cuando los organismos departamentales prestan la atención primaria o cuando la entidad que contrata la provisión de estos servicios es el departamento más que el municipio, entonces el 50% de los recursos no se debe y no se puede transferir al municipio. Esto es legalmente viable por cuanto la Ley 60 en sí, reglamenta esta eventualidad y le permite a los departamentos financiar la atención primaria en tales circunstancias. La Ley 10 de 1990 (Artículo 10) prescribe explícitamente que los recursos utilizados para financiar la atención primaria deben ser administrados por la entidad territorial que los suministra en la actualidad.

régimen subsidiado con una distribución equitativa de los recursos disponibles (incluyendo las rentas cedidas) son insuficientes, permitiendo así que la Ley se interprete de distintas formas.

#### **(5) Fuentes de Financiación para Cubrir las Cesantías y las Pensiones:**

El artículo 242 de la Ley 100 creó el "fondo del pasivo prestacional" del Sector de la Salud, el cual se financia de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 32 de la Ley 60. Su objetivo es cubrir las cesantías y las pensiones ganadas hasta el 31 de diciembre de 1993. Después de esta fecha, todas las entidades públicas y privadas deben afiliar sus empleados a los Fondos de Pensiones que ya existen.

El Fondo cubre las deudas de las instituciones territoriales en la misma proporción en que el Presupuesto Nacional las financió a través del Situado Fiscal. Los municipios y los departamentos deben proveer la porción restante. Por ejemplo, si un hospital en un municipio obtuvo el 70% de su financiación del Situado Fiscal y el resto de los recursos del municipio y/o del departamento, el Fondo Prestacional sólo puede cubrir el 70% de la obligación para cubrir los beneficios y las cesantías. El municipio y el departamento deben cubrir conjuntamente el 30% restante. Sin embargo, no se especifica quién es el responsable o de dónde provendrán los recursos para pagarlo. Por esta razón, muchos departamentos han tratado de evitar la descentralización.

El MSP estima que en 1996 la obligación para cubrir los beneficios y las cesantías vencidas representarán aproximadamente \$150.000 millones de pesos de los cuales el Fondo Prestacional proporcionará 60.000 millones de pesos y los municipios proporcionarán 20.000 millones de pesos, dejando un déficit de 70.000 millones de pesos.<sup>36</sup>

### **3.8.4 Revisión de las Regulaciones Seleccionadas**

#### **Introducción**

La Ley 100 especifica los roles de las instituciones que se necesitan para la reforma. La Ley determina que el MSP y el Consejo Nacional de Seguridad Social para la Salud son las instituciones públicas que establecen las políticas (aunque, a través de su capacidad de veto, el MSP finalmente tiene el poder de determinarlas). La Ley también estipula que La Superintendencia es la institución que supervisará y controlará a los proveedores y a las entidades promotoras de salud; que el Fondo de Solidaridad y Garantía es la institución responsable de los fondos y estará encargada de redistribuirlos en el sistema; y que las EPS y las ESS son las entidades promotoras de salud a nivel público o privado y que las IPS son los proveedores de los servicios de salud.

---

<sup>36</sup> Cantidades suministradas por Nelcy Paredes del MOH.

La implementación de las disposiciones en las leyes se hace a través de decretos y de resoluciones. Hasta el momento, se han expedido más de 100 decretos y una gran cantidad de resoluciones adicionales que describen detalladamente las responsabilidades específicas, las restricciones y la interacción entre las entidades mencionadas anteriormente. Sin embargo, algunas áreas cruciales de la regulación todavía no se han especificado claramente.

No fue factible para este proyecto hacer una revisión completa de todas las regulaciones, como tampoco pudo medir todo el progreso y las insuficiencias persistentes (un equipo de abogados y de reguladores deben hacer dicha labor mediante un análisis profundo). La evaluación de las limitaciones de las regulaciones para ciertos aspectos específicos, se hacen en otras secciones en los capítulos 3, 4 y 5. A continuación se presenta un estudio de caso de las regulaciones relacionadas con el funcionamiento de las EPSs, en el cual se revisan los aspectos reguladores de dos áreas claves: los planes complementarios y la limitación del paquete de beneficios. También reconocemos algunas áreas importantes que todavía necesitan regulación y, finalmente, se especifica la viabilidad legal de las recomendaciones claves propuestas en otras secciones de este informe y los pasos necesarios para su implementación.

#### **3.8.4 Estudio de Caso: Regulación Actual de las EPS del Decreto No. 1485 de julio de 1994**

La regulación para las EPS es un aspecto en el cual se ha hecho un gran progreso. Estas regulaciones ilustran el nivel de detalle necesario para la especificación del rol y de las responsabilidades de las instituciones.

- **Supervisión y Control**

La Superintendencia es en última instancia responsable de la supervisión y el control de las EPS. Esta entidad debe garantizar que las EPS cumplan su contrato con los beneficiarios individuales, a quienes les suministran el paquete básico de servicios y con el gobierno colombiano en cuanto al gasto del dinero (UPC) que reciben en forma responsable. Todas las EPS deben tener autorización de la Superintendencia a través de la certificación inicial y del cumplimiento constante de las diferentes regulaciones. Esta certificación y los requisitos de continuación, están diseñados para que la superintendencia asegure la operación exitosa de estas entidades. La Superintendencia puede expedir normas relacionadas con la calidad de la atención y exigir, en cualquier momento, que las EPS publiquen información que recolectan con el fin de aumentar el conocimiento de los consumidores con respecto a las condiciones de la entidad. La Superintendencia puede hacer visitas de inspección a las EPS si así lo considera necesario, o delegar dicha inspección a los jefes de las entidades departamentales. También puede amonestar e imponer multas substanciales por la violación de las regulaciones. Además, esta entidad tiene el poder de revocar la certificación a una EPS cuando ésta no cumpla con cualquiera de los requisitos de la autorización, cuando se comprueba que la EPS no está prestando efectivamente los servicios a que está obligada, o cuando está seleccionando afiliados en forma adversa.

- **Certificación**

Todas las EPS deben obtener una certificación de funcionamiento de la Superintendencia Nacional de Salud antes de que puedan empezar a funcionar. Para obtener dicha certificación estas instituciones deben presentar documentación detallada sobre:



- a. Su viabilidad financiera;
- b. La capacidad de sus instituciones afiliadas, de sus proveedores y de los profesionales que prestan los servicios a un número proyectado de afiliados;
- c. Un cálculo del número máximo de los afiliados que pueden atender con los recursos disponibles y las limitaciones geográficas, así como la cantidad de tiempo que necesitan para alcanzar y mantener este número;
- d. La capacidad técnica y científica para manejar adecuadamente una EPS y prueba de la capacidad técnica y científica de los proveedores de la atención de la salud;
- e. La capacidad de una base de datos de las características socioeconómicas y de la condición de salud de todos los beneficiarios de la entidad;
- f. Un método de evaluación sistematizada de los servicios ofrecidos;
- g. El cumplimiento de otros requisitos que la superintendencia establecerá a aquellas entidades que para atraer afiliados, ofrecen planes complementarios.

- **Garantizar la Solvencia y la Viabilidad Financiera**

Cualquier EPS que quiera la autorización debe probar que su capital inicial sobrepasa una cantidad mínima específica. Si la Superintendencia determina que el capital de una entidad está por debajo del mínimo, le puede pedir explicaciones y ordenar que corrija estas deficiencias dentro de un periodo de tiempo específico.

A una EPS constituida como una compañía comercial, se le exige mantener una reserva legal mínima para el funcionamiento y la prestación de los servicios adecuadamente. Solamente se permite una reducción de esta reserva legal para cancelar las pérdidas acumuladas, o cuando este dinero se utiliza para capitalizar la entidad a través de la distribución de los dividendos.

A todas las EPS se le exige mantener un margen mínimo y específico de solvencia, con base en el número total de los beneficiarios y el valor promedio ponderado de la UPC. Las entidades que tienen un margen de solvencia por encima de la cantidad especificada, pueden destinar una porción a fin de invertir directamente en la infraestructura para la prestación de los servicios de salud. Las EPS no pueden tomar créditos con base en sus activos por cuanto éstos constituyen el margen de solvencia, a menos que las reservas sobrepasen la cantidad específica. Además, a las EPS sólo se les permite invertir en aquellas actividades directamente relacionadas con sus objetivos sociales.

- **Garantizar Mecanismos para el Control de la Calidad**

Una de las metas primordiales de la reforma es aumentar el acceso a servicios de calidad. La Superintendencia exige que se utilice un método de evaluación sistemática de los servicios ofrecidos y que cada entidad recolecte la información sobre los indicadores de calidad. La Superintendencia estableció formatos estandarizados para que las EPS informen sobre los indicadores de la calidad de la atención, incluyendo los servicios disponibles, el número y el tipo de procedimientos realizados, las tasas de infección, la tasa bruta de mortalidad, las tasas de mortalidad por condiciones neonatales y por maternidad y la tasa de mortalidad durante los procedimientos quirúrgicos. La información sobre la calidad de los servicios se debe publicar periódicamente, para que los afiliados potenciales puedan escoger la entidad que quieren, basados, en parte, en dicha información.

- **Garantizar un Control Apropriado a Nivel Administrativo y Financiero**

Además de capacidad financiera suficiente, también se exige capacidad administrativa para manejar la entidad adecuadamente. Todas las EPS deben establecer y mantener sistemas de información (tal y como lo determinan el MOH y la Superintendencia) que incluyan el cálculo de los costos, la facturación y los sistemas de publicidad. Por ejemplo, los sistemas de costos deben estar basados en presupuestos independientes para cada servicio prestado. Las facturas deben identificar a los usuarios y la cantidad subsidiada por el sistema de seguridad social.

- **Garantizar la Libre Elección de las EPS**

A las EPS se les exige suministrar el POS a cualquier persona que desee afiliarse y que paga la contribución, o que es elegible para el subsidio del gobierno. Todo individuo tiene el derecho a

seleccionar libremente la EPS a la cual desea afiliarse. Dicha decisión se puede tomar una vez al año comenzando en el momento del registro o cuando se presta un servicio deficiente o se suspenden los servicios. Cada EPS debe publicar los datos financieros estandarizados y las condiciones de la prestación de servicios para que los usuarios puedan tomar decisiones informadas. Además, cada entidad debe garantizar la selección (del afiliado) de un organismo que preste los servicios, para así cumplir con los beneficios del POS. Las EPSs deben proporcionar a sus afiliados una lista de las entidades que prestan el servicio en su sistema y que son adecuadas para sus expectativas de uso. Las entidades promotoras de salud pueden establecer las condiciones de acceso a los proveedores, con el fin de garantizar la atención apropiada de las necesidades de salud y la administración eficiente de los recursos. Una EPS solamente puede rehusarse a afiliarse a alguien, cuando no tiene los suficientes recursos técnicos en el área de residencia de tal usuario, o cuando su capacidad de afiliación, registrada ante la Superintendencia, está al tope.

A todas las EPS se les exige presentar información dos veces al año, con el fin de verificar que la composición de sus beneficiarios está constituida por no menos del 5% de la población mayor de 60 años, y no menos del 20%, mujeres entre los 15 y 44 años.

Se puede permitir la reducción de estos porcentajes si el MOH determina que la composición demográfica de un área en la cual la EPS presta los servicios, avala dicha reducción. A las EPS se les prohíbe introducir cualquier condición que afecte la libre escogencia de sus afiliados, como ofrecer incentivos para lograr la renuncia de éste, como tratamientos anticipados o especiales al usuario sobre enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización, bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de consanguinidad o afinidad. Ninguna EPS puede utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a una persona por condiciones de salud previas, actual o potencial de salud, ni dar por terminado el contrato con un afiliado en forma unilateral, ni negar la afiliación a cualquier persona que desee inscribirse y que haya demostrado su capacidad de pago (excepto cuando se ha comprobado que el usuario utilizó o abusó de los servicios de mala fe).

- **Ambigüedades y/u Omisiones en las Regulaciones de las EPS**

Una cantidad de requisitos que se pensó estaban claramente definidos, son difíciles de supervisar y de controlar. Otros necesitan más claridad. No se sabe si la capacidad institucional de la Superintendencia es suficiente para garantizar que las EPS desempeñen adecuadamente su rol esperado en la reforma. De acuerdo con su diseño, es posible que algunas regulaciones no logren sus objetivos. Un ejemplo de estos problemas potenciales tiene que ver con la certificación. Algunos de estos requisitos están bien explicados mientras que a otros les hace falta claridad.

Aunque los requisitos legales y financieros son claros y fáciles de evaluar, su supervisión y su cumplimiento no lo son. Existen muchos formatos de la Superintendencia que exigen una información financiera detallada. Sin embargo, todavía no se ha especificado que tan a menudo se deben recolectar ni cómo los utilizará la Superintendencia. Aunque hay algunas pautas para el control financiero, la estructura del control administrativo no se ha especificado en toda su extensión. Existe una falta de especificación con respecto al desarrollo organizacional y administrativo y a los instrumentos necesarios para lograr este desarrollo, aunque es posible encontrar más regulaciones al respecto en el código de comercio.

La regulación de las normas y de la calidad del servicio no está claramente definida. Por ejemplo, no existe un rango estándar para la frecuencia aceptable de la utilización de los servicios. Además, no es claro cómo la Superintendencia puede hacer cumplir las prohibiciones en contra de la discriminación.

Se asume que las EPS estarán motivadas a promover la afiliación debido a la UPC asignada a cada usuario. Si se previene la selección de riesgos, entonces no se descuidará o rechazará a ningún subgrupo. Un problema obvio de esto es cómo se garantizará la selección y la disponibilidad de servicios de calidad, a aquellas personas en las áreas rurales donde la población es menos densa y mucho menos acaudalada. Además, la regulación de la composición de la población de los beneficiarios por edad y por sexo no ayuda mucho. Estas restricciones no evitan la selección con base en los ingresos, la región, la ocupación, la incapacidad o la historia de enfermedades.

## **Aspectos Regulatorios sin Resolver**

Amerita hacer una investigación más profunda de otros aspectos reguladores. A continuación discutimos dos de estos aspectos: (a) ¿Qué regulaciones existen sobre las entidades que ofrecen planes complementarios o planes alternativos al POS? ¿Qué tanta autoridad tiene el Estado comparada con las regulaciones de los planes complementarios, de la Medicina Prepagada y de los seguros de salud? (b) ¿Qué regulación hay con respecto al conflicto entre el derecho del individuo a la atención de la salud y la limitación de los servicios causada por las restricciones financieras? ¿Puede una persona exigir la atención? ¿Es el Estado responsable si estos planes no suministran la atención?

### **(1) El POS y los Planes Complementarios**

No hay regulaciones para los planes complementarios y aunque ni los planes de Medicina Prepagada ni el seguro de salud se mencionan explícitamente en la Ley 60 o en la Ley 100, si se recuerda el contenido del Artículo 152 de la Ley 100 que dice que: "el objetivo del sistema nacional de seguridad social de salud es regular un servicio público esencial y garantizar que toda la población tenga acceso a todos los niveles del servicio ", entonces, el Estado tiene el derecho de intervenir (Artículo 154) con el fin de garantizar el logro de los objetivos de la Ley 100.

De acuerdo con las normas legales revisadas en los párrafos anteriores ( Artículos 154 y 152 de la Ley 100) es legal exigir la afiliación al POS como pre-requisito para comprar un plan complementario, un plan de Medicina Prepagada o un seguro de salud. Esto ha sido confirmado por la decisión reciente del Consejo de Estado en respuesta a la demanda hecha por las compañías de Medicina Prepagada. La evaluación más profunda de este aspecto está abierta a debate legal, por cuanto las cortes todavía no han expedido normas definitivas. En la siguiente sección se presenta la interpretación de estos aspectos legales.

El Capítulo I, Título I del Libro II de la Ley 100 dice que para mantener el concepto de la cobertura universal, todo colombiano debe afiliarse a un seguro de salud que le proporcione los servicios esenciales definidos como Plan Obligatorio de Salud (POS). Además, para que el Estado regule esta cobertura y para que garantice la financiación a aquellos que no pueden contribuir con el sistema de la atención universal (a través del 12% de impuestos sobre el salario), las organizaciones autorizadas para funcionar como EPS son las únicas que pueden prestar los servicios esenciales. Estas entidades estarán encargadas de prestar los servicios esenciales y de recaudar el 12% del impuesto sobre el salario.

Es posible que surja un conflicto entre la garantía constitucional de la atención universal de la salud (es decir, la aceptación del Estado de la responsabilidad de la atención esencial) y el derecho individual a la libre empresa en relación con la provisión de la atención no esencial. El gobierno asumió la responsabilidad de garantizar la cobertura universal de la salud para los servicios esenciales, a través del establecimiento de las EPS para que presten estos servicios. La Superintendencia supervisa estos servicios con el fin de garantizar el suministro del POS y la recaudo apropiado de las cotizaciones. Sin embargo, La meta universal de la atención de la salud entra en conflicto con la libertad absoluta para crear empresa por cuanto la Ley 100 regula la provisión privada de la atención de la salud.

Por lo tanto, será ilegal no pertenecer a una EPS. También, será ilegal que una institución que no sea una EPS venda el POS (Artículo 162, Párrafo 3 y Artículo 177 de la Ley 100). El Artículo 169 de la Ley 100 permite la provisión de planes complementarios que ofrezcan servicios adicionales a los proporcionados por el POS y que deben ser financiados con cuotas distintas a las contribuciones al POS. Cualquier entidad que ofrezca planes complementarios también debe ofrecer el POS (o de lo contrario el término complementario no tendría significado). Además, a las EPS se les prohíbe incluir los servicios del POS en el plan complementario, ya que los servicios complementarios deben estar claramente definidos como *complementarios* en oposición a los servicios esenciales. Esto significa que las entidades que ofrecen los planes de Medicina Prepagada sólo pueden ofrecer planes complementarios a los individuos que ya están cubiertos por el POS en alguna EPS.

En el momento, hay muchas entidades de Medicina Prepagada que ofrecen paquetes de servicios que incluyen algunos pero no todos los servicios del POS, así como servicios no cubiertos por éste. También hay millones de personas que no están afiliadas a una EPS (pueden no tener seguro de ninguna clase o pueden optar por estas entidades alternativas de Medicina Prepagada). Aunque es claro que Colombia está en un período de transición, es posible que se necesite una decisión jurídica clara para validar el principio de la universalidad del POS.

## **(2) El Derecho a la Atención de la Salud Versus la Limitación de los Recursos**

El concepto de la seguridad social universal en la Ley 100, está de acuerdo con el derecho obligatorio constitucional de toda la población a la atención de la salud. La Constitución colombiana describe dos tipos de derechos: aquellos inherentes a la persona, que tienen aplicación inmediata, y aquellos de naturaleza económica social o cultural que pueden estar sujetos al proceso legislativo. En la segunda categoría está incluido el derecho a la seguridad social y a la salud.

El Estado tiene el derecho de limitar el paquete de beneficios, en relación a las restricciones económicas propias del país. En términos prácticos las Cortes reconocen que el derecho a la salud es un derecho de "segunda generación"; la cobertura será progresiva de acuerdo con la realidad estructural, económica y financiera. Por lo tanto, la atención de la salud aumenta en la medida en que los recursos permitan la financiación de la meta última, que es la cobertura universal para todos. Se adicionarán los tratamientos de mayor costo-efectividad antes que cualquier otro. El Consejo de Estado reconoció que el derecho a la salud está limitado por la capacidad del sistema de seguridad social para ofrecer y proporcionar los servicios.

Al mismo tiempo, la atención de la salud se puede clasificar como un derecho inalienable y se puede exigir como un mecanismo para salvaguardar la vida en situaciones específicas, donde el derecho a la vida es equivalente a un instrumento que garantiza el derecho fundamental a la misma. En las demandas entabladas al Estado por ciertos medicamentos y otros tratamientos que el POS no proporciona, las Cortes han fallado en favor de los servicios adicionales. El Consejo de Estado expresó con respecto a los límites especificados en el Decreto 1938 de 1994 que "no hay espacio para regulaciones, exclusiones o limitaciones (para la atención) que puedan dejar a un individuo abandonado al dolor y a la desesperación de una enfermedad incurable".

Es necesario hacer una revisión legal más profunda, con el fin de evaluar si este conflicto puede poner en peligro la limitación del paquete básico de beneficios de los servicios suministrados bajo el POS.

#### **Vacíos en la Regulación Existente:**

Aparte de las dos limitaciones descritas anteriormente, hay varias áreas que necesitan más regulación:

- **Regulación de los proveedores:** es de vital importancia elaborar una regulación apropiada para las IPS y para los servicios prestados con el fin de garantizar la calidad y la eficiencia adecuadas dentro del sector de la salud. En la actualidad, se está elaborando una regulación específica para esta área, pero todavía no ha sido promulgada. (Ver Capítulo 6).
- **Las regulaciones existentes para el recaudo de los impuestos y para financiar las organizaciones**, son inadecuadas. Aunque las EPS individuales y el FSyG son responsables del recaudo y de la supervisión, existe una capacidad de ejecución inadecuada (Ver sección 3.2).

- Existen regulaciones inadecuadas para una institución de acreditación y de garantía de la calidad, la cual podría asegurar una evaluación constante de los proveedores (la Superintendencia está encargada de esta función, pero hasta el momento no se la ha encomendado específicamente la realización de esta tarea). Esto incluye la calidad de los medicamentos, una mayor supervisión de los médicos y de los curanderos nativos. Actualmente hay una licencia otorgada una sola vez y no existen restricciones para los especialistas (Ver Capítulo 5).
- Es necesario establecer "reglas de juego" para el Programa del Régimen Subsidiado (descrito en la sección 3.2). Las regulaciones que especifican los mecanismos para aumentar la cobertura de la población subsidiada, facilitan la transición de los subsidios para la demanda a los hospitales públicos, estimulan la participación de las EPS y aumentan los servicios prestados a los afiliados al POSS y a la población no cubierta.

Los otros problemas con las regulaciones se derivan en parte del volumen total y de la complejidad de las regulaciones que conforman la Ley 100, algunas de las cuales son contradictorias. Por ejemplo, existen descripciones conflictivas del método de pago del paquete básico de beneficio.

### **Resumen de las Nuevas Leyes y de las Regulaciones que se Necesitan para Implementar las Acciones Claves, Seleccionadas y Recomendadas**

La siguiente sección presenta una evaluación de la viabilidad legal de las recomendaciones claves propuestas en este informe y de los pasos necesarios para su implementación <sup>37</sup>.

- **Creación del Instituto Colombiano de Investigación y de Políticas en Salud**  
(Ver sección 4.3)

La creación de cualquier institución pública exige la aprobación de una nueva Ley – esto incluye a aquellas constituidas en una universidad pública. La creación de una

---

<sup>37</sup> En caso de que sea necesario modificar la ley para la resolución de los conflictos legales o de los aspectos reguladores, es indispensable seguir el siguiente proceso:

Hay dos formas de modificar la Ley: ya sea por medio de la promulgación de otra Ley o por medio de un Decreto expedido por el Presidente. La primera opción requerirá un proyecto de Ley que se debe publicar en la Gazeta del Congreso. Luego, una de las catorce comisiones en las dos salas del Congreso lo deben introducir, discutir y aprobar. Una vez que las dos salas lo discutan y lo aprueben, tendrá que ser aprobado en una plenaria del Congreso y finalmente debe ser firmado por el Presidente. El proceso se debe completar dentro de un período de dos años, o de lo contrario el proyecto de Ley se archivará y el proceso deberá comenzar de nuevo. La segunda forma para modificar la Ley requiere solicitar al congreso dar poder al Presidente para que expida un decreto. Este poder tiene una limitación de tiempo (seis meses) y es específico para dicha petición. Cuando un proyecto de Ley no llega a ser Ley se lo archiva o se lo retira.

institución privada no requiere de la promulgación de una Ley, en tanto se cumpla con todos los requisitos para su constitución. La Ley 393 de 1991 permite a las instituciones públicas participar en la creación de entidades mixtas; sin embargo, es necesario hacer una mayor investigación con respecto a la propuesta específica para la creación de un instituto.

- **Evaluación de la Factibilidad para la Creación de las Comisiones** (Refiérase a la sección 4.3).

Las comisiones que funcionan como consultores o como asesores, ya sean públicas o privadas, no están restringidas por la Ley y sólo necesitan la expedición de un decreto por parte del Ministerio de Salud. A las comisiones que toman decisiones, como por ejemplo el Consejo Nacional, se les otorga el poder para desempeñar esta función a través de la emisión de una nueva Ley.

- **Evaluación de la Posibilidad de Fortalecer el Ministerio de Salud:**(Refiérase a la sección 4.2).

Se pueden hacer modificaciones limitadas a la función del Ministerio y de la Superintendencia únicamente cuando dichas modificaciones no cambian la estructura de estas instituciones, descrita en el Artículo 248 de la Ley 100 de 1993. Cualquier modificación que cree funciones o roles diferentes a los que ya se han asignado a estas entidades, necesitan la promulgación de una nueva Ley.

- **Evaluación de la Posibilidad de Modificar los Mecanismos de Recaudo:** (Ver sección 3.2)

Es posible modificar la forma de recaudo de la cotización a la seguridad social por medio de la retención en la fuente, sin cambiar la Ley, en tanto no se hagan cambios a la cantidad recolectada, a la distribución de lo que se recolecta y a la persona responsable de pagar este impuesto. Lo que se necesitará es un Decreto del Ministerio de Salud con la aprobación del Ministerio de Hacienda, del cual depende la DIAN. Sin embargo, la expedición de dicho Decreto deja abierta la posibilidad de una demanda, por cuanto la Ley 100 dice explícitamente (Artículo 178) que las EPS son las encargadas de recolectar el impuesto de la seguridad social y de enviarlo al FSyG. Entonces, la alternativa es hacer los cambios a través de la promulgación de una Ley, que autorice explícitamente este cambio al mecanismo de recaudo.

- **Método de Pago a los Hospitales Públicos:** (Ver Sección 3.6).

Los métodos de pago a los hospitales públicos están especificados en los artículos 179, 195 y 238 de la Ley 100, que estipulan que estas instituciones obtendrán sus recursos a través del mecanismo de pago por los servicios prestados o a través del reembolso por la venta de los servicios. Con respecto a esto, el establecimiento de diferentes métodos de pago, ya sea por capitación o por paquetes, son tipos de reembolsos por los servicios prestados. Estos contratos se pueden hacer con las EPS, o con las ESS en los sitios donde no existen EPS. La Ley no regula los pagos entre las entidades privadas.

- **Fondo de Reaseguro:** (Ver sección 3.5).

El fondo de reaseguro está definido por el Artículo 162, párrafo 4 de la Ley 100, que ordena a las EPS reasegurarse en contra del riesgo de las enfermedades que requieren atención de alto costo (definido por el CNSS). Esto significa que el Gobierno puede determinar el tipo de enfermedad que se debe cubrir y la cantidad de dinero para dicha cobertura. Sin embargo, es imposible regular con respecto a quién debe ser el reasegurador. Por lo tanto, cada EPS es libre de escoger a los reaseguradores. Es probable que sea necesario aprobar una nueva Ley con el fin de establecer un fondo que reasegure a todas las entidades públicas y privadas.

- **Política Dual** (Ver sección 3.9).

Muchos de los Artículos de la Ley 100 apoyan el establecimiento de la política dual (una política especial para las áreas sin competencia) sin tener que aprobar nuevas leyes:

El Artículo 154 reza que el gobierno tiene el derecho a intervenir con el fin de garantizar la provisión de los servicios públicos de la seguridad social en salud a toda la población. Según este principio, el gobierno puede expedir normas para aquellas áreas en donde el sistema propuesto todavía no está funcionando y en donde las metas de la reforma están en peligro. El Artículo 174 reza que durante el período de transición los hospitales públicos y aquellos contratados por el Estado, están autorizados para continuar prestando la atención a los pobres y a los vulnerables. Es posible prolongar el período de transición indefinidamente en aquellas áreas en donde el sistema se demorará o nunca podrá funcionar. El Artículo 237 especifica que el período de transición en las áreas rurales, se prolongará hasta cuando tengan la oferta necesaria. Finalmente, el Artículo 238 autoriza a los servicios de salud departamentales a hacer contratos con los hospitales públicos para que atiendan a la población que todavía no está afiliada a una EPS, que se les asignará durante el



programa gradual de conversión de los subsidios. Estos artículos reconocen las circunstancias temporales o permanentes que impiden el desarrollo total del modelo propuesto para la seguridad social y, por lo tanto, obliga al sector público a continuar prestando la atención a la población que no está afiliada a una EPS. Sin embargo, estos artículos no especifican cómo hacerlo. Es indispensable analizar cualquier medida propuesta para el establecimiento de la política dual con el fin de evaluar si son legalmente viables o no.

### **3.8.5 Conclusiones**

Aunque no existen conflictos mayores entre la Ley 60 y la Ley 100, los problemas surgen de las ambigüedades en estas Leyes y, por lo tanto, es necesario enmendarlas. Los siguientes son los pasos para solucionar estos problemas:

- Establecer criterios claros basados en las necesidades, en los cuales soportar las decisiones sobre qué porción del 20% sin especificar del Situado Fiscal, se asigna a la salud versus a la educación, más que permitir que los dos sectores “cabildeen” por estos recursos.
- Modificar los criterios para la distribución del Situado Fiscal entre los departamentos, en lugar de utilizar el número de pobres, el porcentaje afiliado a cada uno de los dos regímenes (contributivo y subsidiado) y el porcentaje de la población que no se ha afiliado.
- Utilizar los criterios para determinar la distribución del Situado Fiscal entre los municipios, para lo cual se debe tener en cuenta el porcentaje de los afiliados al sistema y el valor de la UPC.

Además de las insuficiencias de las regulaciones mencionadas en la sección 5.8.4, es necesario hacer una revisión legal de las aseguradoras que no tengan el POS, y del derecho a limitar el POS. También es necesario hacer una revisión específica de las propuestas de este informe, con el fin de determinar si es indispensable hacer cambios legales y qué tipo de cambios se deben hacer.

## **3.9 POLITICA DUAL**

### **3.9.1 Introducción**

Colombia utiliza la estrategia de la competencia regulada para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención de la salud. Es necesario que existan ciertas condiciones como pre-requisitos, antes de que la competencia pueda producir los

resultados deseados. Teóricamente, un área de mercado debe tener varias EPS a fin de generar un mercado competitivo. Los estudios en los Estados Unidos muestran que debe haber al menos tres entidades promotoras de salud para que haya suficiente competencia en el mercado de aseguradores. Aun en la próxima década, es poco probable que tres EPS competitivas estén funcionando en muchas regiones de Colombia. Los diseñadores de la Ley 100 previeron esta posibilidad y permitieron cierta flexibilidad a las disposiciones de la Ley con el fin de que la política dual entre en vigencia cuando las condiciones competitivas no sean suficientes. (Refiérase a la Sección 3.8 para más detalles). Con respecto a la población estimada, calculamos que cerca del 33% de esta población puede vivir en regiones en donde no se pueden establecer EPS o ESS a mediano plazo. Esta sección analiza las regiones en donde hay más posibilidades de una competencia insuficiente y en donde se tendrá que optar por la política dual. Por esta razón, se proponen algunas alternativas de política dual para su consideración.

### **3.9.2 Población Subsidiada que no Tiene EPS o ESS a las Cuales se Pueda Afiliar**

Actualmente, sólo 500.000 personas de la población subsidiada están afiliadas a una ESS, con el fin de recibir el paquete de beneficios del POSS. La información más reciente muestra que hay 186 ESS funcionando, que cubren 1.5 millones de personas; sin embargo, la mayoría de las ESS no han pasado a la etapa en la cual deben tener la capacidad para ofrecer el paquete de beneficios del POSS. Según el Decreto de octubre de 1995, Colombia motivará a las EPS y a las Cajas a afiliar a la población subsidiada. Este nuevo Decreto solucionará el problema en gran medida. Se han recomendado diferentes acciones para que el gobierno promueva a las EPS y a las ESS para administrar el Régimen subsidiado. (Refiérase a la Sección 3.2.1). Sin embargo, es posible que cerca de una tercera parte de la población subsidiada no tenga todavía una EPS o una ESS a la cual afiliarse. Para separar la financiación de la provisión de los servicios de la salud y para transferir los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda, se recomiendan las siguientes alternativas:

- a) Cada departamento contrata a una EPS o a una Caja que cumpla los requisitos, para funcionar como la entidad administradora, para el departamento afiliar población subsidiada que vive en las regiones que no tienen una EPSs o una ESSs. Esta entidad administradora seleccionará y contratará a los proveedores privados y públicos con el fin de que presten los servicios a sus inscritos. Sin embargo, la entidad contratada no correrá ningún riesgo económico por la provisión de los beneficios del POSS a la población. El departamento asumirá el riesgo.

- b) Lo mismo que en el literal (a), excepto que la entidad administradora asumirá una parte o la mayor parte del riesgo financiero, pero con una provisión por debajo de un precio límite.
- c) El departamento debe crear una organización pública que desempeñe las funciones de una EPS para aquellas poblaciones subsidiadas, que viven en las regiones donde no hay EPS o ESS. Esta organización pública debe negociar y contratar proveedores que cumplan con los requisitos para prestar los servicios y, además, debe asumir la mayor parte de los riesgos financieros.

Cuando estas entidades administradoras estén establecidas, los departamentos no deben prohibir la entrada de EPS o ESS a las regiones atendidas por dichas entidades. De hecho, el gobierno debe estimular a las EPS y las ESS para que amplíen su cobertura y atiendan a toda la población, y para que compitan con las contratadas o con entidades administradoras públicas.

### **3.9.3 Regiones con un Número Insuficiente de EPS Operativas para el Año 2.000**

- a) Los departamentos deben crear entidades públicas que compitan con las EPS privadas y las Cajas ( Ver Sección 3.9.2.)
- b) Es posible que muchas áreas no tengan una cantidad suficiente de EPS competitivas, pero que tengan dos o más proveedores de atención primaria (clínicas privadas o públicas o médicos particulares). Un análisis precario parece indicar que cerca del 60-70% de la población colombiana vive en comunidades con más de dos proveedores de atención primaria en su área de servicios. Las EPS privadas tienen muchos proveedores de atención primaria que sirven como "gatekeepers" y a los cuales se les paga por capitación. El ISS también ha experimentado con el sistema de pagos por capitación a grupos privados de médicos generales en las grandes ciudades. La experiencia a nivel internacional ha demostrado que un sistema que ofrece a sus pacientes la posibilidad de escoger los proveedores de la atención primaria, y que paga a estos proveedores por capitación, produce mejores resultados. Colombia debe considerar la posibilidad de exigir a las EPS que funcionan en las regiones sin suficiente competencia, que confíen en un sistema que: (a) permite a los pacientes escoger a los proveedores de la atención primaria y (b) que paga a los proveedores por capitación.

### **3.9.4 Regiones que no tienen o que únicamente tienen un Proveedor de Atención Primaria**

Es necesario crear una oferta suficiente a través de las acciones del gobierno. Se recomienda que el gobierno utilice los incentivos, la capacitación y la certificación de los practicantes rurales de atención primaria a fin de aumentar la oferta en las regiones rurales con poca atención. Los detalles se especifican en las secciones 7.2.5, 7.2.10 y 7.2.11.

### **3.9.5 Areas de Mercado con Dos o Menos Hospitales de Segundo y Tercer Nivel**

Es poco probable que las EPS y las ESS sean capaces de negociar con los proveedores monopolísticos por tarifas competitivas, como también es poco probable que los proveedores monopolísticos sin ánimo de lucro mejoren la eficiencia de su funcionamiento. Para resolver este problema, una comisión pública debe establecer el método y las tarifas de pago. Recomendamos que a los hospitales monopolísticos se les pague por admisión (ajustada ampliamente para los casos mixtos) hasta que se pueda establecer un método razonable de pago por DRG. Las tarifas deben fijarse de acuerdo con los costos reales, razonables y eficientes. (Refiérase a la Sección 3.6 para más detalles).

### **3.9.6 Acciones Recomendadas**

Colombia necesita más datos, información y análisis sobre el impacto para que pueda tomar una decisión informada sobre qué política dual debe adoptar y dónde la debe adoptar. Los estudios deben identificar las posibles localizaciones de estas áreas no competitivas, las condiciones socioeconómicas y epidemiológicas de la población, la oferta de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria, la cohesión social, la organización y el liderazgo de estas comunidades. Se sugiere que el gobierno colombiano ejecute inmediatamente las siguientes acciones durante el primer año:

- a) *Un Censo de las Instituciones y de los Recursos Humanos en Salud:* Colombia necesita hacer un censo completo para recolectar información precisa sobre la oferta, sobre la distribución de los servicios y sobre los recursos humanos de salud en todo el país. Es indispensable encuestar a todas las instituciones del ISS, privadas y públicas, a los médicos particulares, a los laboratorios, a las droguerías y a los bancos de sangre. Es necesario recolectar información sobre las características de las instituciones: disponibilidad de tecnología, suministros, horario de atención de las instituciones, enfermeras, médicos generales,

especialistas y técnicos. También es necesario incluir preguntas que determinen el área de mercado de cada institución / proveedor. Además, se deben elaborar preguntas mediante las cuales los proveedores puedan indicar en dónde viven los pacientes que tratan. Esta encuesta y recolección de la información, deben estar coordinadas con el programa de mejoramiento de los servicios, apoyado por el préstamo del BID y el Programa de Sistemas Municipales apoyado por el Banco Mundial.

- b) *Mapeo de las Instituciones y de los Recursos Humanos de Salud:* utilizar la información del censo de proveedores para localizar a los proveedores y a las entidades promotoras de salud existentes (públicos, ISS, privados) con el fin de evaluar la distribución actual.
- c) *Determinar las Areas de Mercado:* para evaluar la competencia y la capacidad de la oferta de los servicios, Colombia debe determinar las áreas de mercado del servicio para los proveedores y para las entidades promotoras de salud. Los hospitales de atención terciaria pueden pensar que su área de mercado es toda la ciudad o todo el departamento, mientras que las instituciones de atención primaria pueden atender a un pequeño segmento de una ciudad. Es posible que algunas entidades promotoras de salud sólo atiendan a los grupos de altos ingresos y que otras sólo atiendan a los pobres. Para definir adecuadamente los mercados, es necesario encuestar a los usuarios, a los proveedores y a las entidades promotoras de salud.
- d) *Encuesta de Hogares:* Esta encuesta (refiérase a la Sección 6.4) también debe incluir preguntas sobre el sitio a donde van los consumidores para recibir la atención ambulatoria y hospitalaria. Otras preguntas sobre las opciones de planes, ayudarán a determinar las áreas de mercado tanto para los proveedores como para las entidades. Los hospitales de nivel I y, en algunos casos, los hospitales de nivel II, son poco usados. Además, la información indica que aun las poblaciones rurales más pobres prefieren pagar proveedores privados en lugar de recurrir a los servicios de atención ambulatoria y pública gratuita. Es necesario hacer una encuesta para determinar el por qué la gente hace esto. Esta información se puede utilizar para desarrollar políticas que aumenten la calidad en las instituciones públicas (Refiérase a la sección 6.4).
- e) *Mapeo de las Areas de Mercado de los Proveedores y de las Entidades Promotoras de Salud:* Con el fin de identificar las regiones del país con suficiente competencia como para que la competencia regulada funcione y con el potencial para desarrollarla, así como para identificar a las regiones que no tienen un potencial para la competencia, es indispensable elaborar un mapa

completo de las necesidades de las entidades y de los proveedores, que se deben crear y actualizar a medida que las condiciones del mercado cambian. Además, es importante identificar e implementar un método que permita segmentar a Colombia en mercados geográficos y socioeconómicos.

- f) *Elaborar Modelos de Contratos que Simulen los Términos Encontrados en las Áreas Competitivas:* Los contratos entre un monopolio de proveedores y de entidades intermediarias, establecido por los departamentos o las ESS, debe incluir términos similares a aquellos encontrados en las regiones competitivas. El MSP debe iniciar estudios detallados sobre los costos, para así establecer las tarifas de reembolso, con base en los costos reales (Refiérase a la sección 3.6 para más detalles).

Una vez estos datos han sido recolectados y completados los estudios, Colombia estará en capacidad de asignar cada área de mercado a una categoría competitiva. Para aquellas áreas de mercado donde exista suficiente competencia, el Gobierno no debe emplear una política dual. Sin embargo, debe considerarse una política dual por el MSP y el Consejo Nacional para áreas con algunas deficiencias en competencia efectiva. Se resumen las diferentes categorías no competitivas y la política dual recomendada seguidamente:

CATEGORÍA	POLÍTICA RECOMENDADA
Áreas de mercado sin ninguna EPS o ESS; áreas con menos de 2 (dos) EPSs	El Gobierno departamental usa el proceso de licitación para contratar una entidad administrativa para ser el intermediario. Esta afilia la población de los Regímenes Subsidiado y Contributivo y compete con cualquier EPS existente.
Áreas de Mercado con uno (1) o menos entidades de atención primaria (hospital de nivel Y) o practicante de atención primaria	El MSP usa incentivos (por ejemplo pagando una tarifa más alta), entrenamiento de practicantes de Atención Primaria, e inversión para incrementar la oferta de atención primaria
Áreas de Mercado con 2 (dos) o más entidades o practicantes de atención primaria con únicamente una ESS o EPS	La EPS o ESS debe dar a los afiliados alternativas de practicantes y pagar a los practicantes de atención primaria por capitación
Áreas de mercado con 2 (dos) o menos Hospitales de nivel II	El MSP ordena a las EPSs y ESS pagar a los hospitales sobre una base de honorarios por paquete y la tasa es establecida por el Consejo nacional

## Capítulo 4

# INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y REGULADORAS

### 4.1 INTRODUCCION

Las reformas en el sector de la salud deben ser implementadas por una serie de instituciones gubernamentales ya existentes y algunas nuevas. Las instituciones existentes a menudo requieren de transformaciones significativas con el fin de realizar funciones requeridas por la reforma. Las nuevas instituciones deben establecerse de tal forma que sean apropiadas según sus funciones en la reforma.

En esta sección se revisa la situación actual de **las instituciones gubernamentales y reguladoras y los sistemas de información** con el fin de discutir los logros hasta la fecha, identificar problemas institucionales que impiden la implementación de la reforma, y hacer recomendaciones para superar los obstáculos y lograr los objetivos de la reforma.

También se presenta un **Plan de Evaluación** de la reforma que se basa en el mejoramiento del sistema de información y en encuestas y estudios específicos necesarios para la supervisión y evaluación.

### 4.2 ANALISIS DE LA SITUACION

#### 4.2.1 Introducción

En esta sección se discute acerca de los organismos gubernamentales que desempeñan papeles principales a nivel operativo y regulador en el sector de la salud colombiano. Estos organismos están en proceso de transformación institucional con el fin de asumir las nuevas funciones necesarias y requeridas por el proceso de descentralización de las Leyes 10 y 60 y la reestructuración fundamental del sector de la salud por la Ley 100. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo recientemente creado que formula políticas y aprueba decisiones fundamentales sobre el funcionamiento de la reforma. Como organismo gubernamental central del sector, el Ministerio de Salud desempeña el papel fundamental de guiar la reforma de la salud, estableciendo políticas y supervisando sus avances. Al cumplir esta función, el ministerio mismo requiere de una gran transformación. De manera más significativa debe cambiar de una institución que

financiaba y prestaba sus propios servicios a otra que establece políticas y regulaciones para las entidades descentralizadas, públicas y privadas que desempeñarán las funciones principales de aseguramiento y provisión de servicios en el nuevo sistema. Las funciones principales de supervisión e inspección son realizadas por la Superintendencia de Salud que ha asumido con mayor énfasis responsabilidades para supervisar las EPSs e IPSs bajo la reforma de la salud. Finalmente, el recientemente creado Fondo de Solidaridad y Garantía, maneja los fondos de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

#### **4.2.2 Visión general de las instituciones políticas y reguladoras colombianas a nivel del gobierno central**

Existe una gran variedad de instituciones gubernamentales centrales que dirigen y regulan el sector de la salud, incluyendo los Ministerios de Salud, Hacienda, Trabajo y Seguridad Social, Educación, DNP, la Contraloría General, la Procuraduría, una serie de Superintendencias Nacionales (de Salud, Bancaria, de Subsidios) y una variedad de sus dependencias. Además, en el Congreso ha habido Comisiones dedicadas a la revisión de la reforma de la salud (más recientemente Comisión Accidental) y otras comisiones presupuestales que revisan todo los presupuestos gubernamentales. Dentro de la administración, la política social general es definida por el CONPES, comité del gabinete que traza la política social y económica a nivel nacional.

Debe anotarse que entre 1990 y 1994 se implementó una serie de grandes programas de reformas administrativas para las instituciones centrales del gobierno colombiano. Estas reformas involucraban la reorganización estructural y funcional de los ministerios gubernamentales en un programa de "modernización del Estado" que incluía reasignación de competencias y responsabilidades, profesionalización de los recursos humanos, a través de programas de retiro voluntario y mejoramiento del proceso de selección y capacitación. Las reformas también involucraban un proceso de descentralización de las instituciones centrales otorgando más responsabilidades y autoridad a las oficinas de salud municipal y departamental.

El proceso de la reforma de la salud está específicamente regulado por el **Consejo Nacional para la Seguridad Social en Salud**, que fue creado por la Ley 100. El Consejo Nacional tiene amplios poderes para regular la reforma, incluyendo el establecimiento del paquete de beneficios, UPC, y la definición de las políticas y los requisitos en cuanto a información y calidad. Sobre cualquier pronunciamiento del Consejo Nacional relacionado con requisitos fiscales y la calidad de la salud pública, el Ministerio de Salud puede ejercer un veto.



El **Ministerio de Salud** sigue siendo la autoridad gubernamental central responsable por todo el sistema de salud. Tiene responsabilidades particulares para establecer políticas generales, normas y estándares y para supervisar la financiación general del sistema (aunque algunas de estas responsabilidades están en proceso de ser transferidas a las "entidades territoriales", véase más abajo descentralización).

La **Superintendencia** es un organismo semi-autónomo cuyo funcionario más alto, el Superintendente, es nombrado directamente por el presidente, generalmente con la asesoría del Ministro de Salud<sup>1</sup>. Sus responsabilidades fundamentalmente se limitan a la "inspección, vigilancia y control" de la recolección y distribución de los recursos de financiación del sistema de salud (incluyendo impuestos específicos definidos y los presupuestos nacionales), supervisa los estándares mínimos de calidad, así como el cumplimiento de los requisitos de aseguramiento y el fallo frente a las quejas de los pacientes.

El **Fondo de Solidaridad y Garantía (FSyG)** está adscrito al Ministerio de Salud pero el manejo financiero es contratado externamente con un agente fiduciario: un consorcio de entidades financieras. Supervisa las EPSs para cerciorarse de que estén transfiriendo los "excedentes" sobre el monto recolectado de las UPC ajustadas por riesgos, redistribuye los fondos a las entidades promotoras que están en "déficit", y maneja el subsidio cruzado con el Régimen Subsidiado. El FSyG está supervisado por la Superintendencia.

EL Proyecto de Harvard evaluó minuciosamente cuatro de estas instituciones. El siguiente análisis se basa en la investigación realizada por el equipo.

#### **4.2.3 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud**

El Consejo Nacional es un organismo que está diseñado para elaborar políticas, representando los principales intereses gubernamentales en la salud y sirviendo de foro para tomar y legitimar las decisiones sobre la reforma. Entre sus representantes están el Ministro de Salud (quien lo preside), el Ministro de Trabajo y Seguridad Social, el Ministro de Hacienda, representantes de los departamentos y municipios, dos representantes de los empleadores (uno de los cuales representa a las empresas pequeñas y medianas), dos representantes de los trabajadores (uno de los cuales representa a los pensionados), un representante del ISS, un representante de las EPSs, un representante de las IPSs, un representante de las

---

<sup>1</sup> En términos oficiales, la Superintendencia está adscrita al Ministerio de Salud; sin embargo, conserva su autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio independiente.

asociaciones profesionales más grandes, un representante de las ligas de consumidores de las áreas rurales.

De junio de 1994 a julio de 1995, el Consejo Nacional se reunió 20 veces para aprobar regulaciones con respecto a consejos territoriales y subcuentas del FSyG, políticas sobre UPC, POS, régimen subsidiado, tarifas. El Consejo aprobó la distribución presupuestal del FSyG y estableció los parámetros para la organización y el funcionamiento de las EPSs.

En general, el Consejo Nacional depende de las iniciativas del Ministerio de Salud. Tiene poca capacidad independiente para evaluar las propuestas del Ministerio. Los representantes de las diferentes partes interesadas no tienen un medio sistemático de recoger las opiniones o de congregar los intereses que ellos representan. Por lo tanto, no ha ejercido su papel como organismo colectivo de formulación de políticas. En lugar de ello, sobre todo ha ratificado las propuestas del Ministerio, dándoles autoridad formal y legitimidad limitada. Si el Consejo realmente fuera un organismo que formula políticas, sería capaz de validar un consenso general y conferirle legitimidad significativa a las decisiones sobre políticas.

#### **4.2.4 Ministerio de Salud**

Las reformas de la salud han obligado al Ministerio de Salud a adaptarse y, en algunos casos, a dirigir un proceso amplio de transición institucional. El ministerio colombiano tradicionalmente ha sido responsable de manejar el sistema de salud público, programas verticales de salud pública así como la porción más grande de instalaciones hospitalarias en el país. Este se encontraba en un proceso de dos tipos de reforma al momento de ser aprobada la Ley 100: 1) descentralización de las responsabilidades operativas a las "entidades territoriales" (véase más adelante 4.2.8) y , 2) una reorganización y reducción de la fuerza laboral para eliminar algunas de las posiciones ocupacionales. La descentralización fue diseñada para transferir la responsabilidad operativa de las instalaciones públicas de la burocracia central a los gobiernos departamentales y municipales. La reducción de la fuerza laboral fue diseñada para disminuir la burocracia permanente, "modernizar" el Estado, y permitir prácticas de contratación y de despido más flexibles.

#### **Estructura organizacional del Ministerio de Salud**

La organización actual del Ministerio tiene aproximadamente 45 unidades con más de 700 empleados en las oficinas centrales. Reportan directamente al Ministro cinco

Direcciones Generales, el Vice-ministerio, y la Secretaria General, así como oficinas especializadas en asuntos legales, legislación y coordinación institucional, control interno, y comunicaciones. El Vice-ministro maneja ocho direcciones que involucran políticas, presupuestos e inversión, recursos humanos, sistemas de información, cooperación internacional y ciencia y tecnología. La Secretaria General tiene bajo su mando la Dirección General Administrativa. Las cinco Direcciones generales están encargadas de apoyar la reforma (Dirección General de Seguridad Social), le dan apoyo al proceso de descentralización (Dirección General de Descentralización), principales programas de salud pública (Dirección General de Promoción y Prevención), servicios de salud (Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud), y fondos principales (Dirección General de Gestión Financiera).<sup>2</sup> (ver cuadro 4.1)

Diferentes criterios son usados para definir unidades estructurales. Estas diferencias han permitido duplicación de funciones en algunas dependencias (Direcciones) y unidades dentro de una mismas Dirección. La estructura orgánica (Unidades bien definidas, de funcionamiento permanente, inmodificable en su función) establecida en el Decreto 1292 de 1994 fue casi completamente implementada.

La estructura orgánica permite la formación de unidades funcionales, o programas, para el cumplimiento de las funciones transitorias que son definidas de acuerdo a las prioridades en la política institucional. Algunas de estas unidades desarrollan únicamente una actividad, tienen un jefe y uno o dos profesionales, o menos. Los puestos de Jefe de Programa, hacen parte de una planta global y flexible y estos fueron asignados a los programas organizados formalmente. Algunas Direcciones, como la Dirección de Seguridad Social todavía no tienen programas implementados, aunque ya han sido identificadas áreas que los requieren, sin embargo, no hay cargos disponibles de Jefe de Programa.

Cada unidad emite un Plan Operativo Anual, el cuál está constituido de proyectos que son ejecutados por los funcionarios de la unidad.

La organización estructural general no presenta serias fallas. Parece que las funciones se dividen efectivamente y no se le da una gran carga a la coordinación de una sola oficina central (como sucede con un solo Director General en los ministerios de muchos otros países). El Ministro sólo tiene siete altos funcionarios que reportan directamente a él, un ámbito de control que no es excesivo.

---

<sup>2</sup> Esta Dirección maneja los créditos externos. Sus funciones probablemente deberían transferirse a la Secretaria General, puesto que es una función administrativa. Los intentos recientes por realizar esta transferencia han fracasado debido a restricciones legales y reguladoras. Esta transferencia podría implementarse como parte de una mayor reorganización en el futuro.

Se presenta cierta duplicación aparente en algunas áreas como en la administración de recursos humanos y de finanzas. Por ejemplo, hay una Dirección General de Gestión Financiera que no depende de la Secretaría General y existen algunas otras dependencias que tienen funciones de recursos humanos. Sin embargo, parece que dichas dependencias están realizando funciones relativamente distintas, que no requieren necesariamente de una estrecha coordinación y podrían incorporarse en un plan más amplio de reorganización, tal como se propone a continuación.

### **Cambio constante del personal de mas alto nivel**

De octubre a diciembre de 1995, el equipo de Harvard realizó un estudio institucional preliminar de las principales dependencias del Ministerio de Salud. Este estudio utilizó una entrevista estructurada con los directores y el personal profesional de once de las principales dependencias encargadas de las áreas fundamentales de la reforma del sistema de salud. Puesto que no existe una sola fuente confiable de información sobre la rotación de personal, los hallazgos de estas entrevistas son solamente parciales; no obstante, estas representan las unidades organizacionales más importantes con responsabilidad en las actividades de la reforma de la salud en el Ministerio.

Uno de los problemas institucionales más importantes y constantes del Ministerio de Salud, es el alto índice de rotación del personal profesional de más alto nivel y de los funcionarios que están en las posiciones más altas en formulación de políticas y administración, comenzando con el nivel ministerial y descendiendo hasta el nivel de Programas.

### **Liderazgo de los funcionarios de más alto nivel**

El Ministerio de Salud ha tenido cuatro Ministros en los dos años que han transcurrido desde la expedición de la Ley 100. Los cargos de los Ministros en el sistema presidencial colombiano, a menudo se rotan con los fines políticos de mantener la representación de diferentes facciones políticas dentro de la coalición gubernamental. Esta inestabilidad hace que sea más difícil una reforma sostenida de políticas, puesto que es probable que el liderazgo cambie anualmente.

También es considerable la inestabilidad del personal de más alto nivel. En diciembre de 1995, la mayoría de los funcionarios del Ministerio a nivel directivo, llevaban en sus puestos menos de un año, explicable en buena medida por la necesidad que tiene todo ministro de nombrar para ciertos cargos de alto nivel en la

toma de decisiones políticas, personal de toda su confianza. Este nivel de rotación mina la continuidad de las políticas y disminuye la memoria institucional, lo cual es importante para muchas funciones.

La mayor parte de la rotación puede explicarse por la falta de protección del personal de más alto nivel (y no necesariamente de alto nivel) debido al hecho de que cada Ministro entrante tiene el derecho a nombrar gran parte del personal.<sup>3</sup> La protección de los empleados públicos (carrera administrativa) no incluye al personal directivo. Esto significa que los directores generales, todos los jefes de división y todos los jefes de programa son de "libre nombramiento y remoción" por parte del Ministro. Con el rápido cambio de Ministros, esta falta de protección permite que se presente una rotación frecuente y perjudica las destrezas técnicas consistentes y sostenidas y la dirección de políticas.

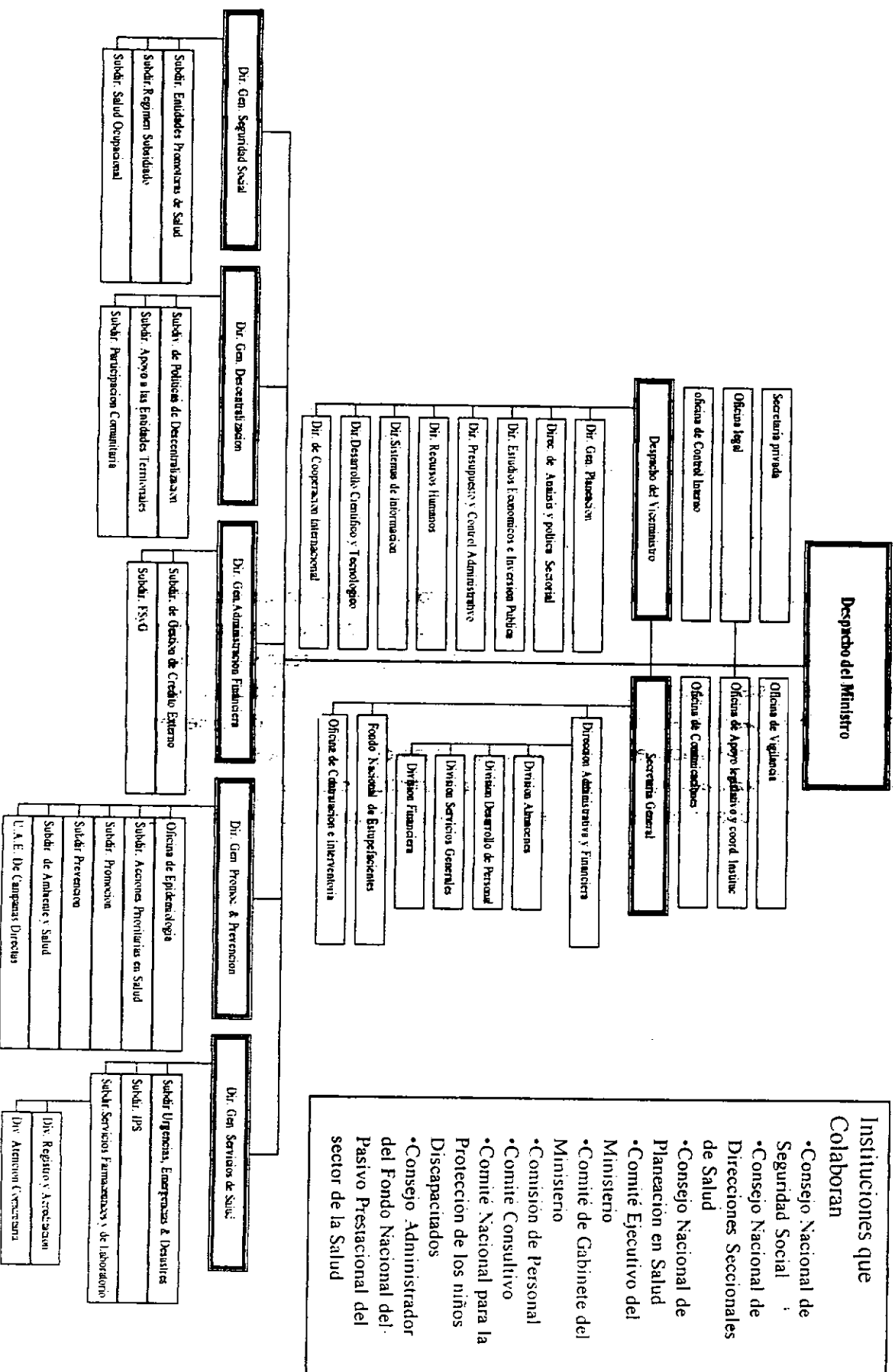
### **Personal profesional**

En la encuesta se encontró que el 25% de los profesionales (incluidos los directivos) han estado en el Ministerio por menos de un año. También parece que hay un grupo estable de profesionales que ha estado en el Ministerio por más de cinco años (50%). Este segundo grupo probablemente está protegido por las normas del Servicio Civil (Carrera Administrativa). En cambio, casi el 80% de quienes no son profesionales han estado en el Ministerio por más de cinco años. La utilización de personal por contrato no parece ser muy amplia; sólo el 19% del personal profesional de nuestra muestra, dijo estar bajo este mecanismo (ver tabla 4.1)

---

<sup>3</sup> La rotación también puede estar influenciada por los ofrecimientos de retiro voluntario y por la presencia de otras oportunidades que tienen los funcionarios de más alto nivel.

# CUADRO 4.1. ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD



**Tabla 4.1 Personal del Ministerio de Salud**

**Tiempo de Servicio del Recurso Humano Profesional en el Ministerio**

Intervalos de tiempo	Recursos Humanos	Porcentaje
0 a 6 meses	21	11.35
6.1 meses a 1 año	26	14.05
1.1 años a 2 años	12	6.49
2.1 años a 5 años	32	17.30
Más de 5 años	94	50.81
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud/Encuesta Harvard. (9 Direcciones. Incluye personal directivo)

**Distribución de los Profesionales por Tipo de Vinculación**

Empleo	Recursos Humanos	Porcentaje Total
De planta	185	81.14
De Contrato	43	18.86
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Ministerio de Salud/Encuesta Harvard (9 Direcciones)

**Distribución del Recurso Humano por Posición Ocupacional y Dependencia**

Dirección	Profesional*	Técnico	Secretari a	Apoyo	Otro	TOTA L
Planeación	6	2	0	0	0	8
Análisis & Política	5	0	1	1	0	7
Recursos Humanos	7	3	4	3	0	17
Desarrollo Científico y Tecnológico	4	0	1	1	0	6
Descentralización	48	9	12	3	0	72
Seguridad Social	19	1	8	0	0	28
Sistemas de información	8	2	1	1	0	12
Promoción & Prevención	66	12	16	4	5	103
Desarrollo de servicios	65	10	17	3	1	96
<b>Total</b>	<b>228</b>	<b>39</b>	<b>60</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>349</b>

\* Incluye Directivos

Fuente: Ministerio de Salud

**Remuneración**

Las escalas salariales para el personal de planta del Ministerio de Salud, están ligeramente por debajo de los salarios para niveles similares en el DNP y el ISS [Véase Tabla 4.2]. Si bien los consultores de los programas con financiación internacional parecen tener salarios significativamente superiores, esto no es del todo cierto en razón a que estos deben asumir sus propios costos de subsidio. Como hemos anotado anteriormente, la alta rotación del personal de más alto nivel, sugiere que deben ser compensados con un índice cercano al de los consultores.

**Tabla 4.2 Comparación de Salarios (diciembre de 1995) En pesos**

<b>Categoría</b>	<b>MSP/Programa Banco Mundial</b>	<b>ISS Contratos (PNUD)</b>	<b>Personal DNP</b>	<b>Personal MSP</b>
Con Título Profesional		570,000	963,110	696,315
Profesional Especializado	1,500,000		1,138,860 a 1,512,856	961,019 a 1,254,679
Consultor	3,000,000	850,000		
Experto	3,000,000	1,100,000		
Jefe División de Programa		1,630,000	2,844,338	1,444,888 a 1,878,354
Asesor	3,000,000	2,650,000 a 6,000,000	1,401,782 a 2,116,058	1,277,682 a 2,672,948

Fuente: MSP, DNP, PNUD

### **Sistema de Incentivos**

El sistema de incentivos para funcionarios en el Ministerio de Salud está definido dentro de las normas generales establecidas por el Régimen Laboral para empleados públicos. Hay cuatro categorías o áreas de motivación:

#### **a) Primas**

El Decreto 1661 de 1991 establece primas técnicas para cargos de Director, nivel ejecutivo y asesor, en los siguientes casos:

Prima Automática, ligada al desempeño del cargo de Director, e igual al 50% del salario y los gastos de representación.

Prima técnica por evaluación del desempeño, como reconocimiento por el trabajo realizado por el empleado, igual a un 30 a 40% del salario.

Prima técnica por entrenamiento y experiencia, como reconocimiento de entrenamiento y experiencia altamente calificada, varía entre 40 y 50% del salario.

La norma general considera todos los niveles ocupacionales pero cada entidad debe regular lo que se relaciona con el nivel profesional especializado y niveles menores. Esto es lejano dadas las restricciones presupuestales, por lo cual el Ministerio no ha aplicado esta norma.



## **b) Promoción**

Las regulaciones bajo el esquema de Carrera Administrativa, permiten una selección por concurso para posiciones de nivel superior, como una forma de determinar empleados capacitados basados en criterios objetivos e imparciales. Dentro de esta estructura, la institución es libre de hacer concursos cerrados entre sus empleados para darle mejores oportunidades en el proceso de selección.

Un mecanismo alternativo de promoción e incentivos da al empleado la oportunidad de ocupar una posición de más alto nivel, por un periodo limitado de tiempo, hasta que la selección por concurso se realice (si es una posición de Carrera Administrativa) o la posición de "libre nombramiento y remoción" es provista, a la cual el empleado puede aplicar. Este mecanismo es frecuentemente usado en el Ministerio de Salud.

Además, para posiciones de libre nombramiento y remoción, por petición de un funcionario de rango superior, un empleado puede ocupar esta clase de posiciones a pesar de que esté en Carrera Administrativa, sin renunciar a su estado de Carrera Administrativa. El uso de este mecanismo es bastante limitado en el Ministerio de Salud.

## **c) Entrenamiento**

Otro incentivo para los empleados es el entrenamiento, el cual incluye apoyo financiero para educación, en diferentes montos dependiendo del tipo de entrenamiento, el costo y el nivel salarial del empleado. Los beneficiarios de esta financiación deben aceptar quedarse en la institución. Excepcionalmente también se dan comisiones para entrenamiento; esto implica el pago de salario durante el tiempo de entrenamiento, ya sea dentro o fuera de Colombia. Más frecuentemente, se le permite al empleado dedicar algunas de sus horas de trabajo para entrenamiento (principalmente personal administrativo o de oficina) o para enseñanza.

## **d) Bienestar Social**

Finalmente, el Ministerio desarrolla programas de bienestar general para los empleados y sus familias, en áreas tales como: deportes, entrenamiento en áreas de interés individual, utilización del tiempo libre, promoción de actividades culturales y asistencia para contingencia en problemas familiares o personales. Adicionalmente, acciones dirigidas a promover y controlar la cobertura de los derechos y beneficios de la Seguridad Social son incluidas en este grupo.

## Funciones claves

La encuesta del Proyecto Harvard sobre las unidades administrativas claves del Ministerio, arroja una evaluación preliminar de las funciones actuales que están siendo desempeñadas en el Ministerio (véase Anexo sobre el resumen descriptivo del estudio).

Las dependencias del Ministerio realizan funciones en gran medida mediante “proyectos” establecidos, aunque muchas actividades pueden implementarse mediante trabajo individual o equipos de trabajo *ad hoc*. Las unidades de la encuesta habían planeado 79 proyectos, de los cuales 71 realmente estaban siendo implementados. 38 de los proyectos estaban diseñados para fortalecer y desarrollar unidades de salud descentralizadas (en los departamentos, distritos y municipios); 19 trataban formulación de políticas y diseño de instrumentos administrativos; y 14 estaban destinados a estudios. Los encuestados indicaban que actividades no programadas generalmente respondían a emergencias locales y a la necesidad de suplir debilidades de la administración local.

Mediante una revisión de las leyes y las regulaciones que asignan responsabilidades con funciones reguladoras a las instituciones públicas (Ministerio de Salud, Superintendencia, DNP, Entidades Territoriales, Ministerio de Hacienda), el estudio de Harvard identificó 14 funciones reguladoras esenciales que las instituciones reguladoras deberían realizar. A excepción de las funciones relacionadas con acreditación, supervisión y control de EPSs e IPSs y de ciertos controles financieros, que se le reservan específicamente a la Superintendencia, al Ministerio de Salud se le asignan responsabilidades en cada una de estas actividades, ya sea como la única institución responsable o conjuntamente con otras entidades públicas. En la encuesta, que se centraba en las dependencias que serían responsables de estas funciones, se encontró que las funciones analíticas eran aquellas más débiles en las unidades dentro del Ministerio y que muchas funciones específicas no estaban siendo ejecutadas, o sólo parcialmente, por las dependencias del Ministerio.

En la tabla 4.3 aparecen estas funciones en la columna de la izquierda, y la carencia actual de ejecución de estas funciones por parte de las unidades oficiales establecidas, aparece en la columna de la derecha. Tal como se anotó en cada sección, algunas de las funciones sí están siendo desempeñadas por equipos *ad hoc* de funcionarios y mediante la asistencia técnica que suministran otros aportantes (BID, BM). Sin embargo, es poco probable que esta situación se pueda sostener y el Ministerio debe asignar responsabilidades específicas para muchas de

estas funciones a un grupo de personal calificado de la unidad correspondiente.(ver tabla 4.3)

Es importante anotar que la asignación de unidades y de personal a funciones esenciales, a menudo es el resultado de decisiones de liderazgo que cambian frecuentemente. También depende de los problemas más estructurales de las destrezas que tenga el personal existente y de la disponibilidad de consultores para que suministren los conocimientos necesarios. Un ejemplo de cambios que se han realizado por liderazgo en el Ministerio, son los cambios que se han presentado en el programa que diseñó y promovió la creación de ESSs. La unidad tenía 37 funcionarios en 1993 y un presupuesto de US 18.5 millones para subsidios y contratos de asistencia técnica. Funcionaba de una forma relativamente aislada del resto del Ministerio y tenía cinco equipos que suministraban asistencia técnica en zonas geográficas específicas. Para diciembre de 1994, el personal se había reducido a 23 funcionarios y se había integrado al Ministerio, y los profesionales habían asumido varias tareas adicionales. Para junio de 1995, el personal se había reducido aún más a 19 y en enero de 1996 sólo contaba con nueve empleados.

Las decisiones sobre personal, como la anterior, pueden ser tomadas y cambiadas a través del liderazgo de más alto nivel del Ministerio, sin cambios significativos en las leyes o regulaciones y a menudo sin grandes cambios presupuestales.

### **Problemas administrativos en el Ministerio de Salud**

La bibliografía actual en el campo de la administración le da gran importancia al liderazgo organizacional y a la planeación estratégica. Los niveles de una organización deben establecer una visión clara de los objetivos y las actividades prioritarias de la institución. También deben dar a conocer la visión y el plan estratégico para que el resto de la organización lo comparta y pueda actuar de acuerdo con sus propias iniciativas. Los analistas administrativos también le dan importancia al desarrollo de procesos participativos con el fin de establecer dicha visión y el plan estratégico, de tal manera que se comprendan bien y los individuos puedan participar en su implementación.

En la encuesta se encontró que no existe una **visión institucional central** en el Ministerio de Salud. Esta situación se puede deber al cambio frecuente de Ministro y del personal de más alto nivel. La mayoría de las direcciones generales sólo comprenden parcialmente el papel del ministerio en el sistema de salud, y principalmente articulan los objetivos de su propia unidad por separado. Por lo general, consideran que seguirían haciendo en el futuro las mismas cosas que están realizando actualmente. No comprenden claramente el proceso de transición

en el cual el Ministerio cambiara su función para asumir otra de carácter más regulador.

Tampoco había **evidencia de planeación estratégica**. De hecho, parece que no existe un proceso general de planeación en el Ministerio. Actualmente, cada unidad prepara su propio plan interno (Plan Operativo Anual POA), que se reúne para conformar el Plan Institucional, pero que no tiene parámetros iniciales o dirección alguna establecida por el liderazgo del Ministerio o la Oficina de Planeación. Por lo tanto, la mayor parte de la planeación responde a iniciativas no coordinadas de los funcionarios de cada unidad. La mayor parte de los planes están diseñados en torno a las actividades (p.ej. número de talleres) y no a productos o resultados específicos.

**Tabla 4.3 Funciones reguladoras y problemas claves en el desempeño del Ministerio de Salud**

<b>Funciones reguladoras esenciales</b>	
<b>Problemas en el desempeño del Ministerio de Salud</b>	
<b>Funciones Analíticas</b>	<b>Funciones analíticas</b>
<b>Evaluar el mercado.</b> Realizar estudios de demanda y oferta, utilización, productividad, distribución de proveedores, estructuras y prácticas de mercadeo, sistemas de contratación, sistemas de pago, sistemas de garantía de calidad, costos de la producción, costos administrativos de competir, tarifas y contratos; establecer metodologías para estimar los costos de producción, tarifas y pagos.	<b>Evaluar el mercado.</b> Ninguna de las funciones estaba siendo desempeñada por las dependencias del Ministerio cuando se hicieron las entrevistas; sin embargo, algunas actividades están siendo realizadas por equipos <i>ad hoc</i> de la Dirección de Estudios Económicos (p.ej. tarifas). El equipo Harvard está suministrando asistencia para estudios fundamentales.
<b>Evaluación de Primas y Reaseguros:</b> Evaluar la UPC, especificar los sistemas de reaseguros.	<b>Evaluar las primas y el reaseguramiento.</b> Ninguna unidad del MSP tiene el desarrollo suficiente para evaluar la UPC ni para diseñar un sistema de reaseguramiento. Varias funciones están recibiendo el apoyo del equipo de Harvard con equipos <i>ad hoc</i> de funcionarios del Ministerio.
<b>Establecer el sistema de información.</b> Definir, regular, unificar y supervisar la información básica requerida para el funcionamiento del sistema.	<b>Establecer sistemas de información.</b> Aun cuando existe un sistema actual de información general (SIS), es necesario implementar mejoras significativas.
<b>Planeación de recursos humanos.</b> Recolectar datos, realizar encuestas, desarrollar metodologías de planeación de recursos humanos y hacer proyecciones de la oferta y la demanda de recursos humanos.	<b>Planeación de recursos humanos.</b> La Dirección de recursos Humanos del MSP no ha podido mantener una base de datos actualizada; actualmente no está desarrollando metodologías adecuadas y útiles de planeación de recursos humanos.
<b>Evaluar y controlar la tecnología de alto costo.</b> Establecer criterios para evaluar y controlar la adquisición de tecnología costosa.	<b>Evaluar y controlar la tecnología de alto costo.</b> La Dirección Científica y tecnológica del MSP todavía no está evaluando la tecnología según su costo - efectividad. Hay planes para hacerlo el año entrante.
<b>Regulaciones del aseguramiento</b>	<b>Regulación de seguros</b>
<b>Afiliación.</b> Informar a la población, identificar a la población elegible, revisar los mecanismos de afiliación y controlar el proceso de afiliación,	<b>Afiliación.</b> Aunque existe un programa de información pública, actualmente ninguna unidad del MSP está suministrándole al público información sobre afiliación, obligaciones y derechos; ninguna unidad tiene el desarrollo adecuado para revisar los mecanismos de afiliación.
<b>Regular las entidades promotoras de salud.</b> Establecer criterios para la creación, organización y transformación de EPSs; certificar EPSs, controlar selección adversa y de riesgos, supervisar el cumplimiento de las regulaciones, suministrar asistencia técnica.	<b>Regular las entidades promotoras de salud.</b> La Superintendencia está realizando la mayor parte de las regulaciones necesarias para las EPSs y ha establecido criterios de certificación y de presentación de informes, pero ninguna unidad del MSP está prestando asistencia técnica.
<b>Regular los paquetes de beneficios.</b> Definir los POS, PAB, PAMI, realizar estudios de costo - efectividad, regular los planes complementarios.	<b>Regular los paquetes de beneficios.</b> Ninguna unidad del MSP está desarrollando actualmente regulaciones de los planes complementarios.

**Tabla 4.3 (Continuación) Funciones reguladoras y problemas claves en el desempeño del Ministerio de Salud**

<i>Regulación de proveedores</i>	
<b>Regulación de las instituciones proveedoras.</b> Establecer criterios para la creación, transformación y fortalecimiento de las instituciones proveedoras (IPS), suministrar asistencia técnica, apoyar el mejoramiento de la infraestructura y equipos, evaluar el manejo de la instituciones públicas.	<i>Regulación de proveedores</i> <b>Regulación de instituciones proveedoras.</b> La regulación de IPSs todavía no ha sido aprobada; Aunque existen dos unidades con funciones en el campo del fortalecimiento administrativo, su ejecución es mínima. Los programas apoyados por el BID y el Banco Mundial están prestando apoyo para fortalecer la administración hospitalaria.
<b>Regulación de la calidad.</b> Establecer normas para expedir licencias, acreditación, evaluación y control de calidad; establecer un sistema de información sobre calidad, supervisar la calidad de los proveedores.	<b>Regulación de la calidad.</b> El personal actual no tiene la formación académica en aspectos de regulación de calidad; sin embargo, los programas apoyados por el Banco Mundial están prestando apoyo en consultorías. La Superintendencia tiene funcionarios que supervisan la calidad.
<b>Atender a los beneficiarios.</b> Definir mecanismos para atender a los beneficiarios; definir y promover los comités de vigilancia comunitarios (veedurías comunitarias); definir mecanismos de recepción de quejas; promover la formación de ligas de beneficiarios.	<b>Atención a los beneficiarios.</b> Ninguna unidad del MSP es responsable de darles información a los beneficiarios. La Superintendencia tiene un programa al respecto.
<i>Regulación de la financiación</i>	
<b>Financiación del sistema.</b> Manejar la financiación que permite la ley; establecer mecanismos efectivos y eficientes de recolección; distribuir los recursos de "solidaridad"; manejar un mecanismo de compensación para el régimen contributivo; controlar la evasión; supervisar las fuentes y los usos de los fondos.	<i>Regulación de la financiación</i> <b>Financiación del sistema.</b> Ninguna unidad del MSP es responsable de recaudar los aportes (esta función está asignada por ley a las EPSs) y no hay, actualmente, una unidad que los supervise. La superintendencia y el FSyG realizan muchas de las otras funciones de supervisión.
<i>Descentralización</i>	
<b>Suministrar asistencia técnica.</b> Apoyar y acreditar las unidades territoriales a nivel departamental y municipal.	<i>Descentralización</i> <b>Suministrar asistencia técnica.</b> Aunque la Dirección General de Descentralización es de gran tamaño y está prestando asistencia técnica, las muestras de campo indican que la necesidad de asistencia técnica es mucho mayor que la capacidad de suministrarla.

En el estudio se encontró que hay varios proyectos que se duplican, por ejemplo, varios tratan la participación comunitaria. La mayoría de las Direcciones no están organizadas internamente en torno a programas separados, a los individuos se les asignan tareas con funciones específicas. Además, no existe **una dependencia central fuerte que suministre los contenidos analíticos coordinados, para asumir el liderazgo en los asuntos de las políticas de la reforma de la salud**. El Ministerio de Salud ha establecido por lo menos cuatro dependencias que tratan los principales asuntos de políticas de la reforma:

- Dirección General de Planeación
- Dirección General de Seguridad Social
- Dirección de Análisis y Política Sectorial
- Dirección de Estudios Económicos

En conjunto, estas direcciones tienen un grupo de profesionales (incluyendo ocho economistas, dos administradores de empresas, nueve médicos, un ingeniero industrial, dos abogados), pero actualmente están dispersos y descoordinados, y responden a diferentes jefes. También hay bastante coincidencia en sus tareas y funciones.

Otros hallazgos del estudio indican que las mejoras administrativas deben iniciarse en varias áreas. Muchas direcciones dependían de los elementos iniciales que les suministraran de otras direcciones (particularmente en información, aprobación por parte de autoridades superiores, normas y documentación) que se consideraba que no llegaban a tiempo. En el estudio también se encontró que la mayoría de los administradores medios tenían un estilo administrativo apropiado “directivo-participativo”, en vez de los extremos demasiados directivos (autoritarios) y no directivos. Sin embargo no hay un manejo claro por objetivos y resultados. Muy pocos de los entrevistados recibieron a su ingreso inducción a la institución y al cargo.

El análisis del Ministerio de Salud realizado por el equipo de Harvard fue un estudio inicial que probablemente no cubre muchos aspectos organizacionales importantes. Por ejemplo, la cultura organizacional tiene un efecto relevante en el manejo efectivo del Ministerio. Un estudio de la cultura organizacional en la institución está siendo actualmente procesado y se espera contar con sus resultados antes de continuar con nuestro análisis. Estudios sobre el estilo de liderazgo, canales de comunicación y otros aspectos de la administración deberán ser implementados en el primer año de ejecución del crédito BID.

Aunque no hemos hecho un estudio de la Cultura Organizacional directamente, nuestro estudio de problemas administrativos en el Ministerio de Salud sugirió que la resistencia al cambio es el mayor problema de la cultura organizacional. La resistencia al cambio no es inusual en cualquier burocracia y requiere esfuerzos consistentes y a largo plazo para alentar cambios positivos. Los mejoramientos administrativos sugeridos en la Sección 4.3.2 deben ofrecer una base para superar la resistencia al cambio.

#### **4.2.5 Superintendencia Nacional de Salud**

La Superintendencia es la responsable de supervisar el sistema de salud y de asegurar que los controles financieros y de calidad y las reglas de juego estén siendo cumplidos. Esta institución se encuentra organizada en cinco direcciones generales y una secretaría general. La Dirección General para el Control de las Rentas Cedidas supervisa los impuestos de destinación específica para el sector de la salud. La Dirección General para el Área Financiera del Sector de la Salud supervisa los fondos locales de salud, las IPS, las ESE y el FSYG. La Dirección General de Inspección y Vigilancia es la responsable de realizar las visitas de inspección a proveedores, aseguradores y empleadores y tiene una división encargada de la atención a las quejas de los usuarios. La Dirección General de EPS y Entidades de Prepago monitorea además de estas compañías otras entidades de previsión social (Véase cuadro 4.2).

La Superintendencia está organizada de tal manera que pueda asumir la mayoría de las funciones que le han sido encomendadas. Sin embargo, su principal debilidad radica en que las antiguas unidades descentralizadas (seccionales) que fueron eliminadas en la reestructuración reciente aun no han sido reemplazadas. Además, una de las principales funciones, que debería estar asignada a la Superintendencia, consistente en informar al público acerca de la calidad de los proveedores de los servicios, no está siendo desempeñada ni por la Superintendencia ni por el Ministerio.

Así como en el Ministerio, también hay un cambio frecuente y rápido del personal de más alto nivel. El estudio de la Superintendencia realizado por el equipo de Harvard en julio de 1995 encontró que ocho de los directivos de más alto nivel (directores de áreas y jefes de oficinas) han estado en su cargo por menos de un año y cinco, por menos de seis meses. Solamente uno provenía de la Superintendencia, cuatro de otras instituciones públicas, dos del sector privado y uno tenía experiencia tanto en el sector público como privado.



Todo el equipo directivo de alto nivel parece estar técnicamente calificado para sus cargos, reflejado en la formación universitaria y en otro tipo de cursos. Solamente uno no tenía estudios de postgrado y todos los demás tenían cursos cortos adicionales en su área. Ellos expresaron interés en recibir mayor entrenamiento en legislación administrativa y financiera, en administración y en sistemas de información.

El estudio de Harvard también encontró varios problemas administrativos que eran similares a los del Ministerio:

- Falta de visión organizacional y planeación estratégica
- Duplicación y exceso de personal en algunas áreas, y falta de personal en otras

No obstante, desde mediados de 1995, la Superintendencia ha iniciado un proceso de reforma institucional que utiliza muchas de las técnicas administrativas más avanzadas para la transformación institucional. También ha iniciado un intenso proceso de planificación estratégica participativa, está revisando las descripciones del trabajo del personal y las cargas de trabajo y está planeando programas de educación continuada de mejoramiento profesional.

#### **4.2.6 Fondo de Solidaridad y Garantía (FSyG)**

El FSyG es el fondo que maneja los recursos del Régimen Contributivo, recauda y reasigna los fondos para el Régimen Subsidiado y maneja los fondos de promoción y prevención de las EPS y los seguros para eventos catastróficos y accidentes de tránsito. El FSyG firmó un contrato con FOSGA -un consorcio de seis entidades financieras- para que actúe como agente fiduciario del gobierno, administrando el fondo. El FSyG tiene un director, dos profesionales y un técnico para manejar el contrato con el consorcio.

El FSyG maneja cuatro subcuentas (cada una de las cuales es administrada por una de las firmas del consorcio):

- Compensación Interna para el Régimen Contributivo: que recauda el "excedente" de las EPSs y lo redistribuye a aquellas en "déficit"
- Fondos de Solidaridad para el Régimen Subsidiado: recauda y asigna los "aportes de solidaridad" de las entidades promotoras de salud, para los pobres

- Subcuenta de promoción y prevención de las EPSs; y
- Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT): recolecta aportes de las compañías de seguros, del MSP y Fonsat y los redistribuye a los proveedores de servicios por accidentes y eventos catastróficos.

El FSyG también invierte los fondos en bonos y otros instrumentos financieros en un portafolio de inversiones. El FSyG también es supervisado por la Superintendencia y en su informe de junio, encontró que la Superintendencia no estaba recibiendo suficiente información y recibos de parte de las EPSs y recomendó nuevos requerimientos.

#### **4.2.7 Sobreposición de competencias entre las instituciones reguladoras**

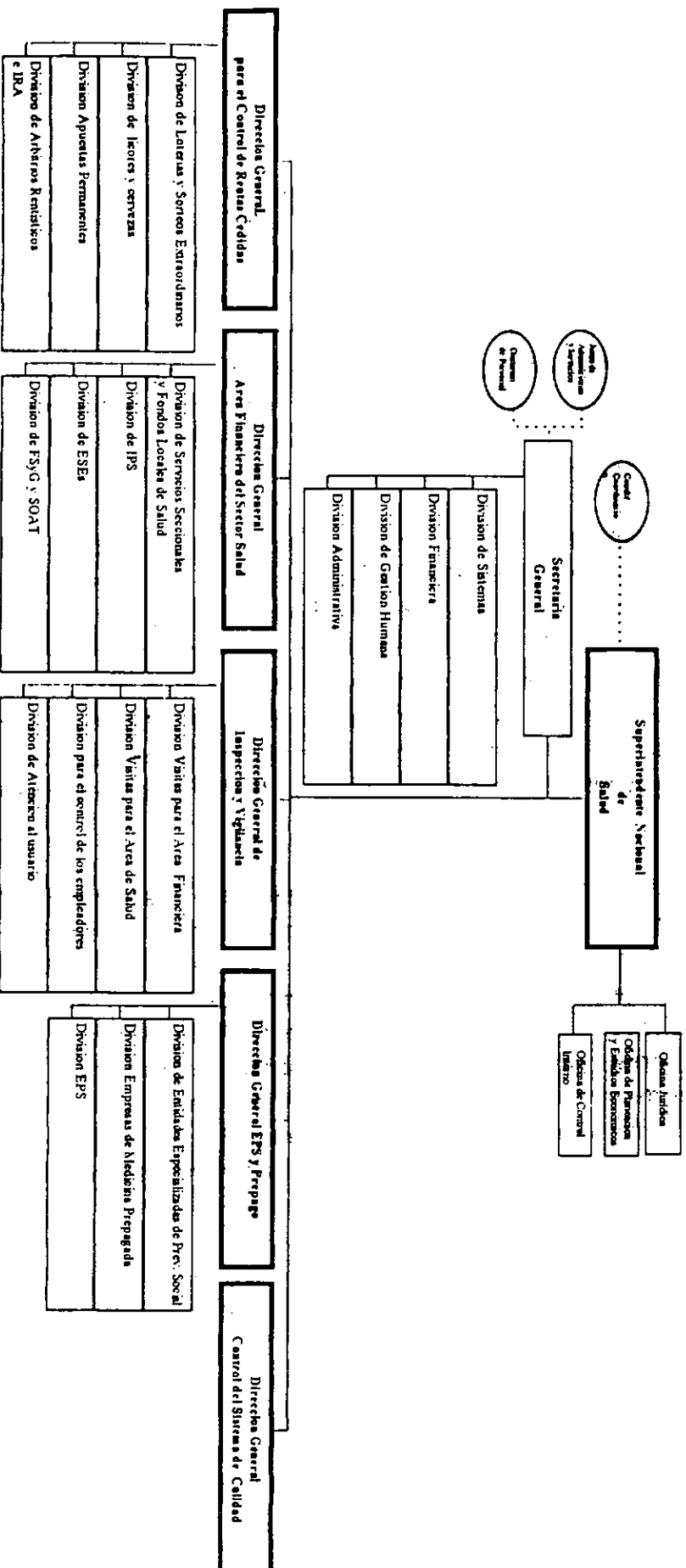
Es posible que haya áreas donde coinciden las competencias, especialmente entre la Superintendencia y el Ministerio de Salud. Una revisión de las competencias legales asignadas por la Ley 10, 60, 100 y los decretos 1895, 1918 y 1663 de 1994, indicaba que a la Superintendencia, al Ministerio y a las "Entidades Territoriales", se les habían asignado algunas áreas en donde coincidían las competencias, en gran medida en lo referente a la supervisión y control del sistema de salud.<sup>4</sup>

Esta duplicación de competencias ha creado cierta fricción entre los funcionarios del Ministerio y de la Superintendencia, en gran parte en lo concerniente a las recomendaciones para expedir decretos o en la falla de una institución para seguir las iniciativas de la otra. Sin embargo, esta competencia no ha sido disfuncional, por cuanto las recomendaciones de las dos fuentes pueden presentar opciones fructíferas, y la presentación de prioridades diferentes por parte de las dos instituciones son inevitables. No encontramos indicios de que la duplicación hubiera dado como resultado pronunciamientos oficiales en conflicto, que pudieran crear caos entre los proveedores y las entidades promotoras de salud. Existen pruebas de que las tres instituciones están incrementando la demanda de información de parte de los proveedores y las entidades promotoras. Este problema de la duplicación de solicitudes y el exceso de peticiones de información, están incrementando los costos administrativos de los informes y muy probablemente está reduciendo la calidad de la información. Mientras que la duplicación de algunas actividades puede ser útil para la redundancia y para generación de opciones alternativas, el problema de duplicación sobre requerimientos de información debe ser orientado por un "ombudsman" en el Sistema de Información (ver Sección 4.4.3).

---

<sup>4</sup> Hugo Afanador Lozano, "Competencias en el Ambito de la Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social", Superintendencia Nacional de Salud, septiembre de 1995.

**NACIONAL DE SALUD**



#### **4.2.8 “Entidades Territoriales” descentralizadas**

El proceso de descentralización ha sido dictado por la Constitución de 1991 y una serie de leyes y regulaciones, incluyendo la Ley 12 (1986), la Ley 10 (1990), y la Ley 60 (1993). Estas leyes establecieron una fórmula de asignación de las transferencias intergubernamentales, la apropiación nacional presupuestal e impuestos locales destinados a la atención en salud (véase Capítulo 6). También se estableció un proceso de certificación de la descentralización por medio del cual los departamentos y los municipios cumplen una serie de requisitos, incluyendo el establecimiento de mecanismos de financiación, capacidad administrativa y de planeación, recursos para pensiones y la situación de la carrera administrativa.

La complejidad de las fórmulas ha dado como resultado, una gran confusión a nivel departamental, municipal y a nivel de las instituciones, así como irregularidades e incertidumbre aparente sobre la disponibilidad de la financiación. La Ley 100 lo hizo aún más complejo, pues no ha definido claramente cómo se transferirán los fondos de los subsidios de oferta, que han estado sujetos a las fórmulas de la ley 10 y a la Ley 60, que pasarán a los subsidios de demanda establecidos por la Ley 100. Esta falta de claridad, ha dejado a los departamentos y a los municipios con un control aparente de recursos de subsidios de oferta, que en el futuro deberán pasar a subsidios de demanda.

En el Capítulo 1, discutimos un proceso que se ha propuesto para pasar de subsidios de oferta a subsidios de demanda; sin embargo, este cambio establecerá normas nacionales para la reasignación, que reducirá el ámbito actual de toma de decisiones a nivel departamental y municipal. Una propuesta reciente para revisar la Ley 60 reasignaría porciones de las fuentes de ingresos específicos (transferencias intergubernamentales, presupuestos nacionales, impuestos específicos) para financiar el subsidio de demanda. No está claro, de qué forma esta reasignación dará el cambio de subsidio de oferta a subsidio de demanda que les da a los departamentos, a los municipios y a las instituciones, financiación confiable y predecible.

El proceso de certificación de descentralización también es complejo y prolongado. Con el fin de lograr la certificación según la Ley 60, los municipios y los departamentos deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Organizar e implementar un sistema de información básico sobre salud, para supervisar y controlar la prestación y la financiación del servicio.
2. Elaborar el plan sectorial de salud y el plan de descentralización.

3. Desarrollar una metodología local para preparar un plan de salud para la prestación de los servicios.
4. Crear una autoridad territorial de salud (Unidad o Secretaría Administrativa).
5. Establecer la carrera administrativa para los trabajadores de la salud.
6. Transformar los hospitales públicos en ESEs con su propia autonomía administrativa, de recursos y legal.
7. Afiliación de los trabajadores a Fondos de cesantías e instituciones de seguridad social.
8. Crear un fondo local independiente con diferentes subcuentas para manejar la financiación proveniente de diferentes fuentes con destino a los servicios de salud.
9. Elaboración del manual de funciones.
10. Lograr que la asamblea departamental apruebe las normas y los procedimientos para la distribución del Situado Fiscal.
11. Establecer procedimientos para evaluación y supervisión.
12. Organizar una red de prestación de servicios (no es requisito para los municipios).

La Dirección General de Descentralización del Ministerio, con gran apoyo de parte del Programa de Sistemas Municipales de Salud (PSMS), con la financiación del Banco Mundial, les presta asistencia técnica a los departamentos y a los municipios y maneja el proceso de certificación.

El proceso de certificación ha avanzado con lentitud. El plan original, que especificaba un cronograma para la certificación, con base en el tamaño del municipio y su nivel de desarrollo, hubiera permitido que todos los municipios estuvieran certificados para 1995; sin embargo, hasta la fecha, sólo 11 de los 32 departamentos, 22 de los 1050 municipios, y 4 distritos (ciudades principales) han sido certificados. De los departamentos que no se han descentralizado, 14 han cumplido con menos de 6 requisitos y 7 han satisfecho más de 6 (véase Mapa 4.1).

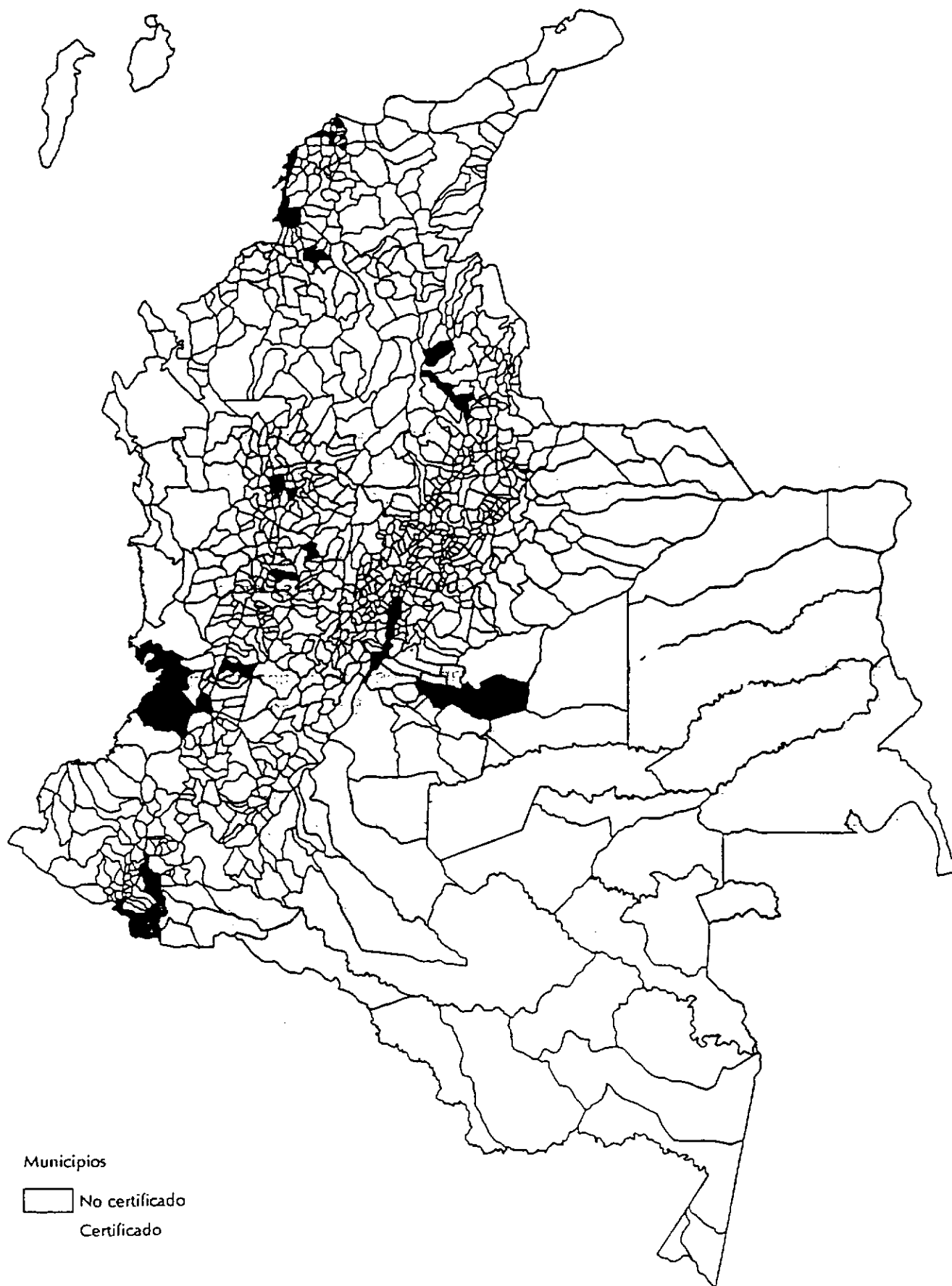
La OMS, con el apoyo del Proyecto Harvard y el Programa de Sistemas Municipales de Salud (PSMS) han iniciado un estudio sobre la implementación y los resultados de la descentralización. Este todavía no se ha terminado; sin embargo, los resultados iniciales sin procesar, provenientes de varios departamentos y municipios estuvieron a disposición de este informe.

La información se obtuvo mediante entrevistas directas con funcionarios de los gobiernos departamental y municipal y de los hospitales. Se aplicó un cuestionario estructurado, abierto, y se obtuvo documentación adicional. El estudio incluyó 9 departamentos, 44 municipios y 2 distritos. Tenemos resultados preliminares de 6

de estos departamentos (Antioquia, Bolívar, Sucre, Quindío, Santander y Meta), con algunos de sus municipios y hospitales.

De los departamentos estudiados, 3 ya han sido certificados (Sucre, Meta y Antioquia), 2 ya habían cumplido de 7 a 12 de los requisitos legales para la certificación (Santander y Quindío) y sólo uno, Bolívar, cumplía con menos de 6 de estos requisitos. De los municipios estudiados en estos departamentos, 7 se han descentralizado y 22 no.

Mapa 4.1. Municipios Certificados por la Desccentralización.



Los siguientes son los hallazgos preliminares:

La mayoría de los departamentos y los municipios están avanzando en el establecimiento de bases institucionales para la descentralización. El estudio muestra que muchos de los requisitos para la certificación de la descentralización ya se han cumplido incluso en departamentos y municipios que todavía no han sido certificados.

- **Se están creando fondos locales de salud.** Muchos de los departamentos y municipios que todavía no han sido certificados ya han creado sus fondos de salud.
- **Se están creando Secretarías de Salud**
- **Los empleados están siendo inscritos a la carrera administrativa.** Por ejemplo, el departamento del Quindío, que todavía no ha sido certificado, ha inscrito el 90% de sus trabajadores a la carrera administrativa.
- **Se están formando ESEs.** En diciembre de 1995, 75% (106 de 142) de los hospitales públicos de nivel II y III en Colombia se habían transformado en ESE.

También hay datos preliminares que indican que ha habido mejoras en financiación recursos humanos, y servicios una vez han sido certificadas. Sin embargo, estos hallazgos son muy parciales y no han sido verificados.

- **Existen indicios de una mayor financiación a nivel local.** En algunos departamentos puede haber un incremento en la financiación por las "Rentas Cedidas" (Impuestos obtenidos localmente)
- **Hay indicios de incremento de generación de recursos provenientes de la venta de servicios de salud.**
- **En algunos de los municipios estudiados hay indicios de mejoras en los servicios.** Por ejemplo, el Municipio de Rionegro en Antioquia informa que la cobertura de la atención médica ha aumentado, y la calidad en hospitalización, consulta externa y los servicios de urgencia también han mejorado.
- **Hay indicios de mejoras en la administración y mayor profesionalización del personal.**



La encuesta también señala ciertos problemas continuos y que están surgiendo en la implementación de la descentralización.

- **Algunos departamentos no están redistribuyendo los fondos a los municipios.** La encuesta encontró que en Antioquia algunos municipios certificados no estaban recibiendo el situado fiscal y estaban financiando sus servicios con recursos propios
- **Hay temor y resistencia a aceptar el control en los municipios.** Algunos funcionarios locales temen que las mayores responsabilidades no encuentren fondos suficientes y, por ende, no están buscando la certificación con mucho entusiasmo. En el departamento de Antioquia, algunos municipios consideran que los recursos asignados no son suficientes para cumplir con la responsabilidad de prestar atención médica de primer nivel, incluyendo la promoción y prevención. En el departamento de Sucre, existe este mismo temor, además de que consideran que no serán capaces de generar suficientes recursos locales debido a la pobreza del departamento.
- **Los procedimientos legales para lograr la certificación son complicados.** Hay algunos municipios que tienen la capacidad técnica de manejar la descentralización pero no han podido cumplir todos los requisitos legales
- **Hay problemas significativos con la implementación de los fondos de cesantías y pensiones (pasivo prestacional)** El proceso de descentralización incluye la transferencia de personal entre los diferentes niveles administrativos territoriales. Esta transferencia debe ir acompañada de la transferencia de la responsabilidad en el manejo, a nivel territorial, de las pensiones y cesantías. Esta responsabilidad incluye asumir una deuda para cubrir las obligaciones iniciales y aún es desconocido el monto de esta deuda. El Gobierno ha creado un fondo para financiar esta deuda con recursos provenientes de un 20% de las utilidades de ECOSALUD, con un porcentaje de los recursos obtenidos por la venta de empresas estatales y los provenientes del presupuesto general de la Nación. Sin embargo, todas las obligaciones que se generen después de diciembre de 1993, deben ser asumidas por las Entidades Territoriales. Esta deuda se ha convertido en un desincentivo para llegar a ser certificados.
- **Falta suficiente asistencia técnica de los niveles nacional y departamental.** La mayoría de los municipios encuestados se quejaron de que no habían recibido el nivel y el tipo de asistencia técnica que necesitaban para comprender e implementar el proceso de descentralización.

Nuestras conclusiones preliminares sobre el proceso de descentralización son:

- El proceso de certificación está avanzando muy lentamente
- Los criterios para la certificación detienen el proceso y son demasiado complejos e innecesariamente exigentes
- La asistencia técnica necesaria para ayudarles a los departamentos y a los municipios a lograr la certificación es inadecuada
- La deuda del Pasivo prestacional es el mayor obstáculo para la descentralización; y
- La falta de conocimientos sobre el flujo de la financiación y el temor de asumir responsabilidades sin financiación suficiente, están haciendo que algunos funcionarios locales se resistan a la certificación

#### **4.2.9 Conclusión: problemas de las instituciones reguladoras**

El resumen, los principales problemas de las instituciones reguladoras son:

- El Consejo Nacional no está cumpliendo su función de establecer consenso en torno a las políticas, debido a que no tiene suficiente información, ni iniciativas para la definición de la agenda; ni los representantes de las organizaciones no gubernamentales tienen mecanismos claros de rendición de cuentas ante sus representados
- La alta rotación del personal a nivel de trabajadores de más alto nivel del Ministerio de Salud y la Superintendencia impide que haya capacidad técnica sostenida y estabilidad en la implementación de la reforma
- Las funciones claves de la reforma no están siendo implementadas adecuadamente por ninguna de las instituciones reguladoras principales. En especial:
  - Recaudo
  - Regulaciones sobre calidad de los servicios de los proveedores
  - Control de tecnología
- Muchas funciones claves están siendo realizadas por unidades del Ministerio pero sin tener el desarrollo suficiente o están siendo implementadas mediante equipos *ad hoc* y con el apoyo de los aportantes internacionales, en lugar de estar siendo ejecutadas por unidades administrativas estables y sostenidas de las instituciones reguladoras. En especial:

- Estudios del mercado
  - Asistencia técnica en administración
  - Evaluación de UPC y mecanismos de pago
  - Planeación de recursos humanos
  - Asistencia técnica para el proceso de descentralización
  - Mejoramiento del sistema de información
  - Supervisión de la calidad e información a los consumidores sobre ésta.
- La Superintendencia no tiene el desarrollo suficiente para realizar la supervisión y la puesta en marcha de las funciones a nivel departamental.
  - El proceso de descentralización está avanzando muy lentamente, sin suficiente asistencia técnica que promueva las destrezas y cumpla los requisitos de la certificación.
  - No existe una institución independiente de investigación y análisis de políticas que pueda desarrollar recursos de información continua y ofrecer asesoría a largo plazo y de alta calidad sobre los asuntos claves de la reforma.

#### **4.3 RECOMENDACIONES PARA LAS INSTITUCIONES REGULADORAS**

##### **4.3.1 Visión general de las opciones recomendadas**

La eficacia de las instituciones reguladoras depende de diferentes factores: de la actividad que se está regulando, de la organización y la fuerza de los grupos interesados que están siendo regulados, de la disponibilidad de intereses que hagan contrapeso en favor de los beneficiarios, de la fuerza de los organismos gubernamentales para resistir ser “capturados” por parte de los intereses o de suministrar un juez neutral del “interés público”. Esta también involucra la definición de roles y funciones apropiados que el gobierno debe asumir en un sistema de salud que evoluciona.

No hay un solo enfoque para la regulación que haya demostrado ser efectivo en la promoción del tipo de metas amplias que tienen las reformas de salud (de hecho, existe poco consenso sobre cuáles son las instituciones más eficaces para regular áreas específicas de la reforma - como pagos o licenciamiento). Tampoco existe una teoría amplia que sugiera un modelo de aproximación a la regulación en un sistema que está sufriendo una gran transformación.

Los expertos internacionales han encontrado que los mejores diseños institucionales respetan el contexto institucional del país. Los modelos foráneos pueden suministrar parámetros para futuras modificaciones, pero deben ser apropiados y adaptados al contexto político y organizacional que puede establecer fuertes limitaciones en la efectividad de cualquier modificación institucional.

Los modelos internacionales de estructuras institucionales van desde sistemas altamente centralizados hasta sistemas altamente fragmentados y descentralizados. El sistema francés es probablemente el más centralizado, con ministerios gubernamentales que predominan en el ámbito regulador y que negocian directamente con la partes interesadas (sindicatos, aseguradoras, asociaciones hospitalarias), a menudo de manera informal. Otros sistemas europeos, Alemania y Holanda, por ejemplo, involucran comisiones de negociación "corporativas", en donde las instituciones mas "altas" que representan a las aseguradoras y a los proveedores (y en algunos casos a los sindicatos y los empleadores) negocian directamente entre sí, según algunos parámetros de los funcionarios gubernamentales, especialmente en la regulación de pagos y la acreditación y licencias, y llegan a un acuerdo sin que haya una participación directa de los funcionarios del gobierno.<sup>5</sup> El sistema estadounidense es el más fragmentado, con muy diversas formas institucionales, tanto a nivel federal como estatal, y una fuerte cultura política, que por lo general se resiste a la regulación gubernamental.

Sin embargo, el sistema estadounidense es importante para Colombia, puesto que es uno de los dos países del mundo que ha diseñado enfoques institucionales para el manejo de la "competencia regulada". Los diseños institucionales del Plan Clinton se basaron en modificaciones del sistema fragmentado y federalizado, tratando de cierta manera de imponer una política y control más centralizado sobre el sistema. Se hubieran creado nuevas instituciones para realizar las nuevas funciones claves como el rol de "patrocinador" de las alianzas de consumidores (Cooperativas de compradores de Seguros de Salud). Estas nuevas instituciones fueron mal definidas administrativamente y varias opciones estuvieron sujetas a un gran debate. Este rol no tiene una contraparte clara en Colombia debido a la diferencia en el diseño de los instrumentos de la política; sin embargo, el Ministerio y la Superintendencia realizan algunas de las funciones del patrocinador. El Plan Clinton también propone la creación de una Junta Nacional para supervisar la implementación del nuevo sistema, similar al Consejo Nacional de Colombia.

---

<sup>5</sup> Las asociaciones más altas reúnen a las pequeñas asociaciones generalmente en una federación o sindicato que congrega los intereses de todo el sector. Tratan de obtener consenso en torno a sus diferentes intereses (como pequeños y grandes proveedores), de tal manera que estos intereses se canalicen en una sola voz.

El sistema de salud de Colombia está en transición. Antes de la reforma, era un sistema tripartito con un sector manejado por el gobierno, el Instituto de Seguros Sociales, y el sector privado. El sector del gobierno estaba dominado por el Ministerio de Salud que operaba más que regulaba sus propias instituciones. El ISS era un organismo gubernamental semi-autónomo que también operaba sus propias instituciones. El sector privado era regulado por la Superintendencia de Salud, que también hacía cumplir el recaudo y distribución de impuestos destinados y supervisaba los planes de seguros prepagados y el ISS.

La Ley 100 introdujo un cambio en estos roles, obligando al Ministerio a dejar el control de las operaciones de las instituciones y a asumir un rol más regulador y de formulación de políticas. La Ley creó una nueva institución, el Consejo Nacional, que es el organismo central para alcanzar el consenso sobre políticas gubernamentales. Este redujo el estatus especial del ISS y lo está obligando a funcionar más como las instituciones aseguradoras y las proveedoras del sector privado. La Ley le agregó funciones a la Superintendencia, ampliando su rol regulador en la "competencia regulada". Al mismo tiempo, leyes anteriores (10) y (60) habían llevado a una mayor descentralización de las estructuras previamente centralizadas, en donde los funcionarios elegidos en los municipios y los departamentos tomaban más control del presupuesto de la salud y de las decisiones operativas.

En este contexto, las nuevas reformas imponen grandes opciones a las estructuras institucionales. El sistema colombiano ni es centralizado como el sistema francés ni es tan fragmentado y descentralizado como el sistema estadounidense. No tiene la fuerte competencia de los grupos de interés como en Estados Unidos que requieren de espacios para "congregar" sus intereses; ni tampoco tiene la fuerte representación de las altas asociaciones que se incorporan en el marco regulador de los modelos corporativos europeos.<sup>6</sup>

Debido a que no hay un parámetro claro que proponga una estructura institucional ideal, presentaremos nuestras recomendaciones para las opciones institucionales y discutiremos sus ventajas y desventajas, tanto en los países donde han sido implementadas (o propuestas como en el Plan Clinton) y a la luz de las expectativas de las limitaciones colombianas.

---

<sup>6</sup> Se están formando grupos según intereses; sin embargo, se pueden convertir en actores más poderosos en el futuro.

## Criterios para evaluar la transformación de las instituciones reguladoras

Nuestro objetivo es crear un sistema que realice las funciones básicas para una implementación eficaz de la reforma de salud y que trate los problemas claves identificados. En la Tabla 4.4 se delinean los criterios recomendados para un nuevo sistema regulador institucional:

**Tabla 4.4 Criterios para la transformación de las instituciones reguladoras**

<b>Suministrar continuidad y sostenibilidad</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Suministrar capacitación técnica continua en áreas claves de la reforma (pagos, calidad, tecnología, recaudo) que perdure más allá de un solo período ministerial o presidencial</li></ul>
<b>Establecer la capacidad para realizar funciones reguladoras claves</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fortalecer la capacidad reguladora dentro del Ministerio de Salud para las funciones reguladoras claves</li></ul>
<b>Establecer consenso para la política y el cumplimiento</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Suministrar los medios para articular los diferentes intereses y un foro para alcanzar el consenso entre ellos</li><li>• Asegurar la coordinación y la consistencia en las decisiones sobre políticas</li><li>• Evitar la "captura" (*) por parte de los intereses que están siendo regulados</li></ul>

\* Se entiende por "captura" cuando las instituciones reguladas logran influir a su favor en las decisiones de quienes deben regularlos

Si bien es cierto que ningún sistema puede lograr completamente todos estos objetivos, recomendamos una secuencia de programas de desarrollo institucional con varias opciones abiertas al debate y a la toma de decisiones por parte del gobierno. La secuencia que recomendamos involucra:

- En el año 1, fortalecimiento del Ministerio de Salud y de la Superintendencia;
- En el año 1, creación de un instituto autónomo de política e investigación;
- En los años 1 y 2, creación de cuatro comisiones asesoras principales que suministren la capacitación técnica constante y los espacios para llegar a un acuerdo sobre los asuntos técnicos claves (inicialmente adscrito al Ministerio de Salud.
- En el año 7, fortalecimiento de la autonomía del Consejo Nacional, y
- En el año 8, transferencia de las comisiones asesoras para que dependan del Consejo Nacional.

Esta secuencia respeta la experiencia institucional actual en Colombia, pero establece como objetivo a largo plazo el fortalecimiento del Consejo Nacional como

el principal organismo de formulación de políticas para el sector de la salud. Este objetivo a largo plazo reduciría la influencia política inmediata en el sector (mientras que conservaría el veto ministerial sobre decisiones políticas), fortalecería la capacidad técnica del sector y establecería un organismo participativo para lograr el consenso, que podría recibir un mayor apoyo político para las políticas de atención en salud de las principales partes interesadas del sector. No obstante, reconocemos que no existe una respuesta "correcta" para establecer organismos eficaces y continuos para la formulación de políticas. Por lo tanto, se recomienda que la creación de un Consejo Nacional fortalecido se posponga hasta una etapa posterior de la implementación (Años 7-8) y se tome una decisión política sobre esta opción en el Año 6.

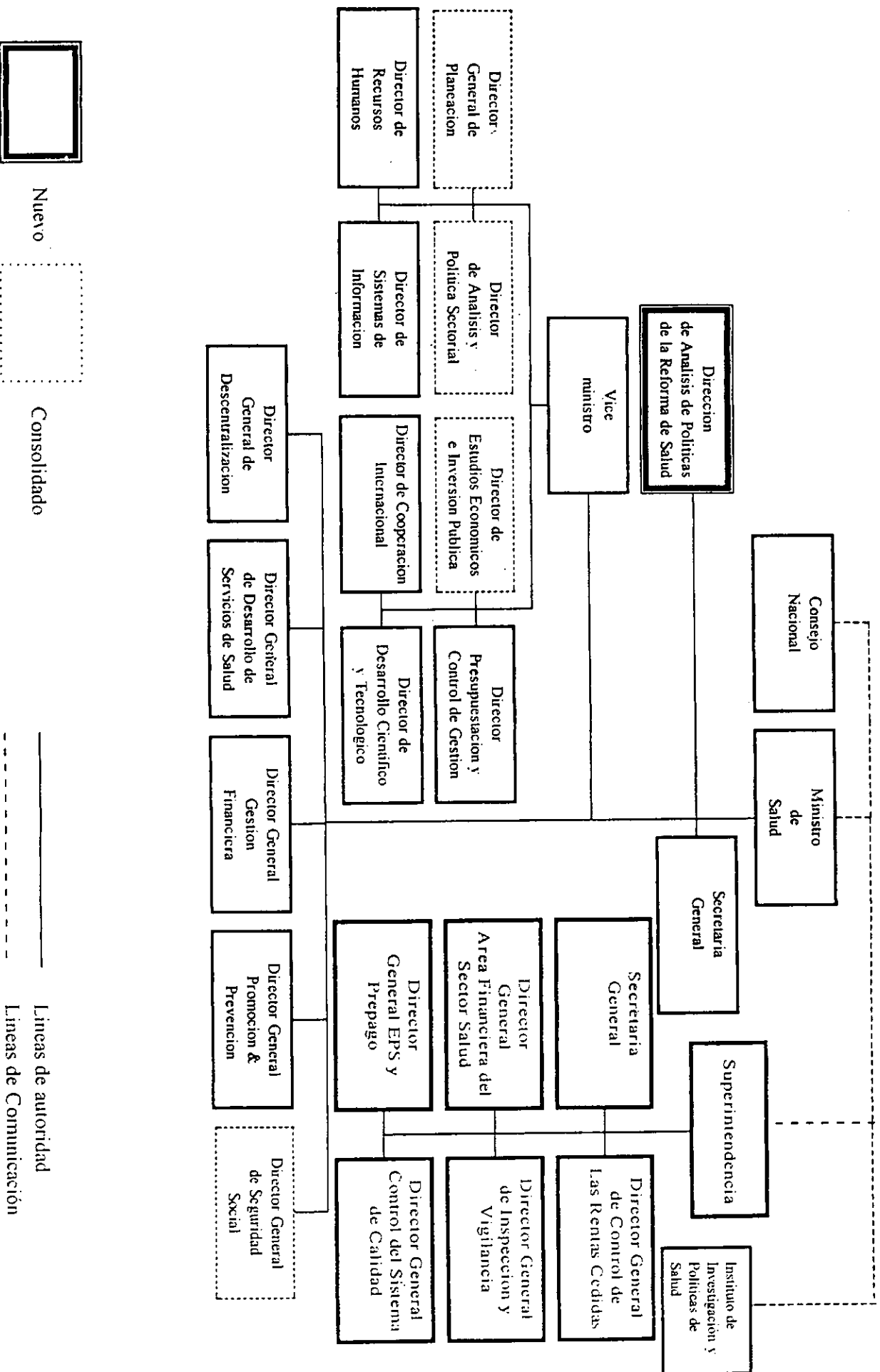
#### **4.3.2 Fortalecimiento del Ministerio de Salud**

Esta recomendación pone énfasis en la competencia del Ministerio de Salud para realizar funciones necesarias. Requeriría cierta reorganización, mejorar la competencia del personal en áreas funcionales y técnicas que actualmente son débiles y, con el tiempo, reducir el personal en las áreas funcionales innecesarias. En particular, el Ministerio tendría que fortalecer y unificar su competencia en:

- Análisis y planeación general de políticas
- Costos, pagos y otros análisis económicos específicos
- Regulación de la calidad
- Evaluación de los requisitos tecnológicos
- Análisis de políticas de recursos humanos
- Suministro de asistencia técnica en capacitación institucional en todos los niveles

El Ministerio también reduciría el personal en muchas actividades operativas, incluyendo algunas áreas de aprovisionamiento, consecución de recursos humanos, supervisión y los aspectos operativos de muchos programas verticales. Estas funciones ya no serían necesarias a medida que el Ministerio pase del control operativo de la prestación de servicios a una función de supervisión y regulación del sistema [Véase Cuadro 4.3].

CUADRO 4.3. REORGANIZACION DEL MINISTERIO DE SALUD





## **Reestructuración y mejoramiento del personal esencial en el Ministerio de Salud**

Los requerimientos de algunas de las nuevas funciones reguladoras de la reforma no están siendo cumplidos por las dependencias institucionales existentes. Incluso en otras opciones en las cuales se crearán otras instituciones para algunas funciones específicas, el Ministerio todavía requiere de su propia capacidad interna para suministrar análisis de políticas, supervisión, revisión técnica y establecimiento de normas y estándares.

Sin embargo, el personal de nivel superior altamente calificado del Ministerio, sin el personal central suficiente dedicado a las funciones esenciales de la reforma, es incapaz de realizar las funciones analíticas claves y no tiene la suficiente profundidad para coordinar otras divisiones y departamentos del Ministerio (o para coordinarse con otros ministerios).

El Ministerio de Salud debe fortalecer las unidades y asignar responsabilidades para las funciones claves que no se están realizando actualmente. Otras funciones que están siendo desarrollados actualmente, muestran una débil capacidad, debido a la fragmentación institucional o a la carencia de un equipo técnico fuerte.

Se recomienda:

- La creación de una sola Dirección de Análisis de las Políticas de la Reforma de Salud y
- El fortalecimiento con recurso humano calificado en garantía de la calidad, en políticas de recursos humanos y en evaluación de tecnología.

### **Unidad de Análisis de Políticas de la Reforma de la Salud**

Una gran deficiencia es la falta de capacidad analítica suficiente, en una unidad fuerte y sostenida a la que se pueda recurrir para evaluar la información y para coordinar las funciones de investigación y supervisión. La dirección de la reforma está dispersa en diferentes dependencias y en diferentes asesores y consultores. Hay por lo menos cuatro unidades distintas que tienen experiencia y personal, que deben aportar la capacidad analítica clave para la formulación de políticas relacionadas con la reforma: La Dirección de Análisis y Política Sectorial, La Dirección de Planeación, la Dirección de Seguridad Social y Dirección de Desarrollo de Servicios. Si bien los funcionarios claves pueden reunirse en equipos de trabajo

para proyectos específicos, ellos no tienen la permanencia institucional requerida para guiar la reforma a largo plazo.

Algunas de las funciones de esta unidad actualmente están siendo desempeñadas por el equipo de Harvard. Pero esta es una disposición a corto plazo. Colombia necesita establecer su propia dependencia y encargarse de la mayor parte o de toda la función en varios años. Se anticipa que estas funciones serán reforzadas durante el período del préstamo del BID, mediante una Unidad Técnica y Científica, y a largo plazo por el Instituto Colombiano para la Investigación en Políticas de Salud.

El Ministerio requiere de una dependencia propia con mayor apoyo institucional, para desempeñar este tipo de funciones analíticas, de coordinación y supervisión. Se propone una reorganización que combine las Direcciones de 1) Análisis y Política Sectorial, 2) Planeación 3) Estudios Económicos, y 4) Seguridad Social, para conformar una nueva Dirección de Análisis de Políticas para la Reforma de Salud, que reporte directamente al Ministro. Esta unidad se convertiría en la principal contraparte de la Unidad Técnica y Científica del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud financiado con el préstamo del BID y podría contratar con el Instituto Colombiano para la Investigación en Políticas de Salud, Universidades y Fundaciones de investigación para realizar los estudios específicos que requiera el Ministerio.

Esta unidad no reemplazará la Unidad Administrativa para apoyo del proyecto del BID. El Director Ejecutivo y las Unidades Administrativas, serán necesarias para administrar los contratos del proyecto, mientras que la Unidad de Apoyo Técnico y Científico necesitará como contraparte en el Ministerio, una Unidad Analítica capacitada, para trabajar y dar las bases para la transferencia tecnológica

### **Incrementar el Nivel de Protección de la Carrera Administrativa**

Con el fin de reducir el alto índice de rotación del personal de alto nivel, que se identificó anteriormente como uno de los principales problemas en el Ministerio de Salud y en la Superintendencia, debe prepararse una nueva ley que redefina la Carrera Administrativa para el Ministerio de Salud, con el fin de reducir el número del personal que se conoce como "de libre nombramiento y remoción" a aquellos funcionarios claves que tendrían la confianza del Ministro (el Vice-Ministro, Directores y el Secretario General) y capacidad limitada para reasignar asistentes y niveles administrativos de segundo orden. Esta reforma también deberá desarrollar procesos apropiados para incentivos por el desempeño, y medios para despedir personal con causas claras.

Debido a que esta propuesta requeriría de una ley del Congreso, debe prepararse conjuntamente con otras entidades gubernamentales como parte de una revisión general de la Carrera Administrativa.

### **Mejoramiento de la administración**

Las mejoras en la administración involucran un proceso continuo que comienza con una evaluación cuidadosa y en profundidad de los modelos organizacionales y de la cultura organizacional existente. Esta evaluación se basará en el Análisis Funcional del Ministerio de Salud que el equipo de Harvard realizó en 1995 e involucrará entrevistas completas a todas las unidades que dependan del Ministerio, y el desarrollo de un proceso participativo para identificar los problemas administrativos más importantes. A este proceso le seguirán discusiones específicas con el personal de alto nivel y con el Ministro, para desarrollar un proceso apropiado de planeación estratégica, de administración por objetivos, reingeniería y otros enfoques administrativos. Este enfoque pondrá énfasis en la importancia del liderazgo, en cambiar la estructura organizacional, y en desarrollar nuevos sistemas de incentivos (véase Capítulo 7 sobre Recursos Humanos). Este programa debe continuarse mediante la asistencia técnica precisamente en técnicas para mejorar la administración para las "entidades territoriales" descentralizadas.

#### **4.3.3 Fortalecimiento de la supervisión y el control de la Superintendencia a nivel departamental**

Con la descentralización de las funciones del Ministerio a nivel territorial, se hace más necesario que haya presencia nacional en supervisión y control. Las medidas momentáneas que actualmente está utilizando la Superintendencia, es decir, la transferencia de sus funciones de control e inspección a las direcciones de salud a nivel departamental, creará un problema de conflicto de intereses y oportunidades para la corrupción. La función de "inspección, supervisión y vigilancia" requiere de la presencia local de una institución nacional fuerte y de las oficinas de salud descentralizadas. Por lo tanto, se recomienda la creación de unidades departamentales (seccionales) de la Superintendencia. Se reconoce que las unidades departamentales fueron un intento en los años anteriores con pobres resultados. Se deben examinar las razones por las cuales fallaron y tomar las medidas necesarias. El problema, no obstante, necesita ser orientado en el diseño e implementación de una efectiva estructura administrativa nacionalmente controlada, con monitoreo y obligatoriedad en el nivel departamental, especialmente durante un periodo de devolución de autoridad y responsabilidad para muchas decisiones operacionales, presupuestales y de personal al departamento y el municipio. Por lo menos hasta que estas unidades locales desarrollen fuertes estructuras de

rendición de cuentas locales, será necesaria la vigilancia y el monitoreo por las instituciones del nivel central.

#### **4.3.4 Fortalecer el proceso de descentralización**

La fórmula compleja de asignación de fondos que está dictada por una serie de leyes y regulaciones relevantes, debería ser revisada por un equipo del Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y DNP con el fin de desarrollar una nueva ley con una sola fórmula transparente para asignar los recursos de salud y los subsidios de oferta y de demanda por nivel administrativo. Esta reformulación de la asignación financiera debe tener en cuenta los objetivos, algunas veces en disputa, del control de la descentralización sobre la financiación y la necesidad de establecer fuentes claras y consistentes de financiación para los subsidios del lado de la demanda.

El problema de la financiación del pago de pensiones y cesantías está deteniendo la implementación del proceso de descentralización y requiere de decisiones financieras y de procesos a los niveles más altos del gobierno.

El proceso de certificación debe acelerarse mediante una mayor asistencia técnica, fechas límites claras, y sanciones establecidas para quien no tramite la certificación.

#### **4.3.5 Instituto Colombiano de Investigación y Políticas de Salud**

La reforma de salud es una reforma sectorial. No es sólo una reforma gubernamental, sino que involucra la participación activa de diversas instituciones privadas y semi-autónomas. Por ello, debe desarrollar la capacidad de estudiar, evaluar y dar asesoría en política, de la más alta calidad, que sea respetada y neutral y que todas las partes reconozcan como legítima, incluso si no están de acuerdo con las recomendaciones. Se recomienda la creación de un Instituto de Investigación y Políticas de Salud autónomo, que tenga personal técnico altamente calificado, imparcialidad y la neutralidad requerida por las presiones políticas inmediatas; la calidad del personal debe ser tal, que despierte amplia credibilidad y legitimidad en los hallazgos, y acceso a los datos básicos del sector gubernamental y privado. Este instituto debe desarrollar la propia capacidad analítica del país de una forma sostenida e institucional. Debe marcar las directrices de la investigación fundamental en asuntos de políticas, y también debe poder contratar la investigación y análisis de varias fundaciones existentes, ministerios y partes interesadas en la política de salud.

Con base en la experiencia de Harvard en la creación y apoyo de institutos de investigación y políticas en Tailandia, Bolivia y Corea del Sur, hemos encontrado que es esencial que el Instituto sea autónomo e independiente de presiones políticas inmediatas, pero que deba responder a las solicitudes de análisis e investigación de políticas específicas a corto plazo. El Instituto puede ser una entidad privada o pública, con una dirección que sea independiente del gobierno, de tal manera que tenga un amplio apoyo y un interés sostenido. La localización del Instituto en una Universidad puede ser una buena idea, ya que permite la independencia y les da incentivos interesantes a los investigadores que también quieren enseñar.

El Instituto debe poder contratar trabajo de otros aportantes y del sector privado. Debe desarrollar múltiples fuentes de financiación, incluyendo sus gastos generales. El Instituto debe poder responder a las solicitudes de propuestas, pero también debe poder establecer programas de investigación y atraer aportantes y clientes. También debe poder contratar con otros institutos de investigación para realizar parte del trabajo del proyecto. Este sería un mecanismo para involucrar las redes actuales de fundaciones privadas en la investigación de políticas, como aquella formada por FEDESARROLLO, Fundación FES, Fundación Restrepo Barco y Fundación Corona.

El programa de investigación y políticas debe estar definido por tres áreas:

- Asuntos inmediatos de política
- Programa de investigación a más largo plazo: desarrollar bases de datos, fortalecimiento metodológico, etc, y
- Proyectos de investigación con futuras agendas de política en mente.

El personal debe ser una mezcla de personal permanente de 10-15 profesionales, dando los incentivos suficientes para competir con el sector privado. Este personal debe haber obtenido el nivel de Ph.D. o maestría de tal manera que el Instituto tenga en cierta medida el carácter de una escuela de postgrados. Debe hacer que los funcionarios gubernamentales roten por el Instituto, para que así se genere el apoyo y el interés en utilizar la investigación. El Instituto debe preparar una lista de Colombianos que estén cursando programas de postgrado y tratar de atraerlos para que trabajen en el Instituto. En los próximos cuatro años, el Instituto puede recibir apoyo externo del personal internacional de la Unidad Científica y Técnica. Pero la meta a largo plazo es desarrollar su propia capacidad independiente, sin tener que depender de asesores técnicos internacionales. El Instituto también debe recibir el apoyo de relaciones preexistentes entre investigadores nacionales e internacionales.

Habrà inevitablemente superposición en la capacidad y responsabilidades entre el Ministerio de Salud y el Instituto. Esta superposición es en alguna medida deseable, dado que el Ministerio necesita su propia capacidad analítica para diseñar e implementar políticas como determine el liderazgo político del momento, mientras que el Instituto debe tener una agenda a largo plazo y apolítica, que es respetada por todos los actores.

La creación del Instituto requerirá un estudio de factibilidad para determinar la localización apropiada, las capacidades y las fuentes financieras.

#### **4.3.6 Crear nuevas comisiones**

##### **Crear Nuevas Instituciones Para Tareas Esenciales de la Reforma**

Hay diferentes razones para crear nuevas instancias institucionales para la regulación de algunos aspectos del sistema de salud, recientemente reformado. La experiencia en países OCD, indica que algunas de las funciones de la regulación pueden ser desempeñadas más efectivamente por comisiones permanentes que tienen un personal profesional consolidado y estable, que están aisladas de los negociaciones políticas nacionales, al mismo tiempo que permiten que haya un equilibrio entre los diferentes intereses sectoriales, tienen metas y competencias claras y específicas, y actúan de una forma transparente.

Las comisiones pueden tener diferentes roles.

##### **Rol de formulación de políticas**

Este tipo de comisión tiene la autoridad de tomar decisiones obligatorias, aunque estas decisiones pueden estar sujetas a veto por parte de los participantes de la rama ejecutiva. Los participantes pueden representar diferentes intereses o ser nombrados expertos neutrales por parte del poder ejecutivo. El Consejo Nacional para la Seguridad Social en Salud es un ejemplo de este tipo de comisión. También tienen este rol de formulación de políticas otras comisiones reguladoras para las industrias que monopolizan la Energía, el Agua y el Saneamiento, y las Telecomunicaciones (véase a continuación).

##### **Rol de asesor para lograr consenso**

Este tipo de comisión asesora a la rama ejecutiva o a la comisión que formula políticas acerca de funciones específicamente definidas (tales como calidad, pagos,

tecnología). Sus miembros representan a las diferentes partes interesadas con el fin de crear consenso y ganar el compromiso para cumplir con las decisiones.

### **Rol de asesor técnico**

Este tipo de comisión asesora a la rama ejecutiva o a la comisión de formulación de políticas sobre asuntos técnicos. Los miembros de la comisión son expertos técnicos neutrales, que no son representantes de ninguna parte interesada y se espera que den su asesoría independiente. Este rol no involucra la obtención de consenso de las partes interesadas.

### **Rol de implementación**

Este tipo de comisión implementa las decisiones que tomaron los organismos que formulan políticas, ya sea en la rama ejecutiva o en las comisiones como el Consejo Nacional. Estas comisiones a menudo han delegado la responsabilidad que se les asigna por la rama ejecutiva, como el licenciamiento y la acreditación. Un ejemplo de este tipo de comisión son las juntas que otorgan licencias a los proveedores.

Existen diferentes opciones para el diseño de las comisiones que deben ser revisadas y analizadas en el contexto colombiano, antes de seleccionar el diseño de comisión más apropiado. Estas aparecen en la tabla 4.5.

Estos asuntos son importantes para el diseño de las comisiones reguladoras. Sin embargo, también es importante examinar la experiencia colombiana con comisiones reguladoras, con el fin de considerar los obstáculos potenciales o las limitaciones para la implementación de diseños que puedan ser eficaces en otros contextos.

Un estudio que realizó el proyecto Harvard sobre la experiencia colombiana con tres comisiones fundamentales en otros sectores, indicó algunas limitaciones de las comisiones reguladoras en el contexto colombiano (véase Anexo sobre la descripción del estudio). El estudio evaluó la Comisión de Agua Potable y Saneamiento Básico, la Comisión de Energía y Gas y la Comisión de Telecomunicaciones. Estas comisiones fueron creadas por una sola ley en 1994 para regular las industrias monopólicas, y tienen la reputación de ser relativamente eficaces. Todas son organismos que formulan políticas, similares al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; sin embargo, a diferencia del Consejo Nacional, los comisionados no gubernamentales son todos seleccionados por el Presidente y son expertos técnicos que no representan directamente los intereses a otros grupos. Las comisiones están adscritas a los ministerios responsables (Desarrollo, Minas y Energía, Comunicaciones) pero tienen independencia administrativa. Los ministros o sus delegados presiden, y el director del DNP y el Superintendente de Servicios Públicos (o sus delegados respectivos), y en el caso de la Comisión de Agua y Saneamiento, el Ministro de Salud (o su viceministro)

también son miembros. Cada comisión también incluye de tres a cinco “expertos” que no son empleados de las instituciones reguladas ni representaban a los usuarios. Ellos son los miembros “públicos”.

**Tabla 4.5 Asuntos de composición y representación en las comisiones y el consejo**

¿Cuáles intereses deben estar representados?
¿Representación amplia o estrecha? Amplia para los asuntos principales (UPC, beneficios); estrecha para los específicos (acreditación)
¿Representación gubernamental o no? Tal vez ausente cuando se delega la autoridad en un área específica restringida, como las Comisiones de licenciamiento y acreditación
¿Qué intereses de grupo deben estar representados en las comisiones técnicas? ¿Qué decisiones no requieren de la opinión de las partes interesadas?
¿Cómo deberían estar equilibrados los intereses?
¿Equilibrio de intereses sectoriales?
¿Equilibrio según la relación de poder?
¿Equilibrio para evitar “captura”
¿Quién debería elegir a los miembros?
¿El Presidente? ¿El Ministro? ¿Por votación?
¿El Ministro selecciona a partir de una lista establecida por votación?
¿El Ministro selecciona al Director de la Comisión, quien selecciona a los demás?
¿Qué tanto deben durar en la posición?
¿Periodos fijos escalonados?
¿El director de la comisión fijo o seleccionado por el Ministro?
¿Deberían tener su propio personal y presupuesto o depender de otras entidades?
¿Qué tanto personal es suficiente para las tareas y la independencia?
¿Quién selecciona al personal?
¿Qué vínculos deben establecerse con el Ministerio y otras instituciones?
¿El Ministerio debe dar propuestas, análisis, datos?
¿Las dependencias del Ministerio deben implementar las decisiones de las comisiones?
¿Qué papeles jugarán otras instituciones en las propuestas y la implementación de las mismas?
¿Cómo deben financiarse las comisiones?
¿Financiadas con el presupuesto nacional, con honorarios, con contribuciones/impuestos de destinación específica?

Entre las funciones reguladoras está el establecimiento de fórmulas para fijar tarifas, las normas de contratación, las normas para la información, establecimiento de normas de calidad, criterios para la eficacia y el manejo financiero, técnico y administrativo, la resolución de conflictos, ordenar fusiones o liquidación de empresas, y ordenarle a la Superintendencia investigar y sancionar.



El estudio de la Comisión conducido por el equipo Harvard, encontró que estas comisiones estaban debilitadas por una ausencia general de capacidad y experiencia reguladora en Colombia. Existe poca claridad doctrinal o experiencia sobre el proceso de desarrollar regulaciones, confusión sobre la relación entre comisiones y el gobierno, especialmente con la Superintendencia, poca comprensión por parte de los usuarios o clientes del papel de las comisiones, y falta de transparencia y rendición de cuentas por los procesos de las comisiones. En algunas áreas, el estudio encontró falta de expertos calificados, que no trabajaran en las compañías que estaban siendo reguladas.

A pesar del objetivo de crear comisiones para “despolitizar” el proceso regulador, el estudio encontró que el rol predominante de los Ministros en las comisiones (además de su poder explícito de veto) y la falta de transparencia del procedimiento (las deliberaciones son secretas y las minutas sólo describen los acuerdos sin especificar los votos), limitaron la influencia de los expertos. Además, en algunos casos, el equipo completo de expertos nunca habían sido nombrados. Los expertos de las comisiones, que comenzaron con dependencia administrativa y de personal del ministerio al cual estaban adscritos, tuvieron menos competencia para controlar el procedimiento. Si bien la función del personal es realizada parcialmente por funcionarios de los ministerios respectivos, la falta de personal independiente de tiempo completo, parece haber debilitado la capacidad de las comisiones para realizar sus revisiones y funciones adecuadamente.

Este estudio señala que:

- El desarrollo de comisiones reguladoras en Colombia es relativamente reciente;
- El rol predominante de los ministerios ha limitado la autonomía y la “despolitización” de la función reguladora;
- Las principales comisiones, al menos las de regulación de industrias de monopolio, no están diseñadas para reunir a las partes interesadas, sino más bien utilizan representantes gubernamentales y un panel de “expertos” neutrales para tomar decisiones de formulación de políticas.

Las lecciones que hay que sacar de la implementación de la reforma del sector de la salud, es que el diseño de comisiones debe respetar las limitaciones que se han experimentado en el pasado y deben avanzar cada vez más hacia un modelo más

participativo y autónomo, al ritmo que avanza el proceso de modernización del Estado.

A continuación se discuten cada una de las comisiones recomendadas; habrá que tomar decisiones sobre su papel, composición y representación. En la siguiente sección se presentan recomendaciones para cada una de las comisiones específicas y se discuten las ventajas y desventajas de esta conformación (ver cuadro 4.4).

### **Comisión de pagos**

La Comisión de Pagos estaría diseñada para suministrar un espacio en donde se pudieran hacer recomendaciones técnicas sobre las siguientes funciones:

- Mecanismos recomendados para el pago de los subsidios de oferta, que deben irse transformando en subsidios de demanda
- Mecanismo recomendado para pagar a los proveedores en áreas que no tengan competencia adecuada
- Suministrar parámetros para mecanismos de pagos como modelos de contratación entre EPS/IPS, y
- Publicar información sobre costos y pagos para mejorar la transparencia en el mercado

La comisión debe seleccionarse con base en la competencia técnica y la representatividad de los principales intereses. Puede ser una comisión tripartita con representantes del gobierno, las EPS y los hospitales; por ejemplo:

- Ministerio de Salud
- Superintendencia
- Direcciones de Salud Departamental y Municipal
- Uno del ISS (1)
- Uno de las grandes EPS (1)
- Uno de las pequeñas EPS (1)
- Dos representantes de los hospitales públicos (uno de niveles II y III, y otro de primer nivel), y
- Un representante de la Asociación Hospitalaria

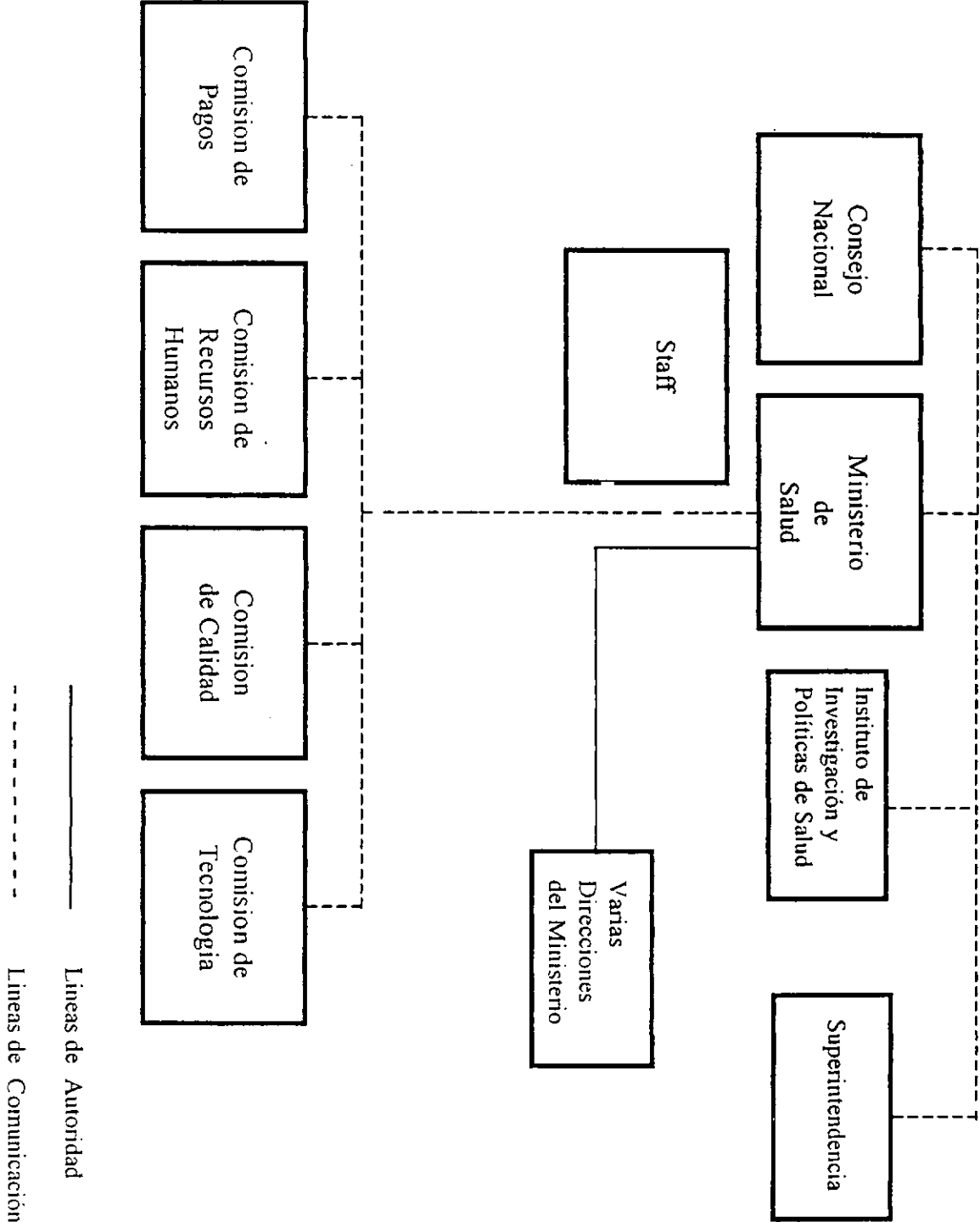
Los representantes no gubernamentales pueden ser seleccionados por el Ministro de Salud a partir de una lista de candidatos presentada por las asociaciones o instituciones respectivas y deben ser por un período de cuatro años; no deben ser reemplazados a no ser que exista una causa. La comisión debe tener un equipo

humano fuerte y permanente de unos cinco profesionales que posean las destrezas para definir y evaluar los costos y la utilización de la información. Este personal puede ser respaldado inicialmente por la Dirección de Análisis de Políticas de Salud del Ministerio de Salud que se propone sea creada; sin embargo, a largo plazo el personal debe ser independiente y seleccionado por la Comisión misma. (Tabla 4.6)

**Tabla 4.6 Comisión de Pagos**

<b>Tipo:</b> Técnica, de asesoría y consenso
<b>Funciones principales:</b>
Revisión de propuestas del Ministerio, Asociación de IPS, Asociación de EPS
Proponer UPC
Proponer revisión de tasa de tarifas
Proponer pagos de proveedores en áreas no competitivas
Suministrar parámetros para modelos de contratos EPS/IPS
Publicar información sobre costos y pagos para mejorar la transparencia
<b>Representación:</b>
Ministerio de Salud
Superintendencia
Entidades Territoriales
IPS
EPS
<b>Proceso de selección:</b>
Las asociaciones envían listas al Ministro para que seleccione; los miembros permanecen un período fijo de tiempo.
<b>Personal:</b> Cinco (5) profesionales
<b>Relaciones con el Ministerio:</b>
La Dirección de Análisis de Políticas de la Reforma de Salud presenta las propuestas
FSyG ejecuta la política
<b>Relaciones con la Superintendencia:</b>
División EPS, División IPSs ejecutan políticas.
<b>Otras Relaciones:</b>
Las Asociaciones presentan propuestas.
Instituto Colombiano de Investigación y Política de Salud presenta análisis si los solicitan.
Entidades territoriales ejecutan la política.

**CUADRO 4.4. MINISTERIO DE SALUD Y COMISIONES**



## **Comisión de Calidad**

La Comisión de Calidad ha sido introducida en la Sección 3.7. Desempeñará las funciones que actualmente o no se están realizando o que son ejecutadas de manera inadecuada por las unidades del Ministerio o la Superintendencia. Sus funciones centrales serán proponer estándares para acreditación de los proveedores de servicios, proponer definición de indicadores de calidad y crear un sistema de información sobre calidad, proponer mecanismos para la difusión de información a los usuarios, supervisar las instituciones responsables de la acreditación y el licenciamiento (véase Capítulo 6), y proponer mecanismos para responder a las encuestas de satisfacción y quejas que tengan los usuarios. La comisión será diseñada para que sea técnica y logre consenso con el fin de facilitar el cumplimiento y obtener una mayor experiencia técnica en el diseño de estándares y la supervisión de la calidad. Por lo tanto, requiere de la participación de las principales partes interesadas identificadas en la tabla 4.7. Puesto que su rol es técnico y de lograr consenso, los criterios para la selección de los comisionados también deben incluir la demostración de conocimientos técnicos en el área de calidad. En la fase inicial de la implementación, la comisión asesorará al Ministro directamente; no obstante, recomendamos que en el Año 8, la comisión sea transferida para asesorar al Consejo Nacional (véase Sección 4.3.7).

Los nexos entre el Ministerio y la Superintendencia tendrán que ser fuertes, pues el Ministerio necesitará proponer estándares y la Superintendencia tendrá que ejecutar decisiones de la comisión. Las unidades territoriales descentralizadas también ejecutarán políticas de la comisión. El Instituto de Investigación y Políticas de la Salud puede ser contratado para que suministre estudios técnicos en el diseño de indicadores de calidad y otros asuntos.

La financiación de la comisión probablemente debería ser a través del presupuesto del Ministerio de Salud.

**Tabla 4.7 Comisión de Calidad**

<b>Tipo:</b> Técnica, de asesoría y consenso.
<b>Funciones principales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Proponer estándares para acreditación de proveedores de servicios.</li><li>Proponer la definición de indicadores de calidad y sistema de información sobre calidad.</li><li>Proponer mecanismos para difusión de información a los usuarios.</li><li>Proponer mecanismos para responder a las encuestas de satisfacción y quejas de los usuarios.</li><li>Monitorear la acreditación y el licenciamiento de los hospitales.</li></ul>
<b>Representación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Salud</li><li>Superintendencia</li><li>Entidades Territoriales</li><li>Hospitales</li><li>Instituciones de atención ambulatoria</li><li>Asociaciones profesionales</li><li>EPSs</li><li>Representantes de los consumidores</li></ul>
<b>Proceso de selección:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Para los representantes no gubernamentales: las asociaciones envían listas al Ministro para que seleccione; periodos fijos escalonados.</li></ul>
<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Cuatro (4) profesionales; otros apoyados por Asociaciones y Ministerios.</li></ul>
<b>Relaciones con el Ministerio y la Superintendencia:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud presenta propuestas.</li><li>La Dirección de calidad en la Superintendencia ejecuta las políticas.</li></ul>
<b>Otras Relaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Instituto Colombiano de Investigación y Política de Salud presenta análisis si los solicitan.</li><li>Entidades territoriales ejecutan la política.</li><li>Nueva entidad de acreditación de hospitales (recientemente creada).</li></ul>

## **Comisión de Recursos Humanos**

En el Capítulo 7, se discute acerca de la importancia de desarrollar una comisión experta, altamente calificada en recursos humanos, que pueda funcionar como la histórica comisión de 1976, con el fin de definir las necesidades de recursos en las próximas dos décadas. Este tipo de comisión debe ser de primer orden con comisionados que sean altamente respetados en sus campos, y que sean participantes activos en educación, medicina y salud pública, entidades aseguradoras y política.

Esta comisión debe tener dos subcomisiones principales que realicen trabajo técnico rutinario más detallado y de logro de consenso en las siguientes áreas:

- Fuerza laboral del sector salud, información y planeación, y
- Educación y capacitación para las diferentes categorías de profesiones de la salud

La tabla 4.8 presenta una visión general de la comisión. Esta comisión se describe ampliamente en el Capítulo 7.

**Tabla 4.8 Comisión de Recursos Humanos**

<b>Tipo:</b> Comisión experta, (blue-Ribbon) con subcomisiones técnica y de consecución de consenso.
<b>Funciones principales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Proponer una política general sobre recursos humanos.</li><li>Proponer estándares para las categorías del personal de recursos humanos.</li><li>Proponer estándares para licencias de profesionales.</li><li>Proponer estándares para acreditar escuelas de profesionales y paraprofesionales.</li><li>Proponer parámetros para currículo.</li><li>Revisar las proyecciones de planeación de recursos humanos.</li><li>Proponer políticas de suministro de recursos humanos.</li></ul>
<b>Representación experta:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Salud.</li><li>Ministerio de educación.</li><li>DNP.</li><li>Cinco(5) expertos técnicos con experiencia en recursos humanos.</li></ul>
<b>Representación de las subcomisiones</b>
<b>Planeación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Salud.</li><li>Ministerio de educación.</li><li>Entidades territoriales.</li><li>Asociaciones profesionales.</li><li>ICFES.</li></ul>
<b>Educación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Salud.</li><li>Ministerio de Educación.</li><li>ICFES.</li><li>Escuelas de Medicina.</li><li>Escuelas de Enfermería.</li><li>Escuelas para-profesionales.</li><li>Asociaciones profesionales.</li></ul>
<b>Proceso de selección:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Para los representantes no gubernamentales: las Asociaciones envían listas al Ministro para que seleccione; periodos fijos escalonados.</li></ul>
<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Cinco (5) profesionales para la Comisión experta y cada subcomisión; otros secundados por asociaciones y ministerios.</li></ul>
<b>Relaciones con el Ministerio:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Dirección de Recursos Humanos presenta propuestas.</li><li>Dirección de Recursos Humanos supervisa licencias y acreditación.</li><li>Dirección de Recursos Humanos mantiene sistema de información.</li></ul>
<b>Otras Relaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Educación presenta propuestas y ejecuta políticas.</li><li>ICFES y Asociaciones presentan propuestas.</li><li>Instituto Colombiano de Investigación y Política de Salud presenta análisis si los solicitan.</li><li>Entidades territoriales ejecutan la política de licencias y acreditación.</li><li>Nueva entidad de licenciamiento.</li><li>Nueva entidad de acreditación.</li></ul>



## **Comisión de tecnología**

La adopción de tecnología de alto costo genera un problema en la oferta de servicios con serias implicaciones de costos en todos los países, especialmente en los sistemas competitivos. La experiencia internacional indica que los hospitales compiten entre sí mediante la adquisición de tecnología muy costosa, debido a que los pacientes a menudo consideran que la tecnología de alto costo y de punta es una señal de calidad. Por lo tanto, la prevalencia de la tecnología costosa debe ser evaluada y manejada para reducir al mínimo su desperdicio y la duplicación. Sin políticas y mecanismos adecuados para controlar la tecnología, los costos del sistema de la atención médica en Colombia están en peligro de elevarse hasta un punto más allá de lo que el país puede permitirse. Colombia todavía no ha establecido parámetros de inversión en tecnología.

La adquisición de tecnología puede controlarse mediante regulación, mediante incentivos del mercado por medio de un sistema de reembolsos, o mediante una combinación de ambos. Los incentivos del mercado pueden funcionar lentamente debido a: la falta de competencia en muchas regiones de Colombia, falta de incentivos para desarrollar los acuerdos más eficaces entre aquellos que negocian los contratos, falta de conocimientos, falta de instrumentos e información requeridos para su supervisión, y muchas restricciones del sistema como las limitaciones en contratación y despido de personal. Los planes complementarios que abarcan una canasta de servicios más amplia que los POS, contienen incentivos adicionales para sobreinversión en tecnología costosa. Es posible que sea necesario desarrollar regulaciones específicas para los planes complementarios. Resulta claro que controlar la adquisición y utilización de la tecnología exclusivamente mediante regulaciones, será difícil de implementar y tal vez no sea políticamente viable.

Se propone el desarrollo de una combinación de mecanismos y regulaciones del mercado para tratar el problema de la inversión excesiva en tecnología costosa. Se recomienda que el gobierno colombiano establezca una Comisión de Tecnología que esté a cargo del proceso de información, el monitoreo y regulación de la adopción de tecnología y que guíe al Ministerio para que desarrolle políticas y mecanismos para lograr su cumplimiento. Por ejemplo, la Comisión puede contratar entidades calificadas para evaluar los costos y la eficacia de la nueva tecnología y utilizar esta información en decisiones políticas. La Comisión debe estar compuesta por representantes del Ministerio de Salud, Programa de Ciencias de la Salud y Biomédicas de Colciencias, Entidades Territoriales, Hospitales, Escuelas Médicas, Asociaciones Profesionales y EPSs.

La comisión debe estar encargada inicialmente, de la implementación de un censo sobre equipos de tecnología de alto costo, que se puede realizar mediante encuestas de proveedores tal como se describe en 4.2.4. También debe establecer un modelo de contratos entre EPS e IPS que incorporen los incentivos de costos compartidos con los oferentes, con el fin de limitar la adquisición de tecnología y suministrar capacitación a las EPS para que implementen estos contratos. Finalmente, la comisión debe considerar el desarrollo de un proceso de aprobación, conjuntamente con mecanismos de incentivos para influir en el ritmo de adopción de tecnología.

**Tabla 4.9 Comisión de tecnología**

<b>Tipo:</b> Técnico/Políticas.
<b>Funciones principales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Proponer parámetros de inversión en tecnología.</li><li>Proponer modalidades de contratos entre IPS y EPS con incentivos para controlar la inversión y la utilización de tecnología costosa.</li><li>Proponer leyes y regulaciones si se considera apropiado.</li><li>Proponer un plan de implementación.</li></ul>
<b>Representación:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Salud.</li><li>Programa de las Ciencias de la Salud y Biomédicas de Colciencias.</li><li>Entidades Territoriales.</li><li>Hospitales.</li><li>Escuelas de Medicina.</li><li>Asociaciones profesionales.</li><li>EPS.</li></ul>
<b>Proceso de selección:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Representantes no gubernamentales: las asociaciones envían lista de posibles candidatos al Ministro para que él escoja.</li><li>Los nombramientos con contratos fijos escalonados.</li></ul>
<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Tres (3) profesionales, más los profesionales de las asociaciones y Ministerios.</li></ul>
<b>Nexos con el Ministerio y la Superintendencia:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Ministerio de Salud</li></ul>
<b>Otros Vínculos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Instituto Colombiano para la Investigación en Políticas de Salud hace análisis y presta apoyo técnico si se solicita.</li><li>Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.</li><li>Entidades Territoriales para ejecutar políticas.</li></ul>

#### **4.3.7 Fortalecimiento del Consejo Nacional**

Fortalecer la capacidad de formulación de políticas y de obtención de consenso del Consejo Nacional es una opción que se recomienda se tenga en cuenta para el Año 6, que, si se aprueba, puede implementarse en el Año 7 y el Año 8.

El Consejo, aún no se ha convertido en un organismo totalmente autónomo en las decisiones sobre formulación de políticas. Depende del Ministerio el establecimiento de su agenda y de la obtención de la información. A excepción de los representantes gubernamentales en el Consejo, sus miembros no tienen mecanismos sistemáticos para el escrutinio de los “intereses” que supuestamente representan. Si el Consejo Nacional sigue dependiendo del Ministerio, como en la actualidad, fracasará en su intento por asumir un rol importante en la consecución de consensos. Los integrantes pueden ser menos activos si se considera que su participación simplemente confirma las decisiones del Ministerio, en lugar de estar realmente formulando políticas.

Debido a que no hay una sólida experiencia en Colombia de una comisión que defina políticas por consenso, se recomienda un seguimiento y evaluación continua del Consejo Nacional y de las otras comisiones en los próximos cinco años. El Gobierno debe decidir si una comisión que llega a acuerdos es el modelo apropiado para lograr el sostenimiento y la continuidad de la reforma.

Si el Consejo Nacional ha de desempeñar un papel más activo en la formulación de políticas, necesita disponer de su propio personal para establecer una capacidad independiente para elaborar su agenda, buscar asesoría y procesar información. Este equipo puede estar conformado por profesionales (economistas, especialistas institucionales, especialistas en salud pública, especialistas en recursos humanos) y personal de apoyo, bajo la dirección del secretario del Consejo. Su función sería preparar la agenda, fortalecer la capacidad analítica del Consejo, y suministrar una revisión inicial de las recomendaciones del Ministerio y de las Comisiones.

Un Consejo Nacional más sólido también podría coordinar y procesar las recomendaciones de las comisiones. Las comisiones que se discuten en la sección 4.3.6 podrían transferirse al Consejo Nacional en el Año 8, de tal manera que el Consejo se responsabilice de la coordinación y la selección de los comisionados (ver cuadro 4.5).

El Consejo Nacional entonces, asumiría un papel más consensual y de formulación de políticas y daría el espacio para la coordinación y para ser consistente con una

serie de comisiones que hacen recomendaciones técnicas sobre áreas claves de las políticas. Si bien existe cierto riesgo de que el Consejo Nacional se convierta en un espacio de conflictos e inmovilidad, la Ley 100 le permite al Ministro vetar cualquier decisión del Consejo que tenga relevancia fiscal, dándole al Ministerio la autoridad final y la responsabilidad de los asuntos más importantes de políticas.

Esta propuesta les da mas estabilidad y continuidad a los organismos encargados de tomar las decisiones de la reforma y es un medio para superar el problema de la constante rotación de los Ministros y de los mandos altos del Ministerio.

A los miembros del Consejo se les puede solicitar que desarrollen medios constantes de comunicación con las partes a las cuales representan, de tal forma que rutinariamente, rindan cuentas ante ellos.

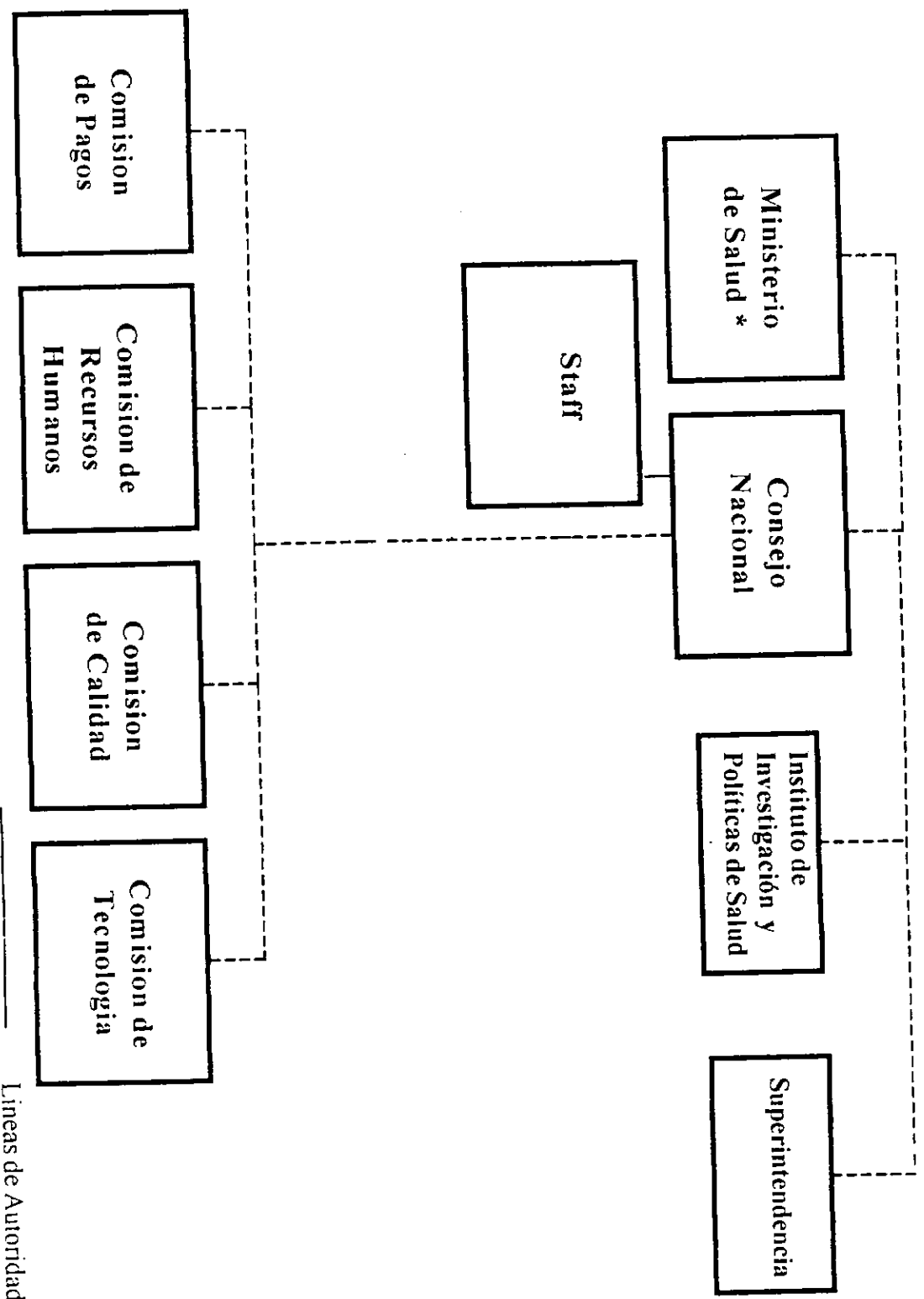
#### **4.3.8 Crear interés en la formación de Grupos de Consumidores**

Queda claro que existen pocos mecanismos para rendir cuentas y responder a los intereses dispersos de los pacientes y del público en general, que no está representado por burocracias públicas, ni mediante representantes de profesionales o de las empresas aseguradoras y de proveedores.

Siempre es difícil desarrollar la posibilidad de que los pacientes influyan en las políticas. Diferentes instituciones han sido experimentadas en países de la OECD y en Colombia, y por lo general han sido sólo parcialmente exitosas. Las lecciones aprendidas indican que la participación del paciente y de la comunidad no puede basarse en modelos impuestos desde el exterior. Estos tienen el potencial de surgir si se basan en formas organizacionales existentes, que han desarrollado los beneficiarios y las comunidades.

Además, la forma de representación de la comunidad debe escogerse cuidadosamente, de tal manera que los representantes sean responsables ante las partes representadas.

**CUADRO 4.5. CONSEJO NACIONAL Y COMISIONES**



\* Fortalecido y modificado para reducir duplicación

Lineas de Autoridad

Lineas de Comunicación

Actualmente sólo hay un representante de los intereses del consumidor en el Consejo Nacional. Se trata del representante de las Asociaciones Beneficiarias de las áreas rurales. La información anecdótica sugiere que las Asociaciones Beneficiarias no están funcionando en la mayor parte del país. Es probable que debido a que tienen muy poca voz en el sistema, tienen pocos incentivos para organizarse. Si desempeñaran un papel mayor en la formulación de políticas y un mayor número de representantes de los beneficiarios en el Consejo (y los Consejos Territoriales), habría más incentivos para que la gente se organice para presionar por sus intereses.

También sería útil permitir que las asociaciones existentes de consumidores participen, sin crear formalmente una Asociación de Usuarios. Recomendamos estudios adicionales sobre la formación de representantes de consumidores y de grupos de apoyo para determinar la forma más eficaz de incrementar la voz y la organización de los beneficiarios.

#### **4.3.9 Conclusiones sobre las instituciones reguladoras**

Las instituciones reguladoras requieren el fortalecimiento y la reestructuración significativa con el fin de cumplir las funciones reguladoras requeridas por la nueva reforma del sector de la salud. El Ministerio de Salud necesita de un gran esfuerzo para desarrollar las funciones analíticas y reorganizarse. Para fortalecer aún más esta capacidad analítica y suministrar investigación y políticas independientes de alta calidad, se recomienda la creación del Instituto Colombiano para la Investigación y Políticas de la Salud. Con el fin de evitar falta de continuidad por la alta rotación del personal de alto nivel y de personal profesional y de suministrar mayor consenso y continuidad en las políticas de la reforma de la salud, se recomienda la creación de tres comisiones para darle estabilidad a las áreas claves de la reforma: pagos, calidad y tecnología.

La debilidad de la capacidad técnica dentro del Ministerio y otras instituciones regulatorias, no puede ser resuelta con una sola actividad. Se ha recomendado que el Ministerio sea reestructurado, de tal forma que tenga una masa crítica de capacidades analíticas que puedan desempeñar funciones analíticas relacionadas para el diseño e implementación de la reforma como se ha dirigido por el liderazgo político del Ministerio. Se ha recomendado el establecimiento de capacidad técnica para apoyar comisiones asesoras con el fin de establecer una base sostenida para la construcción de consenso y asesoría técnica de los principales grupos interesados en la Reforma de Salud. Se recomienda la creación del Instituto Colombiano de Investigación y Políticas en Salud con el fin de ofrecer asesoría técnica autónoma y de alta calidad que sea respetada por los interesados.

Finalmente, se recomienda la consideración de un Consejo Nacional de Seguridad Social más fuerte, para establecer una base más firme para la construcción de consenso y un compromiso a más largo plazo con la reforma de salud, que dada la alta rotación de altos funcionarios del Ministerio por los objetivos políticos que a menudo no están relacionados con el sector de la salud, puede actualmente ser establecida.

A largo plazo, se recomienda que el Consejo Nacional asuma un mayor papel consensual y le dé continuidad al manejo de la reforma. Esto requiere que el Consejo tenga su propio personal profesional y las comisiones asesoras reporten directamente a él. Con el fin de fomentar una mayor participación de los intereses de los beneficiarios en el Consejo y en otras instituciones participativas, recomendamos apoyar la creación de las Asociaciones de Usuarios, con base en las organizaciones de consumidores existentes y las ONG.

#### **4.4 SISTEMAS DE INFORMACION Y PLAN DE EVALUACION**

##### **4.4.1 Regulación sobre los sistemas de información**

Los sistemas de información que se han utilizado para supervisar y evaluar la reforma de la salud, han sido abiertamente ambiciosos e inadecuados para estas tareas. La mayor parte del sistema existente, incluye el Sistema de Información de Salud (SIS), el sistema de información de la Superintendencia para supervisar la reforma de la salud y el sistema de información del FSyG.

El SIS del MSP recolecta datos de los proveedores de salud en los sectores público y privado. Sin embargo, es incompleto en el cubrimiento de las entidades existentes (la encuesta de Harvard sobre los hospitales mostró que no había un registro adecuado de todos los proveedores) y los datos son de diferente calidad y de validez incierta. El Ministerio de Salud también recolecta un cúmulo de datos que se les solicita a los proveedores de salud, a las entidades promotoras de salud y a las entidades territoriales descentralizadas. El archivo de bancos de datos incluye cientos de entradas, pero no existe un sistema adecuado para identificar y tener acceso a estos datos, y parece que hay muchas áreas donde se duplica la recolección de ellos. Actualmente no hay un sistema eficaz de evaluación del sistema de información, aunque mediante el Proyecto de Harvard se ha propuesto una nueva iniciativa que comenzará con un inventario completo de los sistemas de información del MSP. Ya se ha comenzado con un sistema de comunicación vía satélite que facilita la transferencia oportuna de datos desde las entidades territoriales descentralizadas; sin embargo, ha habido muchos problemas técnicos

en la implementación debido al manejo de las frecuencias y el sistema de conexión. Con un personal de ocho profesionales y dos técnicos, la Dirección de Sistemas de Información actualmente, tiene un déficit de personal para el volumen de trabajo que debe hacer en un proceso grande de mejoramiento. Las mejoras requerirán ampliar el personal analítico, más programadores, y más profesionales que puedan prestar asistencia técnica para capacitar a los proveedores de información y supervisar la calidad de los datos.

La Superintendencia recientemente ha revisado e inventariado su sistema de información con la ayuda de consultores externos. En esta revisión también se está desarrollando un sistema ejecutivo de información que identificará áreas problemáticas, mediante una serie de indicadores "semaforizados". El sistema no parece ser muy complicado o exigir demasiada información aisladamente. Sin embargo, puede haber solicitudes excesivas de datos dentro del sistema y duplicación de recolección de datos de otros organismos. La Superintendencia está planeando continuar un proceso de revisión detallado, para justificar toda la recolección de datos y acelerar el proceso y el reporte de éstos.

El FSyG también requiere de datos sobre las entidades promotoras de salud para supervisar los pagos de la UPC.

Por ser el mayor asegurador y proveedor del país, el sistema interno de información del ISS es otra parte principal del sistema de información de atención en salud. El sistema, como se señala en el Capítulo 6, está siendo mejorado actualmente, pero la implementación no ha sido adecuada para satisfacer la demanda inmediata de información sobre la cobertura y la financiación del ISS. Este incluye un sistema de información sobre garantía de la calidad que debe ser la base para su monitoreo. Sin embargo, tal como lo mostró el estudio Harvard sobre costos hospitalarios, muchos de los datos del ISS todavía no están computarizados, lo que sugiere la magnitud de la tarea de implementar un sistema adecuado.

Con tres grandes sistemas de información que requieren datos de las EPS, IPS y las "entidades territoriales" descentralizadas, existe una duplicación significativa de la demanda de información y la carga administrativa ha crecido para las entidades promotoras de salud y los proveedores. El Ministerio ha ordenado la congelación de nuevas solicitudes de información y ha iniciado esfuerzos encaminados a evaluar y recomendar nuevas formas de reducir los requerimientos y coordinar la recolección de datos con los diferentes organismos gubernamentales.

Gran parte del sistema de información descrito anteriormente, se basa en los sistemas de información hospitalaria que se discutieron en el Capítulo 3. Como se



señaló en este capítulo, existe la necesidad de mejorar significativamente, tanto los sistemas de costos como de registros clínicos.

#### **4.4.2 Panorama general de los problemas de los sistemas de información**

En resumen, los problemas de los sistemas de información son:

- Demanda excesiva y duplicada de información a las entidades promotoras de salud, los proveedores y las entidades territoriales descentralizadas; además de los costos administrativos y la disminución de la confiabilidad de los datos que se reportan.
- Muchos indicadores inadecuados que no son apropiados para supervisar el funcionamiento de la reforma.
- Lenta transformación de los procesos manuales a sistemas computarizados.
- Falta de sistemas efectivos de monitoreo.
- Falta de indicadores de calidad.

#### **4.4.3 Recomendaciones**

Un Sistema de Información único, unificado, y centralizado podría llevar un tremendo esfuerzo para su desarrollo, probablemente estaría en desuso cuando finalmente estuviera listo para implementar y probablemente no sería aceptado por la mayoría de sus usuarios propuestos. Un enfoque más práctico para Colombia sería una recolección coordinada de sistemas usuario - orientados, usuario - diseñados y usuario- mejorado. Estas piezas componentes deben tener la capacidad de juntarse de tal forma que la información pueda ser transferida de sistema a sistema. Tal arreglo acomodaría las diferentes necesidades de todos los involucrados. Esto también sería dinámico y flexible, lo cual favorece la naturaleza del recientemente reformado sector de la salud.

Se recomienda la creación de un grupo transitorio de funcionarios del MSP, la Superintendencia y FSyG, encargado de: 1) determinar la información actual que está siendo recolectada por los tres organismos; 2) establecer criterios para los requerimientos de información; 3) revisar los requerimientos de información; 4) crear un "ombudsman de la información" para establecer un mecanismo rutinario a fin de revisar y coordinar la recolección de datos entre los principales organismos gubernamentales. Esta comisión también debe desarrollar un sistema de

indicadores esenciales que pueden ponerse en un formato de "sistema ejecutivo de información" para la evaluación rápida del proceso de la reforma, tal como se describe a continuación en el Plan de Evaluación.

La unidad "ombudsman" sería responsable de la identificación de áreas de duplicación en el futuro y continuamente dinamizaría el sistema. Esta unidad también asegura la transferencia de información entre diferentes componentes del sistema, en parte para tomar ventaja de las recientes innovaciones de software las cuales convierten los datos en diferentes formatos.

Debe establecerse una fecha meta de junio del año 2000 para la computarización completa de todos los sistemas de información hospitalaria, con un conjunto de metas secuenciales para los diferentes niveles y tipos de hospitales. Los computadores deben estar acompañados de programas de capacitación en la utilización del *software* para cada sistema de información por separado. Un empréstito distinto del BID, está actualmente ofreciendo equipo y entrenamiento para los hospitales públicos de nivel II y III del País. El Ministerio de Salud debe encontrar donantes o colaboradores adicionales, o fuentes de financiamiento para ofrecer computadores y entrenamiento para cerca de 400 hospitales públicos de nivel I. Esto puede ser posible para los limitados datos requeridos para recolección en Centros de Salud Pública y otras entidades más pequeñas y continuar manualmente la recolección en esos sitios, con insumos en el sistema computadorizado más grande llevado a cabo por equipo basado en el área del hospital.

Para reunir la información necesaria del nuevo modelo de atención en salud, se requiere una mayor reestructuración. Las IPSs y las EPSs deben construir sistemas de datos basados en afiliados individuales. Para este empeño y para la transferencia de los datos, los números únicos de identificación de afiliados y proveedores también será esencial.

EL Ministerio de Salud debe integrar la capacidad de generar costos a nivel de servicios individuales en los sistemas de información, y el ISS debe revisar su metodología de costos para hacerla más precisa y útil para sí mismo, y debe ser consistente con la que utilice el Ministerio de Salud. Un Sistema Unico de información contable para el sector de la salud se ha propuesto y se discutió de manera amplia en la sección 3.6.2.

También es importante mejorar el proceso de codificación y el registro de códigos de diagnóstico y demás información clínica. El sistema actual lo permite, pero el personal hospitalario necesita mayor capacitación en la codificación de diagnósticos

e intervenciones. Se recomienda que los médicos de los hospitales, reciban la capacitación para la codificación adecuada de intervenciones y diagnósticos.

#### **4.4.4 Plan de Evaluación**

El alcance principal de la evaluación, consiste en la evaluación periódica de los principales resultados de la reforma, en términos de sus objetivos prioritarios. La evaluación debe darles a los líderes colombianos y a los administradores de la reforma, retroalimentación oportuna y exacta sobre la dirección y el tamaño del cambio, así como guía en cuanto a lo que hay que hacer ante problemas no descubiertos. Los cuatro objetivos centrales de la reforma colombiana (cobertura universal del aseguramiento, acceso de los pobres a los servicios esenciales de salud, mejoramiento de la calidad en la atención de salud, y mayor eficiencia en el sector de la salud) deben ser tratados en la evaluación. Así mismo, ésta debe tratar sobre los efectos que sobre la condición de la salud conlleva la reforma: cambios en los niveles y los patrones de mortalidad, morbilidad e incapacidades (si bien será difícil atribuirle cambios a la reforma misma, pues todo el país está incluido, es esencial saber si estos indicadores están mejorando, especialmente en los grupos más vulnerables). En términos de eficiencia, la evaluación debe mirar no sólo la “micro” eficiencia, en términos de una mayor productividad de los recursos de los servicios de salud, sino también la “macro” eficiencia, es decir, tendencias a nivel general de los gastos de la salud, relacionados con las mejoras del sector y sus posibles vínculos con la macroeconomía.

Es posible que los resultados de las mediciones por sí solas, no suministren suficiente información para guiar las mejoras. La evaluación también debe tratar los resultados que se han logrado mediante esfuerzos por establecer los diferentes elementos requeridos para implementar la reforma (Véase Capítulo 2), tales como las nuevas leyes y regulaciones, las instituciones nuevas o reformadas, etc.

Los esfuerzos encaminados a la evaluación, necesariamente se basarán, en gran parte, en los datos de los sistemas de supervisión y de información que se propone sean desarrollados o fortalecidos como parte de la reforma. Sin embargo, distinguimos la supervisión como un proceso continuo necesario para la administración, de la evaluación, la que debe ser periódica, más formal y diseñada para identificar los logros y los problemas estratégicos así como las acciones para mayores avances.

En este reporte no nos es posible presentar un plan completo de evaluación. Una serie de parámetros para este Plan será presentado al Ministerio como un documento separado que será usado como punto de partida para el desarrollo de un proceso de colaboración, en el cual un grupo de trabajo en el Ministerio de Salud

desarrollará consenso acerca de los indicadores y procesos que deberían ser incluidos en la evaluación del proceso general de la reforma.

Los parámetros cubrirán los siguientes aspectos generales:

#### 1.- Elementos Generales de Evaluación

- Objetivos Generales de la Reforma
- Objetivos Específicos de la Reforma
- Procesos Específicos
- Actividades de la Reforma

#### 2.- Definición de indicadores para cada uno de los elementos de la Evaluación

El Plan de evaluación definirá indicadores para cada elemento de evaluación, por ejemplo, el número de afiliados con diferentes tipos de planes, para evaluar el objetivo de cobertura de aseguramiento Universal. En casos donde esto es posible, pueden ser sugeridos niveles “blanco” para tales indicadores

#### 3.- Fuentes de Datos Para Obtener Información Sobre los Indicadores

El Plan revisará las fuentes existentes de tipo cuantitativo y cualitativo de esos indicadores. Fuentes tales como la recolección rutinaria de datos de los sistemas de información del Ministerio de Salud y la Superintendencia, y las encuestas periódicas de el DNP, pueden ser un buen ejemplo.

#### 4.- Acciones Necesitadas para Generar Información que no está actualmente disponible.

El mejoramiento de los sistemas de información y las recomendaciones para las encuestas incluidas en este informe serán revisadas, junto con información adicional para presentar un plan para generación de nueva información sobre indicadores importantes.

#### 5.- Responsabilidades:

En el Plan de Evaluación, serán identificados las Instituciones y unidades individuales que serán responsables por la obtención, análisis y presentación de los informes de evaluación.

## 6.- Prioridades para la Evaluación en el Corto, Mediano y Largo Plazo.

Los indicadores que son importantes para evaluar y monitorear los procesos e impacto durante el corto plazo, serán especificados para evaluaciones iniciales, y los indicadores que probablemente no estarán disponibles o probablemente no demostrarán cambios en el corto plazo, serán recomendados para evaluaciones a largo plazo.

## **Capítulo 5**

# **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

### **5.1 INTRODUCCION**

Las instituciones que se desempeñan como intermediarias entre los consumidores y los proveedores son de vital importancia para el diseño y el funcionamiento de la reforma. Las Entidades Promotoras de Salud, o EPS, son las instituciones que contratan proveedores con el fin de suministrar planes de salud a la población colombiana. Las EPS pueden ser privadas, sin ánimo de lucro, o instituciones públicas que se han transformado, tales como el ISS, las Cajas de Compensación y las Cajas de Previsión. Las EPS puede proporcionar el POSS a la población subsidiada, el POS a la población contribuyente y planes adicionales para los consumidores que prefieran pagar cuotas extras. Además, Colombia está promoviendo el desarrollo de otra clase de institución con el fin de servir a los pobres, llamadas Empresas Solidarias de Salud o ESS.

Debido a que estas instituciones sirven, en primera instancia, para la afiliación de la población y para el recaudo del aporte sobre los ingresos, estas entidades serán claves para que en Colombia se logre o no las metas de la cobertura universal y de la solidaridad. La meta del mejoramiento de la calidad se obtendrá si estas instituciones compiten entre ellas para atraer a los afiliados ofreciéndoles planes de salud que tengan las características y la calidad que la población prefiere. El proporcionar un paquete definido de beneficios por una prima ajustada por riesgo y determinada por el gobierno, crea incentivos para aumentar la eficiencia y el control de los costos, que es otra de las metas de la reforma.

### **5.2 ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS)**

Las EPS juegan un papel de gran importancia en la reforma colombiana. Estas entidades deben ser el "motor" de la competencia y del proceso de afiliación y son vitales para lograr las metas de la calidad, de la eficiencia, de la solidaridad y de la universalidad. Esta sección analiza cómo han funcionando durante el primer año de la reforma.

## **El Rol de las EPS en el Logro de Las Metas de la Reforma de Salud de Colombia**

1. *El haber asignado la función de afiliación a las EPS, en lugar de crear una institución administrada por el gobierno, se supone que aumentará la participación en el sistema y, por lo tanto, permitirá que Colombia se acerque más a la meta de la cobertura universal.* El permitir que los agentes de ventas de las EPS reciban incentivos por encontrar nuevos afiliados, se supone que incrementará la participación de los independientes y de las empresas que no aportan en la actualidad.
2. *La meta de la solidaridad se logrará cuando los colombianos con ingresos elevados subsidien los costos de la atención de la salud de los colombianos con bajos ingresos.* El rol de las EPS para lograr la meta de la solidaridad es recolectar el 12% del aporte sobre los ingresos de sus afiliados y transferir o recibir subsidios del FSyG encaminados a cubrir la combinación de cuotas ajustadas por riesgo apropiadas para su grupo de beneficiarios.
3. *Se espera que la contratación entre las EPS y los proveedores aumente la eficiencia.* Se supone que los proveedores tienen que competir entre ellos para lograr contratos con las EPS, ofreciendo servicios a precios más bajos. A su vez, se predice que los precios más bajos pueden obligar a los proveedores a ser más eficientes.
4. *También se espera que la eficiencia aumente gracias al desarrollo de la competencia regulada.* Las EPS estructuran los sistemas de prestación de servicios y crean incentivos a través de los pagos, con el fin de controlar los costos e incrementar la eficiencia.
5. *Se espera que la competencia entre las EPS para atraer afiliados mejore la calidad del servicio de la salud.* Las EPS están obligadas a proporcionar una serie amplia de servicios (el POS) por una cuota ajustada por riesgo y determinada por el gobierno. Aunque las EPS en Colombia no pueden competir variando el precio de la prima que cobran a los consumidores, sí están obligadas a competir por los afiliados ofreciendo la calidad de los servicios que los consumidores prefieren.

### **5.2.1 El Estudio sobre las EPS Realizado por Harvard**

La principal fuente de información para nuestro análisis de las EPS es el estudio realizado por Harvard, el cual incluye entrevistas personales con la gerencia de las EPS, para las cuales se utilizó como instrumento tipo encuesta estructurada. El

equipo del proyecto Harvard visitó personalmente a todas las EPS que estaban funcionando en octubre de 1995. Se entrevistaron las oficinas principales de las 16 EPS que operaban en Bogotá, Cali y Medellín (las oficinas principales determinan en gran medida las políticas y los procedimientos de las sucursales). El censo incluyó a las EPS con diferentes modelos de funcionamiento: las EPS con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro, las EPS provenientes del sector prepagado, las EPS que surgieron de las Cajas de Compensación y una cooperativa recientemente creada.

A los gerentes de las EPS se les hizo una gran cantidad de preguntas sobre: identificación de proveedores, contratación, estructura de la atención, términos del reembolso para los proveedores, estrategia de ventas y de mercadeo, afiliación y recaudo, características institucionales, calidad del servicio, planes complementarios o prepagados, reaseguramiento, interés en servir a la población subsidiada y problemas que perciben en la implementación de la reforma.

Además de los hallazgos de los estudios de las EPS realizado por Harvard, esta sección tiene en cuenta la información de:

- Una encuesta de proveedores realizada por Harvard;
- La Circular 005 de la Superintendencia de Salud; y
- **El Plan Maestro de Implementación de la Reforma de la Atención de la Salud en Colombia: Informe Preliminar:** Escuela de Salud Pública de Harvard, Programa de Financiación de la Atención de la Salud, Equipo del Proyecto de la Reforma de la Atención de la Salud en Colombia, 19 de mayo de 1995.

### **5.2.2 Panorama Institucional de las EPS**

Esta sección incluye un análisis de las 16 EPS privadas que se entrevistaron en octubre de 1995 y del ISS, que es la EPS más grande.

#### **a. ISS**

Antes de la implementación de la Reforma del Sector de la Salud en Colombia, el ISS cubría aproximadamente el 18% de la población o 6-7 millones de personas. El ISS es una entidad del gobierno que administra los programas de seguridad social de la salud y de las pensiones. El ISS posee y maneja muchas instituciones de salud y, en algunas regiones, también contrata a los proveedores públicos y privados. Desde junio de 1995, el ISS comenzó a ampliar la cobertura con el fin de incluir a los



miembros de las familias de sus afiliados. Se predice que el ISS ha conseguido aproximadamente 3.5 millones más de inscritos, aunque la información exacta sobre inscripciones no está disponible. Se espera que el ISS continúe siendo el proveedor de salud más grande para la población contribuyente, al menos en los próximos años.

La Ley 100 ordena que la financiación y las funciones de prestación de los servicios del ISS se divida en dos entidades independientes a nivel administrativo y financiero: las IPS (proveedores) y la EPS (compradora). Un propósito importante de esta división es aumentar el potencial para la competencia, especialmente en los mercados donde el ISS es casi un monopolio en la provisión de los servicios a la población empleada. Las IPS están obligadas a competir con otros proveedores públicos y privados por los contratos con las EPS a fin de suministrar los servicios a sus afiliados. Las EPS (incluyendo al ISS) competirán por los afiliados proporcionando la calidad y los servicios que los consumidores prefieren. El ISS todavía está en las primeras etapas de esta transformación. La separación entre la financiación y la provisión de los servicios, tal y como lo exige la Ley 100, todavía no se ha hecho.

El ISS está organizado en tres niveles: nacional, regional y local. Existen seis vicepresidencias a nivel nacional: EPS, IPS, Pensiones, ATEP, financiera y administrativa. Desde el punto de vista de la contratación, la EPS todavía no realiza una verdadera contratación con las IPS-ISS. La contratación con las IPS externas las realiza el nivel central, tanto en su definición como en su manejo.

De los 34 hospitales que tiene el ISS, solo 9 pueden tomar decisiones descentralizadas para comprar suministros y para contratar personal temporal. La administración central del ISS toma las decisiones con respecto a la asignación de otros recursos para los 9 hospitales parcialmente descentralizados y todas las decisiones de la asignación de recursos para los 25 restantes. Los presupuestos para las clínicas se determinan utilizando niveles históricos de gastos.

En la actualidad, el ISS está dedicado a desarrollar un sistema elaborado de información, utilizando la misma metodología (y con el mismo director) del sistema satelital del MSP. Hasta enero de 1996, se había instalado aproximadamente el 80% del sistema satelital de comunicación. El ISS espera que todo el sistema esté funcionando en algún momento en 1996. La meta es desarrollar un sistema centralizado que proporcione información sobre la financiación, la afiliación, la utilización, los recursos humanos y el acceso a los registros clínicos. Según el ISS el sistema de información se diseñó para la reforma y es flexible para adaptarse a los requisitos del sistema reformado.

## **b. EPS Privadas**

Los orígenes de cada EPS determinan, en gran medida, el tipo de mercado que se sirve, los productos ofrecidos y la forma como se debe prestar la atención durante el primer período de la reforma. La mayoría de las EPS existían antes de la reforma como compañías privadas que proporcionaban Medicina Prepagada, o como Cajas de Compensación que proporcionaban salud y otros servicios a los miembros de las familias de los trabajadores del sector público y del privado. Estas instituciones ya establecidas entraron al período de la post-reforma con una red de proveedores bien definida, con una base de clientes, con una estrategia de mercadeo desarrollada y con una experiencia específica. Se espera que estas instituciones evolucionadas adapten sus redes existentes para prestar los servicios exigidos por la reforma. En este momento, es poco claro cómo los orígenes de las EPS afectarán su evolución a largo plazo.

De las 16 EPS encuestadas, 3 surgieron de las Cajas, diez de Medicinas Prepagadas y 3 son nuevas en el mercado. 4 de las 16 EPS son instituciones sin ánimo de lucro, 3 se están creando de las Cajas y 1 es una nueva Cooperativa sin ánimo de lucro. La tabla 5.1 muestra las EPS estudiadas y sus características.

Las Cajas de Compensación han dedicado sus esfuerzos iniciales a convertir a los afiliados existentes al POS y a continuar prestando la atención casi de la misma manera que antes de la reforma. Las Medicinas Prepagadas tienen como propósito. afiliar a su clientela existente, además al POS. Algunas de ellas tienen planes para vincular a sus nuevos afiliados únicamente al POS, mientras que otras parecen preferir continuar sirviendo su mercado existente. Además, se están creando otras EPS con el propósito de servir a otros nichos de mercado. Estos nuevos participantes están desarrollando redes de proveedores para suministrar solamente el POS a sus afiliados.

### Cajas de Previsión

En diciembre 31 de 1993, había 1.050 Cajas de Previsión Social en Colombia que suministraban servicios de salud a 902.658 colombianos. Estas Cajas suministraban servicios a los trabajadores oficiales a todos los niveles, es decir, nacional, departamental y municipal, y a los empleados de las universidades públicas. Desde el 31 de diciembre de 1993, estas Cajas tienen la posibilidad de transformarse en EPS o de liquidar los activos y de transferir a sus afiliados a otras EPS.

Debido a que estas Cajas de Previsión Social están distribuidas en todo el país, son un recurso importante que tiene el potencial de prestar los servicios de salud a un rango más amplio de la población, especialmente en las áreas rurales y con pocos servicios en Colombia. Por cuanto el gobierno colombiano reconoce este potencial, está considerando la posibilidad de flexibilizar los requisitos de capital para iniciación de operaciones que las Cajas necesitan para transformarse en EPS. El gobierno está considerando la posibilidad de utilizar una combinación del patrimonio y de los activos financieros más que utilizar los activos puramente líquidos.

Hasta enero de 1996, cinco Cajas se habían transformado en EPS: Caprecom, Caprecundi, Cajanal, Corporación Anónimas y Capresoca. Treinta y tres Cajas han solicitado la autorización de la superintendencia para transformarse en EPS. Estas EPS que han surgido de las Cajas de Previsión no están incluidas en este análisis, por cuanto no estaban autorizadas para funcionar como entidades promotoras de salud en octubre de 1995. Los futuros estudios se centrarán en estas instituciones.

**Tabla 5.1 Estudio Harvard de EPSs: Orígenes de las EPSs y características**

EPS	Medicina Pre-pagada	Caja de Compensación	Ingreso o nuevo	Comentarios	*
<b>Bonsalud</b>	SI				P
<b>Cafesalud</b>	SI				P
<b>Colmena</b>	SI				P
<b>Colpatria</b>	SI				P
<b>Colseguros</b>	SI				P
<b>Comfenalco Antioquia</b>		SI			N
<b>Comfenalco Valle</b>		SI			N
<b>Compensar</b>		SI			N
<b>Coomeva</b>			SI	Relación a Cooperativa de Médicos	P
<b>Famisanar</b>			SI	Atención es ofrecida a través de dos Cajas.	P
<b>Humana Vivir</b>	SI			EPS está separada, pero los servicios de Salud y el Mercadeo son hechos por las Medicina Prepagada (Humana Vivir es un nuevo participante)	P
<b>SaludCoop</b>			SI	Cooperativa	N
<b>SaludTotal</b>			SI		P
<b>Sanitas</b>	SI			EPS es una subsidiaria separada	P
<b>Susalud</b>	SI				P
<b>Unimec</b>	SI			Todos los Médicos hacen parte de una Cooperativa llamada FEMEC	P
<b>Total</b>	9	3	4		

Fuente: Estudio Harvard de EPSs, Octubre 1995.

lucro.

\* P= Con ánimo de lucro. N+ Sin ánimo de

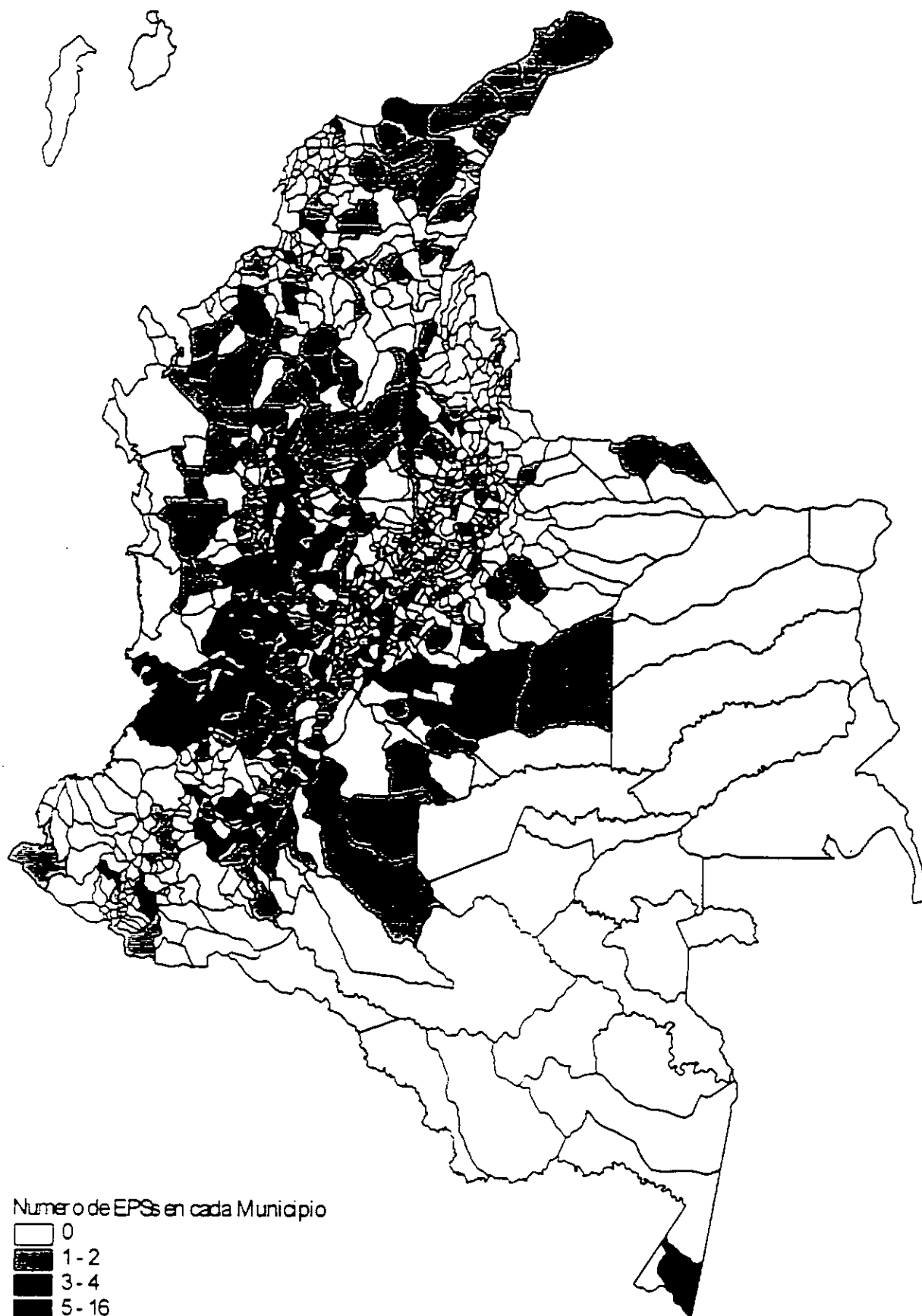
### **5.2.3 Logros y Obstáculos de las EPS para Alcanzar las Metas de la Solidaridad y la Cobertura Universal**

La meta de la cobertura universal es incorporar a todos los colombianos, anteriormente excluidos, al sistema de aseguramiento: a los trabajadores informales, a los trabajadores independientes y a los muy pobres. Se supone que el principio de la solidaridad se logra al introducir subsidios cruzados entre los trabajadores ricos y los pobres y entre los trabajadores y la población muy pobre. Estas metas sólo se han logrado parcialmente. Las EPS son las instituciones claves para la afiliación y el subsidio cruzado en la reforma del sector de la salud de Colombia.

#### **Conclusiones Generales:**

- Aunque la afiliación a las EPS ha aumentado, los trabajadores independientes continúan conformando un segmento pequeño de afiliados (Refiérase a las tablas 5.2 y 5.3). El ISS, la EPS más grande de Colombia, no tiene cifras confiables del número de sus afiliados;
- Los independientes constituyen sólo el 13% de los afiliados a las EPS privadas, aunque representan más del 50% de la fuerza laboral de Colombia. (Refiérase a la tabla 5.3);
- La cobertura geográfica se ha ampliado gracias a que las EPS privadas obtuvieron la aprobación para ofrecer los servicios en más municipios; sin embargo, la afiliación real hasta la fecha se concentra en su mayoría en las grandes ciudades. (Refiérase al mapa 5.1);
- El 78% de la población colombiana vive en un municipio en donde al menos existe una EPS autorizada para funcionar, y 58% de la población vive en un municipio con al menos tres EPS aprobadas. (Refiérase a la tabla 5.4, gráficas 5.1 y 5.2);
- La meta de la solidaridad no se está logrando. Los afiliados a las EPS privadas están eludiendo información sobre sus salarios reales y el ISS no está contribuyendo consistentemente con el fondo de solidaridad (FSyG). (Refiérase a la sección sobre financiación).
- Dado que la aprobación para las EPS para ofrecer servicios es por Municipio, no es posible determinar que parte del Municipio está cubierta: el área completa incluyendo igualmente áreas rurales y urbanas, o únicamente algunas partes

## Mapa 5.1 Distribución de EPSs por Municipios



**Tabla 5.2 Número de afiliados en EPSs (Encuesta EPS Octubre /95)**

	POS únicamente	POS+*	Total
<b>Bonsalud</b>	94%	6%	56,034
<b>Cafesalud</b>	78%	22%	60,467
<b>Colmena</b>	86%	14%	280,000
<b>Colpatria</b>	17%	83%	7,200
<b>Colseguros</b>	#NA	#NA	90,000
<b>Comfenalco Antioquia</b>	100%	0%	9,849
<b>Comfenalco Valle</b>	100%	0%	2,247
<b>Compensar</b>	84%	16%	40,000
<b>Cooomeva</b>	100%	0%	14,000
<b>Famisanar</b>	100%	0%	20,000
<b>Humana-Vivir</b>	67%	33%	3,819
<b>Salud Coop</b>	98%	2%	70,000
<b>Salud Totalt</b>	77%	23%	22,000
<b>Sanitas</b>	24%	76%	52,800
<b>Susalud</b>	97%	3%	165,000
<b>Unimec</b>	84%	16%	62,500
<b>ISS</b>	100%	0%	9,500,000
<b>Subtotal (sin ISS)</b>	77%	23%	955,916
<b>Total</b>			10,455,916

Los datos del ISS están basadas en extrapolaciones de la información del ISS en 1994 con ajustes por transferencias del ISS a EPSs privadas y por reducción de personas con cobertura de aseguramiento tanto para ISS como aseguramiento privado.

**Tabla 5.3 Porcentaje de afiliados independientes, empleados y pensionados en las EPS privadas (Septiembre 1995)**

	Empleados	Independientes	Pensionados	Total
<b>Bonsalud</b>	6%	89%	5%	25,241
<b>Cafesalud</b>	85%	7%	8%	20,133
<b>Colmena</b>	99%	1%	0%	76,743
<b>Colpatria</b>	96%	2%	3%	1,653
<b>Colseguros</b>				0
<b>Comfenalco Ant.</b>	99%	0%	0%	3,235
<b>Comfenalco Valle</b>	100%	0%	0%	721
<b>Compensar</b>	100%	0%	0%	15,004
<b>Cooomeva</b>	77%	20%	3%	875
<b>Famisanar</b>	100%	0%	0%	138
<b>Humana-Vivir</b>	91%	8%	0%	676
<b>Salud Coop</b>	89%	11%	0%	6,464
<b>Salud Totalt</b>	88%	6%	6%	8,442
<b>Sanitas</b>	83%	16%	0%	21,545
<b>Susalud</b>	99%	0%	0%	45,529
<b>Unimec</b>	86%	4%	10%	14,834
<b>Total</b>	<b>85%</b>	<b>13%</b>	<b>2%</b>	<b>241,233</b>

Fuente: Superintendencia de Salud; cálculos por los autores.

**Tabla 5.4 Competencia entre EPSs por Departamento**

Departamento	Número de EPSs											
	0	% Pob.	1	% Pob.	2	% Pob.	3	% Pob.	4	% Pob.	+4	% Pob.
Amazonas	7	39%	0	0%	0	0%	1	61%	0	0%	0	0%
Antioquia	23	7%	36	13%	35	14%	3	1%	15	10%	12	55%
Arauca	6	69%	1	31%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Atlántico	16	17%	5	10%	0	0%	1	15%	0	0%	1	59%
Bolívar	23	29%	7	18%	0	0%	1	4%	0	0%	1	49%
Boyacá	84	42%	24	19%	7	8%	5	8%	2	14%	1	9%
Caldas	0	0%	6	16%	1	2%	15	42%	2	5%	1	36%
Caquetá	10	44%	1	2%	4	54%	0	0%	0	0%	0	0%
Casanare	16	59%	3	41%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cauca	29	52%	2	6%	5	19%	0	0%	0	0%	1	23%
Cesar	18	46%	3	12%	3	43%	0	0%	0	0%	0	0%
Chocó	16	49%	2	11%	2	40%	0	0%	0	0%	0	0%
Córdoba	16	30%	1	5%	7	36%	1	6%	1	24%	0	0%
Cundinamarca	65	7%	29	9%	2	1%	15	6%	2	2%	1	75%
Guainía	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Guajirá	1	1%	2	7%	7	91%	0	0%	0	0%	0	0%
Guaviare	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Huila	11	12%	16	24%	0	0%	9	34%	0	0%	1	30%
Magdalena	13	24%	2	8%	5	38%	0	0%	0	0%	1	30%
Meta	14	20%	6	13%	0	0%	6	18%	0	0%	2	49%
Nariño	53	47%	0	0%	3	20%	1	2%	0	0%	2	31%
N. Santander	33	40%	1	2%	3	13%	0	0%	0	0%	1	45%
Putumayo	10	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Quindío	0	0%	3	2%	0	0%	2	9%	7	38%	1	52%
Risaralda	1	21%	4	4%	0	0%	10	30%	0	0%	1	45%
Santander	59	31%	18	12%	1	3%	5	8%	2	25%	1	21%
Sucre	21	35%	1	28%	2	37%	0	0%	0	0%	0	0%
Tolima	6	5%	28	37%	0	0%	7	17%	4	12%	1	28%
Valle de Cauca	1	0%	8	4%	2	0%	21	16%	5	7%	5	72%
Vaupés	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%p	0	0%	0	0%
Vichada	6	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	567	22%	209	11%	89	9%	103	8%	40	5%	34	45%

Figura 5.1 Porcentaje de Población con al menos una EPS

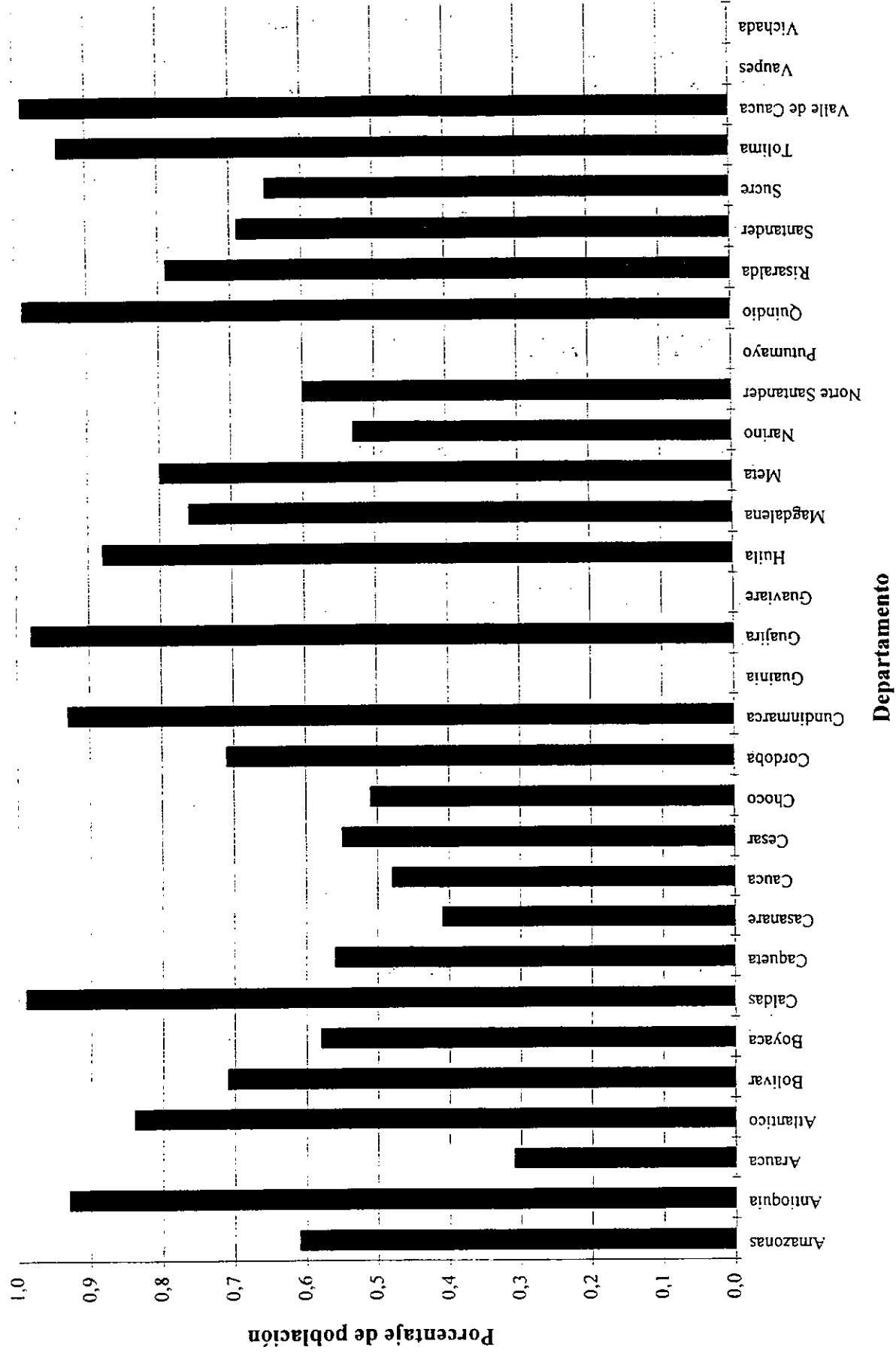
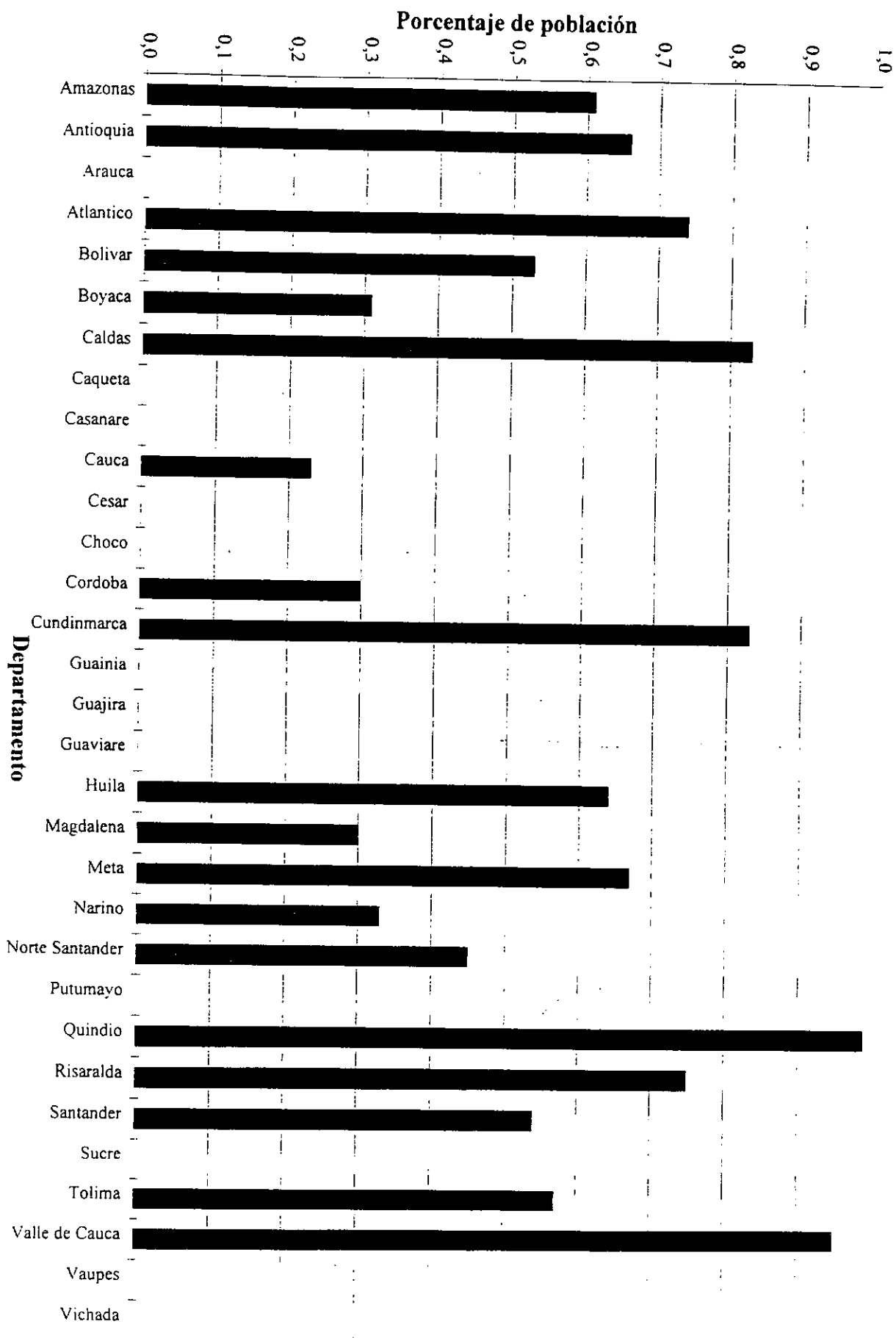




Figura 5.2 Distribución de población con al menos tres EPSs



### **a. Cobertura Geográfica de las EPS y el Potencial de Competencia**

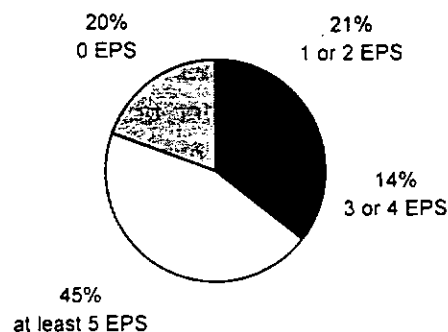
Antes de que una EPS pueda vender el POS en un municipio, debe obtener la autorización de la Superintendencia de salud. Como parte del proceso de aprobación, la EPS tiene que demostrar que ya organizó la red de proveedores que necesita para proporcionar el POS. Hasta octubre de 1995, el 78% de la población colombiana vivía en un municipio con al menos una EPS autorizada para operar.

Aun más motivante es la observación de que el 58 % de la población tiene la posibilidad de escoger entre al menos 3 EPS. Esto indica que el potencial esperado para mejorar la calidad y la eficiencia gracias a la competencia entre las EPS por afiliados, ya puede existir en las regiones colombianas donde vive la mayoría de la población.

Aunque este potencial de ampliación de la cobertura de las EPS es estimulante, se le debe interpretar con precaución por las siguientes razones: la autorización para funcionar es tan sólo el primer paso para ofrecer los planes en una región, lo cual no implica que los servicios ya están disponibles; la autorización para funcionar en un municipio no necesariamente implica que los servicios estarán disponibles para toda la población que vive en ese municipio; es posible que solamente algunos habitantes estén bien servidos mientras que otros permanezcan sin cobertura. Este último argumento es un problema potencial en las grandes ciudades de Colombia, por cuanto cada una de ellas está conformada por al menos un municipio.

El siguiente cuadro muestra la situación desglosada para todo el país.

**Cuadro 5.1 Distribucion de población por número de EPSs  
Aprobadas para ofrecer servicios**



La tabla 5.4 muestra el porcentaje de población en cada departamento, que vive en un municipio con diferentes cantidades de EPS aprobadas. La gráfica 5.1 muestra el porcentaje de población en cada departamento, que vive en un municipio donde al menos una EPS está autorizada para funcionar. La gráfica 5.2 muestra el porcentaje de población en cada departamento, que vive en un municipio donde al menos tres EPS están autorizadas para funcionar.

### **Obstáculos para Lograr la Cobertura Universal y la Solidaridad**

Para lograr la meta de la cobertura universal, es necesario incluir a todos los colombianos en el nuevo sistema. Más que utilizar una institución gubernamental para la afiliación y el recaudo, los arquitectos de la reforma colombiana escogieron utilizar directamente a las EPS. Se creyó que al otorgar incentivos a los vendedores, en la forma de comisiones por encontrar nuevos afiliados, podría resultar en un mayor grado de afiliación tanto de los trabajadores del sector formal como de los independientes. Un análisis de los incentivos otorgados a los vendedores en la forma de comisiones indica que las EPS dan más importancia a la afiliación de empresas que a la de individuos y que hacen más énfasis en los productos que venden además del POS.

En promedio, a los vendedores de las EPS privadas se les paga la comisión sólo una vez por cabeza, por inscribir a una persona en el POS. Se supone que las EPS deben recolectar el 12% del impuesto sobre los ingresos, establecido por la reforma. Los impuestos totales sobre los ingresos que sobrepasen la suma de las primas de riesgo ajustado (UPC), apropiadas para su grupo de afiliados, se deben remitir al fondo de solidaridad (FSyG). Si el total de los impuestos sobre los ingresos recaudado por las EPS no alcanzan la suma de las primas de riesgo ajustado, ellas tienen derecho a un subsidio del Fondo de Solidaridad. Ni estas entidades ni los vendedores tiene incentivos para recolectar fondos que sobrepasen el valor de la suma de las primas del riesgo ajustado para su grupo de población. Por el contrario, tanto las EPS como su personal de ventas obtienen más ganancias al vender los planes de Medicina Prepagada y los PAC. Las comisiones por ventas de los PAC y de los Planes de Medicina Prepagada están determinadas, en gran medida, por un porcentaje del total de primas recolectadas, lo cual ofrece excelentes incentivos para vender planes adicionales. Las EPS también obtienen utilidades al retener los ingresos totales recaudados por la venta de planes adicionales. (Refiérase a la tabla 5.5).

Tabla 5.5 Estrategia de Mercadeo y Ventas de EPSs Privadas

EP	Equipo de Ventas	Salarios vendedores propios de la empresa	Comisión por POS	Comisión por PAC	Comisión por Medicina Prepagada
1	a. 30 b. N/A	350,000	a. 500	a. 1,000	N/A
2	a. 550 b. 1,150	220,000 + 45,000 por transporte	a. 2,300 b. 2,300	a. 5-6% b. 7-8%	5-6%
3	a. 300 b. 500	130,000	a. 3,000 b. 3,000		10-15%
4	a. 50 b. 6,000	200,000	a. 2% b. 0	a. 12% b. 8-15%	a. 12% b. 8-15%
5	a. 100 b. 50	250,000	a. 5,500* b. 7,000*	a. 9% por grupo > 15; 12% por fam. b. 11% por grupo > 15; 15% por fam.	a. 9% por grupo > 15; 12% por fam. b. 11% por grupo > 15; 15% por fam.
6	a. 1,000 b. N/A	230,000	a. 3,000		a. 15-25 pm = 1,500 por usuario; 25-35 pm = 5,000 por usuario; 35-45 pm = 5,500 por usuario; 45+ = 6,000 por usuario; **
7	a. 350 b. (4 empresas)	200,000	a. 3,000 por cotizante y 1,000 por beneficiario dependiente	a. 8%	
8	Ninguno Todavía				
9	a. 100 b. 500	400,000	a. 1,300 b. 2,400		12.5% por grupo grande; 14% por familia
10	a. 15	200,000 + 30,000 para transporte	a. 1-75 pm = 500 por usuario; 76-150 pm = 800 por usuario; 151-251 pm = 1,000 por usuario; 252+ = 1,200 por usuario;	a. 3 PACs: 1. 3,500 2. 4,500 3. 5,000	
11	b. ***		b. 2,000		
12	a. 70	210,000	a. 2,000	b. 2% en año 1	
13	a. 100 b. N/A	250,000	a. 2% de UPC (1 vez)		
14	a. 193 b. 3,000	150,000	a. 3,000 por usuario b. 3,000 por usuario		a. & b. 14% en año 1, 8% por renovación
15	a. 0 b. 820		b. 2% de UPC por usuario		b. 11.5%
16	a. 10 b. 300	500,000	a. 1,500 b. 1-50 (por contrato) 2,500 por persona 51+ (por contrato), 1,500 por persona		

Claves: a. Interno b. Externo

\* Comisión es por año. \*\* Comisión se incrementa basadas en el número de los nuevos suscriptores en un mes, "pm" = por mes \*\*\* Las EPS no han destinado fuerza de ventas

Además, las empresas y los trabajadores independientes no tienen muchos incentivos para informar sobre sus ingresos totales. Todos están en mejores condiciones cuando eluden esta información (pagan el 12% de un ingreso bajo que no es real) porque pueden utilizar los ingresos adicionales para comprar planes complementarios o planes de Medicina Prepagada. Al eludir la información sobre sus ingresos reales y al comprar planes adicionales, algunas personas con altos ingresos terminan pagando menos por los servicios de la atención de la salud que si contribuyeran con el 12% total y recibieran el paquete básico de beneficios (POS). Un análisis de esta combinación de incentivos nos lleva a predecir que las empresas, sus empleados y los trabajadores independientes eludirán información sobre sus ingresos.

Los trabajadores independientes incluso tienen menos incentivos para contribuir con el nuevo sistema que los empleados del sector formal, y las EPS tienen menos incentivos para inscribir a los independientes. Los empleados de las empresas contribuyen con el 4% de sus ingresos y los empleadores pagan el 8% adicional. Por el contrario, los trabajadores independientes están obligados a pagar el 12% total de sus ingresos, lo cual hace que su afiliación en el sistema sea una oferta costosa. Las EPS creen que los independientes que deciden afiliarse son aquellos que saben que necesitan atención médica costosa. La observación de que los independientes solamente contribuirán si saben que la cantidad que pagan por el POS es menor que la cantidad que tendrán que pagar con plata de su bolsillo para recibir la atención médica, los hace claramente menos atractivos para las EPS. Además, es más costoso recaudar las contribuciones de los independientes, especialmente porque sus ingresos a menudo fluctúan y son difíciles de verificar. Aun si los independientes fueran más saludables que los trabajadores del sector formal, pero como no están cubiertos para los riesgos profesionales (ATEP), son un riesgo más elevado para las entidades que los afilien. El hecho de que los independientes no están cubiertos por compensación de trabajadores potenciales, hace que sean menos atractivos para la afiliación. Una recomendación posible es ajustar la UPC para tomar esto en cuenta y así reducir la barrera, sin embargo, el impacto positivo o negativo sobre el mercado laboral necesitaría ser examinado.

El ISS todavía no ha implementado un sistema de información que permita la identificación de los afiliados. Los formularios utilizados por el ISS para registrar las características demográficas y otras características de sus afiliados contienen menos información que los formularios diseñados por la Superintendencia y utilizados por las EPS. Esta tremenda falta de información hace difícil evaluar el progreso de la afiliación en el sistema reformado y demora las contribuciones del ISS al FSyG.

En la actualidad, la estrategia de mercadeo del ISS hace énfasis en el mantenimiento de sus miembros actuales y en la inscripción de las familias de sus afiliados más que

en buscar nuevos. Para aumentar la afiliación de los miembros de las familias, el ISS tiene publicidad en la televisión, la radio y la prensa.

El ISS ha asignado ciertos sitios para afiliar a sus dependientes en varias de sus clínicas, en los centros comerciales y en las empresas. Este proceso ha sido muy lento y ha tenido que enfrentar varios problemas en su implementación. Los errores al llenar los formatos de afiliación generan obstáculos en la implementación de la reforma.

El ISS necesita saber el número exacto de afiliados y tener información precisa sobre la edad y el sexo para poder calcular la suma apropiada de las UPC ajustadas por riesgo. Sin esta información exacta, la participación en el sistema del subsidio cruzado a través de las transferencias al Fondo de Solidaridad no es viable.

El ISS tiene planes para mejorar la cobertura de la atención de la salud en los departamentos de Arauca, Casanare y Putumayo. Un estudio de mercadeo en el Putumayo, junto con el reconocimiento de que ha habido un aumento de trabajadores originado en la industria petrolera, hizo que el ISS ampliara sus servicios.

Las EPS están vendiendo sus productos (POS, PAC, Medicina Prepagada) utilizando una fuerza de ventas y a través de las relaciones con compañías externas que venden otros seguros. Estas entidades también están haciendo publicidad por correo directo, telemercadeo y visitas puerta a puerta con el fin de encontrar nuevos afiliados. A excepción de dos EPS, todas las demás cuentan con vendedores a quienes les pagan con una combinación de salario más comisión. Los salarios de los vendedores están alrededor de 237.000 pesos por mes y van desde 150.000 hasta 500.000 pesos. Las comisiones por el sólo POS están alrededor de 2.341 pesos por afiliado (comisión ganada sólo una vez) y van desde 500 pesos por cabeza hasta 5.500 pesos. Las EPS que pagan salarios inferiores tienden a pagar comisiones más altas, lo cual es normal. La comisión para los vendedores externos por la venta del sólo POS es, a lo sumo, 1.500 pesos más elevada que la comisión para los vendedores internos. Como las comisiones solamente se pagan una vez, los vendedores no tienen incentivos para garantizar que los inscritos están satisfechos. La tabla 5.5 presenta la estructura de compensación de las ventas.

En contraste con la estructura de comisiones para el POS, la mayoría de EPS pagan comisiones por el PAC y por las Medicinas Prepagadas que son un porcentaje del pago de la prima. Los porcentajes van desde el 2% hasta el 15%. En muchos casos, las comisiones continúan pagándose mensualmente por todo el tiempo que el inscrito permanezca en el plan. Esto incentiva enormemente a los vendedores a atender a los clientes y a vender planes adicionales.

Tabla 5.6 A quién tratan de afiliar las EPSs Privadas?

EP S	Independientes	ISS	Red Propia	Empresas de 0-30	Empresas 30+	Otros
1	N	SI	SI	SI	SI	
2	N		SI- Tratan de trasladar afiliados de Medicina Prepagada al POS	SI	SI	Las Empresas con Medicina Prepagada trasladarán sus empleados al POS. Los independientes no lo harán
3	N	SI	SI	SI	SI	
4	N	SI	SI	SI	SI	
5	N	SI	N/R	N	SI	Actuales afiliados a Caja
6			SI			La estrategia es convertir los afiliados existentes de Medicina Prepagada a POS
7	N	SI	SI	SI	SI	La estrategia es convertir los afiliados de la Caja al POS
8	N	SI	SI	SI	SI	
9	SI	SI	SI	SI	SI	Representatives assigned to firms to attend to all caja services trSi to convert firms to POS and PAC.
10	SI	SI	SI*			*La estrategia es afiliar miembros de cooperativas (a menudo independientes)
11	N	SI	SI*	SI	SI	*La estrategia es afiliar inicialmente en el POS a los miembros de la MP
12	SI- Con contratos a término fijo	SI	SI	SI*	SI	*Prefieren empresas pequeñas con altos salarios
13	SI - Aquellos que quieren POS+	SI	SI	SI	SI	
14	N	SI	SI	SI	SI	
15	N*	SI	SI**	SI	SI	* Afiliar independientes en MP y POS si pagan un año por adelantado. ** Focalizan sobre empresas con 10-100 empleados
16	N	SI	SI*	SI	SI	*La estrategia es afiliar familias de los afiliados a la Caja.

Claves: MP= Medicina Prepagada

Solamente cuatro de las diez y seis EPS estudiadas dijeron que la afiliación de los independientes es una parte de su estrategia de mercadeo. De estas cuatro, una venderá a los independientes que tengan un contrato a término fijo y con ingresos estables, otra venderá a los independientes que además del POS compran otros productos (independientes con ingresos elevados). Otra EPS no venden activamente a los independientes, pero los inscribirá en el POS+ si pagan un año por adelantado. En contraste, una EPS vende intencionalmente a los independientes que pertenecen a cooperativas. Sin embargo, todas las EPS dicen que no rechazan a los independientes, tal y como lo exige la Ley 100. La tabla 5.6 presenta el tipo de afiliados que las EPS están buscando.

#### **5.2.4 Logros y Obstáculos de las EPS para Alcanzar las Metas de una mejor Eficiencia y Calidad**

Se espera que los incentivos introducidos por la implementación de la competencia regulada aumenten la eficiencia y mejoren la calidad. Se ha observado que el aumento en la eficiencia proviene primordialmente de la forma como las EPS prestan y manejan la atención. Además, las EPS proporcionan variaciones en el producto POS, tal y como se puede ver por las diferencias entre las redes de proveedores y por la posibilidad de escogencia para los consumidores. Esto apoya el concepto de que la competencia regulada lleva a las entidades a competir en calidad, suministrando las características que los consumidores prefieren. Sin embargo, existe poca evidencia de que las EPS estén compitiendo por los indicadores observados de la calidad médica.

#### **Eficiencia y Control de Costos**

##### **Conclusiones Generales:**

- Las EPS están utilizando diferentes formas de "administración" de la atención con el fin de controlar los costos. Por ejemplo, algunas EPS están construyendo sus propios centros de atención primaria para prestar estos servicios y hacer las remisiones a los especialistas y a los hospitales. Otras EPS contratan a grupos de médicos con el fin de suministrar los servicios de atención primaria y de desempeñar la función de "controladores" (gatekeeper).
- Se están utilizando algunos incentivos a través del sistema de pago para aumentar la eficiencia y para controlar los costos. Los métodos de reembolsos para los médicos y los hospitales incluyen: pago por servicio, capitación, salario y una mezcla de capitación y de pagos por servicio. Algunas EPS pagan bonos a los médicos de atención primaria que manejan bien las remisiones.



- Las EPS informan que muchos proveedores no quieren y/o son incapaces de hacer contratos con las EPS. Dichas entidades informan que tienen dificultades en algunas regiones para contratar los servicios hospitalarios y a los especialistas. Las principales razones que se plantean para explicar estas dificultades son: los hospitales y los especialistas se rehúsan a participar en la reforma; los hospitales y los especialistas no quieren hacer contratos por tarifas que las EPS consideran razonables, de acuerdo con las restricciones impuestas por la UPC; falta de capacidad para contratar y poco conocimiento de la reforma por parte de los directores de los hospitales públicos; y escasez de proveedores o de instituciones en algunas regiones.

#### **Observaciones Detalladas:**

##### **a. Falta de Competencia entre los Proveedores para Obtener Contratos con las EPS**

Las EPS dicen que hay abundancia de médicos generales que quieren proporcionar los servicios por pagos razonables dentro de las limitaciones de la UPC. Informan que los médicos generales frecuentemente envían sus hojas de vida ofreciendo sus servicios. Sin embargo, a pesar de esta abundancia de médicos generales, las EPS no están utilizando procesos competitivos de contratación u otras formas de negociación para inducir a la competencia con respecto a los honorarios o con respecto a la calidad.

Casi todas las EPS dicen que tienen dificultades en encontrar proveedores para algunas especialidades, particularmente en las ciudades intermedias en Colombia. Las ciudades más frecuentemente mencionadas son: Bucaramanga, Cartagena, Cúcuta y Manizales. Las EPS dicen abiertamente que el problema es que los grupos de especialistas forman carteles para bloquear la cooperación con las EPS y la implementación de la reforma. Las sociedades científicas de especialistas manifiestan abiertamente su oposición a la Ley 100. Las EPS no creen que el problema principal sea la escasez de médicos en la mayoría de especialidades. Sin embargo, algunas entidades dicen que puede haber escasez de anestesiólogos, endocrinólogos y neurólogos en todo el país, pero no de otros especialistas.

Algunas EPS informan que hay una escasez de hospitales que quieran hacer contratos por pagos razonables de acuerdo con la UPC, mientras que otras dicen no tener problemas y proyectan un aumento de la oferta. Muchas EPS informan que los hospitales públicos no quieren o son incapaces (falta de capacidad para hacer contratos) de establecer acuerdos con las EPS.

La mayoría de las EPS dicen que deben establecer contactos con los especialistas y los hospitales con el fin de contratar sus servicios. Estas entidades identifican a los especialistas por las recomendaciones de otros médicos en su red. Las entidades promotoras de salud informan que la existencia de los hospitales "ya se conoce", pero sienten que estos no desean celebrar contratos con ellas. El análisis de las redes de proveedores de las EPS apoyan este argumento. Por ejemplo, más del 26% de los hospitales de tercer nivel y del 30% de los hospitales de segundo nivel en Bogotá no tienen contratos con ninguna EPS. Los porcentajes de los hospitales de tercer nivel que no tienen contratos en otras tres ciudades que se analizaron son relativamente pequeños.

Solamente una EPS privada informó haber iniciado un proceso de licitación para los "paquetes de atención quirúrgica". Las EPS definieron los paquetes y solicitaron a los hospitales entrar en la licitación. Además, informan que el proceso funciona mejor que lo esperado. Las tarifas que resultaron de este proceso de licitación fueron en realidad más bajas que las que se habían predicho y el deseo de los hospitales a participar fue mucho mayor.

El ISS insiste en que hay una baja oferta de servicios hospitalarios y ambulatorios. Además, alega que los hospitales con tasas bajas de ocupación de camas muestran una subutilización debido a la falta de especialistas y no debido a la ineficiencia o a la baja demanda. Una crítica a esta interpretación es que el ISS puede verse enfrentado a una oferta baja de especialistas por su insistencia en que todos los partos sean atendidos por obstetras más que por enfermeras-parteras o por los médicos generales.

Las EPS-ISS solamente contrata proveedores privados cuando los servicios no se pueden prestar en sus propias clínicas.

En resumen, durante el primer año después de la implementación de la competencia regulada en Colombia, hay competencia entre los médicos generales por los contratos con las EPS, pero poca competencia entre los proveedores de segundo y tercer nivel.

#### **b. La Naturaleza de los Contratos:**

La mayoría de los contratos entre las EPS y los proveedores son escritos (en lugar de verbales) y tienen una duración de un año, pero renovables automáticamente, a menos de que una de las partes notifique sobre su intención de dar por terminado el contrato. Solamente una EPS, una organización sin ánimo de lucro, dijo que muchos de sus contratos son verbales. Otra EPS tiene algunos contratos verbales con las

instituciones públicas en la región cafetera de Colombia. La razón es que estas instituciones no tienen la capacidad para celebrar contratos escritos. La excepción a los contratos con un año de duración son las EPS que contratan hospitales de atención terciaria para todos los niveles de atención.

Las EPS difieren en el grado de descentralización del proceso de contratación. Algunas de ellas negocian todos los contratos para las áreas que manejan fuera de la oficina central. Otras establecen contratos estandarizados a nivel central, pero permiten que las oficinas regionales hagan los arreglos contractuales.

Las EPS mencionan las siguientes razones para la cancelación de los contratos con los proveedores: calidad deficiente, quejas de los consumidores, irregularidades en los cobros, atención sin autorización, poca participación en la administración requerida por algunas EPS y tener una historia de exceso de remisiones a niveles más elevados de atención.

Varias EPS han desarrollado soluciones innovadoras para el problema de encontrar especialistas que deseen prestar el servicio de acuerdo con las tarifas ofrecidos para el POS. Una EPS paga parte de los costos de los consultorios de los especialistas a cambio de que se comprometan a adjudicar un número de horas a los pacientes de la entidad. Otra organización ofrece descuentos en el seguro de los carros siempre y cuando los médicos acepten trabajar con el POS. Esta solución es una forma de evasión de impuestos que genera ganancias tanto para el especialista como para la EPS.

Dos EPS tienen contratos con instituciones de atención terciaria que suministran todos los niveles de atención. Debido a la inversión que tanto las EPS como los hospitales tienen que hacer y al grado de interdependencia, los contratos tienen una duración de dos años. En estas circunstancias, la entidad cumple principalmente con las funciones de mercadeo y de afiliación y transfiere a la IPS todos los riesgos. Una de estas EPS trabaja estrechamente con la IPS contratada con el fin de apoyar el desarrollo del sistema, lo cual incluye la creación de un sistema de información, la capacitación de los médicos y el establecimiento de los protocolos de tratamiento para la atención ambulatoria. Otra EPS contrató a dos Cajas para que presten la atención. Las Cajas tienen redes de proveedores establecidas y la contratación se hace a nivel de ella. Otra EPS contrató a dos compañías de Medicina Prepagada, que no son EPS, con el fin de que proporcionen la atención a sus afiliados. Los contratos con los proveedores se hacen directamente con las compañías de Medicina Prepagadas que no son EPS.

### **c. Estructura del Sistema de Prestación de Servicios:**

La estructura del sistema de prestación de servicios y la forma como se manejan los servicios de atención de la salud se pueden considerar como características de los productos de la EPS, en los cuales están interesados los consumidores y como métodos utilizados por las EPS para controlar los costos y aumentar la eficiencia. Esta sección analizará la forma como las EPS manejan la atención.

Casi todas las EPS utilizan médicos de atención primaria para la primera visita del paciente y como “controladores” (gatekeepers) para las remisiones. Los pacientes se remiten a los especialistas o a los hospitales únicamente cuando los médicos generales son incapaces de manejar la enfermedad. Esta estructura está diseñada para limitar la utilización de los servicios más costosos, en los casos en que los médicos de atención primaria pueden atender a los pacientes. Algunas promotoras sólo utilizan médicos de atención primaria, tales como médicos generales, mientras que otras también incluyen especialistas en pediatría, ginecología y medicina interna.

La utilización de los médicos de atención primaria como “controladores” (gatekeepers) y como prestadores de servicios, tiene diferentes implicaciones para el control de costos y para la eficiencia, dependiendo del sistema de pagos. Los pagos de capitación pura a los médicos o a los grupos independientes contratados incorporan enormes incentivos para hacer demasiadas remisiones a los niveles más elevados de atención. Con el fin de manejar este problema potencial, algunas EPS han establecido estándares para las remisiones. Si se descubre que los médicos o los grupos contratados hacen más remisiones que la cantidad estándar, corren el peligro de que se los elimine de la red de la EPS. Además del pago de capitación, otras EPS pagan bonos si los doctores o los grupos contratados mantienen las remisiones dentro de un margen estándar. Muchas entidades promotoras también están buscando la solución a este problema construyendo sus propias instalaciones, en donde a los médicos se les paga un salario y en donde las EPS pueden controlar las remisiones internamente a través de la supervisión y de la administración.

Una EPS decidió solucionar el problema de establecer incentivos correctos para las remisiones, contratando solamente a las instituciones de atención terciaria para que presten la atención a todos los niveles. Estos hospitales están construyendo centros de atención ambulatoria al lado de los hospitales. Los reembolsos se hacen por capitación para la atención primaria y por honorarios para los niveles más elevados de atención. La EPS cree que este acuerdo permite un mayor control de los costos y de la calidad porque: se establece una relación más estrecha entre la EPS y la IPS; hay menos duplicación de exámenes costosos para el diagnóstico; mejor administración de los casos; un mejor mantenimiento de los registros médicos; un mejor sistema de

información y más control sobre la capacitación de los médicos que brindan la atención.

Otra EPS controla la sobreutilización restringiendo las citas de los pacientes a un máximo de dos por semana. La entidad controla el acceso manteniendo un registro computarizado de las citas que se hicieron por teléfono. Después de dos citas, los encargados de darlas le niegan el acceso al paciente.

La mayoría de las EPS utilizan un equipo de enfermeras y/o médicos para manejar las admisiones al hospital y para controlar el tiempo de permanencia. En muchas EPS, estos auditores médicos visitan a los pacientes diariamente con el fin de evaluar si se les está dando la atención adecuada, así como para controlar el número de días que los pacientes permanecerán en los hospitales y para controlar los errores en las cuentas de cobro. Otras EPS controlan el tiempo de permanencia en el hospital solicitando una pre-autorización para un número determinado de días, con base en los protocolos establecidos. Si el paciente necesita permanecer por más tiempo en el hospital que el número de días para su diagnóstico, al hospital se le exige solicitar autorización adicional a la EPS.

El ISS está en proceso de crear nuevas organizaciones de proveedores llamadas "Centros de Atención Ambulatoria" o "CAA", con el fin de suministrar la atención ambulatoria, la prevención y la promoción de la salud. Los afiliados del ISS podrán escoger afiliarse a una CAA específico, cercano a su lugar de trabajo o de residencia. En teoría, cada CAA recibirá una UPC por cada persona que la elija. Dicho centro suministrará servicios de atención primaria y actuará como "controlador" (gatekeeper) para las remisiones a niveles más elevados de atención. Además, los CAA administrarán los fondos para la UPC total y pagarán a los especialistas y a los proveedores de niveles más elevados con plata de su presupuesto. Esto implica que los CAA funcionarán como proveedores de servicios y como administradores de la UPC, actuando como un modelo de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO).

#### **d. Control de Costos a través del Sistema de Pagos:**

Once de las diez y seis EPS pagan a los proveedores de la atención primaria de la salud por capitación. A los proveedores se les da un pago global mensualmente para que suministren los servicios, así como para que cumplan con la función de "controladores" (gatekeeper)/remisión para un segmento asignado de población. En la mayoría de los casos, los pagos de capitación se ajustan por edad y por sexo, de acuerdo con los ajustes hechos a la UPC y según lo estipulado por el gobierno. La tabla 5.7 presenta el rango de pagos de capitación que once EPS han hecho por

concepto de la prestación de los servicios de atención primaria. Dos EPS más, dicen que están contemplando la posibilidad de desarrollar un sistema de pagos de capitación para la atención primaria, pero están preocupadas por el problema de conceder a los médicos enormes incentivos para hacer demasiadas remisiones a los especialistas y a los hospitales.

**Tabla 5.7 Políticas de Pago por Capitación**

EP S	Pago por Capitación	Comentarios
1	850 pesos/ por persona/por mes por APS* (Consulta únicamente).	Los proveedores de APS manejan presupuestos globales para todos los niveles de atención. Si se mantienen entre los rangos establecidos (límites superior e inferior), los médicos obtienen un bono de \$100 por persona / por mes.
2	En proceso de implementación. N/A	
3	44% de UPC para APS	Pago por capitación para los Centros de atención ambulatoria ubicados en los Hospitales de nivel III que prestan todos los servicios. El reembolso de pago por honorarios es usado para los servicios hospitalarios y de especialista.
4	36% de UPC para APS	
5	30-36% de UPC dependen de la disponibilidad de servicios para APS.	
6	4950 por persona/ por mes para APS	
7	4000 por persona/ por mes para APS	Los médicos pueden conservar lo que no gasten. Se requiere un informe para controlar tanto la excesiva referencia como la baja provisión en la atención
8	76% de UPC para todos los niveles de atención (en Manizales)	
9	70% de UPC para todos los niveles de atención	Todo el servicio es prestado a través de las redes de dos entidades de Medicina Prepagada Afiliadas, que reciben el pago por capitación y la administración de la atención.
10	750 por persona/ por mes para APS	
11	39.6% de UPC para APS.	

\*APS es "Atención Primaria en Salud"

Los pagos de capitación para la atención primaria de la salud están entre 850 pesos por persona/por mes (8.4% de la UPC) y el 49% de la UPC. Es imposible sacar conclusiones precisas de estas comparaciones por cuanto el pago de capitación más bajo solamente cubre las consultas, y los pagos más elevados incluyen algunas especialidades (pediatría, ginecología, medicina interna) y los exámenes de diagnóstico.

Una EPS reembolsa un pago de capitación del 76% de la UPC a una institución de atención terciaria en una región de Colombia, que cubre todos los niveles de atención especificados en el paquete de beneficios. Otra EPS liquida un pago de capitación del

70% de la UPC a dos redes de proveedores de planes de Medicina Prepagada. La observación de que tanto los proveedores como los planes de Medicina Prepagada no tienen problemas en aceptar mucho menos que la UPC para proporcionar el POS, es una evidencia de que la UPC es probablemente adecuada.

La tabla 5.8 presenta los honorarios reembolsados por las EPS a los médicos generales, a los especialistas y a los hospitales cuando se utiliza el reembolso de pago por servicio. Los honorarios pagados por las consultas con los médicos generales bajo el POS están entre 3.000 pesos y 5.000 pesos, mientras que los especialistas ganan de 6.000 a 8.500 pesos. Los honorarios de los hospitales se pueden fijar con base en las tarifas del SOAT o del ISS, sumándole un porcentaje adicional frecuentemente. Además, la mayoría de las EPS negocian con algunos hospitales que tienen sus propias tablas de tarifas. Las tarifas de reembolso de pago por servicio para los proveedores de planes complementarios y de Medicina Prepagada pueden llegar a doblar las tarifas pagadas para el POS.

El año pasado, el ISS comenzó a utilizar un sistema de pagos a los hospitales, basado en los "paquetes de diagnóstico" o los protocolos de atención. Más que reembolsar con base en los honorarios, el ISS reembolsa a los hospitales contratados con base en estos paquetes definidos (51 ya se han definido). El reembolso con base en paquetes más que con base en honorarios, incorpora incentivos para aumentar la eficiencia y el control de la utilización. No conocemos estudios que midan la efectividad de este nuevo sistema de pago.

Con base en estas comparaciones, se puede ver con claridad que las EPS están respondiendo a los incentivos para el control de costos de la reforma de la salud en Colombia, los cuales son el resultado de la definición tanto de los paquetes de beneficios requeridos como del establecimiento del pago básico mensual a las EPS.

**Tabla 5.8 Reembolso de las EPS por pago por honorarios por el POS**

d	Médico General	Especialista	Hospital
1	4,000-5,000	8,000	Aprox. 40% de los contratos son de acuerdo al SOAT, 60% son negociaciones individuales.
2	3,000	6,000	SOAT + 5-10%
3	SOAT o ISS+	SOAT o ISS+	SOAT *
4	**	**	ISS
5	3,000	6,000	SOAT e ISS
6	3,500 o capitación	6,300	SOAT e ISS
7	Salarios	8,500	SOAT e ISS (algunas veces, más el 25%)
8	4,000	7,000	SOAT (algunas veces más el 15-20%)
9	SOAT e ISS*	SOAT e ISS*	SOAT e ISS*
10	**	**	SOAT e ISS con descuentos
11	Capitación	Capitación	Capitación
12	Capitación o ISS	SOAT o ISS	SOAT e ISS
13	SOAT	SOAT	SOAT e ISS (y + 15-20%)
14	SOAT	SOAT	Reembolso por paquetes de atención como lo define el ISS
15	3,000	Paga 250,000 por especialista por dedicar 22 horas/mes. Se paga aun si los pacientes no asisten.	
16	SOAT+20%	SOAT+ 20%*	SOAT
17	ISS	ISS	ISS

\* Más 20% en Medellín.

\*\* Pago por capitación solamente para médicos generales y especialistas por el POS



#### **5.2.4.1 Información, Supervisión y Garantía de la Calidad**

Se predice que el proceso de competencia entre las EPS con el fin de atraer a los posibles afiliados producirá un mejoramiento de la calidad de la atención de la salud en Colombia. La calidad se puede definir como la calidad médica y otras características del producto en las cuales están interesados los consumidores: acceso a los médicos y los hospitales de alta calidad, el grado de escogencia, la estructura de la atención y la conveniencia de la localización de los proveedores en la red. Esta sección se centrará en la calidad médica y la sección sobre la diferenciación del producto se centrará en las características de la calidad de la entidad.

##### *Observaciones:*

- Las EPS han implementado una cantidad de mecanismos para controlar la calidad médica de la atención, que incluyen: visitas a las sedes de los proveedores, auditoría de los registros médicos y entrevistas a los pacientes.
- Pocas EPS tienen sistemas para informar sobre los indicadores de calidad a los afiliados actuales y potenciales.

Aunque pocas EPS tienen un sistema apropiado para informar sobre los indicadores de calidad a los afiliados actuales y a los potenciales, estas entidades han implementado un número de mecanismos para controlar la calidad. Estos mecanismos incluyen visitas a las sedes de los proveedores, auditoría de los registros médicos y entrevistas a los pacientes. Algunas EPS tienen un comité médico interno para evaluar a los proveedores potenciales que se podrían incluir en la red. Un número de EPS dice que a los proveedores se les exige informar sobre algunos indicadores de calidad, pero que esta información no se da a los consumidores. Además, algunas EPS tiene reuniones periódicas con los proveedores con el fin de informarles sobre sus políticas y de sensibilizarlos con respecto a la importancia del servicio al consumidor. Virtualmente, todas las EPS mencionan la calidad deficiente de la atención como una de las razones para la cancelación de los contratos.

Los objetivos del ISS son mejorar la calidad de los servicios, mejorar el sistema de información, diseñar e instalar software para un sistema automatizado de facturación y simplificar el sistema de afiliación. El ISS piensa establecer centros de atención a los consumidores en cada uno de sus puntos y hará una encuesta de satisfacción del usuario.

#### **5.2.4.2 Diferenciación del Producto**

Las EPS compiten entre ellas por los afiliados ofreciéndoles el tipo de programa que los consumidores prefieren y que es factible teniendo en cuenta las limitaciones de la cuota fija de riesgo ajustado (UPC), con el fin de proporcionarles todos los servicios en el paquete de beneficios.

- El análisis de las redes hospitalarias de las EPS privadas para el POS "Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla" muestra que las EPS están ofreciendo diferentes listas de proveedores y, por lo tanto, establecen una diferencia en su producto del POS.
- Las EPS contratan hospitales públicos y privados de nivel II y III, pero solamente contratan hospitales privados de primer nivel. Las EPS no tienen contratos con ninguna institución del ISS.
- Casi todas las EPS están utilizando a los médicos de atención primaria para el primer contacto con el paciente. A los pacientes se les remite a los especialistas o a los hospitales solamente cuando el médico general es incapaz de tratar el problema. Algunas entidades promotoras de salud solamente utilizan a los médicos generales como médicos de atención primaria, mientras que otras incluyen especialistas en pediatría, ginecología/obstetricia y medicina interna.

Aunque la diferencia legal entre los planes complementarios y la Medicina Prepagada es clara, la distinción práctica no lo es. Las EPS están ofreciendo planes además del POS, el cual difiere en cuanto a los servicios cubiertos, la escogencia del proveedor y el manejo de la atención.

##### **a) Diferenciación del Producto en el POS:**

Una forma mediante la cual las EPS pueden diferenciar el producto que ofrecen a los consumidores es a través de la diferenciación de sus listas de proveedores. El análisis de los hospitales que las EPS contratan en cuatro ciudades (Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín), muestra que estas entidades tienen suficientes opciones de proveedores para diferenciar las redes de los mismos, aún en la atención terciaria.

Debido a que los hospitales de tercer nivel son más especializados, uno podría esperar encontrar una concentración más elevada de contratos a este nivel. Podríamos esperar que la mayoría de las EPS, si no todas, tuvieran contratos con los hospitales de atención terciaria en las ciudades más grandes. Sin embargo, observamos que las EPS parecen tener suficientes alternativas en el nivel de atención

terciaria que les permite presentar listas exclusivas de proveedores a sus usuarios. Por ejemplo, doce de los treinta y cinco hospitales de tercer nivel en Bogotá sólo tienen un contrato con una EPS (tabla 5.11). Sin embargo, hay algunos hospitales de atención terciaria que tienen contratos con la mayoría de las EPS. Al menos en Bogotá, estos tienden a ser entidades muy especializadas o hospitales que ofrecen algunos servicios exclusivos.<sup>1</sup>

**Tabla 5.9 Redes de proveedores de servicios hospitalarios por tipo para el POS**

	Público	Sin ánimo de lucro	Con ánimo de lucro	Privado no identificado	Total privado*	ISS
<b>Bogotá<sup>1</sup></b>						
N1 (n= 77)	0	0	0	77	77	0
N2 (n= 43)	0	5	5	33	43	0
N3 (n= 26)	6	15	3	2	20	0
Subtotal	6	20	8	112	140	1
<b>Cali<sup>2</sup></b>						
N3 (n= 4)	2	1	1	0	2	0
<b>Medellín<sup>3</sup></b>						
N1 (n= 47)				47	47	
N2 (n= 8)	1		1	6	7	0
N3 (n= 9)	1	6	2	0	8	0
Subtotal	2	6	3	53	62	0
<b>Barranquilla<sup>4</sup></b>						
N3 (n=3)	1	2	0	0	2	0

Claves:

\* Total Privado= (Sin ánimo de lucro + con ánimo de lucro + privado no identificado)

1 El número de EPSs incluidas es 10, de las 15 que operan en Bogotá (10/95)

2 El número de EPSs incluidas es 9, de las 12 que operan en Cali (10/95)

3 El número de EPSs incluidas es 8, de las 13 que operan en Medellín (10/95)

4 El número de EPSs incluidas es 7, de las 11 que operan en Barranquilla (10/95)

La mayoría de los hospitales de nivel II en Medellín y en Bogotá (no hay suficiente información disponible en Cali y en Barranquilla) tienen, a lo sumo, un contrato. Esto implica que las EPS en estas ciudades ofrecen acceso a proveedores muy diferentes.

Para evaluar si las listas de los hospitales ofrecidos por las EPS para el POS se utilizan como una estrategia para desestimular o estimular la afiliación, debería

<sup>1</sup> En Bogotá, las IPS que tienen más contratos son la Clínica Shaio y la Fundación Cardioinfantil, dos IPS muy especializadas y Asistir, que era el Hospital de Cajanal y, de acuerdo con la información de la encuesta de proveedores, no utilizan las tarifas del SOAT o del ISS pero dan descuentos a las EPS, con base en las tarifas establecidas internamente (probablemente más bajas que las del SOAT o del ISS).

saberse si las EPS contratan hospitales de baja o alta calidad. En este momento es imposible hacer un informe objetivo sobre la calidad de los hospitales contratados por las EPS. Sin embargo, podemos hacer algunas inferencias sobre la calidad hospitalaria tal como la perciben los afiliados potenciales. La gente puede percibir que los hospitales que atienden principalmente a las personas pobres son de baja calidad porque están generalmente localizados en vecindarios pobres. Los resultados del análisis del estudio de proveedores hecho por Harvard, combinado con el estudio de las EPS, muestran que estas entidades contratan los servicios de tercer nivel con hospitales que atienden menos personas pobres que los hospitales que no tienen contratos con las EPS. Si estas entidades estuvieran tratando de desanimar a los consumidores para que se inscriban solamente en el POS, se podría esperar que los hospitales que se perciben como de baja calidad estuvieran incluidos en la red del POS solamente. Esto concede algún fundamento a la conclusión de que las EPS no están, en promedio, tratando de desestimular la afiliación en el POS solamente (tabla 5.10). Sin embargo, esta información se debe analizar con mucho cuidado por cuanto los datos sobre la red de proveedores sólo nos indica con qué hospitales existen contratos, pero no nos dice nada acerca del volumen y del tipo de servicios contratados en cada hospital.

**Tabla 5.10 Población de los Estratos 1 y 2 atendida en Hospitales con y sin contratos con EPS<sup>1</sup>**

	Con contratos	Sin Contratos
<b>Bogotá (n=35)</b>	41%	57%

<sup>1</sup>[(# camas x 365) x tasa de ocupación] x (% de atendidos de estrato 1 y 2)

Fuente: Estudio Harvard de las EPS, Estudio de Proveedores Harvard

Para el primer nivel, las EPS solamente contratan a las instituciones privadas. En el nivel secundario y terciario, los hospitales públicos representan un segmento pequeño del total de hospitales en Bogotá, Medellín y Barranquilla. En Cali los hospitales públicos representan el 50% de los hospitales de nivel terciario contratados por las EPS. También, vale la pena mencionar que las EPS no contratan sus servicios con el Instituto del Seguro Social, lo cual podría indicar que la mayoría de las instituciones del ISS están trabajando en toda su capacidad. (Refiérase a la tabla 5.9).

Las EPS también diferencian el producto del POS que ofrecen a través de variaciones en la estructura y en la administración de la atención. Aunque casi todas las EPS requieren remisiones de un médico del nivel de atención primaria, estas instituciones difieren en cuanto a si la atención primaria incluye especialistas, tales como pediatras, ginecólogos e internistas, o si solamente incluye médicos generales. Los consumidores pueden escoger su EPS con base en el grado de acceso a los médicos y/o especialistas preferidos.

**Tabla 5.11 Sobreposición de las redes hospitalarias de las EPSs para el POS**

Número de contratos con EPSs por hospital para prestación del POS	1	2	3	4	5	6+
<b>Bogotá<sup>1</sup></b>						
N1 (n=77)	56	18	3	0	0	0
N2 (n=43)	22	9	6	3	1	1
N3 (n=26)	12	1	4	4	2	3
Subtotal	90	28	13	7	3	3
<b>Medellín<sup>2</sup></b>						
N1 (n=47)	36	6	2	1	0	0
N2 (n=8)	6	0	1	1	0	0
N3 (n=9)	2	3	0	3	0	1
Subtotal	44	9	3	5	0	1
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>37</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

1 El número de EPSs incluidas es 10, de las 15 que operan en Bogotá (10/95)

2 El número de EPSs incluidas es 8, de las 13 que operan en Medellín (10/95)

#### **b) Planes Adicionales:**

Además del paquete básico de beneficios cubierto por el POS, la mayoría de las EPS ofrecen servicios extras en la forma de planes complementarios (PAC) y/o planes de Medicina Prepagada (MP).

En la actualidad, es posible que las EPS puedan disminuir la competencia mediante la utilización de planes adicionales. En lugar de ofrecer un producto homogéneo (POS), dichas entidades están implementando diferentes planes complementarios que puedan ser atractivos para un segmento definido de la población. Al ofrecer servicios que no están incluidos en otros planes, las EPS pueden reducir la competencia regulada para los afiliados al POS.

Los planes complementarios (PAC) se definen como planes que ofrecen servicios adicionales (servicios médicos y de hotelería que no están incluidos en el POS). Por definición estos planes complementan los servicios cubiertos por el POS, es decir *no se superponen* a los servicios del POS, el cual debe ser un "producto" estandarizado. En teoría, los PAC solamente deben incluir servicios que no se consideran esenciales y que por esta razón no están cubiertos por el POS: habitación privada y suites en caso de hospitalización o de tratamientos médicos, tales como cirugía con propósitos estéticos. Ofrecer planes complementarios sin el POS es ilegal. Sabemos que la mayoría de las EPS permiten que los beneficiarios se suscriban al plan complementario sin suscribirse al POS (al momento de la encuesta).

Antes de la reforma, en Colombia había entidades que ofrecían planes de seguros de salud llamadas "Medicinas Prepagadas". Estos planes cubrían algunos de los servicios cubiertos por el POS pero no todos, así como aquellos no cubiertos por el POS. Muchas de estas Medicinas Prepagadas han realizado esfuerzos para adaptarse a la nueva regulación, convirtiéndose en EPS y ofreciendo el POS, como están obligados a hacerlo, así como planes complementarios. Sin embargo, la mayoría de estas entidades todavía ofrecen sus planes anteriores, los cuales incluyen algunos pero no todos los servicios cubiertos por el POS y algunos servicios adicionales. Muchos afiliados continúan comprando MP tal y como lo hacían anteriormente sin escoger a la compañía como su EPS. Esta costumbre aumenta la evasión del pago del 12% del impuesto e impide el logro de las metas de la solidaridad y de la universalidad de la reforma. Esta situación se agrava con el hecho de que algunas entidades ahora llaman a los planes anteriores, planes complementarios, cuando, de hecho, no complementan al POS sino que son alternativas del mismo.

Todavía no es posible asegurar si existe división del mercado por segmentos o si éste es un problema para la reforma colombiana. Con base en la información sobre la afiliación obtenida de la encuesta de las EPS, Se observó que en algunas compañías los afiliados con POS más un plan complementario sobrepasan el número de aquellos que solamente están cubiertos por el POS. 83% de los afiliados de Colpatria y 75% de Sanitas tienen POS más plan complementario (Refiérase a la tabla 5.2). Mientras en otras entidades los afiliados con POS más plan complementario sólo representan un pequeño segmento del total de beneficiarios; sólo el 2% de los afiliados a SaludCoop tienen el POS más un plan complementario.<sup>2</sup>

El tipo de servicios médicos disponible en los planes complementarios incluyen tratamientos y cirugías plásticas, ortodoncia, tratamiento de enfermedades crónicas, trasplantes y otras cirugías complejas, drogas, equipos, miembros artificiales, sillas de ruedas y medias para las várices, que no están cubiertos por el POS (Refiérase a la tabla 5.12). No hay dos EPS que ofrezcan exactamente los mismos servicios, lo cual demuestra que existe algún tipo de diferenciación del producto.

Virtualmente, todas las EPS ofrecían habitaciones sencillas en los hospitales para los miembros de sus planes complementarios. De las 9 entidades que tenemos información, 7 ofrecían acomodación adicional para un acompañante, ya fuera una suite o una cama adicional para éste.

---

<sup>2</sup> No se tiene información sobre la cantidad de afiliados que sólo pertenecen a un plan complementario o a un plan de MP.

En teoría, los planes complementarios se definen como los servicios no cubiertos por el POS más los servicios de hotelería, para aquellos suministrados por el POS. Sin embargo, algunas veces estos planes no están definidos claramente de esta manera y muchos incluyen una gama más amplia de proveedores, de médicos y de instituciones que el POS. Esto implica que los colombianos de ingresos más elevados tendrán acceso a los servicios de mayor calidad que aquellos utilizados por la gente que sólo tiene el POS.

Este aumento en la posibilidad de elección de los proveedores de los servicios del POS, sirve para diferenciar los servicios ofrecidos bajo el POS para aquellos que sólo tienen el paquete básico de beneficios, y los servicios ofrecidos bajo el POS para aquellos que tienen el paquete básico de beneficios más el plan complementario, haciendo que lo que se suponía era un producto estandarizado, no lo sea. Esta diferenciación tiene el potencial de destruir el principio del paquete básico y universal de beneficios, de aumentar la división del mercado por segmentos y de reducir la competencia.

Con base en la información disponible, parece que los planes complementarios utilizan ampliamente los “controladores” (gatekeepers), tales como, copagos, deducibles y períodos de espera para controlar la sobreutilización de los servicios. Todas las entidades encuestadas hacen énfasis en la necesidad de solicitar autorización previa para la atención especializada o para la hospitalización, o autorización posterior a la EPS antes de que ella efectúe los pagos por dichos servicios. La mayoría de los planes tienen copagos y techos que fluctúan entre el 75% y el 5%. Muchos planes excluyen las condiciones preexistentes y algunos exigen exámenes médicos antes de aceptar a la persona.

La prima mensual promedio para un adulto de menos de 60 años (se tiene información de los 36 planes diferentes) es \$31.879 pesos colombianos o aproximadamente US\$34.28. Las primas fluctúan entre \$10.900 y \$76.600 pesos colombianos (o aproximadamente US\$12.82) por mes. Las primas más elevadas no parecen estar asociadas con más tratamientos cubiertos o con más servicios ofrecidos por conveniencia. (Refiérase a la tabla 5.13).

El ISS está desarrollando planes complementarios que cubren los servicios que no están incluidos en el POS, tales como los servicios de hotelería y los medicamentos adicionales. La estrategia detrás del desarrollo de los planes complementarios, a corto plazo, será vender entre los afiliados actuales con altos ingresos. La meta será mantener la base de la afiliación y contribuir a mantener el equilibrio financiero. Seis compañías de seguros privadas y externas estarán encargadas del mercadeo de los planes complementarios.

**Tabla 5.12 Servicios médicos cubiertos por los Planes Complementarios de las EPSs\***

<b>Servicios Médicos/Atención:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4**</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
Servicio de Ambulancia 24 horas		Sí	Sí	NR					
Asesoría Médica Telefónica		Sí	Sí			Sí	Sí	Sí	
Atención Domiciliaria					Sí				Sí
Visita Médica Domiciliaria			Sí						
Enfermera especial asignada al beneficiario durante la hospitalización	Sí	Sí	Sí						
Tratamientos estéticos excluyendo cirugía			Sí						Sí
Cirugía estética incluyendo liposucción, mamoplastia,	Sí		Sí						Sí
Medias de soporte, aparatos ortopédicos, etc	Sí					Sí	Sí	Sí	
Sillas de ruedas	Sí								
tratamientos para infertilidad	Sí					Sí	Sí	Sí	
Cirugía Ocular						Sí	Sí	Sí	
"Gafas", monturas y lentes de contacto,						Sí	Sí	Sí	
Terapia del Lenguaje									Sí
Terapias de sueño y de reposo						Sí	Sí	Sí	
Programas de nutrición y disminución de peso		Sí	Sí			Sí	Sí	Sí	
Atención internacional	Sí	Sí				Sí	Sí	Sí	
medicamentos no cubiertos por el POS	Sí		Sí			Sí	Sí	Sí	
reemplazo articular	Sí				Sí				
Diálisis Renal	Sí	Sí			Sí				Sí
Hospitalización siquiátrica					Sí				
Sicoterapia de corto plazo	Sí		Sí		Sí				
Sicoterapia de largo plazo	Sí				Sí				
Terapia de Grupo			Sí		Sí				
Tratamiento SIDA	Sí				Sí	Sí	Sí	Sí	
Transplante de órganos	Sí	Sí	Sí						
Neurocirugía	Sí				Sí				
Tratamiento para quemaduras					Sí				
Cirugía para cáncer	Sí								Sí
Medicinas Alternativas						Sí	Sí	Sí	

\*Nota: La información de esta tabla y las tres siguientes está basada en información incompleta, por lo tanto debe asumirse como preliminar.

\*\*Ningún dato disponible para el Plan 4.



Tabla 5.13 Tarifas de Planes Complementarios y Medicina Prepagada

EPS	Plan	Pago por individuo (\$)	Pago para años (o 60-5) (\$)	Pago para >60 años (o 60-5) (\$)	Pago para >65 años (o 66-70) (\$)	Pago para 71-75 años (\$)	Pago para 76-80 años (\$)	Pago para 81-85 años (\$)	Pago para >85 años (\$)	Max. Elderly Por Indiv.	Promedio (\$)
A	Especial	16,000	19,967							1.25	19,967
	Privilegio Superior	32,500	39,917							1.23	39,917
		46,500	57,025							1.23	57,025
B	PAC I	28,000			116,000					4.14	116,000
	PAC II	31,000			126,000					4.06	126,000
	PAC III	35,000			139,000					3.97	139,000
C		40,083	54,083		87,000	90,833	119,583	132,250	153,416	3.83	106,196
		37,000			57,400	64,600	88,400	93,400	98,000	2.65	80,360
		26,000			99,000					3.81	99,000
E	MP4	27,500			113,000					4.11	113,000
	MP5	30,000			123,000					4.10	123,000
	MP6	35,000			136,000					3.89	136,000
F		15,000	30,000							2.00	30,000
		10,958									
		21,927								NR	NR
G	Solidario	43,392									
	Supremo	22,154								NR	NR
	Maximo	33,153									
H	sin POS	34,629									
	Supremo	25,000	60,000							2.40	60,000
	Complem. Especial										
H sin POS	Complem. Especial	11,900	28,800							2.42	28,800
	Omega	12,300	28,500							2.32	28,500
	Gamma	20,300	47,600							2.34	47,600
Y sin POS	Delta	34,500	82,300							2.39	82,300
	Omega	18,300	34,500							1.89	34,500
	Gamma	26,300	53,600							2.04	53,600
J con POS	Delta	88,300	88,300							2.18	88,300
	Verde	26,000	96,000							3.69	96,000
	Magenta	29,000	100,500							3.47	100,500
K	Azul	36,000	122,100							3.39	122,100
	Cereza	34,000			63,700	76,100	88,300	100,700	112,900	3.32	88,340
	Café	47,100			87,800	104,800	121,900	138,700	155,700	3.31	121,780
Promedios con POS	Pergamino	76,600			142,000	169,200	196,900	224,100	251,500	3.28	196,740
	Plan 1 (9)	25,360									75,314 (7)
	Plan 2 (5)	29,165									95,720 (4)
Promedios sin POS	Plan 3 (5)	44,098									131,035 (4)
	Plan 4 (1)	35,000									136,000 (1)
	Plan 1 (6)	23,582									66,496 (5)
Totales	Plan 2 (5)	31,593									81,504 (4)
	Plan 3 (5)	43,726									103,106 (4)
	Plan 1 (15)	24,649									71,639 (1)
	Plan 2 (10)	30,379									88,612 (8)
	Plan 3 (10)	43,912									117,071 (8)
	Plan 4 (1)	35,000									136,000 (1)

\* Mayores (60 a 79 años) para EPS.  
Fuente: Estudio de EPSs Harvard, 1995.

### 5.2.5 Recomendaciones para la Transformación del ISS

Para que la reforma funcione tal y como está planeado, el ISS debe competir equitativamente con las demás EPS. Como el asegurador más grande de los trabajadores del sector formal en Colombia, el ISS entró al período de la post-reforma con una clara ventaja sobre sus competidores. Sin embargo, como los arquitectos de la reforma conocían esta ventaja, establecieron regulaciones específicas con el fin de romper el poder de monopolio del ISS. Tal y como se analizó en la sección sobre las EPS, el ISS todavía no ha podido transformarse en su estructura de la post-reforma. La transformación exitosa del ISS es crítica para el establecimiento de una competencia justa y, por lo tanto, es de vital importancia para lograr las metas de la reforma que surgen de la competencia regulada: mejoramiento de la eficiencia y de la calidad.

#### **Problemas:**

Se entiende que en la actualidad el ISS no está cobrando las "cuotas moderadoras" a sus afiliados, tal y como lo exige la ley, mientras que a las demás EPS se les exige cobrar el 10% a sus afiliados de los estratos I, II y III y 20% a los afiliados de los estratos IV, V y VI. Esta diferencia en los pagos de bolsillo entre el ISS y las demás EPS le da una ventaja injusta al ISS en el mercado. Las EPS privadas se quejan de que los consumidores se rehusan a salirse del ISS porque tienen miedo de tener que pagar "cuotas moderadoras" por enfermedades costosas. Además las EPS privadas se quejan de que el recaudo y la administración de las cuotas moderadoras les cuestan más de lo que reciben por ingresos, lo cual les impone una carga administrativa costosa y les dificulta aún más la competencia.

Las EPS privadas también dicen que los consumidores se rehusan a dejar el ISS porque muchos creen que si escogen otra institución también perderán sus pensiones.

Con el fin de promover la competencia y de diluir el poder de monopolio del ISS, la reforma estipula que este organismo debe separar la financiación de la provisión de los servicios. Hasta la fecha, esto no ha sucedido. Las instituciones del ISS todavía reciben presupuestos históricos y tienen muy poca autonomía para tomar decisiones. La creación de las nuevas instituciones de atención ambulatoria del ISS, (los CAA, analizadas en la sección sobre las EPS), implica que el ISS continuará mezclando la financiación con la provisión de los servicios. Por otro lado, los CAA están diseñados para funcionar como modelo de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO), que es una forma de integrar la financiación y la prestación de servicios, estimulada por la reforma colombiana. Es necesario analizar estas nuevas

instituciones del ISS para así evaluar si se ha avanzado o si se ha retrasado el logro de las metas de la reforma.

El resultado de no haber hecho la separación entre las finanzas y la provisión de servicios se puede ver en el análisis de las redes hospitalarias que otras EPS han creado. Mientras que la mayoría de los hospitales de atención terciaria en las ciudades tenían contratos con las EPS privadas, ningún hospital del ISS los tenía. Parece que el ISS sólo contrata las instituciones que no le pertenecen cuando necesita camas extras o servicios especializados (como cardiología). Los hospitales autónomos del ISS a quienes se les adjudicará la responsabilidad por el estado de pérdidas y de ganancias podrían ofrecer contratos a otras EPS que brindan términos más atractivos. Este proceso podría abrir el mercado y aumentar el ambiente competitivo.

La observación de que la división de la EPS del ISS sólo contrata proveedores que no pertenecen al ISS cuando no dispone de toda su capacidad, es una indicación de que la contratación abierta no se está dando y de que no se ha hecho la separación entre la financiación y la provisión.

Un elemento fundamental para el éxito de la reforma es que las personas con ingresos más elevados subsidien a aquellas con ingresos más bajos. Las transferencias de los subsidios cruzados se hacen cuando las EPS envían los impuestos sobre los ingresos al FSyG o cuando reciben los subsidios. Debido a que el ISS no tiene una cifra exacta de sus beneficiarios, esta institución no está participando en el proceso. Tal y como se discutió en la sección sobre las EPS, la falta de un sistema de información apropiado en el ISS dificulta una evaluación confiable del progreso de la transformación y de la implementación de la reforma.

#### **Recomendaciones:**

- Es necesario tener mucha más información del ISS con el fin de entender mejor los planes para desarrollar un sistema de información y la transformación institucional programada. Las recomendaciones apropiadas para la implementación sólo se podrán hacer después de que se tenga más información sobre el estatus y los planes actuales.
- Se recomienda que se conforme un equipo de evaluación del ISS, compuesto por personal del ISS, del Ministerio de Salud y de la Superintendencia, así como de expertos técnicos. Este equipo estará encargado de evaluar los planes actuales y el progreso de la transformación institucional del instituto.

- Es necesario hacer una campaña de información al consumidor con el fin de informarle que puede afiliarse a cualquier EPS privada y que no perderá su pensión si se retira del ISS en salud.
- Para fomentar la competencia entre el ISS y las demás EPS, el ISS debe estar sujeto a las mismas regulaciones que las demás promotoras de salud.
- Una prioridad clave para el ISS es desarrollar un sistema para identificar a los beneficiarios.
- Es necesario hacer una evaluación cuidadosa de los CAA a fin de analizar si la unión de las finanzas y de la provisión interferirán o aumentarán el potencial para que la reforma colombiana logre sus metas.
- Todos los hospitales del ISS deben ser autónomos.
- La EPS debe entrar en la **licitación competitiva** para así garantizar una competencia justa entre los proveedores potenciales por contratos con el ISS.

### **Evaluación de los Planes de Transformación Institucional del ISS**

A un equipo de políticas de salud y de profesionales en administración se les debe asignar la tarea de evaluar los planes y el progreso de la transformación del ISS. Además del personal de esta institución, este equipo debe incluir expertos en administración, en seguros, en servicios de salud, en sistemas de información de salud, en economía y en recursos humanos de salud. El objetivo de la evaluación debe ser responder las siguientes preguntas:

- ¿Está el ISS separando las finanzas de la provisión de servicios, tal y como lo ordena la Ley 100?
- ¿Está el proceso progresando tan rápidamente como razonablemente se espera?
- ¿Facilita u obstaculiza el proceso, el desarrollo de la competencia entre las EPS y entre las IPS?
- ¿Se ajustan las nuevas instituciones de atención ambulatorias llamadas "CAA" a las metas de la reforma? ¿Promueven u obstaculizan la competencia?

- ¿Proporcionará el sistema de información propuesto la información necesaria que le permita al ISS identificar a los beneficiarios e integrarse al FSyG en un periodo de tiempo razonable?

El equipo de estudio de la transformación del ISS debe plantear una serie de recomendaciones y un plan para la implementación. Este equipo debe hacer una serie de talleres para el personal directivo del ISS. Los objetivos de los talleres son llegar a un consenso y revisar los planes con el apoyo del personal del ISS. El producto final será un plan de implementación revisado para su transformación institucional.

### **Evaluación de los CAA:**

Con el fin de evaluar si esta nueva forma de integración de la financiación y de los servicios aumenta las posibilidades o dificulta el logro de las metas de la reforma de la salud en Colombia, se recomienda una evaluación del mercado. Las siguientes son las preguntas que se deben responder:

- ¿Fortalece esta nueva forma de institución el poder de monopolio del ISS?
- ¿Están los CAA abiertos a las remisiones a otras instituciones que no pertenecen al ISS cuando los términos son más atractivos, con base en la calidad y en el costo?
- ¿Están los consumidores satisfechos?

Es necesario constituir un equipo de políticas de la salud y de profesionales en administración con el fin de hacer un estudio para responder estas preguntas y para formular las recomendaciones para los reguladores y para el ISS.

### **Iniciación y Evaluación del Proceso Competitivo de Licitación:**

Con el fin de garantizar que el ISS permanezca abierto para contratar a todos los proveedores potenciales, el gobierno debe considerar la posibilidad de exigir que este instituto realice un proceso competitivo de consecución de proveedores. Se recomienda que se controle el proceso inicialmente y que luego se revise con base en la evaluación de las ventajas y de las desventajas. También se deben establecer departamentos de control con el fin de comparar el éxito y los problemas que surgen en el proceso de licitación. Las siguientes preguntas se deben responder: ¿Aumenta el proceso la competencia? ¿Se justifican las cargas administrativas impuestas por el proceso de licitación? ¿Establece el proceso precios más bajos y mejora la calidad entre los proveedores?

### 5.2.6 Conclusiones

Las EPS son de vital importancia para el éxito de la reforma. La ampliación de la cobertura geográfica para que el 80% de la población que vive en un municipio tenga al menos una EPS autorizada para funcionar, es una indicación extremadamente positiva de que el sector de la salud en Colombia se puede transformar exitosamente en un sistema manejado por la demanda y con un énfasis más grande en la calidad y en la eficiencia que en el pasado. El hecho de que el 58% de la población viva en un área en donde al menos tres EPS compiten es un indicador aún más promisorio del éxito de la reforma. Se debe ser prudentemente optimistas con respecto a que la ampliación de los afiliados en 1996 será el resultado de la extensión de la autorización para operar en la mayor parte del país.

La afiliación en las EPS durante el primer año de la reforma no ha progresado tan rápidamente como se esperaba. Los afiliados actuales son fundamentalmente los mismos trabajadores del sector formal que en el pasado estaban cubiertos por el ISS y por las aseguradoras privadas. Las EPS tienen pocos incentivos para dedicarse a los trabajadores independientes debido a los problemas de la selección adversa, a los costos más elevados de la administración y a que los independientes no están cubiertos por el seguro de ATEP, lo cual los convierte, en general, en un riesgo mayor que asegurar. La distribución de los afiliados de las EPS muestra que los independientes sólo son el 13% de todos los inscritos en estas entidades, aunque se calcula que representan más del 50% de la fuerza laboral de Colombia. El análisis de las ventas y de las estrategias de mercadeo de las EPS y las entrevistas personales con las gerencias de las EPS también apoyan esta conclusión.

Como las EPS envían los impuestos sobre los salarios recolectados que sobrepasan el valor de la UPC al Fondo de Solidaridad, estas entidades tienen pocos incentivos para exigir a los empleados y a los individuos que paguen la totalidad de sus impuestos. El análisis de los fondos recaudados por las EPS indica que la elusión (subdeclaración) en los ingresos es un problema.

La transformación del ISS está avanzando lentamente. El sistema todavía no está funcionando adecuadamente para inscribir a los miembros de las familias, para cobrar las cuotas moderadoras tal y como lo exige la ley, o para contribuir al FSyG (sin embargo, el ISS contribuye con el 1% del impuesto sobre los ingresos para subsidiar a los pobres).

Las EPS responden a los incentivos del nuevo sistema desarrollando métodos para estructurar y manejar la atención, para controlar los costos, para mejorar la calidad y

para aumentar la eficiencia. No existe evidencia de que los hospitales y los especialistas estén compitiendo activamente entre ellos por los contratos con las EPS, pero sí hay evidencia de que los médicos generales se están acercando a las EPS con el propósito de formar parte de sus redes. Se está haciendo una diferenciación del producto tanto en el POS como de los planes complementarios.

Los planes complementarios difieren en cuanto a las primas, los contenidos, el grado de escogencia y las redes de proveedores. No existe una distinción clara entre los planes complementarios y "las Medicinas Prepagadas". Muchas EPS están convirtiendo sus productos de Medicina Prepagada y sus afiliados, al POS más un "plan complementario", lo cual, de hecho, no es un cambio en la cobertura o en los servicios con respecto al sistema que existía antes de la reforma.

### **Resumen de las Recomendaciones Claves:**

Con base en el análisis del funcionamiento de las EPS hasta la fecha, se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Proporcionar mayores incentivos a las EPS para que afilien a los independientes y a éstos para que participen en el sistema. Aunque el asignar la función de afiliación a las EPS está aumentando la participación en el sistema, la mayor parte del énfasis en el primer año de la implementación ha sido convertir a los afiliados existentes, al POS y convertir a los afiliados del ISS a las EPS privadas. Las entidades promotoras de salud ante todo han dedicado sus esfuerzos de mercadeo a las empresas. La inscripción de los independientes no ha aumentado en términos medibles.
2. Hacer más esfuerzos para el recaudo. La asignación de la función de recaudo a las EPS no está ayudando a Colombia a lograr la meta de la solidaridad. Los afiliados y las empresas tienen incentivos claros para eludir la información sobre sus salarios y las EPS tienen pocos incentivos para recaudar el impuesto total para la salud sobre los ingresos.
3. Educar a los consumidores y los proveedores con el fin de estimular el proceso de afiliación y de contratación. La falta de entendimiento de la reforma por parte de los consumidores y de los proveedores es un gran obstáculo para el éxito de su implementación.
4. Mejorar la capacidad de contratación de los directores de los hospitales públicos y hacer cumplir las leyes anticompetencia con el fin de aumentar la participación de los proveedores. No existe evidencia de que los especialistas y los hospitales

estén compitiendo activamente entre ellos por los contratos. La falta de capacidad de contratación (especialmente en los hospitales públicos), la creación de carteles por parte de grupos de especialistas y el pequeño porcentaje de los ingresos que por los afiliados al POS representan para los hospitales y para los especialistas son todos factores que explican este hallazgo.

5. Nivelar "el campo de juego" entre el ISS y las demás EPS. Virtualmente, todas las EPS encuestadas protestan porque el ISS tiene ventajas injustas e ilegales en el mercado. En contraste con las demás EPS, el ISS no está cobrando las cuotas moderadoras, tal y como lo exige la ley. Además, debido a que el ISS no tiene una cifra exacta de sus beneficiarios no le es posible contribuir con (o recibir subsidios de) el FSyG. Con el fin de estimular la competencia justa, el ISS debe cobrar las cuotas moderadoras y contribuir con el fondo de solidaridad.

### **5.3 EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD (ESS)**

Las ESS se crearon antes de la aprobación de la Ley 100 como una anticipación a la necesidad de promotoras especiales de salud para la población pobre, cuyos costos de puesta en marcha fueron subsidiados y asumidos por el Ministerio. El modelo para crear estas entidades implicó dos etapas que se contrataron con las ONG para 1) la promoción de la salud y la organización inicial de la comunidad y 2) el desarrollo de la capacidad administrativa a fin de que la comunidad maneje la administradora de salud. La primera etapa incluyó un proceso de creación de grupos de veinte familias que participaban en los talleres de capacitación sobre prevención y promoción de la salud. Estos grupos eligen líderes que se convierten en los representantes ante una asamblea de constitución de la ESS que, a su vez, elige una junta directiva, un presidente y crea los estatutos necesarios para que se la reconozca como una organización legal. La financiación para este proceso se estableció antes de la Ley 100 y se asignó a los municipios con base en \$36.000 pesos per capita, una participación equivalente del 20% del presupuesto municipal. Antes de la reforma, la financiación de la ESS provenía de los fondos asignados por el gobierno central. Una vez que se la reconoció legalmente, la ESS contrató un gerente, un contador, un administrador y un coordinador técnico y estableció un plan presupuestal para suministrar los servicios del POSS.



### **5.3.1 ESS: Progreso y Problemas**

El progreso en la creación de las ESS ha sido muy poco. En 1993-94 había 186 contratos de ESS negociados y 172 firmados, cubriendo aproximadamente 295.000 familias o 1.48 millones de personas. Solamente una pequeña cantidad de las ESS han sido reconocidas legalmente y muy pocas han pasado a la etapa de la contratación real de los proveedores de la salud y del ofrecimiento de los servicios. Las seccionales departamentales, las ONG y un equipo de las ESS a nivel nacional han suministrado diferentes grados de asistencia técnica para que el proceso continúe; sin embargo, el surgimiento de nuevos problemas ha retrasado el progreso.

En mayo de 1995, la financiación de las ESS provenía del gobierno central, más que de los subsidios para la demanda. La identificación de la población subsidiada por parte del SISBEN en 1995 todavía no estaba completa para algunos departamentos, por lo tanto, se utilizaron los resultados de la encuesta CASEN para la población NBI. A finales de diciembre de 1995, el SISBEN ya había identificado cerca de 4.1 millones de personas, lo cual muestra un aumento significativo si se tiene en cuenta que en agosto del mismo año solamente había 1.6 millones de personas identificadas.

No es totalmente claro el por qué las ESS se han implementado tan lentamente. Como mencionamos anteriormente, el nivel de apoyo de la nación para las ESS ha disminuido desde el período inicial de los contratos de asistencia técnica en 1993. Aunque ha habido una ampliación del número de las ESS que están en la etapa de funcionamiento, la mayor parte de esta expansión proviene de iniciativas anteriores. La disminución de la financiación y de la asistencia técnica activa ha contribuido a la disminución de iniciativas para crear nuevas ESS.

Sin embargo, se han presentado problemas operativos en la implementación del modelo de participación desarrollado por el MSP. De acuerdo con las opiniones de algunos participantes que proporcionaron asistencia técnica, el modelo "de arriba hacia abajo" del MSP es en parte el culpable. El modelo crea nuevos grupos de participación comunitaria e impone nuevos y significativos requisitos con respecto a la capacidad administrativa y financiera y con respecto a la capacidad de organización de la comunidad. La experiencia de otros modelos de participación comunitaria sugieren que otros métodos alternativos, contruidos con base en las organizaciones comunitarias existentes, pueden ser un método más eficiente para organizar a las comunidades. Aunque hay muchas ONG a nivel comunitario en Colombia, no se tienen datos fundamentales para evaluar la efectividad de la participación de las organizaciones comunitarias existentes en el proceso.

Las habilidades necesarias para el liderazgo y la capacidad técnica en la administración y el manejo financiero también son a menudo escasas en muchas comunidades pobres. Los obstáculos legales impuestos por el modelo nacional de las ESS exige una asistencia técnica significativa o individuos de la comunidad con esta capacidad burocrática y legal. La capacidad de contratación y de mercadeo también son importantes para el personal de la ESS. Estas entidades en algunas grandes áreas urbanas parecen ser capaces de contratar administradores expertos, pero parece que las comunidades pequeñas y rurales tienen problemas para reclutar personal con estas capacidades.

También existe, como con casi toda la reforma, una gran confusión de la población, con respecto a los objetivos, los procesos, los derechos y los deberes y las instituciones que forman parte de la reforma.

En un esfuerzo inicial para evaluar la efectividad de las ESS y su relación con otras opciones a fin de proporcionar aseguramiento a los pobres (refiérase a la Sección 5.2 sobre Ampliación de la Cobertura del Régimen Subsidiado), el BID está considerando adjudicar a la Pontificia Universidad Javeriana, un proyecto para evaluar las organizaciones existentes que prestan servicios de promoción de la salud y de prevención y que proporcionan el POSS a la población subsidiada, y para promover el desarrollo de modelos exitosos. Este proyecto, que se debe implementar con la asistencia del proyecto Harvard, consistirá en un etapa inicial de evaluación, de asistencia técnica, y en una etapa de implementación durante la cual se replicarán modelos exitosos en todo el país. Además de los estudios de las iniciativas privadas para suministrar los servicios a los pobres, el proyecto elaborará los siguientes manuales para contribuir al desarrollo de las instituciones que sirven a los pobres: selección e identificación de los beneficiarios (SISBEN y otros métodos), contratación, mercadeo, afiliación, recursos humanos, acreditación de las IPS y auditoría a las IPS.

### **5.3.2 Recomendaciones**

Teniendo en cuenta la falta de suficiente cobertura para el régimen subsidiado, se recomienda que el Ministerio de Salud continúe apoyando la creación de las ESS al mismo tiempo que la evaluación a largo plazo prosigue. Es necesario dar suficiente apoyo a este modelo para que pueda competir en el proceso de licitación que recomendamos en el capítulo 5. También sugerimos que el Ministerio de Salud fortalezca la división de las ESS, de tal forma que pueda rediseñar y modernizar el proceso de formación de las ESS y para que pueda proporcionar un nivel más elevado de asistencia técnica a las comunidades y a las entidades descentralizadas que, a su vez, proporcionan asistencia técnica a las comunidades. El Ministerio debe

ampliar la financiación para la asistencia técnica de las ONG e iniciar un proceso de selección de aquellas más eficientes a fin de ampliar sus esfuerzos en otras áreas.

Además, se recomienda la creación de mecanismos locales alternativos, es decir, de entidades cuasi-públicas separadas de las oficinas municipales que cumplan con la función de aseguramiento al régimen subsidiado en las áreas en donde hay competencia insuficiente entre las ESS y las EPS. (Refiérase al capítulo 3).

## Capítulo 6

# PRESTACION DE SERVICIOS

## 6.1 INTRODUCCION

La capacidad de los individuos y la capacidad y estructura de las instituciones que prestan los servicios de salud (a los que aquí nos referimos como “proveedores”) es un factor crítico que afecta el éxito del programa de la reforma colombiana del sector de la salud. Se requiere una “oferta” adecuada de prestación de servicios de salud y un número suficiente de proveedores que compiten para así poder asegurar los beneficios de la competencia, lo cual es una parte esencial de la estrategia de esta reforma. Se espera que esta competencia haga mejorar la eficiencia, la calidad y la satisfacción de los pacientes. Los profesionales de la medicina necesitan las destrezas para prestar los servicios que se exigen en el nuevo sistema. En este Capítulo se tratará de responder las siguientes preguntas:

- ¿Tiene Colombia una oferta adecuada de instituciones y de profesionales de la medicina?
- ¿Qué tan importante es el sector privado en la prestación de los servicios de salud?
- ¿Qué tan eficientes son los hospitales en la utilización de los recursos productivos disponibles?
- ¿En qué medida, mediante un aumento de la eficiencia, es posible incrementar la oferta para que satisfaga la expansión esperada de la demanda?
- ¿Los hospitales colombianos tienen la capacidad de asumir nuevas funciones, tal como lo determina la reforma?

Para responder a estos interrogantes, esta Sección se basa en los datos y en el análisis de las siguientes encuestas:

- Encuesta Nacional de Hogares, ronda 77, recolectada en agosto de 1992.
- Encuesta de Harvard sobre eficiencia hospitalaria (1995); y
- Estudio Harvard sobre IPS/ESE (1995).

Con el fin de comprender los asuntos que enfrenta la reforma en lo relacionado con la oferta y para desarrollar estrategias encaminadas a resolver o evitar problemas, idealmente quisiéramos tener un panorama completo del “mercado” de la salud en Colombia. Obviamente, esto involucraría diferentes tipos de mercado, desde aquellos en los grandes centros urbanos, hasta los de las remotas regiones rurales. Quisiéramos conocer las cifras y los diferentes proveedores, su capacidad para prestar servicios a un nivel deseado de calidad, qué tipos de servicios prestan, quienes los reciben, y cuáles son sus costos y precios. Nos gustaría disponer de esta información, por lo menos para las principales categorías de servicios de salud, tales como la atención ambulatoria de enfermedades, el tratamiento intrahospitalario, los servicios preventivos individuales y los servicios de salud pública basados en la población. Con base en dicha información, podríamos evaluar dónde sería posible dicha competencia, de acuerdo con lo que ya se está presentando. Podríamos determinar, utilizando normas de calidad y resultados, si los proveedores existentes en las diferentes áreas podrían manejar un aumento esperado en la demanda, basado en la cobertura más amplia del sistema de seguridad social. Así mismo podríamos calcular, a partir de los proveedores, los costos de la implementación de las reformas y los efectos sobre los costos debido a un mayor acceso a la atención.

Infelizmente, no disponemos de dicha información. De hecho, los datos disponibles sobre la oferta de prestación de servicios de salud en Colombia, son bastante incompletos. Al igual que en muchos países en desarrollo, Colombia carece de un registro actualizado periódicamente sobre médicos y hospitales privados. Los proveedores menos calificados no son registrados sistemáticamente. Incluso la información sobre los hospitales estatales y sus afiliados y clínicas, recolectada periódicamente por el Ministerio de Salud, es incompleta y no siempre confiable. Se han propuesto ciertas actividades para enfrentar esta situación, incluyendo una encuesta sobre proveedores de servicios de salud y el fortalecimiento de un sistema nacional de información sobre estos servicios y la capacidad reguladora de la Superintendencia.

Esta sección comienza con la demanda, examinando a dónde van los hogares a recibir atención médica y la afiliación que tienen al sistema de aseguramiento. El análisis de la encuesta de Harvard sobre eficiencia hospitalaria, nos dice si Colombia tiene una oferta adecuada de hospitales y cuál es la eficiencia relativa que ellos tienen. El análisis del estudio de Harvard sobre IPSs /ESEs nos indica la disposición que tienen los hospitales colombianos a asumir los nuevos roles que exige la reforma.

## 6.2 UTILIZACION DE SERVICIOS Y AFILIACION AL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO

Con el fin de evaluar la adecuación de la oferta, primero es necesario comprender la "demanda" o la utilización de los servicios. Se han analizado datos de la Encuesta Nacional de Hogares, ronda 77 (ENH-77), recolectados en agosto de 1992 a partir de una muestra nacional representativa de hogares rurales y urbanos. Estos datos suministran la mejor información actualmente disponible sobre la utilización de los servicios de salud y los patrones de gastos de los colombianos y sobre el papel de los diferentes tipos de proveedores de servicios de salud que atienden a la población. Los datos también permiten realizar un cálculo de los efectos probables del incremento de la cobertura del sistema de salud sobre los patrones de utilización de estos servicios en diferentes poblaciones. En breve tiempo se podrá disponer de un documento de trabajo con resultados más amplios de los que podemos presentar en este informe.

Nuestro análisis de estos datos se puede resumir, hasta el momento, de la siguiente manera:

1. *Los individuos de hogares pobres reciben menos atención médica, especialmente en las áreas rurales.* En la atención ambulatoria urbana, hay muy poca diferencia relacionada con ingresos en el uso de los servicios de salud. Comparamos los índices de utilización de servicios por quintiles de ingreso. En el tratamiento ambulatorio urbano, la diferencia entre los grupos más elevados y más bajos fue solamente del 6%, mientras que en las áreas rurales estuvo cercano al 25% (en donde el grupo con mayor ingreso tenía los índices más elevados de utilización). Para la admisión a hospitalizaciones, las diferencias son mayores, y una vez más, son los grupos con mayores ingresos quienes utilizan más los servicios. En las áreas rurales, la diferencia está cercana al 63%. En las áreas urbanas hay una diferencia del 25% entre los más bajos y más altos grupos de ingresos. Estos resultados sugieren que la expansión del acceso y de la cobertura del sistema de salud puede tener un efecto significativo sobre la futura demanda, especialmente para servicios de hospitalización, si se mantienen en el futuro los patrones actuales.
2. *Los proveedores privados conforman gran parte de la utilización de servicios de atención ambulatoria tanto en las áreas rurales como en las urbanas.* Tal como se presenta en la Tabla 6.1, en las áreas urbanas a los proveedores privados les corresponde el porcentaje más elevado de utilización (42%). En las áreas rurales, los proveedores estatales han tenido la mayor participación en la utilización de los servicios de atención ambulatoria, pero los proveedores

privados siguen teniendo más de una tercera parte de todos los contactos. Sólo existen diferencias pequeñas en la preferencia a utilizar servicios de atención privada entre los grupos de mayor y menor ingreso.

**Tabla 6.1 Porcentaje de atenciones en Salud según Sector.**

	Rural	Urbana
<b>Tratamientos Ambulatorios</b>		
Servicios del Gobierno (MSP)	53.0	25.3
ISS	6.1	20.4
Cajas	3.0	9.0
Proveedores Privados	36.0	42.4
No Sabe	1.9	2.6
Total	100.0	100.0
<b>Admisiones Hospitalarias</b>		
Servicios del Gobierno (MSP)	81.2	31.9
ISS	6.6	25.6
Cajas	1.1	3.4
Proveedores Privados	10.5	30.9
No Sabe	0.6	8.1
Total	100.0	100.0

Fuente: ENH- ronda 77

3. En el tratamiento hospitalario, los hospitales privados responden por más o menos el 31% de los casos urbanos, pero por sólo el 10.5% de los rurales, tal como se muestra en la Tabla 6.1. Los hospitales públicos son por mucho, la fuente predominante de atención hospitalaria para la población rural. No son significativas las diferencias de utilización relacionadas con los ingresos.
4. En las áreas urbanas, existe una utilización significativa de proveedores privados, sin importar la afiliación al sistema de aseguramiento. En las áreas rurales hay mucha más variación. Tal como se muestra en las cifras de la Tabla 6.2, en las áreas urbanas los hospitales privados se utilizan para más o menos una tercera parte de las admisiones, incluso para aquellos con cobertura del ISS (35%) y de las Cajas (28%). En las áreas rurales, con menos hospitales privados, la proporción es mucho menor.
5. Los pagos privados (del bolsillo) por los servicios es muy común en los usuarios de todo tipo de servicios. Por supuesto, esta es la forma principal de pago por utilización directa de proveedores privados, pero incluso los usuarios de las instituciones gubernamentales o de las aseguradoras, rutinariamente informan que se efectúan pagos del bolsillo. Infortunadamente, los datos que tenemos a nuestra disposición no indican en qué medida estos pagos son cargo completo o pagos suplementarios agregados a otras fuentes de pago.

**Tabla 6.2 Utilización de Prestadores según estado de Aseguramiento, 1992**

<b>Afiliación al Aseguramiento</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbana</b>
<b>Tratamiento Ambulatorio</b>		
ISS	16.4	15.2
Cajas	32.0	26.8
Aseguramiento Privado	52.6	71.5
Sin Aseguramiento	37.9	52.3
Promedio	36.6	43.6
<b>Admisiones Hospitalarias</b>		
ISS	15.8	35.0
Cajas	11.8	28.3
Aseguramiento Privado	25.0	34.4
Sin Aseguramiento	8.3	35.2
Promedio	10.5	33.8

Fuente: ENH- ronda 77

6. *La cobertura de aseguramiento por parte del ISS o varias cajas está relacionada con grandes diferencias en los índices de utilización de los servicios en atención ambulatoria y hospitalaria en las áreas rurales, tal como aparece en la Tabla 6.3. Son relativamente pocos quienes están afiliados al ISS y a las Cajas en las áreas rurales, pero ellos utilizan el 75% más de atención ambulatoria y dos veces más atención hospitalaria, que quienes no están asegurados. En los grupos urbanos, esta diferencia no se presenta en la utilización de servicios hospitalarios en quienes están cubiertos por el ISS o las Cajas. Se necesita hacer un análisis más profundo para controlar las diferencias de edad y sexo en estas subpoblaciones, para obtener datos confiables a este respecto. Sin embargo, estos no indican que la ampliación en el cubrimiento del sistema de seguridad pudiera dar como resultado grandes incrementos en la demanda de atención médica, especialmente en las áreas rurales.*

7. *Los gastos del bolsillo por servicios de salud son significativos. A pesar de la gran cobertura del sistema de salud en las áreas urbanas, en promedio, los hogares informaron haber gastado 10.2% del ingreso en atención médica. En las áreas rurales, este gasto sólo correspondió al 4.8% del ingreso.*

## **Conclusiones**

En general, si bien estos resultados de ninguna manera son suficientes como análisis de la oferta del sector público y privado y de su papel relativo en el mercado de servicios de salud en Colombia, ellos sí indican, por supuesto, que existe un pluralismo significativo en la prestación de servicios de salud en las áreas urbanas y rurales del país. Los hospitales estatales claramente predominan en la prestación



de servicios hospitalarios en áreas rurales. Sin embargo, hay una utilización considerable de proveedores de servicios de salud en atención ambulatoria en áreas rurales y urbanas, y en los tratamientos hospitalarios en las ciudades. La utilización de servicios privados de salud también es significativa, sin importar la cobertura del aseguramiento, lo cual sugiere que, como sucede en toda América Latina, las limitaciones de los servicios que presta el sistema de seguridad son solventadas por los pacientes acudiendo al sector privado. La atención de los servicios de salud privados le llega a todos los grupos de ingresos y está relacionada con gastos significativos del bolsillo, incluso de parte de quienes están asegurados. La ampliación de la cobertura del aseguramiento, tal vez dé como resultado un incremento sustancial en la demanda de servicios, especialmente en las áreas rurales. Gran parte de esto, si se permite, pasará a proveedores no gubernamentales. Por lo tanto, la información disponible indica muy probablemente que resulta esencial realizar un análisis más amplio del mercado de servicios de salud, incluyendo el sector gubernamental, afiliado al gobierno (ISS, Cajas) y privado (con y sin ánimo de lucro), con el fin de determinar si la oferta de estos servicios puede responder a una cobertura más amplia de aseguramiento, tal como se contempla en el programa de la reforma.

**Tabla 6.3 Tasas de Uso de Servicios para Poblaciones Afiliadas por tipos de Asegurador en Colombia, 1992**

<b>Afiliación al Aseguramiento</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbana</b>
<b>Tratamiento Ambulatorio</b> (Contactos mensuales por 100 habitantes)		
ISS	14.60	8.45
Cajas	14.04	15.22
Aseguramiento Privado	8.63	14.98
Sin Aseguramiento	8.08	14.00
Promedio	8.31	11.18
<b>Admisiones Hospitalarias</b> (Admisiones mensuales por 1000 habitantes)		
ISS	11.90	8.50
Cajas	9.00	8.30
Aseguramiento Privado	5.20	7.10
Sin Aseguramiento	5.40	9.50
Promedio	5.90	8.83

Fuente: ENH- ronda 77

### 6.3 HOSPITALES PUBLICOS Y PRIVADOS

Las metas principales de la reforma son: mejorar el acceso a los servicios de salud para todos los colombianos, mejorar la calidad de los servicios y mejorar la eficiencia. Los siguientes interrogantes son esenciales en la consecución de estas metas:

- ¿Tiene Colombia una oferta adecuada de hospitales para prestar los servicios que se necesitarán después de que se implemente la reforma?
- ¿Los hospitales colombianos tienen la capacidad de asumir nuevas funciones tal como lo exige la reforma?

Con el fin de comenzar a responder estos interrogantes, esta sección se basará en datos recolectados mediante dos encuestas de Harvard en los hospitales colombianos. Por medio de estos datos, primero se describen y comparan los diferentes indicadores de productividad y eficiencia en los hospitales colombianos. A partir de este análisis es posible proyectar el incremento potencial de la oferta que podría presentarse si se utilizaran, en una capacidad mayor, los diferentes factores en la producción de servicios hospitalarios. Después se evalúa el grado de disponibilidad de los hospitales colombianos para asumir las nuevas funciones que exige la reforma. En la siguiente sección se describen los programas que actualmente está siendo implementados por el Banco Interamericano de Desarrollo y por el Banco Mundial con el fin de mejorar la capacidad de los hospitales colombianos para que funcionen en el sistema después de la reforma. Finalmente, se elaboran recomendaciones para mejorar la capacidad hospitalaria y clínica.

### **6.3.1 Productividad y Eficiencia de los Hospitales colombianos y el Potencial para Aumentar la Oferta mediante un Incremento en la Productividad**

El propósito de esta sección es responder dos preguntas en relación con la prestación de servicios de salud en Colombia:

- ¿Qué tan eficientes son los hospitales en la utilización de recursos productivos disponibles?
- ¿En qué medida al aumentar la eficiencia puede incrementarse la oferta para satisfacer la expansión esperada y la demanda?

Con el fin de responder estos interrogantes primero debemos evaluar el desempeño actual de los hospitales colombianos, y después sugerir cómo mejorando la productividad se puede mejorar la oferta.

La información presentada se basa en cantidades medibles de producto, no ajustado por calidad, no hay información disponible, por lo tanto, este puede ser un factor de confusión; mayor productividad puede lograrse a expensas de calidad.

Los hospitales colombianos presentan un alto grado de diversidad en la productividad y la eficiencia de los servicios de salud. Se diferencian en el nivel de atención, el tamaño del mercado que atienden, la propiedad de las instituciones, etc. En la Tabla 6.4 se presenta la estadística que muestra la naturaleza diversa de los hospitales colombianos. Estas cifras son cálculos basados en los resultados de todas las instituciones de la "Encuesta de Eficiencia Hospitalaria", desarrollada por el equipo de Harvard. Para cada variable, las distintas columnas muestran la media, el máximo, el mínimo, la mediana y el coeficiente de variación estimado sobre la muestra de las instituciones.<sup>1</sup>

**Tabla 6.4 Medidas de Productividad y Eficiencia Entre  
Hospitales Colombianos (N=404)**

	1 Media	2 Mediana	3 Rango Mínimo a Máximo	4 Coeficiente de Variación
1. No. De Visitas Ambulatorias por Hora/ Médico General	1.46	1.23	0 - 9.49	0.82
2. No. De Urgencias atendidas por Hora/ Médico General	0.62	0.43	0 - 4.35	0.99
3. No. De Imágenes por año por cada equipo de rayos X	3,387	1,500	0 - 44,145	1.48
4. Tasa de Ocupación de Camas (%)	46.9	46.0	0 - 99	0.46
5. Duración Promedio Estancia (días)	3.1	3.0	0.5 - 10	0.49

Fuente: Encuesta Harvard de Proveedores , 1995.

Las primeras dos variables presentan mediciones opcionales de la productividad para los médicos generales que trabajan en los hospitales: 1) visitas ambulatorias generales y 2) urgencias atendidas por hora de trabajo. La tercera variable es un variable substitutiva de la productividad del equipo de rayos X. La cuarta variable corresponde al índice de ocupación de camas, como un indicador de la eficiencia en la utilización de recursos productivos disponibles, y la quinta corresponde a la variación promedio de estancia hospitalaria.

Aun cuando estas variables constituyen mediciones simples y parciales de la productividad y de la eficiencia, son útiles para ilustrar la heterogeneidad de las instituciones hospitalarias en Colombia, tal como se muestra, por ejemplo, en el rango de estimados y el coeficiente de variación. Además los valores de la media y

<sup>1</sup> La mediana corresponde al valor de la variable tal que el 50% de las observaciones dentro de la muestra son mayores que este valor y el 50% menores. El coeficiente de variación se define como la relación entre la desviación estándar y la media.

la mediana de los índices de productividad, muestran niveles absolutos relativamente bajos de eficiencia.

### **6.3.2 Eficiencia relativa en la prestación de servicios**

Una institución puede definirse como más eficiente o más productiva en la prestación de los servicios que otra, si ésta puede producir la misma cantidad de resultados utilizando menos recursos. En esta sección analizamos cómo difieren las instituciones en eficiencia de acuerdo con su clasificación por: nivel de complejidad, propiedad y una variable substitutiva para el tamaño del mercado. Sin embargo, antes de presentar los resultados, será útil discutir brevemente acerca de algunas de las mediciones utilizados a este propósito.

#### **a. Método**

Una de las principales dificultades en la medición de la productividad hospitalaria, ya sea de recursos humanos o físicos, es la información detallada que se requiere para calcular el resultado. Los hospitales producen productos intermedios como días cama, pruebas de laboratorio, rayos X, etc., así como resultados finales como egresos hospitalarios, consulta general y especializada, etc. Debido a la escasez de información, algunos analistas han considerado el resultado del hospital como el número de días cama equivalente, o como el número de consultas ambulatorias equivalente, en donde cada una de estas mediciones generalmente es el resultado de la combinación de los días cama y el número de consultas ambulatorias. Las comparaciones internacionales a menudo se basan en este tipo de cálculo.

El equipo de Harvard ha desarrollado una encuesta de las instituciones que suministra información sobre algunos de estos resultados parciales, y permite una medición mucho más detallada del resultado de un hospital. Específicamente, para cada hospital se recogió información sobre el número de consultas ambulatorias al médico general, consultas a los especialistas; urgencias; partos; cirugías ; pruebas de laboratorio; pruebas de rayos X y egresos hospitalarios.

Los resultados de los hospitales de diferente nivel de atención, frecuentemente se caracterizan por presentar una mezcla de estos servicios individuales. Por ejemplo, para las instituciones de nivel I, que están más centradas en la prestación de servicios atención primaria, el número de consultas ambulatorias puede ser una medición representativa del resultado. Sin embargo, esta misma variable tal vez no sea una medición apropiada del resultado para las instalaciones de nivel III, ya que en estos casos el tiempo de los médicos se dedica a la atención de casos clínicos

más complejos, que requieren una combinación de servicios más sofisticados como cirugías y días cama.

Por esta razón, medimos el resultado como una combinación de todos estos servicios individuales. Específicamente, se siguieron tres pasos para definir el producto de la institución. En primer lugar, la producción de cada tipo de servicio se expresó en términos de valores, después de multiplicar la cantidad producida por sus costos de producción. Estos costos de producción se basaban en los costos promedio obtenidos de los diferentes costos compuestos del "Hospital Colombia", un hospital ficticio conformado para el Ministerio de Salud, por la combinación de diferentes tipos de hospitales colombianos con propósitos del análisis estadístico (Sánchez y colaboradores, con el Ministerio de Salud). En el segundo paso, la suma de los valores de los servicios producidos por cada institución, dió el total de valores en pesos, del resultado total producido. Finalmente, el valor en pesos del resultado de cada institución, se expresó en "términos relativos" mediante la división del valor total en pesos por la unidad de costos de producción de un servicio en particular. De esta forma, el resultado se definió en términos de "unidades equivalentes de ese servicio en particular". En nuestro caso, el servicio en particular escogido fue "Consultas médicas generales". Por ello, el resultado se expresa en esta sección en términos de un "número equivalente de consultas médicas generales" (ecmg). Para evitar el doble conteo, solamente los siguientes servicios se convirtieron en unidades ecmg: consulta a especialista, urgencias, pruebas de laboratorio, pruebas de rayos X, y egresos hospitalarios (incluyendo pacientes dados de alta por cirugía, por partos y otros ).

Por otra parte, el resultado del hospital se produce mediante la combinación de recursos humanos, recursos físicos y otros insumos de diferente tipo. A este respecto, la "Encuesta a Proveedores" suministra información detallada sobre la utilización de los diferentes tipos de factores e insumos de producción.<sup>2</sup> La combinación de estos factores también cambia entre las instituciones, según la complejidad de los servicios prestados. Al igual que las mediciones del resultado total de la institución, la utilización de recursos humanos en la prestación de los servicios se midió en términos de "número de horas equivalentes contratadas por año, del médico general" (emg), lo cual implica la conversión del número de horas contratadas del especialista, las enfermeras, las trabajadoras sociales, etc., en términos del número de horas contratadas del médico general.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> La encuesta contiene la siguiente información: una clasificación detallada de recursos humanos utilizados en la prestación de servicios, así como en las tareas administrativas, medidos en términos de # de individuos contratados, y también # de horas contratadas por mes y por especialidad; # de consultorios, # de laboratorios, # de salas de cirugía y # de salas de maternidad; # de camas clasificadas como de obstetricia, pediatria, cirugía, medicina interna y cuidados intensivos; # del siguiente equipo: rayos X, ecografía, tomografía, y mamografía.

<sup>3</sup> Con este fin se utilizó el salario relativo de cada especialista.

Con base en esto, la productividad de los recursos humanos se medirá como la relación del equivalente de consultas médicas generales (ecmg) y el equivalente de las horas del médico general (emg). Como una variable substitutiva de la productividad del recurso físico, utilizaremos el producto promedio de equipos de rayos X, medido como la relación del número de placas producidas al año y el número de equipos de rayos X en cada institución.

#### **b. Resultados: por nivel, tamaño del mercado, propiedad y localidad**

Se utilizaron cuatro criterios para clasificar los hospitales en "siete" grupos de acuerdo con la complejidad de los casos atendidos. El primero corresponde al "nivel" actual de atención de la institución, tal como se define en Colombia. El segundo corresponde al tipo de resultado producido por la institución y es especialmente útil para clasificar las instituciones de nivel I.<sup>4</sup> El tercero tiene en cuenta la especialidad médica ofrecida por la institución y es útil para clasificar las instituciones de nivel II.<sup>5</sup> El cuarto corresponde al número total de camas de la institución y se utiliza para distinguir entre las instituciones del nivel III.<sup>6</sup>

En la Tabla 6.5 se presentan algunas mediciones de productividad por grupo de instituciones. La primera medición corresponde a la productividad promedio de los recursos humanos dedicados a la prestación de servicios; la segunda, a la productividad del equipo de rayos X. La tercera y la cuarta medición indica el índice de ocupación de camas y el tiempo de estancia hospitalaria.

Los resultados de la Tabla 6.5 indican que la productividad aumenta con el nivel de la institución, como se esperaba. Las instituciones de mayor nivel tienen índices más elevados de ocupación, pero estancias más prolongadas. Las estancias más prolongadas tal vez se deben a una mezcla de casos más difícil.

Aun cuando las instituciones del nivel III son altamente productivas, en la muestra hay muchas instituciones con una productividad muy baja, especialmente en el caso del nivel I. De hecho, el promedio total (última columna) indica que para la muestra

---

<sup>4</sup> Las instituciones del grupo 1 (dentro del nivel I) prestan servicios de: (consulta médica ambulatoria al médico general y urgencias y partos) pero no prestan el servicio de: (consulta especializada o cirugías o pruebas de rayos X); mientras que las instituciones del grupo 2 (dentro del nivel I) prestan servicios de: (consulta especializada o cirugías o pruebas de rayos X).

<sup>5</sup> Las instituciones del grupo 3 (dentro del nivel II) ofrecen: (medicina general y gineco-obstetricia y pediatría y cirugía general) pero no ofrecen: (ortopedia u oftalmología u otorrinolaringología o cardiología). Las instituciones del grupo 4 (dentro del nivel II) ofrecen: (ortopedia u oftalmología u otorrinolaringología o cardiología). Las instituciones del grupo 5 corresponden a las instituciones restantes del nivel II que no se incluyen en los grupos 3 ó 4.

<sup>6</sup> Las instituciones del grupo 6 son instituciones del nivel III que tienen un número total de camas <150, mientras que las instituciones del grupo 7 son instituciones del nivel III con un número total de camas ≥150.

total de hospitales colombianos, la productividad es baja, especialmente si se compara con las instituciones del Grupo 7.

En la Tabla 6.5 también se muestra que las instituciones dentro del mismo nivel no son homogéneas. En el caso del nivel I, las instituciones del Grupo 2 son mucho más productivas que las del Grupo 1. Lo mismo ocurre dentro del nivel III, para las instituciones de los Grupos 6 y 7. Por el contrario, aunque las instituciones del nivel II son más productivas que las del nivel I, ésta no es una regla general, como puede observarse al comparar los resultados de los Grupos 2 y 3.<sup>7</sup>

En la Tabla 6.6 se presenta el resultado promedio de recursos humanos por grupo y propiedad de las instituciones. Las instituciones del ISS son las más productivas de los Grupos 4 y 7 y en general. Los resultados combinados aparecen en las categorías de propiedad en todos los niveles.

**Tabla 6.5 Productividad por Grupos de Instituciones (Promedio Ponderado)**

	NIVEL I		NIVEL II			NIVEL III		Total
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	
1. No. de equivalentes consulta general ambulatoria por hora médico general equivalente	1.71	2.29	2.30	2.66	2.67	3.86	4.53	3.34
2. No. De Imágenes por Año por Cada Equipo de Rayos X	0	885	2120	5399	3169	6162	9342	4520
3. Tasa de Ocupación de Camas (%)	30.7	40.4	48.8	60.6	49.7	73.0	74.5	61.2
4. Duración promedio Estancia (días)	2.4	2.8	2.8	3.7	3.1	4.0	5.1	4.0
5. No. De Instituciones en la Muestra	72	150	17	97	32	13	23	404

Fuente: Encuesta Harvard de Proveedores, 1995.

<sup>7</sup> Estos resultados indican que la clasificación por niveles actualmente utilizada en Colombia, no permite una adecuada jerarquización del desempeño productivo. Existen clasificaciones más precisas que deben tenerse en cuenta cuando se diseñen acciones específicas orientadas a mejorar la productividad.

**Tabla 6.6 Productividad de Recursos Humanos por Grupos y Propiedad de las Instituciones (Promedios Ponderados)**

	NIVEL I		NIVEL II			NIVEL III		Total
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	
<b>Número de Instituciones por Propiedad</b>								
Estado	69	135	16	57	24	3	13	317
I.S.S.				13			3	16
Privado sin Animo de Lucro	3	13	1	14	2	6	7	46
Privado con Animo de Lucro		2		13	6	4		25
<b>Subtotal</b>	<b>72</b>	<b>150</b>	<b>17</b>	<b>97</b>	<b>32</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>404</b>
<b>Productividad del Recurso Humano:</b> No. de equivalentes consulta general ambulatoria por No. De horas médico general equivalente								
Gobierno	1.72	2.33	2.28	2.55	2.50	3.10	4.18	3.01
I.S.S.				3.28			5.06	4.26
Privado sin Animo de Lucro	1.57	1.93	3.68	2.57	2.35	3.64	4.83	3.51
Privado con Animo de Lucro		1.88		1.82	4.10	5.41		3.50
<b>Total</b>	<b>1.71</b>	<b>2.29</b>	<b>2.30</b>	<b>2.66</b>	<b>2.67</b>	<b>3.86</b>	<b>4.53</b>	<b>3.34</b>

Fuente: Encuesta Harvard de Proveedores, 1995.

Nota: Debe tenerse cuidado en la interpretación de los resultados porque están basados en un pequeño número de Instituciones.

Finalmente, en la Tabla 6.7 aparece la productividad de acuerdo con el tamaño del mercado, medido según el tamaño de la población en la localidad donde se encuentra la institución. La productividad se incrementa con el tamaño del mercado para ciudades hasta de 745.000 habitantes. Para ciudades superiores a este tamaño, el patrón es menos consistente. Sorprendentemente, la productividad y la tasa de ocupación en Bogotá son menores que en otras ciudades grandes o intermedias. Lo mismo ocurre con el índice de ocupación. Aun cuando esto no se indica en la Tabla, estos resultados también se mantienen dentro de los grupos de las instituciones de los niveles II y III. Finalmente, al interpretar estos resultados para las localidades más pequeñas hay que ser cautelosos, puesto que muchas requieren de cierta capacidad "de reserva" y por lo tanto presentarían niveles algo menores en la productividad registrada.



**Tabla 6.7 Productividad según número de Habitantes de la Localidad  
(Promedio Ponderado)**

Habitantes de la localidad	Productividad	Tasa de Ocupación (%)	Tamaño de la Muestra
1. Menos de 38,000	2.10	39.2	233
2. 38,000 - 143,700	2.90	56.7	65
3. 143,700 - 352,000	3.41	68.9	33
4. 352,000 - 745,000	4.70	78.1	8
5. 745,000 - 1,064,000	1.35	32.3	4
6. 1,064,000 - 1,718,000	4.03	80.1	21
7. 1,718,000 - 5,000,000	4.59	78.7	10
8. Mayor de 5,000,000	3.37	66.3	32
Todos los Municipios	3.34	61.2	406

Fuente: Encuesta Harvard de Proveedores, 1995.

### **6.3.3 Efectos del mejoramiento de la eficiencia en la generación de capacidad**

Se realizó una simulación de dos escenarios alternativos de incremento de la productividad. Estos pueden ser el resultado de una combinación de acciones de políticas y de incentivos encaminados hacia la consecución de esta meta.

El primer escenario se caracteriza por un incremento de los índices de ocupación en todas las instituciones hasta un 80%. Este incremento del índice de ocupación puede lograrse mediante una combinación de iniciativas por parte de la oferta e incrementos esperados en la demanda, una vez se reduzcan los obstáculos financieros para buscar la atención hospitalaria como resultado de la reforma. El número resultante de camas día ocupadas por año, por grupos de instituciones se presentan en la columna 4 de la Tabla 6.8, y la ampliación resultante en la oferta de días cama aparece en la columna 7.<sup>8</sup>

La segunda simulación presupone un incremento en el promedio de productividad laboral al equivalente de 7040 consultas por médico general por año (aproximadamente 10% de las instituciones tienen índices por encima de esta cifra). Esto es obtenido por la asunción de que un médico eficiente puede atender 4 pacientes por hora y trabaja 44 horas/semana por año en Colombia. La oferta máxima resultante aparece en la columna 5 de la Tabla 6.8.

<sup>8</sup> Dada la necesidad de una capacidad de reserva, puede resultar algo optimista suponer que en las instituciones de las pequeñas localidades rurales haya un índice de ocupación del 80% o niveles de productividad laboral consistentes con son aquellos de las grandes instituciones urbanas. Sin embargo, utilizando suposiciones directas, estas simulaciones suministran una medición útil del potencial para incrementar la capacidad de utilización de la institución.

Tal como se esperaba, bajo cualquiera de estas dos simulaciones alternativas, la expansión más grande de la oferta se presenta en el caso de aquellos grupos que tienen actualmente el desempeño más bajo, especialmente en las instituciones de los Grupos 1-5. En promedio, la expansión total resultante de la oferta alcanza el 33% en la primera simulación y el 30% en la segunda, como lo indican los cálculos de la última línea de la Tabla.

Estas cifras, tomadas conjuntamente con los resultados de la parte anterior, indican que existe un potencial importante para la expansión de la oferta si se mejora la eficiencia.

**Tabla 6.8 Niveles de Oferta Actuales y Máximos Esperados**

Grupo	Nivel Actual (Unidades por Año)		Máximo Nivel (Unidades por Año)		Incremento (%)	
	Días-Cama (Miles)	cmgae * (Millones)	Días - cama (Miles)	cmgae (Millones)	Días-Cama	cmgae
1	85.6	3.12	223.9	7.45	161.6	138.8
2	452.7	15.56	900.2	27.40	98.9	76.1
3	103.6	4.55	172.6	8.24	66.6	81.1
4	1470.0	67.30	1951.2	104.00	32.7	54.5
5	187.5	8.26	303.7	12.83	62.0	55.3
6	279.0	24.11	310.5	28.53	11.3	18.3
7	1956.7	114.10	2174.3	119.80	11.1	5.0
<b>Total</b>	<b>4535.1</b>	<b>237.00</b>	<b>6036.4</b>	<b>308.25</b>	<b>33.1</b>	<b>30.1</b>

\* cmgae: Consulta Médica General Equivalente

Fuente: Estimativos Basados en la Encuesta Harvard de Proveedores, 1995.

## Conclusiones

A pesar de la existencia de instituciones altamente productivas del nivel III, la productividad promedio de los hospitales colombianos es baja. Este promedio bajo de productividad está relacionado con el muy bajo desempeño de las instituciones de atención primaria (Grupos 1 y 2). La mayoría de ellos están localizados en los pueblos y ciudades más pequeñas y son propiedad del Estado. Dada su localización y tamaño, muchas de estas instituciones sí requieren de una capacidad de reserva, especialmente en las áreas rurales. No obstante, estas instituciones todavía tienen el mayor potencial para contribuir a la expansión de la oferta. Las instituciones localizadas en las grandes ciudades, así como aquellas con ánimo de lucro y de propiedad privada, también tienen espacio para mejorar.

Por propiedad, solamente las instituciones del ISS presentan estándares de desempeño relativamente elevados.

A pesar de este bajo desempeño general, las limitaciones de la oferta que pueden estar comenzando a presentarse en el mercado se pueden aliviar si se implementan políticas encaminadas a mejorar la utilización de los recursos productivos actualmente disponibles. Los cálculos indican que el efecto resultante de estas medidas, sobre la oferta, será grande (cerca del 30%). En otras palabras, una proporción de la expansión de la oferta requerida para el éxito de la reforma, no necesitará de un incremento de resultados mediante nueva inversión, sino solamente una mejor utilización de los recursos disponibles.

## **6.4 TRANSFORMACION DE LOS HOSPITALES PUBLICOS EN E.S.E**

### **¿Están preparados los hospitales para funcionar en el sistema después de la reforma?**

La reforma del sistema colombiano de salud requiere que los hospitales y los proveedores asuman nuevas responsabilidades y hagan ciertos ajustes para lograr las metas del mejoramiento de la eficiencia y de la calidad. Es importante para el éxito de la reforma que los proveedores de la salud tengan la capacidad de responder a los cambios del sistema.

### **Empresas Sociales del Estado**

Un objetivo esencial de la reforma de la salud es separar la financiación pública de la prestación pública de los servicios. Una estrategia para lograr esto, es cambiar la financiación de los hospitales públicos del presupuesto directo de apoyo al subsidio de la demanda, mediante instituciones intermediarias (EPS, ESS). La segunda estrategia es hacer que los hospitales públicos sean más autónomos mediante la creación de una junta independiente responsable del hospital. En Colombia, la Ley 100 estableció una forma específica para esta autonomía hospitalaria, denominadas Empresas Sociales del Estado (ESE).

**Tabla 6.9 Hospitales Públicos Transformados a ESE por Departamento**

Departamento	No. De Hospitales Públicos	No. de Hospitales Transformados en ESEs
Caqueta	1	1
Huila	4	4
Tolima	8	8
Cauca	3	3
Nariño	4	2
Putumayo	1	0
Valle de Cauca	10	9
Arauca	2	0
Norte Santander	4	4
Santander	9	9
Atlántico	5	5
Cesar	3	3
Guajira	2	2
San Andrés	1	1
Magdalena	6	6
Bolívar	7	7
Córdoba	4	4
Sucre	3	3
Cundinamarca	11	1
Boyacá	5	5
Casanare	1	1
Risaralda	3	2
Quindío	3	3
Caldas	5	3
Antioquia	15	14
Choco	1	1
Meta	2	2
Guainía	1	0
Guaviare	1	0
Vaupés	1	0
Vichada	1	0
Amazonas	1	1
Bogotá	14	2
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>106</b>

Fuente: Ministerio de Salud. Programa de Mejoramiento de los servicios de salud en Colombia. 1995

Las ESE son descentralizadas, administrativamente autónomas y proveedores públicos de servicios de salud. Las ESE tienen que: mantener la solidez financiera y social; prestar servicios y paquetes de servicios a precios competitivos, a las EPS y los individuos; garantizar mecanismos para la participación comunitaria, y revisar continuamente y mejorar los servicios y las operaciones. Con el fin de convertirse en ESE, los hospitales públicos deben tener una Junta de Directores y un Director ejecutivo (D.E) que se relacione con las direcciones apropiadas a nivel nacional, departamental, distrital o local. Estas instituciones deben desarrollar normas de eficiencia y medidas de control de calidad, incluyendo estructuras administrativas para garantizar la rendición de cuentas ante los beneficiarios y una supervisión interna y una unidad de control. También deben definir una política institucional de servicio y un plan de desarrollo institucional. Con el fin de optimizar la prestación de servicios y de garantizar el mantenimiento de edificios y equipos, las ESE tienen la obligación de organizar unidades funcionales en las áreas de planeación, planta física, manejo de información, compras, administración, utilización y control de personal.

La Ley 100 establece que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en los departamentos descentralizados, se transformarán en ESE en seis meses después de que la Ley haya entrado en vigencia. Hasta diciembre de 1995, el 75% de los 142 hospitales públicos de nivel II y III incluidos en el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud, se han convertido en ESE (véase Tabla 6.9).

#### **6.4.1 Encuesta y metodología**

Harvard realizó una encuesta en 196 instituciones de servicios de salud en todo el país con el fin de describir la situación actual de los hospitales y evaluar su capacidad y habilidad para funcionar, según las nuevas condiciones de la reforma. El estudio trataba de evaluar la factibilidad de la transformación desde el sistema previo a la reforma, la preparación de las instituciones para adaptarse a los nuevos retos que tenían que enfrentar y a los obstáculos principales que impedían superar dichos retos (estudio IPS/ESE).

El estudio de Harvard sobre IPS/ESE trata de responder los siguientes interrogantes: ¿Tienen los hospitales suficientes recursos humanos apropiados para asumir las tareas que la reforma exige? ¿Tienen capacitación adecuada en administración y contratación? Los hospitales están recolectando información sobre los costos y la calidad de los servicios? Tienen la capacidad de informarles a las EPS y a los reguladores? ¿Los hospitales tienen la capacidad de utilizar la información para realizar la asignación de recursos y tomar las decisiones

estratégicas? ¿Están buscando activamente a las EPS y estableciendo convenios con ellas? ¿Son capaces los hospitales públicos de convertirse en ESE? ¿Son capaces de responder a un ambiente de mercado? ¿Están listos para enfrentarse al cambio de los subsidios de oferta a subsidios de demanda? ¿Existen ESE que cumplan con los requisitos antes descritos?

Las metas específicas del estudio eran, en primer lugar, describir los hospitales, los recursos que tenían, cómo los manejaban, etc., y relacionar sus características institucionales a los indicadores de productividad (recolectados en otro lugar). El propósito final era definir un marco para estudios posteriores.

#### 6.4.2 Instrumento de la encuesta

Se envió por correo un cuestionario a los hospitales seleccionados, el cual contenía 41 preguntas que abarcaban: identificación de la institución; dirección, liderazgo, planeación; operación y control; comunicaciones internas; programas de mejoramiento y desarrollo organizacional; administración del recurso humano; mercadeo y competencia; sistema de honorarios; contratación y venta de servicios y sistemas de información.

#### Muestra del estudio:

Se tomó una muestra aleatoria de 196 hospitales de la muestra de 677 instituciones que participaron en el Estudio de Harvard sobre Proveedores en marzo de 1995. Las instituciones de dicho estudio, se repartieron en doce subgrupos, con base en la propiedad y el nivel de atención, con el fin de asegurar una representación adecuada (véase Tabla 6.10). Se tomó una muestra aleatoria de cada uno de estos subgrupos.

**Tabla 6.10 Muestra por Nivel de Complejidad y Propiedad**

Propiedad	Nivel I # Hospitales (% del Total)	Nivel II # Hospitales (% del Total)	Nivel III # Hospitales (% del Total)	Total # Hospitales (% del Total)
<b>Estado</b>	90 (46 %)	39 (20%)	7 (4%)	136 (69%)
<b>ISS</b>	1 (0)	6 (3)	2 (1)	9 (5)
<b>Privado sin Animo de Lucro</b>	8 (4)	11 (6)	8 (4)	27 (14)
<b>Privado con Animo de Lucro</b>	4 (2)	15 (8)	5 (3)	24 (12)
<b>Total</b>	103 (53)	71 (36)	22 (11)	196 (100)

Los porcentajes están redondeados y no suman exactamente el 100%

Hasta finales de diciembre sólo habían sido devueltos 106 (54%) de los 196 cuestionarios. Los hospitales de nivel I y del ISS no tienen una representación adecuada de las instituciones que respondieron; en cambio, los hospitales de segundo nivel y los privados sin ánimo de lucro, tienen una representación excesiva de respuestas. En la Tabla 6.11 se presenta la distribución del número de instituciones que respondieron y se utilizaron en el estudio preliminar.

**Tabla 6.11 Respuestas a la Encuesta según nivel de Complejidad y Propiedad  
(a Diciembre de 1995)**

Propiedad	Nivel I # Hospitales (% del Total)	Nivel II # Hospitales (% del Total)	Nivel III # Hospitales (% del Total)	Total # Hospitales (% del Total)
Estado	41 (39%)	29 (27%)	6 (6%)	76 (72%)
ISS	0 (0)	1 (1)	1 (1)	2 (2)
Privado sin Animo de Lucro	3 (1.5)	8 (8)	5 (5)	16 (15)
Privado con Animo de Lucro	1 (1)	9 (8.5)	2 (2)	12 (11)
<b>Total</b>	<b>45 (42)</b>	<b>47 (44)</b>	<b>14 (13)</b>	<b>106 (100)</b>

*Los porcentajes están redondeados y no suman exactamente el 100%*

### Limitaciones

En este momento, sólo se dispone de datos de la mitad de la muestra (106 instituciones), aunque un análisis más completo estará disponible en el futuro. 70% de las 106 instituciones que devolvieron el cuestionario eran gubernamentales, casi la mitad (44%) eran instituciones del segundo nivel; hasta la fecha sólo han respondido 2 instituciones del ISS. Debido a que el siguiente análisis se basa en respuestas incompletas, es probable que haya cierto sesgo. Por ejemplo, es posible que los hospitales que respondieron las encuestas tengan estructuras administrativas mejores que los hospitales colombianos promedio. Lo que se presenta debe interpretarse como indicios de tendencias generales más que como pruebas concluyentes.

### 6.4.3 Hallazgos preliminares

#### a. Dirección y planeación estratégica

La mayoría de las instituciones que respondieron informaron que el director general tiene el poder para tomar decisiones sobre planes operativos, contratar y despedir personal, y hacer modificaciones presupuestales. Muchas de las instituciones informaron que tenían una misión clara, una parte importante de la planeación

estratégica, aunque sólo en la mitad de las instituciones que respondieron, los empleados estaban familiarizados con esta misión.

#### **b. Calidad**

La mayoría de las instituciones informaron que tenían mecanismos de control de calidad, pero las respuestas a otras preguntas sobre mecanismos específicos para el control de la calidad indicaban la ausencia de sistemas tales como programas de calidad total y de mejoramiento continuo. Sólo la mitad de quienes respondieron habían realizado encuestas de satisfacción de los consumidores; no obstante, todos aquellos que los llevaron a cabo, habían informado sobre niveles de satisfacción por encima del 60% (la mitad de ellos estaba por encima del 80%).

#### **c. Gestión interna e incentivos**

Sólo el 10% de aquellos que respondieron informaron que habían realizado encuestas a los empleados; y se informaba así mismo que los beneficios o los incentivos para los empleados se otorgaban de manera poco frecuente (a excepción de la capacitación). Establecieron que el clima organizacional, la resistencia al cambio y la estructura funcional eran los impedimentos más grandes para el desempeño. Si bien dos terceras partes informaban sobre un proceso para iniciar e informar a los empleados recientemente contratados, este proceso nunca duraba más de dos días.

#### **d. Sistemas de información**

La mayoría respondió que tenían un sistema de información para facturación y cartera (88%), personal (93%), activos disponibles (75%) y registros clínicos (95%); sin embargo, gran parte de estos registros se llenaban manualmente y no en computador.

#### **e. Mercadeo, contratación y eficiencia**

El 90% informó que no tenían divisiones de ventas y mercadeo; el 85% no tenían una división de publicidad; y casi el 90% no tenían una división de ventas. Sin embargo, casi el 80% contrataba con una o más EPS. De éstas, el 97% utilizaban el método de pago por servicio (fees for service). Otros métodos como la capitación y los paquetes de servicios eran utilizados por menos del 10% de estas instituciones. Menos de la mitad de quienes respondieron habían realizado estudios de costos para establecer un sistema de cobro; una tercera parte utilizaban los precios de los



competidores como guía al momento de establecer los precios propios. De manera más simple, utilizaban el SOAT o costos “históricos”.

#### **f. Conclusiones**

Los hallazgos preliminares del estudio de Harvard sobre IPS/ESE indican que los problemas administrativos hacen parte de las razones por las cuales se encontraron niveles tan elevados de deficiencia en el estudio de Eficiencia Hospitalaria. En el estudio se encontró que los hospitales habían iniciado la planeación estratégica, estableciendo una misión hospitalaria; sin embargo, no han dado a conocer esta misión de tal manera que todo el personal propenda por su consecución. Hemos encontrado que se le presta muy poca atención a los incentivos de los empleados, que los pudieran motivar a mejorar en eficiencia y calidad. En la mayoría de las instituciones todavía no se dispone de un instrumento esencial para el mejoramiento de la administración. Nos referimos a un sistema computarizado de información, efectivo y fácil de utilizar.

También encontramos que existen mecanismos débiles para el mejoramiento de la calidad. Aun cuando hay evidencias de cierto control de calidad clínica, parece que no hay procesos completos de aseguramiento de garantía de calidad. Sólo la mitad de las instituciones implementaron encuestas de satisfacción de los pacientes.

Parece que los hospitales también están mal preparados para la competencia. No han desarrollado un Área esencial de ventas y mercadeo. A pesar de ello, la mayoría de los hospitales ya han hecho contratos con EPSs. Finalmente, el estudio confirma que los mecanismos de pago siguen siendo de pago por servicio, el sistema que probablemente dé menos incentivos para la eficiencia y el control de costos.

### **6.5 PROGRAMAS ACTUALES DE MEJORAMIENTO ADMINISTRATIVO**

#### **6.5.1 Programa del Banco Interamericano de Desarrollo: Programa para fortalecer los hospitales Públicos**

El “Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud”, financiado por el BID, les ha estado prestando asistencia técnica a los hospitales públicos de nivel II y III, para que realicen una transición sin sobresaltos a la autonomía institucional y a las nuevas formas de financiación, mientras que al mismo tiempo elevan sus estándares de calidad y eficiencia. Estos hospitales deben reorientar sus operaciones para poder contratar sus servicios con las EPS, en lugar de confiar en

los subsidios tradicionales de la oferta. El programa informa que 106 hospitales se reestructuraron en ESE en 1995, y 35 han formado juntas directivas funcionales. Además, muchos hospitales recibieron asistencia para desarrollar sistemas de control interno, planes de mejoramiento administrativo, y convenios de desempeño, así como la aplicación de indicadores de manejo. Se espera que 35 de estos hospitales realmente operen como ESE en 1996. Otra meta para 1996 incluye la definición de estándares comparables de desempeño y supervisión, y evaluación de los acuerdos de desempeño.

Una prioridad principal ha sido el desarrollo de la capacidad administrativa. Con este fin, 778 administradores de hospitales y 183 miembros de las juntas, recibieron capacitación. Se siguen desarrollando y dando a conocer métodos e instrumentos para el manejo empresarial.

El programa del BID presta asistencia en el establecimiento o mejoramiento de las unidades administrativas individuales dentro de los hospitales. Los sistemas de admisiones y facturación, necesarios para establecer el cobro por reembolso de las EPS, han sido estandarizados en 140 hospitales. Actualmente, 50 hospitales están en el proceso de mejoramiento de sus unidades de oferta y varios han elaborado informes de su situación financiera. Estos pasos son esenciales para controlar los costos en un nuevo sistema, en donde los hospitales dependerán de los "subsidios de demanda" para financiar sus operaciones. En 1996, el Programa del BID planea seguir centrándose en el fortalecimiento de las unidades administrativas especialmente con la instalación de más de mil nuevos computadores y de los programas de computación apropiados.

Se está creando un centro de información como recurso para los administradores hospitalarios, que necesitan tener acceso a métodos, técnicas e instrumentos para modernizar sus operaciones. En 1995, se definieron las áreas temáticas, los servicios y procedimientos para este centro; se estableció el personal y el espacio físico, y se adquirieron libros, revistas y bases de datos. Se espera que los servicios del centro sean accesibles y estén en el mercado en 1996.

Actualmente se está realizando un censo de las plantas físicas de los hospitales públicos de nivel II y III. Se ha recolectado información sobre los planos arquitectónicos y el equipo de 98 hospitales, y estos datos están siendo integrados en un sistema de información geográfico más amplio. Esta información sobre los recursos físicos, sirve de apoyo a la reforma de la salud y a los administradores de las instituciones, en parte porque les ayuda a planear sus inversiones en el futuro. Las inversiones apropiadas ayudan a garantizar el eficiente uso de los recursos financieros y la calidad de los servicios. Un esfuerzo del programa del BID en esta

misma dirección, es un proyecto con el fin de mejorar los procedimientos de mantenimiento de las instituciones y la capacitación. Este incluye un componente para la determinación racional de necesidades de nuevo equipo, y su adquisición mediante el programa. Este último componente se probó en cinco hospitales en 1995, y se espera que llegue a otros 74 hospitales en 1996.

#### **6.5.2 Programa del Banco Mundial: Mejoramiento de la atención primaria y el gobierno local**

El Programa Sistemas Municipales de Salud (PSMS), con la financiación y la asistencia técnica del Banco Mundial, está trabajando con instituciones de atención primaria y con los gobiernos locales a medida que realizan los cambios exigidos por la reforma del sector de la salud. En términos de las instituciones de nivel I, las áreas técnicas de énfasis son: contabilidad, presupuesto, procedimientos legales y mejoramiento de la calidad. Se planea un estudio diagnóstico de base para comienzos de 1996. En el área específica de mejoramiento de la calidad, se ha diseñado un proyecto que pondrá énfasis en la auditoría médica, la atención materno-infantil, la atención de urgencias, los bancos de sangre, los servicios de laboratorios y de imágenes diagnósticas, y otras áreas especializadas. También, se está realizando actualmente, un inventario de las instalaciones físicas y los recursos humanos en el primer nivel.

El PSMS está estableciendo convenios con varios departamentos, para asistirlos en el desarrollo de sistemas municipales de salud. Dentro de estas actividades están la capacitación administrativa y el mejoramiento de la capacidad departamental para prestar asistencia técnica sobre proyectos de inversión en sus municipios. Además, el PSMS está trabajando con varios departamentos en proyectos dirigidos a grupos de población de origen indígena o negritudes. Se han desarrollado Planes de Acción en Salud (PAS) en algunos municipios. En ellos se describe el proceso para establecer los sistemas municipales de salud y la co-financiación de proyectos de inversión. El PSMS también ha realizado contrataciones para desarrollar los manuales de los Planes de Atención Básica (PAB) departamental y municipal, así como estudios que identificarán la oferta local de entidades, que podrían prestar asistencia técnica a los gobiernos locales, en la reforma del sector de la salud.

### **6.5.3 Programa para la Creación y el Fortalecimiento de Instituciones Privadas Prestadoras de Servicios de Salud**

En 1995, el Ministerio de Salud comenzó un nuevo "Programa para la Creación y el Fortalecimiento de Instituciones Privadas Prestadoras de Servicios de Salud", coordinado por el viceministro de salud. El programa crea una línea especial subsidiada de crédito, equivalente a 300 billones de pesos, para promover el establecimiento y la expansión de los servicios privados de salud, con el fin de contribuir a la satisfacción del incremento de la demanda, que se espera resultará de la reforma del sector de la salud en Colombia.

Este programa, según sabemos, es único en el mundo. Los gobiernos de otros países han suministrado otro tipo de estímulos en las políticas para fortalecer el crecimiento y el desarrollo de la prestación de servicios de salud. Por ejemplo, en Tailandia, la Junta de Inversión, ha estimulado el crédito para el desarrollo de hospitales privados y ha ayudado a organizar diferentes beneficios tributarios para los inversionistas privados en el sector de la salud. Chile inyectó significativamente nuevos fondos al mercado privado de servicios de salud, mediante reformas en su programa de seguridad social, a partir de la década de los años setenta. En cambio, el programa colombiano crea un gran fondo de inversión directa bajo la dirección del MSP. Esta es una intervención potencialmente poderosa en el mercado de los servicios de salud, que debe planearse y supervisarse cuidadosamente, para asegurarse que contribuya a las metas del sistema nacional de salud de ampliar el acceso y la equidad, así como mejorar la calidad y la eficiencia.

El programa está disponible para los proveedores calificados de las áreas rurales, municipios de menos de 100.000 habitantes o en las áreas de estratos 1 y 2 de las ciudades grandes y medianas. El programa está dirigido a estos grupos, con el fin de que los fondos de la inversión generen la capacidad que llegue a los grupos de más bajos ingresos, y suministre una oferta adicional en las áreas donde escasean los servicios.

Para calcular la demanda potencial de este crédito, el Ministerio hizo una solicitud de propuestas a los proveedores o a los inversionistas en las áreas calificadas. Se recibieron más de 1700 solicitudes preliminares, de 185 municipios en 30 departamentos. Aproximadamente tres cuartas partes de las solicitudes provenían de Bogotá, el Valle del Cauca, Santander, Atlántico, Cundinamarca o Antioquia. 44% de las solicitudes eran para la construcción o remodelación; 40% para equipos, y 16% para capital de trabajo. No disponemos de una distribución de los tipos de proveedores, o de las instituciones que han mostrado interés en la solicitud.

El MSP ha creado un comité de evaluación encargado de revisar las solicitudes de proyectos; y los solicitantes calificados deben enviar sus propuestas detalladas, de acuerdo con cierto formato. Hasta agosto de 1995, se habían recibido 171 solicitudes de proyectos, por un valor total de 48.7 billones de pesos. 16 proyectos se aprobaron inicialmente en esa época.

Si bien nuestros comentarios se basan en información limitada, recolectada en agosto de 1995, creemos que, dado el tamaño y el significado potencial de este programa, deben desarrollarse cuidadosamente los criterios para solicitar y evaluar las solicitudes de préstamo. ¿En qué medida las políticas y prioridades gubernamentales, pueden basarse explícitamente en el proceso de préstamos? ¿Los fondos de los préstamos podrían ser asignados según los tipos de proveedores de servicios de salud (por ejemplo, hospitales y clínicas de diferente tamaño o especialidad, médicos individuales); la prestación de servicios específicos de salud (p.ej. para mejorar las instalaciones de diagnóstico o las unidades de trauma); o según los requisitos para la prestación de servicios gratis o subsidiados a los pobres? No sabemos actualmente en qué medida dichas condiciones sean deseables y viables.

Carecemos, así mismo, de la información necesaria para establecer dichas condiciones. Por ejemplo, para evaluar completamente las solicitudes de préstamos, habría que saber, para cada locación que recibe fondos:

- Las condiciones de salud y las necesidades prioritarias;
- La cantidad actual y la composición de la oferta de los diferentes tipos de proveedores de servicios de salud y la disposición de ciertas tecnologías;
- Los patrones de utilización de servicios de la población, incluyendo quién acude a qué tipo de proveedores, para cuales tipos de cuidados médicos;
- El grado en qué la reforma del sector de la salud, está siendo implementada, p.ej. establecimiento de EPS, registro de nuevos beneficiarios, etc.

Reconocemos que el programa no puede esperar condiciones ideales antes de proseguir. Los fondos ya están disponibles y los proveedores han hecho sus solicitudes y esperan acciones. Sin embargo, podríamos proponer que bajo la supervisión del comité de evaluación de solicitudes y el viceministro de salud, se haga una revisión técnica de una muestra de las localidades solicitantes y de solicitudes específicas de préstamos, utilizando una metodología de evaluación rápida, con el fin de determinar en qué medida podrían aplicarse criterios más

detallados de evaluación, y para evaluar la calidad y la pertinencia de la primera ronda de solicitudes, según los objetivos del programa. Esto lo podría realizar un grupo pequeño de trabajo, durante la primera mitad de 1996.

## **6.6 RESUMEN Y RECOMENDACIONES PARA LAS INSTITUCIONES PROVEEDORAS DE SERVICIOS**

### **6.6.1 Desarrollar un sistema de acreditación para las instituciones proveedoras**

Uno de los medios principales para mejorar la calidad de los servicios, es establecer estándares mínimos de desempeño de calidad e implementarlos mediante un proceso eficaz de acreditación. La acreditación y el licenciamiento pueden realizarse mediante un organismo gubernamental; sin embargo, por experiencia, sabemos que delegar esta responsabilidad a las Asociaciones de instituciones proveedoras de servicios, puede ser una forma eficaz de lograr el cumplimiento y motivar el compromiso profesional para incrementar los estándares clínicos. Aunque existe un riesgo, los estudios sobre acreditación indican que “el zorro termina en el corral de las gallinas” cuando los proveedores se regulan a sí mismos, existen ciertas opciones realistas para lograr la experiencia técnica necesaria para asegurar la calidad, y existen graves problemas en obtener el apoyo profesional necesario para lograr un amplio cumplimiento. Ya se ha comprobado que el cumplimiento es un problema serio en Colombia. Actualmente, a pesar del requisito legal de la licencia, muchas instituciones y proveedores no tienen licencias legales para practicar.

Se recomienda un modelo basado en la Comisión Conjunta para Organizaciones de la Salud de Estados Unidos. Esta comisión es una institución privada sin ánimo de lucro, por una junta compuesta por 26 miembros del comité que representan al American College of Physicians, American College of Surgeons, American Dental Association, American Hospital Association, American Medical Association, a las enfermeras y al público. Las organizaciones de la salud, que buscan voluntariamente la acreditación de esta comisión, están sujetas a evaluaciones cada tres años, si están “cumpliendo substancialmente” con los estándares de la asociación; de no ser así, la acreditación es solamente por un año. Los equipos de revisión de las evaluaciones constan de personal de la comisión y por lo general incluyen a un médico, un administrador, una enfermera y un tecnólogo médico. Esta comisión utiliza en sus evaluaciones, estándares que abarcan todo desde seguros contra incendios hasta saneamiento. Entre otros estándares, la comisión exige los siguientes: que los médicos lleven registros clínicos actualizados de los

pacientes; los informes de patología sobre todas las muestras de tejido (biopsia) tomadas en cirugía se revisen periódicamente para verificar si la cirugía fue innecesaria; que se realicen auditorías médicas de los registros de los pacientes, para verificar la calidad y la pertinencia de los servicios prestados; y que haya una revisión periódica de la utilización del servicio, para verificar la necesidad y la adecuación de la admisión y de la duración de la estancia. La Comisión ha desarrollado indicadores precisos y objetivos para garantía de calidad en Anestesia, obstetricia, trauma, cardiovascular y oncología, uso de medicamentos y control de infecciones. La Comisión Conjunta tiene un formato de informe de encuestas para cada disciplina con cientos de estándares y características requeridas. Existen parámetros explícitos de puntuación para la mayoría de los estándares. Los estándares se publican en el Manual de Acreditación que se actualiza periódicamente.

Aunque la Comisión Conjunta es una entidad privada, su acreditación es a menudo exigida para el licenciamiento y para los pagos que involucran fondos públicos, como Medicare y Medicaid.

Se recomienda la creación de una institución similar del sector privado para la acreditación de hospitales y grandes clínicas de Colombia: la Comisión para la Acreditación de Instituciones de Servicios de Salud. Esta institución puede crearse mediante un consorcio de asociaciones profesionales, asociaciones hospitalarias y asociaciones educativas. Su junta tendría una representación equitativa de representantes de los sectores público y privado, ya que es la gente quien utiliza las instituciones y pagan los impuestos y las primas que apoyan el sistema.

Debe incrementarse poco a poco el proceso para desarrollar estándares de calidad para la acreditación. Durante el primer año de la comisión debe establecerse un estándar básico mínimo, que debe ser cumplido por la mayoría de las instituciones actuales. Estos estándares deben revisarse cada dos años y actualizarse, para elevar el nivel mínimo a un ritmo que le dé incentivos a los proveedores, pero que no los abrume. Debe establecerse un programa para las visitas a los hospitales, con un tiempo mínimo para que las instituciones se preparen. Las visitas deben dar acreditación por un período de tres años. Ya que es imposible realizar visitas a todos los hospitales, debe iniciarse y darse a conocer, un proceso de acreditación por localidad. El programa debe diseñarse para acreditar a todos los hospitales para el año 5.

Las licencias de los médicos, enfermeras y otros profesionales actualmente, es un simple registro de los recién graduados. Este proceso debe mejorarse para exigir la demostración de destrezas mínimas y una recertificación periódica. Los procesos y

las instituciones que se requieren para estas licencias, se discuten en la siguiente sección sobre recursos humanos.

### **6.6.2 Administración hospitalaria**

Como se ha señalado, es limitada la capacidad de manejo hospitalario en ciertas áreas fundamentales relacionadas con la reforma. Los resultados preliminares de la encuesta Harvard sobre IPS/ESE encontraron que los administradores de hospitales podrían beneficiarse del desarrollo de destrezas administrativas apropiadas, de tal forma que pudieran responder más eficazmente a las señales del mercado, desarrollaran contratos, se centraran en la satisfacción de los pacientes, etc. Pocos directores de los hospitales del sector público, han tenido capacitación en técnicas administrativas modernas; pocas instituciones han realizado encuestas sobre la satisfacción de los pacientes; pocas tienen experiencia en mercadeo. Estas destrezas, así como los cambios en los incentivos que suministrarán los nuevos mecanismos de pago (véase Capítulo 3), serán esenciales para mejorar la eficiencia requerida para responder al incremento en la demanda que se anotó anteriormente (Capítulo 6.2).

Aunque el proceso de descentralización y la creación de la autonomía hospitalaria, han permitido un mayor control del presupuesto y de los recursos humanos a nivel hospitalario, no es claro que se tengan las destrezas suficientes en administración y supervisión a este nivel, para lograr un manejo eficaz. El Análisis Funcional de Tareas del Proyecto Harvard sobre las instituciones proveedoras del sector público y del ISS, indican que los administradores y los supervisores, no conocen las tareas que sus subordinados están realizando, y que pocas tareas y poco tiempo se le están dedicando a la gestión de los recursos humanos.

A medida que los incentivos del mercado que surgen del proceso competitivo se acentúen aún más y a medida que disminuya el subsidio de la oferta, es muy probable que los hospitales públicos se vean obligados a aprender técnicas esenciales de administración. Es importante facilitar este proceso para evitar fallas y quiebras hospitalarias innecesarias, y para facilitar el logro de una mayor eficiencia y calidad, tan pronto como sea posible.

También es probable que con el paso del tiempo, la reestructuración del mercado fomente una mayor utilización de los “sistemas de atención de salud” en los cuales los hospitales serán solamente una, entre una amplia red de instituciones proveedoras e instituciones proveedoras/aseguradoras. Para que esta red suministre una atención continua, será necesario desarrollar un conjunto de nuevas destrezas administrativas de coordinación, contratación, etc. Si bien los programas



de apoyo del BID y el Banco Mundial han mejorado la administración en hospitales de nivel II y III, y en algunas instituciones de atención primaria, queda mucho trabajo por hacer.

### **Recomendaciones para Administración de Hospitales**

Se recomiendan dos enfoques fundamentales para mejorar la administración de los hospitales:

- Estudios de comportamiento organizacional y la creación de 15 Hospitales Ejemplares para probar las técnicas de administración y dar oportunidades de capacitación, y
- Desarrollar la capacidad de asistencia técnica (consultores, instructores y módulos escritos) para prestar un apoyo continuo al cambio administrativo y al aseguramiento de calidad en todo el país, pero especialmente en las instituciones mal administradas.

### **Estudio de comportamiento organizacional y demostración de hospitales “ejemplares” pilotos**

Estos estudios deben analizar la estructura organizacional, la cultura, el liderazgo, la gestión de recursos humanos y los niveles de destrezas en los hospitales públicos y clínicas. Deben estar diseñados para evaluar problemas serios de administración calidad de servicios y eficiencia en 15 hospitales. Estos estudios después servirán de base para desarrollar una serie de intervenciones (programas de capacitación, cambios estructurales, reclutamiento de personal y nuevos sistemas) que pueden implementarse en estos hospitales como proyectos de demostración.

Deben seleccionarse tres grupos de cinco hospitales de nivel I con base en criterios de estructura administrativa (ESE, municipal), condición de los beneficiarios (ingresos y epidemiología), grado de competencia, mecanismos de pago, y en otros criterios que hay que determinar.

Los Hospitales del Nivel I son los más apropiados para este proyecto porque ha sido demostrado que los problemas administrativos son más agudos en esas entidades. El equipo administrativo en los hospitales del nivel I, de manera típica tienen menos entrenamiento que en niveles más altos, la productividad es más baja, como se ha demostrado con el Estudio de Productividad y Eficiencia de Hospitales. Los pacientes tienden a no acudir a estos hospitales y buscan entidades de mayor nivel aún para problemas ordinarios de salud, los cuales necesitan únicamente atención primaria. Más aún, intervenciones administrativas en entidades del nivel II

y III están siendo llevadas a cabo con un empréstito separado del BID, a través del Programa Mejoramiento de los Servicios de Salud. El Banco Mundial financió al Programa Sistemas Municipales de Salud y está orientando las necesidades del Nivel I, pero únicamente en un número limitado de áreas geográficas. Finalmente, para la conducción de todos estos pilotos en el nivel I, será más fácil comparar experiencias entre estas entidades y establecer conclusiones acerca de la efectividad de intervenciones administrativas.

Debe asignarse un Equipo de Investigación (con formación en administración hospitalaria y/o administración, administración financiera y evaluación de calidad) para que visite y analice cada hospital durante un período de tres semanas. Habrá un equipo por cada grupo de hospitales, y éste puede completar el estudio de dichos hospitales en tres meses. Se desarrollarán y se utilizarán en este estudio, cuestionarios estándar, revisión de documentos y entrevistas abiertas. Los instrumentos del estudio deben diseñarse para evaluar la cultura organizacional, la interacción del personal, así como las destrezas administrativas, empresariales y de mercadeo. Además, también deben evaluar los sistemas de información, la utilización de información en la toma de decisiones, la satisfacción de los pacientes, estudios de tiempos y movimientos y otras medidas de eficiencia. El personal de salud de los departamentos recibirá capacitación en la metodología conjuntamente con los equipos de investigación, con el fin de suministrar un recurso base para los estudios de seguimiento y para la replicación en otros hospitales más tarde durante el proyecto.

Los resultados de los estudios deben ser analizados por expertos internacionales junto con funcionarios claves del Ministerio, los departamentos, los municipios y los hospitales seleccionados. Se seleccionarán conjuntos específicos de intervenciones para que sean implementados y evaluados como parte de un programa de demostración/piloto en cada hospital. Estas intervenciones pueden seleccionarse mediante un proceso que involucre al personal relevante de los hospitales, con el fin de desarrollar cierto sentido de pertenencia de las intervenciones. Estas deben incluir: 1) capacitación en administración (incluyendo manejo financiero), planeación estratégica, utilización de datos para la toma de decisiones administrativas, aseguramiento de la calidad, mercadeo; 2) reestructuración de la organización administrativa, 3) supervisión, revisión del desempeño y otros sistemas de gestión de recursos humanos, 4) mejoramiento de los sistemas de información, 5) metodologías de garantía de la calidad, y 6) otros sistemas nuevos, por ejemplo, logística, etc. Debe disponerse de un bloque de fondos para las intervenciones en cada hospital (US\$50.000). Los estudios pilotos deben ser evaluados nuevamente por ciertos equipos específicos de evaluación, incluyendo el personal de salud departamental.

La implementación de estas intervenciones debe llevarse a cabo durante un período de nueve meses y después debe evaluarse al finalizar el primer año. Debe prepararse un seminario con la participación de todos los equipos de los hospitales para finales del año, con el fin de revisar los resultados y recomendaciones para la replicación.

Deben desarrollarse módulos basados en la experiencia de los 15 hospitales, así como materiales disponibles de capacitación, para la asistencia técnica posterior y replicación de la intervención.

Los Hospitales Ejemplares pilotos pueden utilizarse como centros de capacitación para otros equipos de otros hospitales, cuando estén replicando los métodos más efectivos.

### **6.6.3 Asistencia técnica en administración hospitalaria**

#### **a. Destrezas administrativas**

El proceso de asistencia en el desarrollo administrativo, no puede esperar hasta la implementación completa de los Hospitales Ejemplares pilotos. Existen ciertas destrezas básicas de administración que los hospitales requieren para comenzar a desarrollarse y para las cuales hay cierta experiencia en Colombia. Los programas actuales como el Centro de Gestión Hospitalaria, los programas de administración de salud y hospitalaria en Universidades y las firmas consultoras, deben fortalecerse mientras tanto. A medida que se desarrolle una red de expertos, estos pueden incorporarse en el programa de Hospitales Ejemplares pilotos antes citado.

Estos programas deben coordinarse con el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud y el Programa de Sistemas Municipales de Salud.

#### **b. Garantía de calidad: detalles de una prioridad del Proyecto de Hospitales Ejemplares piloto**

Incluso si hay incentivos en el mercado y en la acreditación para mejorar la calidad de los servicios, los hospitales deben desarrollar procesos y destrezas en técnicas de mejoramiento de calidad. Sólo algunos de los hospitales de la encuesta, poseen procesos significativos de mejoramiento de la calidad.

Actualmente existe un número limitado de instituciones que pueden prestar asistencia técnica y capacitación para los hospitales y clínicas en métodos de aseguramiento de calidad. El Centro de Gestión Hospitalaria ha desarrollado programas para promover actividades de este tipo. Ha organizado seminarios sobre asuntos de calidad hospitalaria y una competencia nacional sobre el mejor programa de manejo de calidad. Esta institución se ha limitado a trabajar sobre todo con los hospitales más avanzados de segundo y tercer nivel. Muchos de los principales centros hospitalarios de Bogotá y otras ciudades principales, han contratado consultores internacionales que les presten asistencia técnica en esta área. Sin embargo, hay excepciones y existen algunas instituciones con una alta ocupación y con un alto nivel de calidad en los servicios. El ISS está implementando un proceso nacional de mejoramiento de calidad con énfasis en indicadores. La Superintendencia, en su Dirección General para el Control de Sistemas de garantía de Calidad, también está desarrollando destrezas en procesos e indicadores. La Dirección de Desarrollo de Servicios del Ministerio también tienen un proyecto sobre regulaciones en este sentido.

La experiencia del proyecto del BID sobre hospitales, así como una evaluación del Centro de Gestión Hospitalaria de los programas en administración de la salud y de hospitales, indican que se carece o son muy débiles, las destrezas fundamentales para el manejo de calidad, tanto en las universidades como en las organizaciones sin ánimo de lucro.

Si bien muchos enfoques sobre garantía de calidad tienden a ser importaciones sin modificaciones, resulta claro que algunos procesos funcionan mejor en ciertos lugares y son inefectivos en otros. Estudios realizados en California y en Veteran Administration Hospitals indican que factores tales como el tamaño de la organización y la cultura organizacional, son importantes en la eficacia de la orientación de garantía de calidad.

Es probable que un solo enfoque no sea aplicable a los diferentes hospitales colombianos. Por ello, es necesario desarrollar una serie de enfoques opcionales y probarlos en los Hospitales Ejemplares de Colombia, antes de elaborar los manuales y los módulos para desarrollar programas hospitalarios individuales y capacitar al personal en su implementación.

Se recomienda la creación de un programa principal para mejorar las destrezas de asistencia técnica, con el fin de apoyar a los hospitales en el desarrollo y la evaluación de sus programas de garantía de calidad. En primer lugar, este programa establecería una red de expertos colombianos en calidad, tal vez coordinada por el Centro de Gestión Hospitalaria. Estos conformarían el grupo

básico de asistencia técnica. Conjuntamente con un grupo de expertos internacionales (por ejemplo, el proyecto de garantía de calidad de USAID), estos expertos colombianos seleccionarían entre los diferentes enfoques como M.C.C, C.T, etc., una serie de procesos adecuados de garantía de calidad que habrán de ser incorporados al “Programa de Hospitales Ejemplares piloto”. Este programa daría la oportunidad de implementar y evaluar los diferentes enfoques en distintos contextos. Después de que se termine el Programa de Hospitales Ejemplares piloto, equipos de consultores capacitados, provenientes de universidades, ONGs y de otros lugares, prestarán asistencia técnica subsidiada utilizando los módulos de garantía de calidad para un conjunto prioritario de hospitales (identificados con base en los instrumentos de la encuesta).

#### **6.6.4 Manejo de la Información.**

##### **(Sistema de Información Clínica y de Contabilidad de Costos)**

Con el fin de administrar un hospital, los gerentes y los directores clínicos deben tener una buena información clínica y de costos. El equipo Harvard encontró que el 90% de los Hospitales colombianos de nivel II y III no tiene una información precisa acerca de sus unidades de costos y de sus servicios médicos. La mayoría de los hospitales no tienen información uniforme sobre diagnósticos. Además estos hospitales con información sobre diagnósticos, usualmente la registran de manera imprecisa o incompleta (ver sección 3.6.2 para una discusión detallada).

Se recomienda que el MSP ejerza un liderazgo nacional para establecer un sistema de contabilidad de costos y de información clínica uniforme a nivel nacional. Este sistema debe ser desarrollado por etapas, dado lo primitivo y la diversidad de los sistemas hospitalarios actualmente. Más aún, el sistema SIAGHO no debe desarrollarse de manera aislada para hospitales públicos separado del sistema utilizado por los hospitales privados y el ISS. (Para detalles en estas recomendaciones, vea sección 3.6.2)

## **Capítulo 7**

# **RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD DE COLOMBIA**

En este Capítulo se le da una visión integral a los recursos humanos en Colombia. En la Sección 7.1 se presenta el análisis de la situación, el cual consta de diez subtemas. Después de un panorama general, se evalúa la oferta y la demanda de médicos, odontólogos y del personal de enfermería, utilizando los datos disponibles. Se hace un esbozo de la remuneración básica y de la formación del personal de salud. Se muestran las evidencias de problemas actuales en la estructura de recursos humanos y en la asignación de tareas, distribución geográfica, competencia técnica, calidad de la atención y administración de recursos humanos. Finalmente, se resume la situación actual y en la Sección 7.2 se le presenta al Ministerio de Salud un conjunto de recomendaciones pormenorizadas para el área de recursos humanos.

## **7.1. ANALISIS DE LA SITUACION**

### **7.1.1 Panorama general**

El 70% de los costos de operación del sector de la salud en Colombia pueden corresponder solo a los salarios (Banco Mundial, 1994). Por ello, la planeación y la administración de los recursos humanos requiere que se le preste bastante atención. Entre las metas de la reforma del sector de la salud en Colombia aparecen: un mayor acceso a la atención de salud, una mejor atención y una utilización más eficaz de los insumos. Con el fin de alcanzar estas metas, se requieren nuevas formas de analizar y predecir los requerimientos de recursos humanos. El número de profesionales de la salud y de para-profesionales debe ser suficiente para satisfacer las necesidades del sector y debe incluir una mezcla adecuada de categorías ocupacionales y especialidades. Este personal debe estar disponible cerca a los lugares donde vive la gente. Las destrezas clínicas deben ajustarse al manejo de las afecciones que representan la mayor carga de enfermedad en Colombia y el sistema de salud debe asegurar la calidad y el uso adecuado de estas destrezas. Además de las destrezas clínicas, existe una necesidad cada vez mayor de destrezas administrativas a todos los niveles. Entre tanto, el contexto general de la atención de la salud se está volviendo más

dinámico, haciendo que la planeación de todos los aspectos de recursos humanos sea más compleja.

Es difícil obtener datos precisos sobre la oferta actual de recursos humanos en Colombia. A los profesionales de la salud no se les pide que se vuelvan a registrar en un organismo central, una vez obtengan la licencia profesional. Ellos trabajan en diferentes tipos de instituciones, a menudo en más de una a la vez. Los métodos que utilizan las instituciones para llevar registros de sus empleados y el acceso a sus sistemas de información varían considerablemente. Por lo tanto, las cifras sobre el número de doctores, enfermeras, auxiliares y otros tipos de personal, apenas llegan a ser aproximaciones gruesas con base en registros acumulativos y proyecciones. En la Tabla 7.1 aparecen cálculos recientes del MSP sobre el número total de personal en las categorías principales de trabajadores de la salud, entre 1981 y 1994. Con base en estas cifras y una población total de 36 millones, hay aproximadamente un doctor por cada 1000 habitantes en Colombia.

**Tabla 7.1 Total de Recursos Humanos en el Sector de la Salud en Colombia, 1981-1994**

<b>Año</b>	<b>Médicos</b>	<b>Odontólogos</b>	<b>Enfermeras Registradas</b>	<b>Auxiliares Enfermería</b>	<b>Promotores de Salud</b>
<b>1981</b>	17999	6080	4170	21422	4226
<b>1982</b>	19900	6916	4415	22100	4576
<b>1983</b>	21778	7990	5020	23000	4906
<b>1984</b>	22504	9024	5776	24449	5179
<b>1985</b>	23500	10069	6500	25771	5310
<b>1986</b>	25213	11042	6984	26665	5626
<b>1987</b>	26572	12051	7587	27771	5894
<b>1988</b>	27932	13059	8189	28876	6934
<b>1989</b>	29498	14050	8733	29876	7126
<b>1990</b>	30743	15069	9368	31040	7289
<b>1991</b>	32116	16076	9966	32138	7640
<b>1992</b>	33489	17084	10565	33236	7992
<b>1993</b>	34862	18091	11164	34335	8344
<b>1994</b>	36236	19059	11762	35433	8699

Fuente: Chacón Vargas, F. Información Básica para la Planeación del Recurso Humano en Salud. 1995. MSP - Dirección de Sistemas - Subsistema de Información. Estimativos por proyección lineal.

Los datos de los hospitales públicos son menos amplios pero más confiables. De acuerdo con un estudio de Chacón y colaboradores, en 1995, los hospitales públicos emplearon un total de 8.243 médicos en 1991; 2.809 enfermeras y 1.822 odontólogos. En combinación con los promotores, técnicos de laboratorio, terapeutas, técnicos de apoyo diagnóstico, nutricionistas y auxiliares y asistentes de todo tipo, el personal asignado a las actividades de atención del paciente en los

hospitales públicos, llegó a 52.024 empleados. En el personal administrativo contabilizó de manera separada, 27.044 personas, y los trabajadores de saneamiento eran 3.050.

Este capítulo está primariamente centrado en los recursos humanos del "hospital" debido a las limitaciones de datos. Cuando el personal del "hospital público" es enumerado, éste incluye tanto el personal que trabaja en centros de salud pública y Puestos de Salud, así como trabajadores de salud no clínicos, dado que el personal está administrativamente relacionado al área hospitalaria. No obstante, muchos de los estudios analíticos disponibles son exclusivamente basados en hospitales. Entre el ISS, Las Cajas y el sector privado, los datos disponibles sobre recursos humanos están incompletos y también en muchos casos, confinados al personal en los hospitales más grandes. Clínicas ambulatorias pequeñas, servicios auxiliares y consultorios privados representan una enorme porción de la atención en salud actualmente ofrecida en Colombia. Desafortunadamente, no existen estudios completos acerca de este personal del sector privado. La Encuesta de Proveedores propuesta intentará esquematizar la primera gráfica detallada de esos recursos.

Otra limitación en este capítulo es que los análisis solamente se relacionan a los médicos, enfermeras y, en menor extensión, a los odontólogos, promotores de salud y personal de laboratorio. Los odontólogos, promotores, personal de laboratorio y muchas otras categorías ocupacionales (tales como varios tipos de terapistas, farmacéuticos, administradores y especialistas en Salud Pública) representan un recurso humano vital dentro del sistema. Sin embargo, dado que hay únicamente datos y análisis escasos en el nivel nacional e internacional, estas áreas ocupacionales reciben tratamiento insuficiente aquí.

### **7.1.2 Oferta y demanda de médicos y odontólogos**

Con el fin de hacer una evaluación preliminar sobre si la *oferta* de médicos era suficiente para suplir la demanda del país, primero desarrollamos los estimativos de la oferta y la demanda de médicos generales. Comenzamos con las cifras de médicos estimadas en 1994 de la tabla 7.1 e hicimos una suposición conservadora de que hasta el 20% de todos los médicos del sector de la salud registrados en esa tabla, se pudieron haber retirado, pudieron emigrar, incapacitarse, cambiar de profesión o, de otra manera, habían dejado de practicar la medicina en Colombia. Entre los hospitales públicos se sabe que la distribución de los médicos es como sigue: 42.3% son médicos generales, 40.3% son especialistas y 17.4% son recién graduados en su año de servicio social obligatorio (datos de 1991, Chacón). Sin contar los que están en su año de servicio obligatorio se considera que, en el sector público, por lo menos la mitad de toda la oferta de médicos está representada por



médicos generales, para 1994 había unos 14.500 médicos generales prestando sus servicios.

Para una primera aproximación de *demanda* de médicos generales en Colombia, primero calculamos la demanda de consultas al médico general. Se encontró que las visitas promedio anuales por persona al médico general en la población asegurada, es de tres consultas. Multiplicado por una población de 36 millones, es equivalente a una demanda total de 108 millones de consultas por año. El médico general típico es capaz de atender 7680 consultas al año (con base en 4 consultas/hora, 8 horas/día, 5 días/semana, y 44 semanas/año; lo cual también se asemeja a las normas de práctica en los países industrializados). Al dividir la demanda esperada total de consultas por la capacidad del médico, se requerirían unos 14.000 médicos generales en el país. Según este cálculo parecería que la oferta actual de médicos generales es suficiente.

Sin embargo, en este cálculo se supone un nivel de eficiencia que es más elevada al que, por lo general, se ha encontrado en Colombia. La Encuesta Harvard sobre Eficiencia Hospitalaria encontró un índice promedio de consultas externas de unas 12 por día entre los médicos generales de los hospitales (frente a las 32 antes mencionadas). Por otra parte, la capacidad de oferta de consultas está subestimada en el cálculo anterior, porque muchos médicos trabajan más horas de las cuarenta por semana aquí contempladas. Además, la demanda está sobrestimada porque quienes buscan los servicios de salud en la población no asegurada en el pasado pueden abstenerse de visitar al médico y en lugar de ello acudir a practicantes indígenas o al auto-tratamiento, acudiendo a las droguerías. Sin embargo, en la parte negativa, los médicos generales a menudo invierten el tiempo en actividades diferentes a las consultas de los pacientes. Esto se puede deber a la insuficiencia de enfermeras, a la falta de incentivos para los médicos, a la baja utilización de los servicios o a otras causas.

Calcular la demanda y la oferta de especialistas es aún más difícil. Los especialistas se registran sólo voluntariamente y de manera incompleta a través de las diferentes asociaciones de especialistas. La Superintendencia Nacional de Salud recolecta datos del número de especialistas que están terminando programas de postgrado todos los años; se ha determinado que entre 1988 y 1994 había 4.320 nuevos especialistas médicos capacitados en 44 campos diferentes (es decir, 617 especialistas capacitados por año, en promedio). Las especialidades con mayor demanda fueron anestesiología (7.7% de los graduados), medicina interna (9.6%), obstetricia- ginecología (9.4%), pediatría (9.4%), cirugía general (6.8%) y salud pública (5.8%). Solamente 138 médicos (3.2%) se especializaron en ortopedia - traumatología durante este periodo. Los neurocirujanos son el 1% y otros tipos de

cirujanos el 2.4%. Anestesiólogos, Cirujanos y Traumatólogos son todos esenciales para el tratamiento de las víctimas de trauma. Todavía existe un promedio de solamente 145 de esos especialistas, para un país de 36 millones de habitantes. En vista de que el 39% de la carga de la enfermedad en AVISAs es atribuible al trauma, existe un serio interrogante sobre si los especialistas están siendo capacitados en el tratamiento de víctimas de trauma. Debe considerarse además, que un alto porcentaje de las víctimas de trauma requieren servicios de cirugía general, vascular, etc., los cuales no son prestados esencialmente por el Ortopedista Traumatólogo, lo que hace aún más compleja la situación

Un programa de préstamos educativos del MSP y el ICETEX (Instituto de Crédito Educativo y Estudios Técnicos en el Exterior) para estudiantes en programas de especialización (residencias), se amplió recientemente y más de 2.000 nuevas becas están contempladas para 1996. El programa se diseñó para suministrar capacitación en especialidades de acuerdo con las necesidades del país. Los préstamos eran condonados para residencias realizadas en áreas de prioridad técnica o geográfica. Sin embargo, parece que el programa se ha convertido en un programa de becas donde éstas se otorgan para especialidades sin importar la localización o la especialidad. Actualmente, el programa está siendo reevaluado debido a que, como no se están utilizando criterios específicos de selección, no está cumpliendo su meta original. El MSP todavía no ha identificado formalmente, las especializaciones prioritarias. Debe investigarse aún más sobre la oferta y la demanda de especialistas médicos, así como sobre el comportamiento de los especialistas como grupo en el mercado de recursos humanos. Se han encontrado evidencias de que hay déficit en ciertas especialidades, lo que ha dado como resultado un comportamiento de monopolio (cartel) frente a las negociaciones con las recientemente formadas, EPS. Se puede encontrar más acerca de este fenómeno en el Capítulo 5 sobre las EPS.

Entre los odontólogos del sector público, 4.4% de quienes habían hecho el servicio social obligatorio se definen como especialistas. En el período de 1988 a 1994, fueron capacitados en Colombia 378 odontólogos especialistas, un promedio de 54 por año. La Superintendencia Nacional de Salud ha calculado la proporción de odontólogos con la población colombiana en 4.8 por cada 10.000 habitantes en 1991. Se espera que esta cifra se incremente a 8.4 por cada 10.000 habitantes en el año 2.000. En este momento no tenemos información ni análisis suficiente para determinar si estas cifras son adecuadas.

### 7.1.3 Personal de enfermería

Hay evidencias que sugieren que en Colombia existe un déficit de enfermeras. El número total de médicos excede en mucho al de enfermeras profesionales. La Tabla 7.2 compara la proporción del personal de enfermería y los médicos en Colombia con proporciones de otros países americanos que se considera, tienen un sistema de salud de alta calidad. Se puede observar que Colombia tiene una proporción relativamente baja entre enfermeras profesionales y médicos (0.42). Esta cifra relativamente baja se mantiene, incluso cuando se agregan en el numerador (proporción = 1.28) las auxiliares de enfermería (que superan en mucho a las profesionales en número).

**Tabla 7.2 Proporción de Enfermeras a Doctores en Países seleccionados en las Américas (Aproximadamente 1990).**

<b>País</b>	<b>Enfermeras Profesionales por Médicos</b>	<b>Enfermeras más auxiliares de enfermería por Médicos</b>
Chile	0.38	2.31
<b>Colombia</b>	<b>0.42</b>	<b>1.28</b>
Costa Rica	0.75	1.75
Jamaica	1.21	1.86
USA	3.58	5.82

Fuente: PAHO, Health Conditions in the Americas 1994.

Se han dado ciertas explicaciones sobre porqué el perfil de los recursos humanos del sector de la salud colombiano, presenta la forma de un reloj de arena, es decir, con muchos médicos y auxiliares pero con pocas enfermeras en medio de los dos. Una explicación posible podría ser que existe inadecuada capacidad institucional para el entrenamiento de nuevas enfermeras. O quizá, los niveles inadecuados de salarios y el estatus laboral desanima a las jóvenes a iniciar cursos de enfermería. Se ha formulado la hipótesis de que las mujeres jóvenes que hoy en día pueden costear la capacitación de enfermeras, optan por convertirse en médicos, lo cual requiere por lo menos año y medio adicional de estudios. Las pruebas anecdóticas también señalan que las graduadas de enfermería dejan el ambiente clínico por la industria farmacéutica, la venta de planes de salud o de equipo médico, la administración de servicios de salud, etc., en donde se ha reportado que los salarios y la satisfacción laboral son mayores.

### 7.1.4 Remuneración del personal de salud

En la Tabla 7.3 aparecen ejemplos de salarios básicos mensuales en diferentes categorías de trabajos en el sector de la salud. La "Asociación

Colombiana de Relaciones Industriales y Personal" (ACRIP) hace poco realizó un estudio que indagó por la situación en 21 instituciones en 7 diferentes departamentos. Dentro de estas instituciones había 11 que ofrecían directamente servicios de salud. Entre ellas, había dos "Cajas", tres instituciones privadas y varias instituciones del ISS y del sector público. En la Tabla 7.3 aparecen los salarios promedio y el rango de salarios altos y bajos de estas 11 instituciones, en el primer semestre de 1995. También aparece lo siguiente: salarios promedio estandarizados para el sector público en 1994 (tomado de un estudio de Lopera y colaboradores); los salarios máximos y mínimos para los trabajadores del sector público de la salud establecidos por un decreto del Ministerio de Salud sobre la "nivelación de salarios en 1995; y los salarios de 1995 de una Caja que tiene reputación de presta servicios de alta calidad.

**Tabla 7.3 Ejemplos de Salarios Mensual Básico en el Sector de la Salud (en miles de pesos)**

Categoría del Trabajo	ACRIP -- 11 instituciones		(Lopera)	(Decreto)	1995
	Promedio /95	Rango /95	Público /94	Público /95	
<b>Promotor de Salud</b>	-	-	120	min 138 max 152	-
<b>Auxiliar de Enfermería</b>	220	170-315	172	min 214 max 262	313
<b>Enfermera Profesional</b>	413 Enfermera Jefe	315-644 Enfermera Jefe	331	min 509 max 562	413
<b>Odontólogo</b>	498	480-641	-	max 600	644
<b>Médico General</b>	670	484-1750	521	min 577 max 663	644
<b>Médico Especialista</b>	717	684-1200	543	min 635 max 729	-
<b>Jefe Atención Médica</b>	1014	573-1700	-	-	945

Las cifras de Lopera sobre el sector público, y la Caja, parecen ser representativas de los extremos bajo y alto respectivamente, del rango identificado por ACRIP. Se considera que las Cajas están relacionadas más estrechamente con el sector privado. (Debe recordarse que la inflación en Colombia entre 1994 y 1995 fue del 19.5% y por lo tanto, las cifras de Lopera deben ser reajustadas teniendo en cuenta este factor). Sin embargo, con los salarios decretados, aun cuando las auxiliares y los promotores siguen recibiendo un salario relativamente bajo, los salarios de las enfermeras en el sector público, se acercan a los de los médicos generales. Los salarios típicos de todas las categorías se incrementan con el nivel de capacitación y autoridad. Sin embargo, las diferencias entre estas categorías no son substanciales.

No obstante, los patrones salariales sí varían en gran medida entre instituciones. Por ejemplo, ACRIP encontró que el médico promedio gana 62% más que una

enfermera, que, a su vez, gana 88% más que una enfermera auxiliar. En el ejemplo de la Caja, estas diferencias son de 56% y 32%, respectivamente. Pero, según el decreto del MSP, el salario de un médico de rango medio es sólo un 16% superior al de una enfermera del mismo rango, quien recibe 125% más que la enfermera auxiliar de rango medio. También es sorprendente el amplio rango de salarios que ganan los médicos generales, en donde el salario más elevado del estudio de ACRIIP llega al 363% de quien recibe la paga más baja.

Expertos en Colombia han puntualizado que, aunque existe regularización de salarios entre el personal de salud del sector público, en la práctica hay gran variación, tanto en remuneración como en horas trabajadas entre los trabajadores en el mismo nivel y categoría ocupacional. Esto no es debido a incentivos diseñados cuidadosamente o nuevas fuerzas de mercado introducidas, sino que es debido a prácticas históricas y a menudo, a diferentes interpretaciones y aplicaciones de leyes en conflicto. Se predice que esta inequidad en los pagos está llevando, probablemente, a unas pobres relaciones laborales y, consecuentemente, a problemas en la entrega de servicios de salud.

En estos estimados no se tienen en cuenta los múltiples puestos que a menudo tienen los médicos, lo cual les da más oportunidades de incrementar sus ingresos en comparación con las enfermeras. Además, los salarios de los especialistas del sector público, habrán de subir substancialmente con los incrementos reales programados para 1996, 1997 y 1998.

El margen de beneficios adicionales que reciben los trabajadores de la salud en Colombia, constituyen por lo menos un 20% de sus salarios básicos, y algunos meses adicionales de salario normalmente se les distribuye a los trabajadores durante el año.

### **7.1.5 Educación médica y de salud**

La oferta de recursos humanos está fuertemente influenciada por los programas de capacitación y educación en salud y sus patrones de producción. En la Tabla 7.4 se resume la historia del desarrollo de las instituciones de formación de profesionales de la salud en Colombia durante 1994. Se puede observar claramente que hay una gran expansión en el número de programas de formación de médicos, odontólogos, y enfermeras durante la década de los años setenta. El número real de programas en funcionamiento en 1995 era 25 en medicina (incluyendo 21 registrados en el ICFES y 4 que no lo están), 12 en odontología, 25 en enfermería (incluyendo 23 registrados y 2 no registrados) y 33 para enfermeras auxiliares. En la Tabla 7.5 se presentan las cifras de graduados de estos programas en cada año

desde 1974 hasta 1994. En todos los campos se nota una tendencia al incremento de cifras de graduados, aunque con grandes irregularidades de año a año. (Se considera que las cifras de 1994 están incompletas). En el período de 1988 a 1994, se graduaron 564 enfermeras (o un 81% por año) en programas de especialización. No se dispone del porcentaje de enfermeras del sector público que son especialistas.

**Tabla 7.4 Programas de Entrenamiento de atención en Salud en Colombia, por año de creación**

	- 1930	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 - 86	87 - 94	Total
Medicina	2	2	-	3	2	11	1	3	24
Odontología	-	2	1	1	-	5	3	-	12
Enfermería	-	1	-	1	4	10	4	4	24
Total	2	5	1	5	6	26	8		

Fuente: Mejía, A. Fuerza Laboral en Salud en Colombia: Estudio de Mercado. PAHO.

**Tabla 7.5 Total de Graduados de los Programas de Entrenamiento en Atención en Salud en Colombia, 1974-1994**

Año	Medicina	Odontología	Enfermería	Auxiliar de Enfermería
1974	625	155	249	1295
1975	406	207	345	1380
1976	519	176	347	2018
1977	773	222	588	2123
1978	749	176	619	2173
1979	811	473	571	2176
1980	1215	847	929	1737
1981	1341	667	773	1645
1982	1783	969	676	1608
1983	1804	906	1018	1767
1984	2165	1156	670	1894
1985	1846	788	791	1781
1986	2249	1025	844	1596
1987	2140	1300	860	2028
1988	1905	1581	938	2084
1989	2260	1570	861	2030
1990	2050	1683	986	1741
1991	2361	1734	814	2241
1992	2368	1563	780	1968
1993	2217	1408	1390	2483
1994	1716	1277	683	2627

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cuantificación de los Recursos Humanos Profesionales en el Sector de la Salud en Colombia, 1995

Es importante anotar aquí, que entre mediados de la década del setenta y comienzos de la década del noventa, se incrementó por lo menos cuatro veces el número de graduados en medicina, y tal vez seis veces el de odontólogos. Entre tanto, el incremento en el número de graduados de enfermería apenas fue de dos veces, y el de enfermeras auxiliares incluso fue menor. Estas diferencias en índices de crecimiento, más que las diferencias salariales o las diferencias en el índice de

quienes abandonan la fuerza laboral, parecen explicar el mantenimiento de las bajas proporciones enfermeras/médicos.

La diferencia en el tiempo académico de formación entre auxiliares y enfermeras profesionales es significativa (3 a 5 años), mientras que la diferencia entre enfermeras y médicos generales es de un año y medio (en algunas facultades de Medicina del país, el curriculum es de trece semestres). Las aspirantes a los programas de enfermeras auxiliares deben completar por lo menos nueve años de educación básica antes de entrar al programa. El programa mismo dura un año si se realiza en tiempo completo. Las enfermeras tienen que haber obtenido su diploma de bachillerato (es decir, 11 años de educación básica) antes de iniciar la carrera profesional de 8 semestres académicos. Los médicos primero requieren del bachillerato, y después realizar de 10 a 11 semestres de trabajo académico y dos semestres de internado. Tanto los médicos como las enfermeras deben hacer un año de servicio social obligatorio, a menudo en un área rural, antes de recibir la licencia profesional y proseguir con una especialización.

#### **7.1.6 Problemas en la estructura de recursos humanos y la asignación de tareas**

El Análisis Funcional de Tareas del Proyecto Harvard indicó que el déficit de enfermeras auxiliares parece estar dando como resultado, el que los médicos asuman algunas de las funciones de servicio a los ~~pacientes que de otra forma~~ deberían desempeñar las enfermeras. Se encontró que mientras el 78% de las tareas de los médicos estaban relacionadas con servicios a los pacientes, menos de la mitad de dichas tareas consistían en diagnóstico y tratamiento (38% del total). Hasta que sea posible delegar parte de las tareas restantes de los médicos a otros funcionarios, seguirá existiendo un uso deficiente de este costoso recurso.

Además, las enfermeras auxiliares pueden estar ayudando a llenar el vacío de enfermeras profesionales. Parece haber poca diferencia entre lo que hacen las enfermeras profesionales y las auxiliares. El análisis encontró una coincidencia del 85% en el número de las diferentes tareas que ellas desempeñan. Teniendo en cuenta que las enfermeras profesionales reciben un salario aproximadamente el doble del de las enfermeras auxiliares, y tienen muchos más años de educación formal, este alto nivel de coincidencias de tareas sugiere serias distorsiones. Es muy probable que, en dicha situación, las enfermeras profesionales estén muy insatisfechas con las tareas más simples que desempeñan, mientras que las auxiliares de enfermería pueden sentirse insatisfechas al observar la desigualdad de salarios. Dado que las enfermeras profesionales tienen bajo salario y menores oportunidades de progresar en comparación con los médicos, tal vez no sea

sorprendente que haya tantos candidatos a medicina y tan pocos para enfermería profesional. Tampoco es sorprendente que se haya encontrado que las enfermeras profesionales estén abandonando la enfermería por otras profesiones. Una vez más, este patrón no sería sorprendente dadas las iniciativas estructurales actuales.

El Análisis Funcional de Tareas encontró índices similares de distribución inapropiada de tareas en los laboratorios de los hospitales. Se encontró que las bacteriólogas realizaban un total de 128 tareas, incluyendo 37 relacionadas con apoyo logístico. En tanto que sus auxiliares de laboratorio realizaban 16 tareas, y sólo tres de ellas eran de apoyo logístico.

Si los trabajadores de nivel más elevado están invirtiendo su tiempo en tareas menos complejas, es más probable que estén insatisfechos con su trabajo, y que las tareas más complejas del sitio de trabajo (como mejoras en planeación, supervisión y calidad) queden por hacer.

#### **7.1.7 Distribución geográfica inapropiada**

La distribución geográfica inapropiada de los recursos humanos también parece ser un grave problema. No se hallaron datos confiables en relación con el número total de médicos y enfermeras que trabajan en áreas rurales en contraposición a áreas urbanas. Estaban disponibles las cifras específicas de los departamentos, pero solamente para el sector público. La Tabla 7.6 presenta las cifras de la población total y el número de médicos y enfermeras profesionales para cada uno de los 32 departamentos y el Distrito Capital (datos de 1991 de Chacón, 1995). A partir de ellos, se han calculado las proporciones de personal por cada 10.000 habitantes. La Superintendencia Nacional de Salud ha calculado la proporción de 1991, en toda Colombia, en 8.2 médicos y 3.9 enfermeras por cada 10.000 personas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) calcula una proporción de 10.9 y 4.6, respectivamente (datos de Condiciones de Salud en las Américas 1994). Las proporciones de la Tabla 7.6 son mucho más pequeñas debido a que sólo incluyen recursos humanos que contratan con hospitales públicos. Otros han sido omitidos.



**Tabla 7.6 Población y Recursos Humanos Hospitalarios Públicos, 1991.**

Depto.	Población	Médicos	% MDs SSO*	MDs / 10.000	Enfermeras Registradas	% SSO*	ERs / 10.000
Amazonas	51,099	14	100%	2.7	7	71%	1.4
Antioquia	4,402,990	962	3%	2.2	401	3%	0.9
Arauca	95,945	19	63%	2.0	6	17%	0.6
Atlántico	1,669,207	396	13%	2.4	128	21%	0.8
Bogotá	4,820,956	1628	8%	3.4	619	6%	1.3
Bolívar	1,425,722	325	20%	2.3	134	18%	0.9
Boyacá	1,262,182	245	33%	1.9	101	45%	0.8
Caldas	904,058	274	5%	3.0	93	18%	1.0
Caquetá	302,502	52	33%	1.7	10	0%	0.3
Casanare	172,388	39	41%	2.3	12	42%	0.7
Cauca	921,223	170	35%	1.8	86	23%	0.9
Cesar	783,495	150	29%	1.9	22	41%	0.3
Córdoba	1,098,356	245	22%	2.2	87	29%	0.8
Cundinamarca	1,632,712	500	31%	3.1	100	56%	0.6
Choco	345,112	68	54%	2.0	47	30%	1.4
Guainía	12,986	7	86%	5.4	5	20%	3.9
Guaviare	61,426	17	65%	2.8	7	43%	1.1
Huila	764,222	163	25%	2.1	52	37%	0.7
La Guajira	340,491	80	35%	2.3	28	29%	0.8
Magdalena	965,289	201	28%	2.1	44	30%	0.5
Meta	550,431	101	37%	1.8	28	21%	0.5
Nariño	1,149,309	195	22%	1.7	95	9%	0.8
N. Santander	992,525	248	15%	2.5	79	8%	0.8
Putumayo	214,631	35	60%	1.6	11	55%	0.5
Quindío	410,616	189	14%	4.6	40	28%	1.0
Risaralda	722,911	183	17%	2.5	61	25%	0.8
San Andrés	40,777	22	32%	5.4	11	27%	2.7
Santander	1,622,462	419	20%	2.6	138	25%	0.9
Sucre	602,902	146	31%	2.4	24	33%	0.4
Tolima	1,183,576	239	25%	2.0	51	45%	0.4
Valle	3,284,531	885	13%	2.7	265	15%	0.8
Vaupés	33,271	12	92%	3.6	8	100%	2.4
Vichada	19,276	14	64%	7.3	9	67%	4.7
<b>Total</b>	<b>32,859,578</b>	<b>8243</b>	<b>17%</b>	<b>2.5</b>	<b>2809</b>	<b>18%</b>	<b>0.9</b>

Fuente: Chacón Vargas, F. Información Básica para la Planeación del Recurso Humano en Salud. 1995.

MSP - Dirección de Sistemas -Subsistema de Información. Proyecciones de Población del DANE; Cuadro de recursos Humanos del MSP.

\*SSO = Año Social Obligatorio.

La proporción de médicos por cada 10.000 habitantes va desde 1.6 en Putumayo hasta 7.3 en Vichada, una diferencia de casi cinco veces. La proporción de

enfermeras por cada 10.000 habitantes va desde 0.3 en Caquetá hasta 4.7 en Vichada. Aparentemente, las proporciones de la Tabla 9.6 parecen favorecer a los departamentos más rurales. Esto se debe a que en estos departamentos se requiere cierto número de personal para que maneje los hospitales públicos. Las instalaciones privadas, del ISS y de la caja están concentradas en las grandes áreas urbanas. Si se incluyen los recursos humanos que trabajan en estas instituciones, la distribución de los recursos probablemente sería inversa, donde las áreas rurales tendrían comparativamente menos médicos y enfermeras. Muchos observadores han señalado el déficit de personal en áreas más remotas. Al mismo tiempo, hay informes anecdóticos de subempleo entre los médicos en las grandes ciudades, quienes a menudo encuentran trabajo como personal de promoción de ventas de medicamentos o auditores de historias clínicas.

Existe incluso un mayor desequilibrio geográfico en términos del nivel de experiencia de los médicos y enfermeras disponibles. Las instituciones públicas rurales emplean una mayor proporción de profesionales que están realizando su año de servicio social. En la Tabla 7.6 se han calculado los porcentajes de médicos y enfermeras del sector público que están en su año de servicio social obligatorio. Estos porcentajes varían substancialmente de un lugar a otro. En ocho departamentos, más de la mitad de los médicos acaban de terminar sus estudios y todavía no tienen entrenamiento calificado. En cinco departamentos, más de la mitad de las enfermeras igualmente carecen de experiencia.

El requisito de que los recién graduados presten servicios en áreas remotas, es una estrategia deliberada para distribuir estos recursos humanos con mayor equidad. Si el gobierno no les exigiera a los médicos y a las enfermeras que prestaran sus servicios en esas áreas, el acceso a la atención médica sería aún más deficiente en las poblaciones rurales. Sin embargo, la falta de experiencia de estos recién graduados que todavía no tienen licencia, es un problema, ya que por lo general, se marchan al finalizar su período de servicio, se presenta discontinuidad de atención de los pacientes y pérdida de los conocimientos que se obtuvieron sobre las condiciones locales. Por ello, en general, la calidad de la atención de los pacientes se ve afectada. Este problema es aún más grave en sitios donde hay conflicto armado y solamente se exigen seis meses de prestación de servicios para cumplir con el requisito del Servicio Social Obligatorio.

El déficit de profesionales experimentados en los hospitales rurales, también significa que los graduados sin licencia carecen de modelos que les enseñen las destrezas prácticas y les den comentarios sobre su desempeño. Por lo tanto, la distribución geográfica inapropiada implica no sólo un acceso y calidad deficiente en la atención en ciertos lugares, sino además, un problema grave de desarrollo de

recursos humanos. Actualmente, la Universidad Nacional está realizando un estudio sobre el impacto del año de servicio social obligatorio.

#### **7.1.8 Competencia técnica y calidad de los servicios**

Infortunadamente, en la actualidad existen pocos datos sobre la verdadera calidad de la formación de los profesionales de la salud y la adecuación de la prestación de servicios. Lo que sí se sabe, es que por el momento no hay un sistema de acreditación periódica de las facultades, ni pruebas estandarizadas para quienes se gradúan ni formación continua y recertificación del personal. La falta de supervisión oficial, así como los informes no documentados sobre las instituciones de salud, sugieren que las deficiencias en la competencia del proveedor en todos los niveles de atención y la experiencia, constituyen un problema significativo. Las anteriores evaluaciones (p.ej. de ASCOFAME y la Universidad Nacional) sobre la formación de los profesionales de la salud en Colombia han señalado disparidad existente entre el currículo y la práctica eventual, deficiente preparación de los profesores, los recursos bibliotecarios irrelevantes y deficientes, selección y retención inadecuada de estudiantes y deshumanización, entre otros problemas.

Otro posible resultado de la falta de acreditación periódica es que los empleadores sólo pueden contratar con base en los Títulos Académicos. Esto trae consigo el riesgo de contratar a aquellos que tienen una deficiente capacitación. Así que los empleadores pueden “corregir” estos riesgos ampliando los requisitos de formación para los puestos. De ser así, esto constituiría un obstáculo para la movilidad profesional e inflaría los costos.

El estudio piloto del Análisis Funcional de Tareas de Harvard encontró evidencias adicionales de problemas en la calidad de la atención de salud y la inadecuación del trabajo realizado. Observando el contenido de las tareas, los investigadores de Harvard encontraron que no había diferencias en los procedimientos para atender a los pacientes en casos de urgencias y en casos ambulatorios corrientes en el primer nivel. Las tareas relacionadas con la educación de los pacientes y la comunidad, apenas constituía el 3% de todas las tareas de las enfermeras, el 5% de las tareas del médico y el 11% de las tareas de los promotores de salud. Se consideró que esto era un indicio de la falta de atención a las actividades preventivas, que posteriormente podría repercutir en un incremento en los costos de la atención médica.

### **7.1.9 Administración del Recurso Humano**

De toda la lista de tareas realizadas en el primer nivel, menos del 5% estaban relacionadas con áreas de manejo del Recurso Humano como planeación, reclutamiento, selección, entrenamiento, supervisión del personal y evaluación del desempeño. La total falta de participación del personal clínico en el diseño del trabajo y el reclutamiento, indica que estas tareas se realizan en un lugar remoto o no se ejecutan en absoluto. No hubo informes sobre actividades interpersonales de resolución de problemas o actividades de motivación del personal. Estos resultados sugieren una deficiencia general para manejar el recurso más importante del sector de la salud.

Otro hallazgo relacionado con el anterior, fue la falta de congruencia entre las tareas que los trabajadores decían que hacían y lo que al respecto manifestaban sus supervisores. Las enfermeras indicaban que realizaban 71% más de tareas que las que sus supervisores habían reconocido. Los estándares de desempeño son claramente vagos y no puede haber buenas estructuras de responsabilidad o rendición de cuentas. Aparentemente, la supervisión es remota e intermitente, tal vez mediante revisión de registros escritos y no por observación directa. Con una supervisión a distancia, es difícil resolver los problemas de una manera oportuna y práctica. Una buena supervisión, que requiere de oportunidad, aprendizaje e instrucciones, es fundamental para garantizar la calidad en el contexto clínico.

Otros hallazgos del Análisis Funcional de Tareas inicial se refiere a diferencias entre las instituciones de la muestra. En las instituciones del ISS hubo menos diversidad entre el personal. Los cargos parecen estar más claramente definidos y especializados, lo que sugiere una vía más clara hacia el progreso. También hubo mayor concordancia entre los informes del trabajador y del supervisor. En cambio, las instituciones públicas mostraban más superposición de trabajos, duplicación de esfuerzos y deficiente utilización del personal.

En esta sección se han discutido las asignaciones deficientes de diferentes tipos de recursos humanos dentro del contexto del sector de la salud. El comportamiento deficiente y la falta de productividad de los proveedores individuales y a nivel de las instituciones se discute de manera más pormenorizada en el Capítulo 6 sobre eficiencia hospitalaria.

El estudio IPS/ESE de Harvard (detalles en el Capítulo 6) ha examinado algunos aspectos de la Administración del Recurso Humano en una encuesta de muestreo de hospitales públicos y privados en todos los niveles de atención. Por ejemplo, se les preguntó a los encuestados sobre comunicaciones internas, organizaciones de

empleados, capacitación en su sitio de trabajo, evaluaciones, incentivos por desempeño, etc. El estudio ha confirmado en gran medida, los resultados preliminares del Análisis Funcional de Tareas en cuanto a que el manejo de recursos humanos y el sistema de incentivos, por lo general son escasos y se implementan deficientemente.

#### **7.1.10 Resumen de la situación de recursos humanos**

Por lo general, la información sobre recursos humanos es escasa y esto constituye una grave limitación en la capacidad de planeación de los recursos humanos. El número actual de médicos generales puede ser suficiente para satisfacer las necesidades básicas en salud en Colombia. Sin embargo, existe gran preocupación sobre la calidad de la atención primaria y la atención de urgencias que se ofrece, la distribución inapropiada de estos recursos en todo el país y la falta de experiencia y aislamiento de los médicos generales durante su año de servicio social. Falta información sobre todo en cuanto a los médicos especialistas, número, área de especialización, calidad de la atención y patrones de contratación. El número de enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería parece ser demasiado bajo. Existen evidencias al respecto en la baja proporción enfermera/médico en comparación con otros países, en las diferentes tendencias de crecimiento en los diversos programas de formación y en el número excesivo de tareas de atención a pacientes, distintas del diagnóstico y el tratamiento, que están siendo realizadas por los médicos. Las dos categorías de enfermeras están bastante distanciadas en términos de formación y salario, y, sin embargo, son sorprendentemente similares en términos de las tareas realizadas. Finalmente, el sitio de trabajo de atención en salud en Colombia, por lo general carece de sistemas de supervisión que son necesarios para la satisfacción del personal y las necesidades de los pacientes.

### **7.2 RECOMENDACIONES SOBRE RECURSOS HUMANOS**

#### **7.2.1 Resumen**

Las recomendaciones de Harvard para el desarrollo y el mejoramiento de la situación de recursos humanos en Colombia se resumen en la lista que aparece a continuación, después de la cual vienen explicaciones más detalladas.

#### **Prioridades inmediatas:**

- Talleres - visita a los sitios de trabajo para mejorar la atención de trauma

- Talleres - visita a los sitios de trabajo para mejorar la atención primaria en salud que ofrecen los médicos generales
- Breve preparación clínica supervisada antes del servicio social obligatorio
- Certificación de los médicos rurales de atención primaria
- Conformación de una comisión, de alto nivel, para coordinar los esfuerzos encaminados a la planeación y desarrollo de recursos humanos.

### **Prioridades a mediano y largo plazo**

#### **Información sobre recursos humanos de la salud y recomendaciones de planeación**

- Ampliar y refinar el Análisis Funcional de Tareas
- Desarrollar el Modelo Dinámico de Oferta y Demanda de Recursos Humanos
- Incentivos para la redistribución geográfica de los recursos humanos existentes
- Una nueva categoría ocupacional de "Practicante Rural para Atención básica en Salud"
- Reestructuración de los currículos de enfermería: consideración de la categoría de enfermeras registradas de 2-3 años y Practicante de Enfermería
- Diseño, prueba y evaluación de sistemas mejorados del sitio de trabajo: gestión, supervisión, responsabilidad, evaluación del desempeño
- Actividades adicionales.

#### **Formación de profesionales de la salud y recomendaciones**

- Encuesta de las instituciones existentes de formación de profesionales de la salud
- Centros de capacitación clínica permanente de educación continuada
- Revisión curricular de la formación y de las instituciones formadoras
- Licencias y re-certificaciones de los profesionales de la salud
- Acreditación de Instituciones de educación y entrenamiento
- Talleres sobre manejo y supervisión de recursos humanos
- Talleres sobre elementos de atención dirigida y principios de la reforma de salud colombiana
- Capacitación en el exterior de los líderes del sistema de salud.

### **7.2.2 Prioridad inmediata: taller para mejorar las destrezas para atención de trauma**

Las destrezas clínicas en muchas áreas deben ser actualizadas y mejoradas mediante educación continuada, pero la atención de trauma y urgencias constituye una alta prioridad. La mayoría de los casos de atención de trauma son manejados en el segundo y tercer nivel de atención, en donde los casos de lesiones de cráneo son remitidos a éste último. El personal de primer nivel puede hacer mucho para asegurar la supervivencia de víctimas de trauma con primeros auxilios para tratar el choque, contener la hemorragia y estabilizar al paciente para ser transportado. Los procedimientos básicos específicos del trauma y los materiales de capacitación apropiados para el primer nivel pueden diseñarse y difundirse rápidamente en las instituciones de primer nivel en Colombia. En las instituciones deben identificarse los equipos de trauma dentro del personal existente de médicos y enfermeras. El trabajo en trauma necesariamente será irregular y menos del tiempo completo.

A finales del segundo semestre de 1996, las unidades contratadas para capacitación de equipos en trauma, deben estar circulando por todos los departamentos, dando talleres sobre procedimientos de trauma en las más grandes instituciones de primer nivel. Los equipos de trauma de otras instituciones del área asistirían, y los métodos se basarían en gran medida en demostración de técnicas. Las instituciones del sector público y privado por igual, serán estimuladas para que envíen el personal a la capacitación.

Un aspecto central de estos esfuerzos debería estar encaminado hacia los conductores de los vehículos de transporte que están adscritos a los centros de salud y a los hospitales de más bajo nivel. Actualmente parece que éstos no tienen entrenamiento en salud. Algunas destrezas básicas para el transporte seguro de las personas heridas, podrían salvar vidas y en muchos casos permitirían que el personal básico permaneciera en sus puestos en lugar de acompañar al paciente hasta el lugar de remisión. La inversión en un paquete limitado de equipo esencial de ambulancia debería hacer parte de esta actividad.

En 1997, unidades de capacitación simultánea, deben estar demostrándoles los procedimientos apropiados a los equipos de trauma organizados en las instituciones de alto nivel. No será posible capacitar a un gran número de especialistas en traumatología en poco tiempo, pero los anestesiólogos, cirujanos generales, médicos generales y enfermeras pueden actualizarse sobre las técnicas más comunes mediante este programa. Cuantas más víctimas de trauma sobrevivan durante la remisión debido a mejores procedimientos en el primer nivel, esta capacidad extra cada vez será necesaria. Ya que estos dos programas paralelos

deben comenzarse tan pronto como sea posible, éstos deben tener actividades de evaluación incorporadas desde el comienzo, de tal forma que cualquier problema del programa pueda corregirse en una etapa inicial. Las evaluaciones de estos talleres-visita, también serán útiles en el desarrollo de lugares permanentes de capacitación (descritos a continuación en la Sección 7.2.17).

### **7.2.3 Prioridad inmediata: Talleres de capacitación en destrezas en Atención Primaria para los médicos generales**

También a corto plazo, el MSP debe contratar unidades similares de capacitación que visiten los lugares para realizar talleres breves focalizados, para la actualización de destrezas de los médicos generales. Miles de los médicos generales recibieron su formación hace años y mientras tanto no han tenido educación continuada. Para que sean eficaces, dichos talleres siempre deben incluir materiales audio-visuales, demostraciones y actividades participativas. No obstante, los organizadores deben asegurarse de que estén en consonancia con la tecnología disponible y con las necesidades reales en salud que se identificaron mediante el estudio de carga de la enfermedad y otras fuentes de información.

### **7.2.4 Prioridad inmediata: capacitación práctica de graduados en el servicio rural obligatorio**

Resulta confiable la conclusión, de que los recién graduados de las facultades de medicina, aunque puedan haber terminado su año completo de internado clínico, no están preparados para las condiciones socio-económicas, el *case mix* y la falta de recursos hospitalarios que encontrarán durante su año de Servicio Social Obligatorio en un área más remota. Cuando ellos llegan a las áreas rurales, la supervisión que tienen es inadecuada y no es probable que esta situación infortunada se supere inmediatamente. Sin embargo, es posible implementar un programa a corto plazo que les suministre a los graduados, cierta exposición breve y bien supervisada a la práctica de la atención de salud rural antes de que comience formalmente el servicio.

Se deben identificar tres o cuatro sitios de capacitación en hospitales rurales en todo el país, donde haya personal médico experimentado en atención rural primaria. En algún momento durante su año de internado (o precisamente antes de comenzar el año de servicio obligatorio), todos los médicos internos deben rotar a estos lugares durante una estadía de seis semanas, en la cual aprenderán de primera mano guiados por los expertos. Incluso con este período corto de preparación, tanto los pacientes rurales como los nuevos médicos graduados, deben sacar mayores beneficios del programa tradicional de Servicio Social Obligatorio.



### **7.2.5 Prioridad inmediata: certificación de los médicos rurales de atención primaria**

La reforma de la salud confía en que las EPS privadas y las ESS municipales asuman el papel de compradores de atención de salud para la población colombiana, tanto para los grupos previamente asegurados como para los no asegurados. En donde no existan estas estructuras, especialmente en las áreas pobres o remotas, se deben estimular los gobiernos departamentales para que contraten o constituyan unidades de compra. En áreas con deficiente servicio en este momento, los únicos proveedores listos para que los contraten estas entidades promotoras de salud, son los hospitales públicos de nivel I y consultorios. Los hospitales públicos rurales y los consultorios, por lo general tienen problemas tales como escaso personal y sin experiencia, infraestructura deteriorada y déficit de suministros. Incluso es posible que muchas áreas no tengan hospitales públicos. Con la asignación de subsidios de demanda en forma de UPC, es importante que estos hospitales enfrenten una genuina competencia por los contratos de venta de servicios y, por lo tanto, se vean obligados a mejorar la calidad de atención. Sabemos por el Análisis de la Encuesta de Hogares (véase Capítulo 6), que hay muchos médicos privados en las áreas rurales de Colombia. Más de un tercio de la atención en salud rural, se obtiene a través de ellos, pero todavía no sabemos de qué tipo de médicos se trata. El propósito de la actividad que aquí recomendamos es realizar un proceso de escrutinio, separando los médicos competentes de los incompetentes, de tal manera que los compradores tengan mayor confianza y deseos de contratar con los proveedores locales a cuyos servicios ya acude la gente. Esto es especialmente necesario en las áreas rurales debido al aislamiento y a la informalidad comunes. En las áreas urbanas, donde parece existir una oferta excesiva de médicos, las EPS ya *hacen* contratos con los médicos individualmente y con las clínicas pequeñas que tienen muy buena reputación. Pero en las áreas rurales, debido a que las redes sociales e informativas son débiles y se sabe muy poco acerca de los recursos locales existentes, es importante que el MSP actúe, suministrando información sobre el mercado local de servicios de salud.

El proyecto está concebido como un curso de capacitación de tres meses, incluyendo una evaluación, con el fin de establecer un nivel mínimo de competencia para la atención primaria en salud. A cualquier médico que muestre evidencias de una historia de capacitación en atención de salud o de suministro de servicios de salud, debe permitírsele que solicite el "certificado de competencia mínima en Atención Primaria". Las partes interesadas pueden incluir médicos rurales, enfermeras, aquellas con formación de auxiliar, boticarios y los sanadores no alopáticos. Algunos que tengan capacitación formal previa y licencias, pueden

decidir no tomar el curso y simplemente responder una prueba como una forma de validar sus destrezas para cumplir con los requisitos de información de los compradores. Probablemente otros deban demostrar que se han desempeñado con éxito, tanto en el curso breve como en la evaluación. Después, los médicos certificados de atención primaria serán estimulados para que integren la promoción y prevención de salud en su práctica y así organicen clínicas.

La implementación completa de la certificación de médicos de atención primaria puede comenzar de aquí a un año. Las investigaciones formativas, la consecución del consenso, el diseño del curso y el diseño de la evaluación (todo con la participación de un representante de los médicos locales), puede realizarse durante 1996. La certificación será válida por un período de tiempo limitado de algunos años al comienzo de la reforma, y no debe ser confundida con los esfuerzos a largo plazo para recertificar todo el Recurso Humano del sector de la salud (véase Sección 7.2.20 a continuación). Con el tiempo, los programas de capacitación más rigurosos y los procesos de certificación (por ejemplo, estatus de "Practicante Rural para Atención básica en Salud", Véase Sección 7.2.11) pueden reemplazar el esquema de "certificación de competencia mínima en Atención Primaria" como una forma de definir y organizar el mercado de servicios de salud, en áreas del país donde hay déficit de médicos.

#### **7.2.6 Prioridad inmediata: desarrollo institucional de recursos humanos (La Comisión "De Alto Nivel" y sus Subcomisiones)**

Los requisitos de la reforma del sistema de salud implican nuevas y complejas actividades en el área de los recursos humanos de este sector. Con el fin de asegurar que estas actividades se realicen eficazmente, debe establecerse una comisión temporal de coordinación y supervisión. El actual Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud carece del estatus suficiente para realizar el trabajo requerido, y sólo se ha reunido dos veces en los últimos tres años. La nueva comisión "de alto nivel" debe estar compuesta aproximadamente por siete de los expertos más reconocidos en recursos humanos, todos ellos experimentados en formulación de políticas en los altos niveles gubernamentales (MSP, Ministerio de Educación, DNP) y en el sector de la salud. Los miembros deben ser nombrados por el Despacho del Presidente (véase una descripción más detallada en el Capítulo 4.2). Esta comisión debe encargarse de la reestructuración amplia de los recursos humanos, de una manera similar a la comisión histórica de 1966. Se limitarán en gran medida a los grandes asuntos de política y a asegurar que las actividades se desarrollen a un ritmo productivo. El periodo de esta Comisión sería durante los tres primeros años del proyecto, a fin de supervisar el lanzamiento de las grandes

iniciativas. Después, la Comisión misma decidirá si necesitan continuar trabajando en cierta condición o si transfieren sus responsabilidades a otras instituciones.

Esta Comisión asignará actividades a algunas subcomisiones formadas para servirle y para llevar a cabo sus iniciativas. (Eventualmente esta Comisión puede recomendar que sus Subcomisiones reemplacen al Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud). Cada una de estas Subcomisiones estará formada por 5 a 9 expertos de las organizaciones claves de las partes interesadas en las áreas temáticas: los ministerios relevantes, representantes de las instituciones académicas, sindicatos de trabajadores de la salud y asociaciones profesionales, instituciones de proveedores, grupos de consumidores e intereses del sector privado. Se necesitan números pequeños e impares, de tal forma que las comisiones lleguen más fácilmente a acuerdos e informe eficazmente a la comisión principal. Un nivel apropiado de gestión, no necesariamente de tiempo completo, será sustancial. Debido a que los proyectos descritos a continuación a menudo dependen uno del otro, como algo totalmente indispensable, éstos deben agruparse solamente bajo dos temas principales. De esta manera, se sugieren dos subcomisiones: una encargada de las actividades de Información y Planeación de los Recursos Humanos de la Salud y la otra de las actividades de Educación Ocupacional y Capacitación de los Recursos Humanos de la Salud.

El alcance del trabajo de las subcomisiones es ambicioso y como tal, muchas de las actividades a su cargo, necesariamente deben ser delegadas a la fuerza laboral de las organizaciones del nivel departamental, a los diferentes organismos contratados o a los expertos. Como una forma de supervisión y evaluación, a las subcomisiones se les pedirá que elaboren un informe anual de las actividades y logros y que realicen una reunión anual. La comisión de alto nivel para los recursos humanos de la salud y cada una de sus subcomisiones requerirán, por lo menos, de tres miembros de su personal de tiempo completo.

Esta nueva comisión, mantendrá vínculos estrechos con las instituciones existentes relacionadas con los recursos humanos del sector de la salud. Dentro del Ministerio de Salud, la Dirección de Recursos Humanos, le presentará propuestas a la Comisión y será finalmente responsable por la implementación de éste trabajo: supervisará los nuevos sistemas, como las licencias y la acreditación de facultades, servirá de centro del sistema de información. Otras partes interesadas, como el ICFES y las entidades territoriales, le presentarán propuestas a la Comisión, las cuales reflejarán sus puntos de vista particulares sobre los asuntos presentados. El Instituto Colombiano de Política e Investigación de la Salud presentará análisis si estos son solicitados por la comisión.

Durante el período de transición de seis meses, una actividad prioritaria será la formación de la comisión de alto nivel para los recursos humanos de la salud y sus subcomisiones. Esto significa la selección de los miembros, la definición de los roles y la función de cada unidad.

A continuación se presenta una propuesta sobre las actividades principales que deben asignársele a cada comisión, así como recomendaciones adicionales. La mayor parte de estas recomendaciones involucran, relativamente, actividades a largo plazo, lo cual requiere de mayor investigación y de acuerdos al respecto. No obstante, la educación continuada, que tanto se necesita, puede implementarse totalmente en el año.

#### **7.2.7 Subcomisión de Información y Planeación de Recursos Humanos**

Los asuntos centrales para tratar en esta campo, son la actual carencia de información y capacidad de planeación de los recursos humanos de la salud en Colombia, y los vacíos evidentes en la actual estructura de recursos humanos, es decir, médicos rurales y enfermeras a ambos niveles. En respuesta a esta situación, proponemos las siguientes actividades que estarían dentro de la competencia de esta subcomisión.

#### **7.2.8 Ampliar el Análisis Funcional de Tareas**

El Análisis Funcional de Tareas, bastante adelantado en Colombia, suministra una base de datos unificada para muchos fines, que más tarde dará información sobre toda la gama de decisiones de políticas en recursos humanos: planeación, capacitación, acreditación de facultades, licencias profesionales, asignación de tareas, medición de productividad, evaluación de la calidad, sistemas de supervisión, etc. Durante los siguientes seis meses, se habrá terminado el actual Análisis Funcional de Tareas de los ocho principales cargos de atención primaria y de atención de trauma/ urgencias. (Los ocho cargos son: médico, enfermera, auxiliar de enfermería, odontólogo, auxiliar de odontología, bacteriólogo, auxiliar de laboratorio y promotor de salud). Esto implica redefinir la lista de tareas y las formulaciones de las mismas, asignándole valores de escala a cada tarea de acuerdo con la complejidad de destrezas requeridas, y desarrollando y validando los estándares de desempeño para cada tarea.

Además, los hallazgos del estudio piloto, deben verificarse con visitas adicionales con el fin de observar si los patrones de trabajo encontrados, son consistentes en los diferentes departamentos del país, y si las diferencias encontradas entre las instituciones públicas y del ISS son típicas. Es necesario realizar un muestreo de

otros tipos de instituciones de primer nivel, especialmente de las instituciones con y sin ánimo de lucro.

Durante la segunda mitad de 1996, deben desarrollarse nuevas descripciones de cargos detalladas para cada uno de los ocho puestos. Esto requiere, en primer lugar, de un proceso de retroalimentación de los sitios que se estudiaron, con el fin de comprender por qué ciertas tareas son realizadas por determinado personal. Además, se realizarán comparaciones evaluativas entre los diferentes modelos de organización de personal que se encontraron. Las nuevas descripciones de cargos deberán ser acordadas por paneles de expertos, entre cuyos miembros habrá representantes de las categorías de las profesiones afectadas. El resultado esperado de esta actividad son descripciones de cargos bien discutidas, con una mejor correspondencia entre la complejidad de las tareas y la duración de la capacitación, mayor distinción dentro de los roles profesionales e inclusión de áreas con tareas tradicionalmente olvidadas, como la supervisión y la evaluación del desempeño. Las descripciones de cargos resultantes servirán de parámetros preliminares para la asignación de tareas en las instituciones públicas. Eventualmente, servirán de base para mejorar los currículos educativos, otorgar licencias a los profesionales y desarrollar una estructura de ascensos bien definida, necesaria para la satisfacción y la productividad de los trabajadores. A medida que se desarrollen estándares nacionales de educación y de licencias, es probable que las estructuras de los cargos en las instituciones no públicas concuerden con los parámetros y las normas del sector público.

Completar el Análisis Funcional de Tareas de *todo* el sector de la salud, es una meta a largo plazo, que tal vez dure de tres a cinco años.

### **7.2.9 Desarrollar el Modelo Dinámico de Oferta y Demanda de Recursos Humanos**

La planeación de recursos humanos es necesaria para ayudar a asegurar una correspondencia adecuada del personal disponible y de las necesidades del sector en el país. El modelo dinámico de oferta y de demanda bajo el enfoque del Grupo Harvard, se adecua y apoya los esfuerzos actuales del gobierno por desarrollar un plan de 30 años para los recursos humanos. Es importante que el gobierno lleve un registro preciso de la oferta y la demanda de recursos humanos y los proyecte hacia el futuro. Los recursos humanos tardan en desarrollarse. Una mejor información permitirá mejores parámetros para las instituciones educativas e influir en los programas, dando incentivos para ingresar a las carreras. Los planeadores de salud a nivel departamental recibirán asistencia en sus esfuerzos por asignar tareas en los hospitales públicos a los trabajadores disponibles y desarrollar nuevos servicios.

Los planeadores de la empresa privada y varios asesores de carreras y estudiantes, también encontrarán muy valiosa esta información.

El lado de la demanda del modelo se basará en las necesidades de salud de la población. El estudio recientemente realizado sobre carga de la enfermedad, servirá como punto de partida. Con encuestas a la comunidad y a los expertos, las necesidades de salud se traducirán en la demanda esperada de servicios de salud. Estos servicios pueden dividirse en distintas tareas y después, utilizando el Análisis Funcional de Tareas y los lineamientos de las descripciones de cargos, las tareas pueden traducirse en la cantidad de tiempo que se requiere de cada uno de los miembros del personal de salud. Después de tener en cuenta otras tareas que deben realizarse y las condiciones reales de trabajo, se puede calcular el número de trabajadores necesarios para suplir las necesidades existentes de salud.

El lado de la oferta del modelo requiere un censo inmediato de los actuales recursos humanos de la salud. Estudios del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial están recolectando actualmente datos sobre los recursos humanos de los hospitales en Colombia. Durante el período de transición de seis meses, el proyecto Harvard coordinará los dos bancos para asegurarse de que los datos que resulten del censo sean consistentes y completos. Esto tal vez requiera muestreo por grupo (cluster) de las instituciones de atención ambulatoria para complementar los datos de los hospitales. También se pueden utilizar encuestas telefónicas para calcular el grado de coincidencia o de conteo excesivo en el censo (debido a los profesionales que trabajan independientemente o para varios empleadores al mismo tiempo). Otro enfoque posible que, entre otros beneficios, puede servir de verificación de los datos resultantes del censo, puede ser el establecimiento de un nuevo requisito de que los profesionales de la salud se vuelvan a registrar para poder recibir pagos del sistema de seguridad social. El modelo de la oferta también se basará en las tendencias de la capacitación formal de los profesionales y para-profesionales de la salud y en el cálculo de los índices de migración, cambio de carrera, retiro y muerte.

En la fase inicial del desarrollo del modelo, el énfasis estará en la atención primaria de salud y en atención de trauma/urgencias. Después se ampliará para incluir otras formas de atención y de personal. Cuando se realice el modelo sobre los médicos especialistas y sus servicios, será más fácil identificar las prioridades para las especializaciones y los incentivos correspondientes para becas. Actualmente, las especialidades prioritarias no oficiales corresponden por lo común a ortopedia, anestesiología, cirugía general, pediatría, obstetricia-ginecología y medicina interna.

#### **7.2.10 El problema de la distribución geográfica inapropiada: incentivos para los recursos humanos existentes**

Existe una crisis de atención médica en las áreas rurales. Pocos médicos y enfermeras deciden trabajar en estas áreas después del año social obligatorio. Deben probarse dos estrategias para tratar de corregir estos desequilibrios existentes: incentivos para médicos y enfermeras que trabajen en las áreas más remotas y creación de personal de nivel medio seleccionado en la población rural.

La Subcomisión supervisará el diseño de varios esquemas de incentivos alternativos para los profesionales de la salud, con el fin de que trabajen en las áreas rurales de los departamentos y los municipios. Estos incentivos pueden incluir: salarios, paquetes de beneficios adicionales o condiciones laborales (como equipos más nuevos, o convenios de rotación). Las ideas más prometedoras serán probadas en estudios piloto en diferentes lugares del país, y los resultados se analizarán y se le presentarán a la Comisión de alto nivel del Ministerio de Salud. En fases posteriores de la reforma de la salud, el Ministerio debe colaborar con los planeadores locales de salud para implementar las nuevas estrategias que atraigan a los trabajadores de la salud, a las regiones geográficas donde más se necesitan.

#### **7.2.11 El problema de la distribución geográfica inapropiada: una nueva categoría ocupacional de “Practicante Rural para Atención básica en Salud”**

Debido a que muchos profesionales de la salud altamente capacitados, parece que prefieren vivir y trabajar en las áreas urbanas, en donde encuentran más colegas con quienes asociarse, tecnología más avanzada con la cual trabajar y actividades más agradables para sus horas de descanso, se ha propuesto que un tipo de trabajador de la salud más confiable para las áreas rurales, sería alguien de la misma área rural que haya tenido toda su capacitación allí. El “Practicante Rural para Atención básica en Salud” no tendría toda la prolongada preparación teórica de un médico, pero estaría bien entrenado en la práctica de la medicina, especialmente en lo que atañe a los problemas más importantes de las áreas rurales: los servicios clínicos preventivos, tratamiento de infecciones, algunos procedimientos quirúrgicos menores, atención materna, etc. Al pasar la carga de la atención médica rural a este auxiliar médico básico, se podría reducir la necesidad de tener profesionales médicos totalmente capacitados en las áreas rurales y la oferta actual de médicos podría ser casi adecuada.

Con el fin de encontrar suficientes candidatos rurales calificados para la capacitación de “Practicante Rural para Atención básica en Salud”, los requisitos de

ingreso deberían ser inferiores a los de medicina o profesional de enfermería, es decir, menos de los once años de educación básica. La formación técnica sería lo suficientemente corta para mantener los costos bajos, pero sería intensiva, tal vez de dos o tres años con énfasis en adquisición de experiencia clínica. Los centros de capacitación deberían estar en los hospitales rurales o en los centros de salud grandes. Este entorno sería el más pertinente, reduciría al mínimo los costos de sostenimiento, y podría reducir la probabilidad de que este personal se sienta atraído por las áreas urbanas. Tanto quienes estén en los niveles de educación secundaria así como los practicantes locales experimentados (a los que nos referimos en la Sección 7.2.5) pueden ser candidatos de la capacitación de "Practicante Rural para Atención básica en Salud".

La exploración de la posibilidad de este nuevo trabajador de la salud, es una empresa esencial. Tal vez haya resistencia a crear "Practicantes Rurales para Atención básica en Salud". Muchos argumentarán que esto significa atención médica inferior para las poblaciones rurales más pobres. Los defensores del proyecto del "Practicante Rural para Atención básica en Salud", deben poner énfasis en que estos trabajadores desempeñarán su labor en colaboración con médicos a quienes consultarán. Sin embargo, actualmente el número de médicos que desean trabajar en las áreas rurales es muy pequeño, e incluso no es probable que programas de incentivos bien financiados cambien en gran medida esta situación. Las enfermeras son escasas en todo el país, pero *especialmente* en las áreas rurales. Actualmente se necesitan nuevas opciones de personal que se basen en nuevos tipos de información disponible y se adecuen al contexto del nuevo sistema de salud. Al mismo tiempo, las comisiones deben estudiar cuidadosamente proyectos similares del pasado (en Colombia y en otros países) que pueden suministrar información para el proyecto propuesto. En primer lugar, sería mejor establecer uno o dos proyectos piloto, para probar la eficacia del modelo del "Practicante Rural para Atención básica en Salud", antes de decidirse a ampliar el programa y crear la fuerza laboral de nuevo personal. Los programas de capacitación deben estar diseñados con base en información de la Subcomisión de Educación Ocupacional y Capacitación de Profesionales de la Salud y sus proyectos.

Tal como sucede con los incentivos para médicos y enfermeras, mencionados anteriormente y con otros estudios piloto también mencionados a lo largo de esta sección, el proyecto del "Practicante Rural para Atención básica en Salud", es el tipo de proyecto en donde los Consejos de recursos humanos a nivel departamental o las organizaciones de proveedores del sector privado, pueden participar y licitar por los beneficios



### **7.2.12 Reestructuración de las opciones profesionales de enfermería**

La estructura actual de la ocupación de enfermera es simultáneamente rígida y ambigua. Solamente hay dos categorías (enfermera profesional y auxiliar de enfermería), ambas con oportunidades mínimas de desarrollo profesional y con una coincidencia excesiva de tareas en relación con otras ocupaciones. La formación de las enfermeras profesionales es tan similar a la de los médicos en duración que este hecho podría explicar suficientemente por qué tan pocas jóvenes la estudian. Resulta claro que una meta principal del Análisis Funcional de Tareas será clasificar las tareas de enfermería necesarias, entre aquellas que requieren a alguien con un título avanzado de educación y aquellas que no. Esto puede mejorar la eficacia en el sitio de trabajo y mejorar la situación, en cierta medida, a mediano plazo. Pero se necesitará más que esto para incrementar la oferta de enfermeras a largo plazo. El Ministerio, mediante esta Subcomisión, debe contemplar cómo estimular la creación de una nueva enfermera de nivel medio, comparable a la enfermera registrada de Estados Unidos, que requiere de dos a tres años de capacitación postsecundaria. Esto significaría la introducción de mucha más movilidad en la carrera de enfermería en Colombia. También se reconocería el hecho de que mucho del trabajo que actualmente desempeñan las enfermeras, no requiere de un título universitario.

Las tareas apropiadas de la enfermera registrada, se identificarían de acuerdo con la base de datos de tareas, y el Ministerio podría ofrecer subvenciones para desarrollar programas de capacitación correspondientes. Habría dos caminos distintos para llegar a la posición de enfermera registrada. Las auxiliares de enfermería deberán participar durante varios años en cursos de medio tiempo para obtener esta posición. Otras podrán obtener el título directamente mediante capacitación después de la educación básica. Las enfermeras registradas deben poder realizar tareas bastante complejas en servicios preventivos, educación de pacientes, aseguramiento de calidad y supervisión de auxiliares y asistentes.

Las enfermeras profesionales con título universitario de cuatro años, también requieren de oportunidades para poner en práctica sus destrezas avanzadas y seguir ascendiendo hacia una mayor remuneración y auto-realización. Esto puede lograrse mediante el ofrecimiento de especializaciones (maternidad, trauma, pediatría, administración, farmacia, etc.), ya sea como parte del título universitario existente o mediante educación continuada, o una combinación de ambas. Las profesionales resultantes podrían prestar servicios clínicos para necesidades comunes de atención para las cuales no se requiera de un médico. Estas enfermeras profesionales también podrían complementar la atención médica en las áreas rurales. En la Tabla 7.7 se presenta un ejemplo de esta nueva jerarquía de

proveedores de servicios de salud que podría resultar de la ampliación recomendada en esta categoría de cargos. Esta nueva jerarquía implicaría una mayor flexibilidad y eficacia en las instituciones, al conformar equipos de proveedores que se adecuen a su diversidad de pacientes, y el potencial para una mayor satisfacción y productividad de los trabajadores.

**Tabla 7.7 Jerarquía de los Trabajadores de la Salud Bajo la Propuesta de Expansión por categoría de Cargos**

Ocupación	Nivel de Atención	Educación Formal
<b>Médico Especialista</b>	2 y 3	MD más residencia para especialista
<b>Médico General</b>	Todos	MD
<b>Practicante de Enfermería</b>	Todos	Título más especialización
<b>Enfermera Profesional</b>	Todos	Título
<b>Enfermera Registrada</b>	Todos	2-3 años post- secundaria
<b>Auxiliar Médico</b> (Para servicios Clínicos Preventivos, Atención Primaria)	1	1-2 años post- secundaria
<b>Enfermera Auxiliar</b>	1 y 2	9 años básicos más 1 año
<b>Promotor de Salud</b> (Para educación en Prevención y algunos Servicios Preventivos)	1 y Comunitario	6 años Básicos
<b>Asistente de Enfermería</b>	Todos	6 años básicos

La reestructuración de la Enfermería en Colombia, es un asunto sustancial. Debe comenzarse con un estudio de tipo cualitativo para investigar las opiniones y motivaciones de las enfermeras veteranas, las enfermeras actuales, las estudiantes de enfermería y las candidatas potenciales de enfermería. Además debe consultarse a diferentes grupos interesados, para identificar las ventajas y las desventajas (incluyendo aspectos legales) del procedimiento. Si se logra consenso, el diseño de tareas e incentivos para programas de entrenamiento puede entonces, ser iniciado.

#### **7.2.13 Diseño, pruebas y evaluación de sistemas del sitio de trabajo**

La base de información suministrada por el Análisis Funcional de las Tareas incluirá un conjunto de estándares de desempeño para cada tarea enumerada y un conjunto de parámetros mejorados de descripción de cargos para los diferentes tipos existentes de trabajadores de la salud. Comenzando con el nivel primario de atención y urgencias, esta valiosa fuente de información debe ser proyectada en el

sitio de trabajo para mejorar las operaciones, la responsabilidad y la satisfacción en el trabajo. Deben diseñarse nuevos sistemas de supervisión, unívocos e inmediatos. Estos incluirán los procedimientos para la evaluación del desempeño rutinario y estructuras para manejar las quejas y los conflictos del personal. El diseño de nuevos sitios de trabajo debe considerar incentivos para mejorar el desempeño los cuales pueden incluir beneficios monetarios y no monetarios, oportunidades de entrenamiento, avances en la carrera, otros cambios en las condiciones de trabajo y reconocimiento público. Incentivos para el desempeño deben diseñarse en coordinación estrecha con aquellos trabajando en nuevos sistemas de pagos. (ver Sección 3.6.2)

El primer paso será recolectar información sobre los diferentes modelos de manejo del sitio de trabajo que actualmente se utilizan en el país y la legislación pertinente, así como una revisión de las experiencias de otros países. Después, deben diseñarse opciones bien definidas y probarse en estudios piloto. Los resultados eventuales deben documentarse y compararse completamente. Todo esto puede hacer parte del proyecto de manejo de los "Hospitales ejemplares" (véase Capítulo 6). La Subcomisión hará posteriormente recomendaciones para las instituciones públicas y para otras instituciones de la salud que traten de mejorar los sistemas de gestión de sus recursos humanos.

#### **7.2.14 Actividades adicionales**

El desarrollo de la capacidad de planeación de los recursos humanos, requerirá de capacitación para los planeadores en todos los niveles del sector de la salud. Becas para formación avanzada en el exterior en planeación y manejo de recursos humanos serán asignadas durante los primeros seis meses previo al comienzo del crédito. Durante el transcurso de los primeros cuatro años del contrato, la Subcomisión de Información y Planeación de los Recursos Humanos para salud, también supervisará el establecimiento de capacitación mediante talleres de corta duración en planeación tanto en los departamentos como en los municipios y fortalecerá los grupos de planeación en los departamentos y municipios mediante asistencia técnica.

Una vez se haya recolectado una sólida base de datos sobre los recursos humanos en el sector de la salud y de una manera accesible (lo cual incluye la base de datos de tareas, la oferta y la demanda de información, encuestas de opiniones y actitudes entre los expertos, proveedores y ciudadanos, además de una revisión de los asuntos, problemas y prioridades más destacados), la Subcomisión de Información y Planeación de los Recursos Humanos para salud debe tener como

misión supervisar estudios adicionales sobre temas especiales sobre los recursos humanos del sector de la salud, de manera periódica.

#### **7.2.15 Subcomisión de Educación y Capacitación de los Profesionales de la Salud**

Esta Subcomisión debe responder a uno de los problemas prioritarios en el área de los recursos humanos: la calidad de la atención médica, y en especial la atención de trauma/urgencias. Para mejorar el aspecto de la calidad, se necesita que los programas de educación continuada se orienten inmediatamente hacia las deficiencias en destrezas clínicas. Será necesario organizar equipos de trauma, además de la capacitación en atención de éste. Deben desarrollarse estándares nacionales para las instituciones educativas y las licencias profesionales. Adicionalmente, las instituciones formadoras de recursos humanos de la salud, requieren de cambios curriculares y estructurales.

La capacitación durante la formación, las licencias y la educación continua son piezas estrechamente vinculadas; ninguna de estas áreas se puede pasar por alto si se quiere cumplir con las metas de la reforma de salud en Colombia.

#### **7. 2.16 Encuesta sobre las instituciones educativas y de capacitación, existentes en profesiones de la salud**

Comenzando desde ya, debe realizarse una encuesta de facultades o escuelas de profesionales y para-profesionales de la salud con el fin de descubrir no sólo los tipos de programas y el número de estudiantes, sino los aspectos específicos de los currículos, las técnicas de enseñanza utilizadas, la planta docente y otros recursos, la misión, etc. Esta encuesta debe incluir una evaluación comparativa de la calidad de la educación que se ofrece en cada institución y debe determinar la capacidad de la facultad o escuela para una expansión potencial. Además de la información sobre oferta, demanda y tareas, recolectada por la Subcomisión de Información y Planeación de los Recursos Humanos para salud, la encuesta sobre educación debe servir de base de conocimientos para informar sobre otras actividades de la Subcomisión de Educación y Capacitación de Profesionales de la Salud.

#### **7.2.17 Sitios permanentes de educación continuada en capacitación clínica**

Existe la necesidad de que haya capacitación rutinariamente en los sitios de trabajo, que sea reconocida por los gerentes de las instituciones, así como por el

personal clínico. La demanda de capacitación a corto plazo se intensificará con la aparición de los requisitos de educación continuada para la re-certificación de médicos y enfermeras, así como con los nuevos mecanismos de control de calidad que están siendo establecidos en las instituciones proveedoras. La educación continuada también es una buena forma para que los profesionales desarrollen contactos valiosos entre sí. La Subcomisión de Educación y Capacitación de Profesionales de la Salud debe prestar asistencia en el desarrollo de la capacitación en los sitios de trabajo mediante subvenciones iniciales para estos sitios de entrenamiento. Como un primer paso, la Subcomisión debe delinear un conjunto de sitios prototipo de capacitación clínica. Por ejemplo, debe haber de 8 a 10 sitios, incluyendo una mezcla de instituciones rurales y urbanas, y hospitales de primer, segundo y tercer nivel. Algunos se pueden especializar en ciertas formas de atención, como atención de trauma, atención materna, medicina interna o enfermedades infecciosas. Después de que se definan estas especificaciones, se ofrecerán partidas para incentivar el desarrollo de instituciones de capacitación mediante licitación. Los grandes hospitales o universidades vinculadas a los hospitales, son los postores potenciales. Entre los incentivos puede haber cursos o visitas en el exterior para los miembros del personal docente, o traer consultores clínicos externos o materiales. Los miembros del equipo de Harvard han notado un déficit de personal docente bien capacitado en Colombia y la alta competencia que existe en las facultades para retener a este personal.

Las instituciones que reciben contratos deben diseñar módulos y desarrollar sus propios recursos para enseñarles destrezas prácticas y teóricas a los profesionales medios. Aquellas instalaciones seleccionadas deberán ser innovadoras y centrar sus enfoques en la solución de problemas. Una vez estén funcionando estos cursos, la Subcomisión debe patrocinar la evaluación de los métodos y los materiales utilizados. Las instituciones favorecidas con los contratos, deben diseñar módulos y desarrollar sus propios recursos para la enseñanza teórico-práctica de habilidades para los profesionales intermedios. Estas deben ser alentadas a la innovación y al enfoque de solución de problemas. Los programas exitosos recibirán el aval oficial para apoyar a los nuevos centros en el mercadeo de sus cursos a los proveedores y los empleadores. Posteriormente, la subcomisión de Educación y Capacitación de Profesionales de la Salud se basará en la información suministrada por la Subcomisión de Información y Planeación sobre los Recursos Humanos del Sector Salud, la cual les ayudará a identificar las áreas de capacitación desatendidas donde posteriormente deban ser aplicadas las subvenciones.

Estos centros no sólo tienen como objetivo el desarrollo de destrezas clínicas. Se contempla que estos se conviertan en centros dinámicos donde se desarrollen y

prueben métodos pedagógicos y donde se puedan probar nuevos procedimientos médicos y sistemas de trabajo en equipo.

#### **7.2.18 Revisión curricular de los programas de educación y capacitación de las instituciones**

Con base en el mejoramiento de las descripciones de cargos del Análisis Funcional de Tareas y en la encuesta sobre prácticas actuales de enseñanza, en la primera mitad de 1997 la Subcomisión de Educación y Capacitación, debe comenzar a diseñar recomendaciones preliminares para cambios en varios currículos de formación médica. Después, éstos deben ser enviados al Ministerio de Educación, quien tiene la autoridad en asuntos de educación superior. Sin embargo, la competencia del Ministerio de Educación se ve limitada por la autonomía universitaria, definida por la Ley 30 de 1992. Como tal, la Subcomisión sólo puede sugerir lineamientos a las facultades. No obstante, el MSP tiene el potencial para influir bastante en los currículos educativos. Involucrar a los líderes académicos en el proceso, incrementará las opciones que tiene el Ministerio de tener éxito en esta tarea. Además, las subvenciones iniciales para los programas de capacitación, los contratos de investigación y de estudios piloto, los requisitos de licencias y los parámetros para contratar, junto con la asignación de tareas, deben ayudar a impulsar el programa de cambio del Ministerio.

El proceso de referenciar los hallazgos y los cambios clínicos en el ámbito académico, debe ser de tal naturaleza que los dos estén más estrechamente vinculados y respondan mutuamente en el futuro, y así se continúe durante los primeros diez años de la reforma. Por ejemplo, si un puesto por lo general incluye tareas de supervisión, parte de la formación debe incluir capacitación de supervisión. Si en un puesto es necesario ordenar, guardar y dispensar medicamentos rutinariamente, este hecho debe reflejarse en la capacitación. Por otra parte, las destrezas que rara vez se aplican en el trabajo pueden excluirse de los currículos estándar, e incluirse más bien en módulos separados de educación continua que solamente debe tomar el personal que realmente los necesita. También la capacitación puede adecuarse mucho más a las necesidades y a la demanda de servicios de salud típicos en Colombia. Especialmente si se van a lanzar nuevos programas de capacitación y se van a crear nuevos cargos en el futuro cercano (por ejemplo, de "Practicante Rural para Atención básica en Salud" y enfermera registrada de tres años), las dos Subcomisiones deben ponerle mucha atención a la definición de roles y tareas, y a las destrezas necesarias que las deben acompañar.

### **7.2.19 Acreditación de las instituciones educativas y de capacitación**

Con el fin de asegurar estándares de calidad en los recursos humanos en Colombia, el sistema actual de un registro simple y por una vez de las facultades, debe ser reemplazado por un sistema oficial, rutinario y riguroso de acreditación. La acreditación de las instituciones puede ser un asunto sensible, que requiere de un proceso prolongado de acuerdos y diseño institucional. Sin embargo, parece que en Colombia ya existe la iniciativa para la acreditación de las instituciones. Las facultades de medicina tradicionalmente han tenido una alta reputación en toda América Latina y han surgido inquietudes en torno al rápido crecimiento de este sector, y a una posible disminución de la calidad debido al número limitado de personal docente bien capacitado. Las opciones más viables para la acreditación de estas instituciones, dadas las regulaciones colombianas sobre autonomía universitaria, son las iniciativas voluntarias del sector privado, en donde las instituciones de formación de profesionales de la salud se reúnen para elaborar estándares comunes, con cierto tipo de vinculación gubernamental. En 1995, ASCOFAME (la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina) comenzó con dicho esquema. Este involucra un auditoría interna y otra externa con estándares de calidad e indicadores de gestión. Nosotros apoyamos este tipo de proceso y recomendamos que el MSP supervise y se cree un esquema paralelo para la acreditación de facultades de odontología, enfermería e instituciones de formación de para-profesionales.

Creemos que la acreditación puede funcionar bien como un proceso voluntario. Una vez esté funcionando, el gobierno solamente contratará a las facultades acreditadas, y las instituciones proveedoras demandarán requisitos similares de su personal profesional, en cuanto a que provenga de instituciones acreditadas. El cumplimiento de requisitos de licencias también puede llegar a depender de la acreditación institucional. Estas fuertes presiones deben bastar para que las facultades busquen la acreditación voluntaria.

Un estudio sobre opciones institucionales para la acreditación de otras instituciones profesionales y para-profesionales puede comenzar en el segundo semestre de 1996, dejando la toma de decisiones, el diseño y la formación profesional para el año siguiente. Estos procesos deben ser totalmente consistentes con la legislación sobre el rol del Ministerio de Educación, el ICFES (el Instituto Colombiano por el Fomento de la Educación Superior) que actualmente registra las nuevas facultades y el Sistema Nacional de Acreditación para las Instituciones de Educación Superior, creado por la Ley 30, Capítulo V. Eventualmente, las visitas de acreditación deben ser realizadas cada tres, cuatro o cinco años para las facultades que cumplan completamente con los estándares, y con mayor frecuencia donde se hayan

encontrado problemas. Los estándares de acreditación de las facultades deben elevarse gradualmente durante el transcurso del período de la reforma, comenzando con pequeñas mejoras en relación con la situación actual y después agregando nuevos requisitos a un ritmo razonable y en respuesta a otros avances de la reforma.

### **7.2.20 Licencias y recertificación de los profesionales de la salud**

En lugar del sistema actual del registro profesional por una sola vez al graduarse, debe diseñarse un sistema anual o bianual de recertificación para todos los médicos, enfermeras, odontólogos y posiblemente otro personal. Al igual que con la acreditación de las instituciones, el primer paso (que debería realizarse en el segundo semestre de 1996) es examinar las opciones institucionales y los antecedentes legales. En el caso de las licencias, tal vez se requieran dos entidades separadas: una que establezca los criterios para las licencias y la recertificación y otra para la implementación de esas políticas. La Subcomisión de Educación y Capacitación, seguramente asumirá el primer papel. Así, la Subcomisión le propondrá a la Comisión de alto nivel los tipos de mecanismos que determinarán la licencia para la práctica. Estos pueden incluir exámenes nacionales estandarizados una vez terminado el currículo formal, demostración de destrezas clínicas después del internado o servicio obligatorio y posteriormente requisitos de educación continuada. La subcomisión también podrá hacer recomendaciones para el manejo de situaciones en las cuales se presumen mala práctica o acción criminal del cuerpo médico. La Subcomisión de Educación y Capacitación, trabajando conjuntamente con la Subcomisión de Información y Planeación de Recursos Humanos del Sector de la Salud y sus datos sobre tareas y estándares de desempeño, también propondrá requisitos sobre el contenido de los exámenes y la educación continua. De esta manera, pueden asegurar que los nuevos estándares reflejan el esfuerzo del equipo en relación con la atención del paciente. Un beneficio adicional y fundamental de la recertificación periódica, es que la información sobre recursos humanos será mucho más confiable, al abarcar los sectores público y privado y al eliminar la necesidad de futuros censos.

Las licencias, a diferencia de la acreditación, solamente servirán como un mecanismo de control de calidad si son obligatorias, ya que muchos proveedores seguirán practicando independientemente de las grandes instituciones. Los organismos de implementación de las licencias y la recertificación, deben tener suficiente estatus dentro de sus profesiones para poderles exigir el cumplimiento a sus miembros. Por esta razón, se propone que esta actividad importante y continua sea delegada a las diferentes asociaciones de profesionales de la salud. Las instituciones proveedoras, cada vez más preocupadas por la calidad de su personal,



en cuanto compiten en el mercado de servicios de salud, probablemente apoyarán el desarrollo de mecanismos más estrictos para el otorgamiento de licencias.

Equipos especializados para mantener estándares de los médicos especialistas y de otras especialidades, serán una prioridad posterior de la Subcomisión de Educación y Capacitación. La especialización en traumatología debe estar entre las primeras experiencias que se tengan en este sentido. Eventualmente, los otros grupos profesionales como los farmacéutas y los optómetras deben tenerse en cuenta. Las auxiliares de enfermería y demás personal de bajo nivel deben estar bajo la supervisión de profesionales con licencia, de tal manera que sus estándares de práctica estén asegurados mediante supervisión directa, en el nivel institucional.

#### **7.2.21 Taller sobre gestión y supervisión de recursos humanos**

Las actividades de recursos humanos descritas hasta aquí, incluyen la clarificación de la definición de los cargos y el desarrollo e implementación de nuevos sistemas de supervisión y evaluación del desempeño. Por lo tanto, existe una gran necesidad de incrementar la capacidad de gestión de los compañeros de trabajo, de supervisión y de revisión del desempeño. Por ejemplo, en las instituciones en donde se ha encontrado que las tareas de las enfermeras y las auxiliares coinciden en gran medida, los supervisores no comprende muy bien cuáles son las tareas que realmente se efectúan, por tanto habrá que diseñar rápidamente, nuevas disposiciones en donde las enfermeras se limiten a las tareas más complejas y a supervisar a las auxiliares en las demás tareas. Sin embargo, se considera que la formación actual de las enfermeras incluyen muy pocos o ningún contenido sobre la supervisión de otro personal. Se deben diseñar e implementar talleres que se centren en las destrezas prácticas para la gestión de recursos humanos, adecuados tanto al personal clínico como no clínico del sector de la salud, por separado. Es posible que la Subcomisión quiera contratar un programa de talleres 'viajeros' a corto plazo, mientras se coordina con el proyecto de "Hospitales ejemplares" y con la Subcomisión de Salud y Planeación a largo plazo. Eventualmente, los módulos de capacitación y los lugares de demostración, también serán útiles para enseñar gestión de recursos humanos (véase Capítulo 6).

#### **7.2.22 Talleres sobre los elementos de atención dirigida y principios de la Reforma del Sector de la Salud en Colombia**

También se puede necesitar un programa de talleres que presenten las ideas principales y las consecuencias de la reforma de la salud y el mercado de los servicios de atención. Actualmente, el BID y el Banco Mundial están trabajando con el personal de los hospitales y con funcionarios locales, con el fin de fortalecer las

destrezas de manejo empresarial y las unidades administrativas. Una campaña masiva también difundirá información entre el público en general, sobre los esfuerzos encaminados hacia la reforma. Las Subcomisión de Educación y Capacitación de Profesionales de la Salud debe evaluar, durante el primer año del proyecto, si esto es suficiente o si existen vacíos en la comprensión entre el personal de la salud, que interfieran con el funcionamiento adecuado de los servicios de salud. Si se encuentran dichos problemas, entonces habrá que diseñar talleres de capacitación centrados en la solución de problemas con el fin de facilitar una transformación rápida y sin tropiezos de las operaciones. Estos deben estar dirigidos a las personas que son líderes de opinión en sus instituciones y quienes, después del taller, serán responsables de informar a sus compañeros de trabajo en relación con los conceptos relevantes aprendidos.

#### **7.2.23 Capacitación en el exterior de los líderes del sistema de salud**

Además de las actividades antes mencionadas, la Subcomisión de Educación y Capacitación de los Profesionales de la Salud, supervisará la distribución de las becas para estudios en el exterior. Deberán tomarse decisiones sobre las áreas específicas de las becas, pero probablemente incluirán una combinación de: economía de la salud, políticas y administración de la salud, manejo de instituciones, aseguramiento de la salud, planeación de recursos humanos, técnicas pedagógicas, etc.

## Capítulo 8

# RECOMENDACIONES PARA EL PLAN MAESTRO DE IMPLEMENTACION PROPUESTO POR HARVARD PARA LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA

Este capítulo presenta en orden lógico las recomendaciones hechas en los capítulos 3 al 7. Los capítulos anteriores muestran los logros, los problemas y las recomendaciones, de tal forma que la justificación para las recomendaciones proviene directamente de la evaluación de los logros y de los problemas. En este capítulo se organizan las recomendaciones en el mismo orden con el fin de que se pueda establecer una conexión rápida con los capítulos anteriores. Sin embargo, el objetivo de esta sección es que con base en las recomendaciones generales se pueda llegar a actividades específicas, que se puedan incluir en una gráfica Gantt de programación. Este conjunto de actividades recomendadas y el cronograma para su implementación constituyen el Plan Maestro de Implementación para la Reforma de la Salud.

Las recomendaciones para las áreas más importantes se encuentran en este capítulo se identifican con:



**Políticas, Instrumentos, Financiación , Leyes y Regulaciones (Capítulo 3)**

### AMPLIACION DE LA COBERTURA PARA EL REGIMEN SUBSIDIADO

Para proporcionar servicios a los pobres de Colombia, es necesario identificar la población objetivo y es indispensable que las instituciones intermediarias (ESS, EPS y Cajas de Compensación) quieran ofrecer el POSS. El Ministerio de Salud diseñó un programa ambicioso con el fin de ampliar los servicios a la población subsidiada, programa que fue aprobado por el CNSSS. Nosotros proponemos un plan de implementación que incluye: ampliar la aplicación del SISBEN para identificar una mayor proporción de población pobre, establecer sistemas para administrar el flujo de fondos de los Departamentos a las EPSs y del FSyG o quien haya sido contratado, para manejar los reclamos de los hospitales públicos; aumentar la participación de las instituciones intermediarias e incrementar la participación de los prestadores de servicios. La aplicación exitosa de este programa también depende del desarrollo de una política sensata de pagos y de un proceso para transformar los subsidios para la oferta en subsidios para la demanda.

## **AFILIACION Y RECAUDO**

El incremento de la afiliación al Régimen Contributivo y un mayor recaudo de impuestos sobre los ingresos para financiar el sistema son de vital importancia para el éxito de la reforma. Muchos trabajadores independientes y muchos campesinos todavía permanecen por fuera del sistema. Parece que algunos afiliados a las EPS reportan ingresos inferiores y por lo tanto, su contribución es menor debido a que pagan menos impuestos. Se proponen tres alternativas para aumentar las afiliaciones y el recaudo. Las primeras dos opciones incluyen además de las EPS, la DIAN, una institución que recauda impuestos y que tiene poderes amplios para hacer cumplir la ley, para incrementar la financiación del sistema. Estas propuestas también mejoran los incentivos para que las EPS afilien a los trabajadores independientes y a los campesinos, y para que este grupo con muy poca representación se afilie. La tercera alternativa busca hacer cumplir la afiliación obligatoria de los empleados del sector formal de las compañías que no están afiliadas actualmente al sistema. La Superintendencia de Salud y la DIAN se utilizan para identificar las compañías y para obligar a pagar los impuestos por ingresos y la afiliación de los empleados al sistema.

## **CAMPAÑA MASIVA**

Para que los individuos conozcan los beneficios y los requisitos de la nueva reforma de la salud, es necesario informarles sobre los procesos de afiliación, sobre sus derechos a beneficios específicos y sobre el nuevo derecho a escoger EPSs y prestadores de servicios. Esta información es importante, tanto para el Régimen Subsidiado como para el Régimen Contributivo, por cuanto los beneficiarios deben actuar como consumidores y así lograr que los mecanismos de mercado funcionen, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios de salud. Se recomienda realizar una serie de campañas masivas de información para dar a conocer a la población sobre sus derechos y obligaciones en el nuevo sistema y para informarles sobre la calidad de los servicios que están disponibles, de tal forma que puedan actuar como consumidores informados.

[illegible][illegible]

## Expansión de la afiliación de beneficiarios de Régimen Subsidiado

[illegible]

# Afiliación y Recaudo en el Régimen Contributivo (opción 1 y 2)

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	Nuevo sistema de recaudo para el RC																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
2	Decisión de la opción preferida																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

# Afiliación y Recaudo en el Régimen Contributivo (opción 3)

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Afiliación de los trabajadores asalariados al régimen contributivo																												
2	Identificación de grupos por tamaño del empleador																												
3	Establecimiento de códigos standard para el uso de las EPS																												
4	Diseño de procedimientos para la afiliación obligatoria																												
5	Negociación con DIAN																												
6	Identificación de empleadores con 50 o más empleados que no se hayan afiliado																												
7	Obligar la afiliación de empleadores con 50 empleados																												
8	Identificación de empleadores con 10-50 empleados que no se hayan afiliado																												
9	Obligar la afiliación de empleadores con 10-50 empleados																												
10	Identificación de empleadores con 3-10 empleados que no se hayan afiliado																												
11	Obligar la afiliación de empleadores con 3-10 empleados																												



# Campaña Masiva de Información

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Campaña Masiva																																								
2	Diseño																																								
3	Prueba Preliminar																																								
4	Primera Campaña																																								
5	Evaluación y Rediseño																																								
6	Segunda Campaña																																								
7	Evaluación y Rediseño																																								
8	Campañas de Seguimiento																																								
42	Información Sobre Calidad																																								
43	Desarrollo de Indicadores Iniciales																																								
44	Inclusión en Sistema de Información																																								
45	Publicación de Carnet de Calificaciones																																								
46	Evaluación de Indicadores																																								
47	Revisión de Indicadores																																								
48	Inclusión en Sistema de Información																																								
49	Publicación de Carnet de Calificaciones																																								
50	Mejoramiento Continuo																																								

## **Paquete de Beneficios**

Debido a que uno de los objetivos de la reforma es la cobertura y el acceso universal, es importante lograr la convergencia del POS y del POSS. Por lo tanto, se recomienda:

- Una reevaluación de la metodología costo-efectividad, incluyendo la evaluación de los costos y de la carga por enfermedad.
- El desarrollo de un plan detallado para la convergencia de los dos planes con el fin de que el POSS alcance el nivel de beneficios del POS. Esto implica una evaluación total de la financiación y de los contenidos de los paquetes de beneficios incluyendo el PAB y una evaluación del costo-efectividad de las intervenciones que se deben tener en cuenta en 1998.
- La creación de un Equipo de Trabajo que evalúe continuamente los contenidos, el impacto y los costos del Paquete de Beneficios y que realice una reunión anual para evaluar y recomendar ajustes a éste, de acuerdo con los incrementos en la UPC.

## **Análisis de Costos y Pagos**

Colombia necesita urgentemente un sistema uniforme a nivel nacional de contabilidad de costos e información clínica. Esto debe recibir atención prioritaria. Recomendamos que el MSP cree un equipo de trabajo que inicie las actividades necesarias inmediatamente. Es importante revisar las tarifas del SOAT y del ISS, utilizando información confiable sobre costos. Recomendamos que Colombia cambie el método de "pago por servicios" por el "pago por admisión" (ajustándolo de acuerdo a la mezcla de casos ). Estos nuevos sistemas de pago y estas tarifas se deben establecer antes del final de 1997, de tal forma que los nuevos métodos de pago se pueden adoptar para hacer la transferencia de los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda y también, para que sirvan como base para el pago a hospitales monopólicos.

## **Ajuste de Riesgo y Reaseguro**

Se recomienda introducir mejoras a la fórmula actual de ajuste de riesgo y establecer un programa nacional de reaseguros. Aún más, sugerimos que el MSP supervise muy de cerca las prácticas de selección adversa y selección de riesgo que pueden ocurrir en el mercado. Finalmente, se recomiendan tres diferentes modelos pilotos para probar y operacionalizar los métodos mejorados de ajuste de riesgo.

## **Información de la Calidad**

La información sobre la calidad es importante para el funcionamiento efectivo de un mercado competitivo. Recomendamos que la Comisión de Calidad establezca indicadores y fichas de registro de la calidad con el fin de proporcionar información al público sobre la calidad de los proveedores y de las EPSs.

## **Financiación**

La cobertura universal y el acceso equitativo a la atención de la salud básica, depende de una financiación adecuada. Colombia utiliza múltiples fuentes para financiar su seguro universal de salud. El MSP debe crear una unidad encargada de recolectar y analizar la información financiera y de informar periódicamente al CNSSS. El programa necesita un sistema de planeación y de supervisión que garantice la disponibilidad de los fondos. Es indispensable desarrollar un modelo de proyección que prediga con precisión los desembolsos esperados. Se necesita otro modelo para proyectar y presupuestar la transferencia de los subsidios para la oferta a los subsidios para la demanda y luego implementarlo.

## **Política Dual**

Es posible que muchas áreas no tengan una ESS o una EPS para afiliar a la población subsidiada. También es posible que muchas regiones sólo tengan uno o dos hospitales de II o III nivel, lo cual implica que deben funcionar como proveedores monopolísticos. Por lo tanto, sugerimos varias opciones a fin de solucionar los problemas graves en las áreas donde las condiciones competitivas son insuficientes para lograr las metas de la Ley 100. Como un primer paso, el MSP debe hacer un censo de los prestadores de servicios en los niveles primario, secundario y terciario y ubicarlos dentro de áreas de mercado. También se debe realizar una encuesta de hogares. El censo y la encuesta proporcionarán la información básica para que el gobierno tome una decisión, con base en una buena cantidad de información, sobre la política dual para las áreas que no tienen suficiente competencia, ya sea con respecto al aseguramiento o al mercado de proveedores. Más adelante, se deberán implementar las políticas duales seleccionadas.

# Planes del Paquete y Evaluación de Plan de Atención Básica

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Carga de la Enfermedad																																				
2	Evaluar la Validez de los AVISA																																				
3	Calcular AVISA por Departamento																																				
4	Reporte de la Carga de la Enfermedad																																				
5	Costos																																				
6	Revisar los Costos de las Intervenciones																																				
7	Calcular la Varianza de Costos por Departamento																																				
8	Recomendaciones																																				
9	Asignación de Recursos																																				
10	Revisar los PAB por Municipio																																				
11	Reporte de Planes de Atención Básica																																				
12	Revisar las Razones Costo/Efectividad																																				
13	Reportar C/E de Cada Intervención																																				
14	Comisión de Grupo de Expertos Sobre Plan de Beneficios																																				
15	Nombrar Comisión de Trabajo																																				
16	Evaluar Plan de Beneficios																																				
26	Evaluación y Recomendaciones al CNSS																																				
35	Convergencia de los Planes de Beneficios																																				

# Sistema de Contabilidad de Costos y Pagos

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005			
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4									
1	Sistema de contabilidad de costos																																								
2	Formar grupo de trabajo																																								
3	Desarrollar información uniforme																																								
4	Revisar SOAT																																								
5	Estudios de costos																																								
6	Revisar tarifas																																								
7	Método de Pago de la Reforma																																								
8	Evaluación y análisis																																								
9	Método de la reforma																																								
10	Actualización de tarifas para pagos																																								

Ajuste de Riesgo y Reaseguro																																									
Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Fórmula actual																																								
2	Completar el análisis																																								
3	Revisar fórmula																																								
4	Estudio de combinación de riesgo estimado esperado por la comunidad																																								
5	Comenzar la evaluación																																								
6	Ejecución																																								
7	Revisión																																								
8	Estudio de reaseguramiento																																								
9	Comenzar la evaluación																																								
10	Impulso																																								
11	Revisión																																								
12	Estudio de pagos mixtos																																								
13	Comenzar la evaluación																																								
14	Ejecución																																								
15	Revisión																																								
16	Plan nacional de reaseguro																																								
17	Requerimientos legales																																								
18	Organización y administración																																								
19	Ejecución																																								

384

# Información Sobre Calidad

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008				2009																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
1	Información Sobre Calidad																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

Financiamiento del Sistema			1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007			
Id	Tarea		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
1	Financiamiento																											
2	Cuentas Nacionales de Salud																											
3	Encuesta de Hogares																											
4	Planeacion Finacial																											
5	Nombramiento de Unidades																											
6	Modelo de Planeación																											
7	Monitoreo y Reporte																											
8	Cambiar del Subsidio de la oferta al Subsidio de la																											
9	Decisiones Politicas																											
10	Implementación																											

386



# Politica Dual

M	Tarea	1996			1997			1998			1999			2000			2001			2002			2003			2004			2005		
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1	Censo de Proveedores																														
2	Encuestas y Estudios de Campo																														
3	Localización Geográfica																														
4	Encuesta de Hogares																														
5	Encuesta de Hogares																														
6	Localización Geográfica de Areas de Mercado																														
7	Politica Dual																														
8	Análisis																														
9	Decisión Política																														
10	Ejecución																														
11	Crear o Contratar con Entidades Administrativas como																														
18	Establecer Sistema de Pagos																														
19	Contratación																														

## **Instituciones Gubernamentales y Reguladoras (Capítulo 4)**

### **Fortalecimiento del Ministerio de Salud**

Debido a las debilidades identificadas en el desempeño actual del Ministerio con respecto a las funciones esenciales de regulación, se recomienda un programa para fortalecer y unificar la capacidad del MSP en:

- El análisis y la planeación de las políticas generales;
- El análisis de costos, pagos y otros aspectos económicos;
- La regulación de la calidad;
- La evaluación de los requisitos en tecnología;
- El análisis de la política de recursos humanos; y
- El suministro de asistencia técnica con el fin de fortalecer la capacidad institucional para la descentralización y la creación de ESS.

### **UNIDAD DE ANALISIS DE LA POLITICA DE LA REFORMA DE LA SALUD**

Con el fin de fortalecer la capacidad para desempeñar las funciones analíticas que se exigen al Ministerio, se propone una reorganización que combine las Direcciones de Análisis y Política Sectorial, de Planeación, de Estudios Económicos y de Seguridad Social para formar una nueva Dirección de Análisis de la Política de la Reforma de Salud, que informe directamente al ministro.

### **AUMENTAR EL NIVEL DE PROTECCION DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA**

Para disminuir el alto nivel de rotación del personal, lo cual puede poner en peligro la continuidad de la política y de la calidad técnica de los recursos humanos, proponemos la elaboración de una nueva ley con el fin de redefinir la Carrera Administrativa para el Ministerio de Salud, reduciendo la cantidad de personal identificado "como de libre nombramiento y remoción" a un número pequeño de funcionarios claves, en quienes el Ministro confíe plenamente.

### **MEJORAR LA ADMINISTRACION**

El Ministerio de Salud y la Superintendencia necesitan desarrollar procesos de mejoramiento de la administración, para fomentar un desempeño más eficiente de la administración día a día y para que estas instituciones se transformen, con el fin de desempeñar las nuevas funciones de la reforma. Este esfuerzo implica un proceso

dinámico y continuo que comienza con una evaluación profunda y cuidadosa de los modelos organizacionales existentes y de la cultura organizacional. Después de la evaluación se debe continuar con un proceso participativo de planeación estratégica, de administración por objetivos y de otras técnicas para mejorar la administración en el nivel central y en el nivel descentralizado.

### **Fortalecer la Supervisión y el Control de la Superintendencia a Nivel Departamental**

La falta de una institución eficiente e independiente que obligue a cumplir con las funciones de supervisión y de control en los niveles descentralizados, exige el restablecimiento de las Unidades Departamentales (Seccionales) de la Superintendencia.

### **Fortalecer el Proceso de Descentralización**

La complejidad del flujo de fondos para descentralizar las entidades, de acuerdo con lo estipulado por una serie de leyes y regulaciones, ha provocado confusión, recargo administrativo, falta de transparencia y, posiblemente, una distribución inadecuada de los fondos. Por esto, recomendamos la elaboración de una sola fórmula transparente encaminada a asignar los recursos de la salud a los subsidios para la demanda y para la oferta.

El proceso de certificación, el cual ha sido extremadamente lento, se debe acelerar utilizando más asistencia técnica, un cronograma preciso con las fechas límite y las sanciones establecidas.

## **INSTITUTO COLOMBIANO DE INVESTIGACION Y DE POLÍTICAS DE SALUD**

Se recomienda la creación de un Instituto de Investigación y de Políticas de Salud neutro y autónomo, que esté protegido de presiones políticas inmediatistas. Este organismo debe tener personal de alta calidad que garantice la credibilidad y la legitimidad de sus hallazgos y que tenga acceso a la información clave del gobierno y del sector privado. El instituto debe desarrollar una capacidad analítica a nivel local en forma continua e institucional. Además, debe orientar la dirección de las investigaciones claves para asuntos relacionados con las políticas, así como tener capacidad para contratar a otras instituciones y fundaciones de investigación existentes, a fin de que realicen investigaciones y análisis.

### **Crear Nuevas Comisiones**

### **COMISION DE PAGOS**

Con el fin de proporcionar una mayor capacidad técnica de alto nivel en el campo de los mecanismos de pago y de establecer espacios para llegar a un consenso, se recomienda la creación de una Comisión de Pagos que desempeñe las siguientes funciones: 1) sugerir mecanismos para el pago de los subsidios para la oferta, 2) recomendar mecanismos para pagar a los proveedores en áreas donde no hay competencia, 3) establecer pautas para los mecanismos de pago en forma de contratos modelos entre EPS/IPS, 4) publicar la información sobre los costos y los pagos a fin de aumentar la transparencia en el mercado.

### **COMISION DE CALIDAD**

Debido a que la calidad es uno de los objetivos primordiales de la reforma, se recomienda la creación de una Comisión de Calidad que sea un medio esencial para llegar a un consenso y que tenga la competencia técnica en esta área. Las principales funciones de la Comisión deben ser: establecer estándares para la acreditación de los proveedores de servicios, definir los indicadores de calidad y crear un sistema de información de la calidad, desarrollar mecanismos para difundir información a los usuarios y crear mecanismos para responder a las quejas y problemas identificados en las encuestas de satisfacción de los usuarios.

### **COMISION DE RECURSOS HUMANO**

La reforma determinó las nuevas necesidades y procesos para los recursos humanos de la salud, que requieren una nueva evaluación de su planeación, de las tareas y de las funciones de las distintas categorías de personal, del diseño curricular, de los incentivos y de la supervisión. Por esto, recomendamos que una comisión de expertos en recursos humanos maneje estos aspectos tan importantes, para así poder determinar las necesidades de los recursos durante las dos próximas décadas. Esta comisión debe ser una comisión de primer orden cuyos integrantes gocen de un gran reconocimiento en sus campos y que participen activamente en la educación, médica y de Salud Pública, en la política y en las compañías de seguros. Esta comisión tendrá dos sub-comisiones importantes: 1) de información para la planeación de recursos humanos y 2) de educación y capacitación.

#### **Comisión de Tecnología**

Debido a que hay incentivos significativos para la inflación de costos relacionados con la adopción de una nueva tecnología de alto costo, recomendamos que el gobierno Colombiano establezca una Comisión de visión de Tecnología que analice el

proceso de supervisión y de regulación en su adquisición que oriente al Ministerio en el desarrollo de políticas y de mecanismos de cumplimiento.

### **Fortalecimiento del Consejo Nacional**

Si el Consejo Nacional quiere desempeñar un papel más activo en la elaboración de las políticas, debe contar con su propio personal de forma que pueda tener una capacidad independiente para establecer su agenda, buscar y procesar asesoría e información independiente. Un Consejo Nacional fortalecido, también puede coordinar y procesar las recomendaciones de las comisiones. Las comisiones que se analizan en la Sección 4.3.7 podrían transferirse al Consejo en el octavo año, de tal forma que éste sea responsable de la coordinación y la selección de sus integrantes.

### **Crear interés en la formación de Grupos de Consumidores**

Se recomienda el nombramiento de representantes de los consumidores y la formación de grupos de defensa para aumentar la capacidad de participación y organización de los beneficiarios, relacionadas con la toma de decisiones en la reforma de la salud.

### **Sistemas de Información y Plan de Evaluación**

#### **SISTEMAS DE INFORMACION**

Para coordinar el mejoramiento de los sistemas de información y reducir la cantidad de requerimientos innecesarios y duplicidad de información de los proveedores y de las entidades promotoras de salud, se recomienda la creación de una comisión provisional conformada por funcionarios del Ministerio, de la Superintendencia y del FSyG para mejorar y coordinar los diferentes sistemas.

Como meta se propone que en junio del año 2000 se puede tener lista la sistematización completa de la información de todos los hospitales y así mejorar los costos, la utilización y los sistemas de información institucional.

### **Plan de Evaluación**

La necesidad de tener información precisa y de alta calidad sobre el progreso de la reforma requiere de un proceso prolongado para mejorar las fuentes de información y para hacer análisis e informes transparentes y respetados por todas las partes interesadas.

Se recomienda que el Instituto Colombiano para la Investigación y las Políticas de Salud prepare un informe de evaluación anual, utilizando indicadores sobre el impacto en la salud, el acceso, la cobertura, la eficiencia y la calidad. Dicho informe se debe dar a conocer mediante su distribución y en seminarios.

También se recomienda iniciar una serie de estudios y de encuestas que proporcionen información de vital importancia sobre los proveedores y los hogares, para así supervisar y evaluar la reforma. Es necesario hacer una encuesta de proveedores y una encuesta de hogares en el primer año y repetirlas en el cuarto año.

## Instituciones Reguladoras

[illegible]

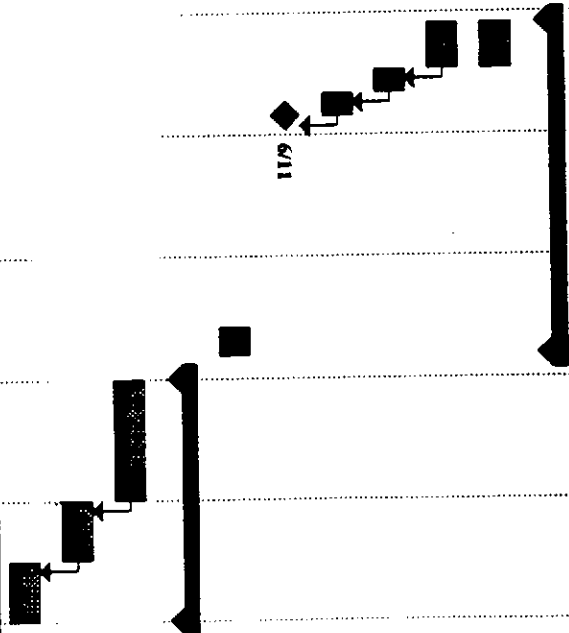
# Instituciones Reguladoras

Id	Tarea	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
22	Comisión de Pagos	1 1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
23	Definir funciones														
24	Definir capacidades														
25	Emitir Decreto de Ley														
26	Seleccionar Comisarios y Personal														
27	Iniciar Actividades														
28	Evaluación para la Continuación														
29	Comisión de Calidad														
30	Definir funciones														
31	Definir capacidades														
32	Emitir Decreto de Ley														
33	Seleccionar Comisarios y Personal														
34	Iniciar Actividades														
35	Evaluación para la Continuación														
36	Comisión de Recursos Humanos														
37	Definir funciones														
38	Definir capacidades														
39	Emitir Decreto de Ley														
40	Seleccionar Comisarios y Personal														
41	Iniciar Actividades														
42	Evaluación para la Continuación														



# Instituciones Reguladoras

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008				2009																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
43	Comisión de Tecnología																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								



# Sistemas de Información y Plan de Evaluación

Id	Tarea	1996				1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Mejora de sistemas de información																																								
2	Evaluación de sistemas de información adm del MISB/Supervidentes. Desarrollar indicadores esenciales																																								
3																																									
4	Incluir indicadores de calidad																																								
5	Mejorar equipo y programas de cómputo																																								
6	Mejorar el SIAGHO																																								
7	Entrenamiento en códigos de diagnóstico																																								
8	Entrenamiento continuo																																								
117	Plan de evaluación																																								
118	Producción de planes anuales y semestrales																																								
129	Primera encuesta de proveedores																																								
130	Segunda encuesta de proveedores																																								
131	Primera encuesta de hogares																																								
132	Segunda encuesta de hogares																																								

## Entidades Promotoras de Salud (Capítulo 5)

### TRANSFORMACION DEL ISS

Aunque su cobertura es todavía baja en esta etapa inicial de la implementación, las EPS están comenzando a desempeñar las funciones que les corresponde. Infortunadamente, se observa que el ISS continua disfrutando de un estatus casi de monopolio y está realizando una serie de actividades que le conceden una ventaja competitiva adicional. La transformación institucional del ISS todavía se encuentra en una etapa muy incipiente que debe ser evaluada mediante un análisis institucional, centrándose específicamente en los CAA. Se propone que las normas impuestas a todas las EPSs se apliquen también al ISS y que éste establezca un modelo piloto de licitación competitiva para los servicios de las IPSs.

### Gráfica de Gantt para la transformación del ISS

### Fortalecimiento de las ESS

Teniendo en cuenta la cobertura insuficiente para el Régimen Subsidiado, se recomienda que el Ministerio de Salud continúe apoyando la formación de ESSs, al mismo tiempo que la Universidad Javeriana continúe con la evaluación a largo plazo. El modelo para las ESSs debe recibir suficiente apoyo con el fin de que estas entidades puedan participar en el proceso competitivo de licitación para el Régimen Subsidiado. Se sugiere que el Ministerio de Salud aumente el personal de la División de las ESSs, de tal forma que pueda volver a diseñar y unificar el proceso de formación de éstas. Esta división debe proporcionar mayor asistencia técnica y de más alto nivel a las comunidades y a las entidades descentralizadas, que a su vez proporcionarán asistencia técnica a las comunidades. El MSP debe ampliar la financiación para la asistencia técnica ofrecida por las organizaciones no gubernamentales (ONGs) e iniciar un proceso de selección de aquellas más eficientes para así poder ampliar la cobertura de su campo de acción a nuevas áreas.

# Transformación del ISS

Id	Tarea	1997				1998				1999				2000				2001				2002				2003				2004				2005				2006					
		4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
1	Campaña de información a los consumidores																																										
2	Formación de equipo de análisis del ISS																																										
3	Aplicación de las regulaciones de EPS al ISS																																										
4	Análisis de las regulaciones del EPS no obligatorias para ISS																																										
5	Desarrollo de procedimientos obligatorios																																										
6	Evaluación de los planes de transformación institucional de ISS																																										
7	Evaluación general																																										
8	Sistemas de información																																										
9	Separación en EPS e IPS																																										
10	Revisión de los planes de transformación institucional del ISS																																										
11	Evaluación de la Central de atención ambulatoria.																																										
12	Elegir dos sitios para la evaluación																																										
13	Evaluación institucional de base																																										
14	Análisis del mercado																																										
15	Recomendaciones																																										
16	Proceso piloto de licitación																																										
17	Elegir dos departamentos piloto																																										
18	Elegir dos departamentos de control																																										
19	Desarrollar criterios para evaluación																																										
20	Desarrollar propuestas de muestra																																										
21	Entrenamiento de EPS-ISS para conducir el proceso de licitación																																										
22	Información/entrenamiento a licitadores potenciales																																										
23	Ejecutar la licitación																																										
24	Evaluar propuestas y otorgar contratos																																										

## ESS

Id	Tarea	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
		2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
1	Fortalecimiento de las ESS																								
2	Fortalecimiento de la División de las ESS																								
3	Contratos de asistencia técnica																								
4	Estudio de U. Javeriana																								
5	Evaluación NISP																								
6	Decisión sobre continuación																								

## **Provisión de Servicios (Capítulo 6)**

### **Acreditación de los Hospitales**

Uno de los mecanismos fundamentales para garantizar y mejorar los hospitales y consultorios de calidad, es establecer un proceso sólido de revisión de la acreditación. Se propone que esto se haga a través de una comisión cuasi-privada de acreditación hospitalaria, parecida a la Comisión Conjunta para Organizaciones de la Atención de la Salud en los Estados Unidos. Esta comisión debe establecer estándares mínimos pero factibles que se vayan mejorando gradualmente, así como establecer un proceso de visitas de inspección "in situ".

### **Asistencia Técnica y Capacitación en Garantía de Calidad y Mejoramiento de la Administración**

A fin de mejorar los programas para desarrollar la capacidad administrativa y para garantizar la calidad en los hospitales, se recomienda el establecimiento de un programa basado en las redes existentes de expertos en garantía de la calidad y administración y en coordinación con los programas que otorgan recursos económicos. El programa debe desarrollar un alto nivel de asistencia técnica a través de un proyecto de Hospitales Ejemplares que, después, se pueda utilizar con el fin de duplicar los programas efectivos para mejorar la administración y poder garantizar la calidad en otros hospitales.

## Prestación de Servicios de Salud

[illegible]

## **Recursos Humanos (Capítulo 7)**

### **Prioridades Inmediatas:**

#### **TALLERES DE CAMPO PARA MEJORAR LA ATENCION DEL TRAUMA**

Debido a que las lesiones constituyen la proporción más grande de la carga de enfermedad en Colombia y a que existe evidencia que sugiere que la atención actual del trauma es inadecuada, proponemos un programa de talleres que se hará en las instalaciones donde se atiende el trauma, con el fin de enseñar y hacer una demostración de las destrezas apropiadas. En primera instancia, el programa se dedicará al nivel primario para luego ampliar su cobertura a más altos niveles de atención. Dicho programa también prestará atención a las habilidades que los conductores de las ambulancias deben tener y proporcionará equipos básicos para salvar vidas.

#### **TALLERES DE CAMPO PARA MEJORAR LA ATENCION DEL NIVEL PRIMARIO POR PARTE DE LOS MEDICOS GENERALES**

Para atender rápidamente el problema de las habilidades inadecuadas y/o desactualizadas de los médicos de atención primaria, se propone un programa similar de talleres para enseñar y hacer una demostración de las destrezas necesarias y útiles para atender los problemas comunes de la salud. Los talleres serán dictados por equipos de capacitación contratados, los cuales visitarán las instalaciones de primer nivel seleccionadas en toda Colombia. Estos dos programas de talleres satisfacerán la necesidad de educación continuada antes de que puedan ser establecidos sitios permanentes de capacitación clínica.

#### **PREPARACION CLINICA CORTA Y SUPERVISADA EN UN PERIODO CORTO ANTES DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO**

Actualmente se exige que los egresados de las disciplinas médicas cumplan con un año rural en áreas remotas y con poca atención, antes de que se les otorgue la licencia para ejercer. Durante este periodo, trabajan en aislamiento relativo y en condiciones relativamente desconocidas. El equipo de Harvard sugiere exigir una visita de seis semanas al hospital rural escogido en algún periodo del año inmediatamente anterior a que asignen a los graduados los sitios donde deben prestar el servicio social que les corresponde. En este lugar de "preparación", los egresados tendrán la oportunidad de conocer, bajo una buena supervisión, la clase de problemas que probablemente encontrarán más adelante, así como la oportunidad de



que los médicos con experiencia les ayuden a desarrollar habilidades importantes. El proyecto pretende mejorar la atención médica a nivel rural y contribuir al desarrollo de los recursos humanos.

#### **CERTIFICACION DE OFERENTES ALTERNATIVOS PARA LA ATENCION PRIMARIA A NIVEL RURAL**

Con el fin de estimular la competencia del sector de la salud en las áreas con muy poca atención y de ampliar el sistema para que incluya cierto tipo de oferentes preferidos por una gran cantidad de usuarios, recomendamos un programa de cursos cortos de capacitación (3 meses) y un examen de "capacidad mínima para la atención primaria", a fin de proporcionar mejor información a las EPSs con respecto a los mercados locales de atención de la salud. Esta certificación temporal facilitará la contratación de oferentes locales con mucha experiencia, por parte de las EPSs interesadas y ayudará a identificar aquellos que no cumplen con los estándares mínimos.

#### **FORMACION A TRES AÑOS DE UNA COMISION DE EXPERTOS PARA COORDINAR LA PLANEACION Y LOS ESFUERZOS DE DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS**

Debido a la cantidad y a la magnitud de actividades nuevas que se requieren en el área de recursos humanos, es importante crear una comisión de alto nivel que centre su atención en estas prioridades y las maneje a través de los cambios que se vayan presentando. Para alcanzar este fin, la nueva comisión temporal deberá trabajar estrechamente con las autoridades y las partes interesadas y lograr un consenso para el progreso. Dos sub-comisiones proporcionarán la asistencia técnica en las áreas más importantes del trabajo del recurso humano: información y planeación y educación y capacitación. (Refiérase a las Instituciones Reguladoras).

### **Prioridades a Mediano y Largo Plazo: Información y Planeación de la Fuerza de Trabajo de la Salud**

#### **Ampliar y Perfeccionar el Análisis Funcional del Trabajo**

El Análisis Funcional de Tareas de Harvard, que ya se está haciendo, evalúa varios aspectos del trabajo del sector de la salud, su naturaleza, cómo evaluarlo y quién los está realizando. Esta metodología permite análisis detallados y prácticos de los problemas relacionados con la asignación de tareas y con el personal, facilita la redefinición del trabajo, la reforma curricular y la administración de los recursos humanos. Se propone que esta actividad se amplíe para así poder explicar las posibles diferencias geográficas, cubrir nuevos tipos de instalaciones y de personal y hacer una revisión de la actual lista de tareas para que sea más completa y precisa de acuerdo con el contexto colombiano.

#### **Desarrollar el Modelo Dinámico de la Oferta y la Demanda de los Recursos Humanos**

Es indispensable obtener más y mejor información para ayudar a los planeadores del MSP, a los proveedores, a las facultades, a los trabajadores y a los estudiantes a tomar decisiones con respecto a los recursos humanos. El modelo dinámico es un instrumento analítico que tendrá en cuenta las necesidades de la salud, la demanda de servicios específicos, la capacidad productiva de los diferentes tipos de trabajadores de la atención de la salud, la oferta actual y la producción de los recursos humanos y otros factores. Esta actividad exige una mayor recolección de información básica y después una consultoría especializada sobre la estructura del modelo.

#### **Incentivos para la Redistribución Geográfica de los Recursos Humanos Existentes**

Para atender la escasez de médicos, odontólogos y enfermeras en las áreas rurales y pobres del país, se propone un programa que analizará diferentes paquetes de incentivos diseñados para motivar a los recursos humanos existentes a que se reubiquen y atiendan a estas poblaciones. Más adelante se presentarán las recomendaciones y la evaluación para la implementación a gran escala.

#### **Una Nueva Categoría Ocupacional: “Practicante Rural para Atención Básica en Salud”**

Debido a que la mayoría de los médicos y de las enfermeras profesionales bien capacitados, se rehusan a dejar las comodidades y las oportunidades que les ofrecen las áreas urbanas, se propone que se capacite a un nuevo grupo *totalmente inmerso* en el ámbito rural, para que preste los servicios básicos de atención primaria, los cuales constituyen la mayor parte de la demanda de la atención de la salud. El programa de capacitación podría durar uno o dos años, después de la secundaria y con un énfasis en las habilidades prácticas a nivel clínico. Este proyecto permitiría *aumentar la cantidad* de practicantes para la atención primaria e incluiría a los

oferentes locales existentes en el sistema reformado de la atención de la salud, a la vez que mejoraría la *calidad* de sus servicios.

### **REESTRUCTURACION DE LAS ALTERNATIVAS DE LA CARRERA DE ENFERMERIA: ANALISIS DE UNA CATEGORIA DE ENFERMERAS TITULARES Y DE ENFERMERAS PRACTICANTES CON DOS O TRES AÑOS DE ESTUDIOS**

La oferta actual del personal de enfermería en Colombia parece ser poca debido a su estatus tan bajo, a un sistema excesivamente polarizado de formación antes del servicio, a escasas oportunidades para progresar y a una definición vaga del trabajo. La supervisión inadecuada y la insatisfacción, necesariamente afectan la calidad de la atención al paciente. Muchos de los problemas relacionados con la oferta y el desempeño de las enfermeras se pueden solucionar creando una o dos nuevas categorías que llenen los vacíos de la atención actual a los pacientes y que sirvan como puentes para avanzar en la carrera. Los cambios propuestos permitirían establecer alternativas para la educación continuada y para los estudios de tiempo completo a fin de llegar a posiciones, tales como la de enfermera titular pero no profesional de dos a tres años de formación y enfermera practicante .

#### **Diseño, Comprobación y Evaluación de los Sistemas Mejorados de los Sitios de Trabajo: Administración, Supervisión, Responsabilidad y Evaluación del Desempeño**

La falta de atención y de estructuras administrativas para los recursos humanos en Colombia, tiene repercusiones en la calidad de la atención y en la satisfacción, la productividad y la retención del personal. Este proyecto estudiaría y evaluaría los diferentes modelos de administración de los sitios de trabajo e informaría posteriormente sobre los parámetros para las instalaciones, tanto del sector público como del sector privado.

#### **Actividades Adicionales**

Las actividades adicionales que hacen parte del campo de acción de la Sub-comisión propuesta para la Planeación e Información de la Fuerza de Trabajo de la Salud, incluyen becas en el extranjero para realizar estudios avanzados sobre capacitación de recursos humanos y sobre desarrollo de la capacidad de planeación de los mismos a nivel nacional y local, a través de talleres y de asistencia técnica. Varios años más adelante cuando los proyectos descritos detalladamente en este documento estén en pleno desarrollo o terminados, la Sub-comisión podría estar encargada de identificar e iniciar nuevas investigaciones en áreas de interés especial.

### **Prioridades a Mediano y Largo Plazo: Educación y Capacitación de las Ocupaciones de la Salud**

#### **Encuesta sobre la Educación y las Instituciones de Capacitación en Salud Existentes**

Con el fin de adicionar a la base general de información para la utilización de las organizaciones de la salud y de los usuarios y, más específicamente, para contribuir a la toma de decisiones sobre las políticas de los recursos humanos (en áreas tales como acreditación de programas de formación, licencias profesionales, educación continuada, incentivos para nuevos programas, revisión curricular, etc.) se recomienda hacer una encuesta, la cual documentará y evaluará a todas las instituciones educativas con programas médicos y de salud en Colombia. La encuesta deberá incluir los recursos y la capacidad de las facultades, los currículos y los métodos de enseñanza que se están utilizando, entre otras cosas.

#### **Centros de Educación Continuada Permanentes para Capacitación Clínica**

Existe una gran necesidad de educación continuada de rutina para los profesionales de la salud y para los para-profesionales. Esta necesidad aumentará gracias a los programas de mejoramiento de la calidad en las instituciones proveedoras y con requisitos específicos para obtener la certificación nuevamente. Se propone un programa que otorgue recursos como un incentivo para crear varios centros de capacitación. En estos sitios se pueden explorar nuevos procedimientos y métodos de enseñanza, y los trabajadores de la atención de la salud pueden recibir capacitación con énfasis en las habilidades técnicas relacionadas con su trabajo.

#### **Revisión Curricular de la Educación antes del Servicio y de las Instituciones de Capacitación**

Los Trabajadores eficientes de la atención de la salud requieren educación de alta calidad para poder obtener el conocimiento y desarrollar las habilidades que necesitan a fin de atender a los pacientes y a la comunidad. Los planeadores de recursos humanos estudiarán cuidadosamente, a lo largo de toda la reforma, la naturaleza del trabajo de la atención de la salud, así como los sistemas actuales de educación antes del servicio. Para facilitar una mayor interrelación entre la capacitación y el trabajo y las necesidades en salud del país, se deben entregar periódicamente pautas para la revisión curricular al Ministerio de Educación. El MSP puede justificar su exigencia de una mejor educación, con el establecimiento de requisitos para expedir licencias, con

sus procesos de contratación y con una utilización cuidadosa de la financiación de incentivos a su disposición.

### **Acreditación de Instituciones de Educación y Entrenamiento**

Se propone que una acreditación periódica de las facultades reemplace el sistema actual de registro , el cual se lleva a cabo solamente una vez. Se motivará insistentemente a las asociaciones de facultades de educación médica y de salud para que creen mecanismos voluntarios para hacer auditorías y para establecer estándares, con el fin de contribuir a garantizar la calidad de la formación del recurso humano. Ya se están haciendo algunos intentos. El MSP debe supervisar y evaluar constantemente estos avances, además, debe cerciorarse de que estos avances se hacen en todas las categorías de capacitación en la atención de la salud y comprobar, cuando sea posible y necesario, que la acreditación de las facultades sirve como un mecanismo efectivo para garantizar la calidad.

### **LICENCIAMIENTO Y RECERTIFICACION PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

Se recomienda establecer estándares nacionales para la licencia inicial de los profesionales de la salud y exigir que este personal solicite una recertificación con ciertos intervalos de tiempo. La solicitud de una nueva certificación puede estar sujeta a la actualización por medio de la educación continuada o por medio de otros mecanismos que garanticen la calidad.

El MSP, con la asesoría de la comisión de recursos humanos, debe diseñar los estándares requeridos, y las asociaciones de profesionales de la salud deben ser instrumentos para hacerlos cumplir.

### **Talleres sobre Administración y Supervisión de los Recursos Humanos**

Para aumentar la calidad y la eficiencia de la atención así como la satisfacción profesional y personal de los trabajadores de la salud, se espera que se diseñen e implementen mejores sistemas de administración de recursos humanos, tanto en las instituciones públicas como privadas durante los próximos años. Con el fin de apoyar estos esfuerzos, se debe comenzar con una serie de talleres de capacitación sobre administración del recurso humano, evaluación del desempeño, comunicación en el sitio de trabajo y sobre otras habilidades para los supervisores, que hasta el momento, solamente han recibido capacitación sobre destrezas clínicas. Los talleres pueden comenzar con equipos que visiten los lugares de trabajo y después instituirlos como programas fijos en tales lugares.

### **Talleres sobre los Elementos de la Administración de la Atención y sobre los Principios de la Reforma del Sector de la Salud en Colombia**

Esta es una prioridad sólo si las investigaciones demuestran que existe una falta de entendimiento generalizada entre los trabajadores de la salud con respecto a los cambios que están ocurriendo y con relación a la filosofía detrás de dichos cambios. Si se descubre que la confusión causada por la reforma es una limitante, ya sea para el progreso de ésta o para que los trabajadores de la salud se desempeñen eficientemente, entonces se recomienda realizar una serie de talleres cortos para el personal de las instituciones.

### **Capacitación de Líderes de la Salud en el Extranjero**

Existen recursos para becas de capacitación avanzada en el extranjero en áreas directamente relacionadas con la reforma de la atención de la salud. Con la orientación y el apoyo administrativo de las comisiones de recursos humanos, se debe seleccionar el personal que puede recibir capacitación en campos tales como economía para la salud, administración y políticas de salud, seguros para la salud, planeación de recursos humanos, métodos educativos para la salud, etc.

## Recursos Humanos

[illegible]

## Recursos Humanos

[illegible]



## Recursos Humanos

[illegible]

ID	Tarea	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
63	Censo de Instituciones de Enseñanza E inferiores																																
64	Diseño del censo																																
65	Colección de datos																																
66	Análisis e informes																																
67	Centros de Capacitación Ciudadana para la Educación																																
68	Centros de Capacitación Especificaciones para centros prototipo																																
69	Licitación para obtener incentivos																																
70	Desarrollo de centros y recursos																																
71	Implementación, evaluación, y expansión																																
72	Revisión de Curriculos																																
73	Estudio y análisis de deficiencias en los centros																																
74	Recomendaciones preliminares																																
75	Revisión continua y mejora de pautas																																
76	Acreditación de Instituciones de Enseñanza y																																
77	Revisión de información, opciones, y progreso																																
78	Toma de decisión, y diseño de sistemas																																
79	Implementación, vigilancia, evaluación, y																																

## Recursos Humanos

[illegible]

## **Síntesis de los Estudios**

# **ESTUDIOS CONDUCTIDOS POR EL EQUIPO HARVARD EN COLOMBIA**

## **ESTUDIO DE DESCENTRALIZACION**

Este estudio fue apoyado por la Organización Mundial de la Salud, el Programa de Sistemas Municipales de Salud y el Proyecto Harvard.

### **Objetivos**

Evaluar el grado de descentralización de diferentes entidades del sector salud y los efectos de la descentralización sobre la organización y administración de los recursos del sector y sobre los servicios de salud provistos.

### **Métodos**

El estudio de descentralización se encuentra aún sin terminar. Las actividades ya completadas son:

- La selección de los indicadores del grado de descentralización y sus efectos sobre los servicios de salud provistos. Tales indicadores incluyen estructura (instituciones y regulaciones), recursos (humanos y físicos), procesos (eficiencia, calidad y costo), satisfacción (provisión de servicios e impacto) y contexto (ambiente político e institucional). Esos indicadores fueron utilizados para desarrollar un cuestionario.
- Una muestra de departamentos, distritos, municipios, hospitales, SILOS y Juntas Administradoras Locales, fueron seleccionadas para el estudio. Del total de los 32 departamentos se seleccionó una muestra de 9 departamentos: 5 de alto nivel de desarrollo económico y 4 de bajo nivel; 3 departamentos ya han sido certificados, 3 han cumplido entre 7 y 12 de los requisitos para la certificación de la descentralización y 2 han cumplido entre 1 y 6 requisitos. 2 hospitales de segundo nivel fueron tomados como muestra en cada uno de los departamentos seleccionados. De los 4 distritos, 2 (Santafé de Bogotá y Cartagena) fueron seleccionados. Dentro de esos distritos, el estudio se focalizó en 20 SILOS, los 12 de hospitales de Nivel I y 4 de Nivel III (12 + 4), y 5 de las 20 Juntas Administradoras Locales existentes. De los 1050

municipios se seleccionó un total de 44, alrededor de 5 en cada uno de los departamentos seleccionados, dando prioridad a los municipios certificados.

- Los funcionarios de cada una de las entidades seleccionadas fueron entrevistados, utilizando el cuestionario mencionado antes, también se solicitaron documentos con datos históricos y de soporte.

Las actividades adicionales a realizar son:

- Los investigadores realizarán un análisis histórico del proceso de descentralización en las entidades, utilizando los datos recolectados en las entrevistas y los documentos.
- Los investigadores llevarán a cabo un análisis comparativo entre entidades con nivel de desarrollo económico similar, pero con diferente grado de descentralización.
- El equipo realizará una evaluación comparando los resultados con estándares de cobertura, calidad, eficiencia, autonomía y participación.

#### **Síntesis de los hallazgos:**

Los datos han sido apenas recolectados. Actualmente están siendo analizados y aún no hay resultados.

## **ESTUDIO DE EPSs**

### **Objetivos**

El objetivo general del estudio fue evaluar el proceso que se está llevando a cabo entre las EPSs en términos de licitación, contratación, mercadeo, afiliación, pagos, recaudo, prestación de servicios, calidad de la atención y control de costos. En particular, el estudio pretendió revelar: si las estructuras que se iniciaron con la reforma estaban funcionando como se planeó; cuáles pueden ser los obstáculos más importantes para el funcionamiento apropiado de las EPSs; y cuáles fueron las percepciones sobre la reforma en el sector de las EPSs.

### **Metodología**

El estudio fue basado principalmente en entrevistas estructuradas, a los directivos de todas las EPSs funcionando a la fecha de Octubre de 1995. Las EPSs incluyeron

diferentes tipos de organizaciones: con ánimo de lucro, sin ánimo de lucro, EPSs transformadas a partir de medicina prepagada, otras transformadas a partir de "Cajas", nuevas entidades, Cooperativas, entre otras. Información adicional fue obtenida de la Superintendencia de Salud en su "Circular 005". Más la base de datos de proveedores desarrollada por el equipo Harvard (véase estudio de eficiencia y capacidad hospitalaria), y datos del reporte de mayo (1995) del equipo Harvard.

### **Síntesis de los hallazgos:**

El estudio encontró que la principal actividad llevada a cabo durante el primer año de plena implementación, fueron conversiones de los diferentes tipos de sistemas antiguos al nuevo plan POS, se encontró que las EPS estaban focalizando los esfuerzos de mercadeo hacia las empresas y empleados no independientes. Hay incentivos insuficientes para que los afiliados y las empresas paguen la totalidad del impuesto sobre los ingresos, e insuficientes incentivos para el recaudo completo por parte de las EPS. Hay una carencia general de comprensión entre consumidores y proveedores sobre el nuevo sistema, lo que causa grandes obstáculos a la implementación de la reforma. No hay evidencia de que los hospitales y especialistas estén compitiendo por los contratos con las EPS. Las razones incluyen falta de habilidades para contratar, comportamiento "cartel", y el hecho de que solamente una pequeña parte del negocio de salud en la actualidad, es la atención de los afiliados al POS. Las EPS se quejan que el ISS tiene ventajas inequitativas e ilegales en el mercado. Hay evidencia que apoya estas quejas.

### **Conclusiones y recomendaciones**

Se requieren políticas para lograr un mayor interés de las EPS por afiliar los trabajadores independientes y lograr que el sistema sea más atractivo para los independientes. También se necesitan políticas para incrementar el recaudo de las contribuciones. Es necesaria una fuerte campaña masiva de información para estimular a los diferentes actores en el recientemente constituido mercado de la salud. Los administradores de los hospitales necesitan entrenamiento en contratación. También se requiere un rápido fortalecimiento de las leyes en contra del comportamiento anticompetencia. El ISS en particular deberá ser presionado para el cobro de las "cuotas moderadoras" a sus usuarios e iniciar la contribución al FSYG.

## **ANALISIS FUNCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD**

### **Objetivos**

El papel del MSP ha cambiado significativamente en los últimos dos años, de una organización que prestaba servicios de salud a los pobres y población no asegurada a una responsable por la cobertura del aseguramiento para toda la población. Consecuentemente, es importante determinar si el MSP y sus unidades están funcionando adecuadamente y donde se puede requerir intervención urgente. El estudio ha intentado desarrollar un mejor entendimiento de: la asignación de funciones en el Ministerio de Salud; los procesos de desarrollo y planeación institucional; los mecanismos de coordinación y comunicación; el desempeño actual de las unidades en relación con la ejecución de las actividades esenciales del Sistema de Seguridad Social; el nivel de autonomía de las unidades dependientes, el estilo predominante de dirección y el proceso de administración de recursos humanos.

### **Metodología**

53 funcionarios fueron entrevistados en el estudio, incluyendo 40 directivos y 13 profesionales. Los funcionarios estaban vinculados a las diferentes unidades del Ministerio de Salud: Direcciones, Subdirecciones, Oficinas, Divisiones y Programas. Las unidades seleccionadas correspondieron a las dependencias responsables de los mayores cambios en la reforma. Cada entrevista tuvo una duración de dos a tres horas. Además se recolectaron documentos relevantes cuando se encontraban disponibles.

### **Resumen de los hallazgos:**

Los principales hallazgos del estudio fueron:

- El criterio para la creación de unidades y subunidades no es claro, por lo tanto hay mucha superposición de roles y algunas unidades tienen mínimos campos de trabajo. La relación de jefes/subordinados tiende a ser baja, y en algunas unidades solo existe el jefe de la unidad.
- El proceso de planeación en las unidades es muy débil, los planes operativos se desarrollan sin una previa orientación política, establecimiento de prioridades o apoyo desde arriba. Los planes son usualmente realizados con base en: el deseo de un mejor desempeño en el trabajo actual de las unidades; las necesidades identificadas en el nivel local; y ocasionalmente

interés personal. Los planes son poco realistas, no tienen en cuenta las limitaciones de tiempo del equipo de la unidad o la financiación disponible. Los planes se elaboran en noviembre o diciembre, meses después que el presupuesto ya ha sido aprobado. La herramienta de planeación utilizada (POA) es considerada por los funcionarios como un simple requerimiento burocrático, y que no sirve a los objetivos de planeación. No hay mecanismos para coordinar los proyectos o las actividades rutinarias entre las unidades de una dirección o entre diferentes direcciones y los programas de organizaciones externas como el BID y Banco Mundial. Frecuentemente varias unidades llevan a cabo actividades similares sin ninguna integración o intercambio de ideas y documentos.

- No se están llevando a cabo por las unidades del MSP, funciones identificadas como esenciales para el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud o se están llevando a cabo de manera parcial. La mayoría del trabajo de las unidades y los funcionarios está relacionada con los proyectos o no tiene ninguna programación, y no relacionadas con el nuevo enfoque del MSP.
- La visión institucional del futuro consiste casi en su totalidad en actividades que se piensan necesarias antes del año 2001, y no en el tipo de institución o unidades que lograrían mejor las metas del sistema. La "visión" es muy limitada, aun en el nivel directivo.
- Uno de los factores que más fuertemente determina el desempeño entre las unidades, es la información oportuna y relevante (estadística, documental, legal, relacionada con la política, etc). Sin embargo el Ministerio no tiene designadas claramente las áreas responsables por la generación de estos datos o la compilación y evaluación de los datos de otras fuentes. Mucho del tiempo de los funcionarios es consumido por frecuentes búsquedas infructuosas de información.
- El estilo de dirección predominante es "Directivo Participativo", pero usualmente consiste en la delegación más que en un verdadero debate técnico.
- En los últimos cuatro años, la rotación de los directivos de alto nivel ha sido muy alta, y esto no es conducente con la continuidad de las políticas o la planeación.



- En términos de la administración de los recursos humanos, se encontró que las unidades participan poco o nada en los procesos de vinculación, que los nuevos vinculados rara vez reciben alguna inducción a la institución o a su rol en esta, y que la evaluación del desempeño no es vista como técnica ni con abjetivos ni que contribuya substancialmente a la institución o a su personal.

## **ANALISIS FUNCIONAL DE TAREAS**

### **Objetivos**

Un análisis funcional de tareas incluye la observación y definición las tareas discrecionales desempeñadas en el ambiente laboral y construir un listado de esas tareas. Se colocan conjuntamente claras descripciones del trabajo, evaluación y revisión de programas de entrenamiento, mejoramiento de la supervisión y calidad de los servicios, y la formulación de políticas para la planeación de los recursos humanos. Los objetivos más específicos de este estudio piloto en particular llevado a cabo por el programa Harvard desde agosto a noviembre de 1995, fueron: entrenar personal del sistema de salud en la metodología, demostrar la utilidad del análisis funcional de tareas como herramienta de planeación y de gestión para Colombia, y construir una lista básica de las taras desempeñadas en el primer nivel de atención.

### **Metodología**

Diecisiete analistas fueron entrenados y se organizaron varios equipo interdisciplinarios de estudio. Se visitaron 4 hospitales de primer y segundo nivel de atención y cinco centros de salud en Cundinamarca, con un total de 186 trabajadores de salud entrevistados. La muestra incluyó hospitales públicos y del ISS. El desempeño de tareas de cada núcleo se anotó en las listas de chequeo. Los hallazgos fueron agregados en reuniones de consenso posteriores a las visitas a las instituciones, y luego se clasificaron las tareas en diferentes funciones y subfunciones. Actividades de seguimiento del análisis incluyeron la definición del desempeño óptimo de cada tarea, el diseño de los roles de trabajo futuro y la definición del desempeño satisfactorio para cada tarea en un rol particular en una institución dada.

## **Resumen de los hallazgos**

- El número total de las tareas identificadas en atención primaria fue 669, y se dividieron en administración organizacional, administración de recursos humanos, prestación de servicios y categorías de apoyo logístico.
- Los médicos en la muestra de hospitales desempeñan un total de 343 tareas, de las cuales el 78% son de servicios directos a los pacientes. Solo cerca de la mitad de estas tareas de servicios a los pacientes (38%) fueron diagnóstico y tratamiento.
- Las enfermeras reportaron un desempeño de 479 tareas. Pero sus supervisores describen que ellas desempeñan solo 280 tareas. Hay una gran superposición de las tareas desempeñadas por las enfermeras y las auxiliares de enfermería: 85%.
- Las tareas de administración de recursos humanos fueron solo el 5% del número total.
- Las tareas de educación a pacientes constituyeron solo el 3% de las tareas de las enfermeras, 5% de las correspondientes a los médicos y 11% de las de las promotoras de salud.

## **Conclusiones y recomendaciones**

En general, el estudio concluye que el nivel de superposición entre las diferentes categorías de trabajos fue excesivo y los roles de trabajo pobremente definidos. Sin embargo fue menos en las instituciones del ISS. Los médicos evidentemente delegan parte de su trabajo a niveles inferiores, pero ellos pueden estar restringidos por el déficit del staff para hacer esto. Deben clarificarse mejor los roles separados de las enfermeras y las auxiliares de enfermería para disminuir la probabilidad de ineficiencia e insatisfacción del staff.

Los supervisores parecen no conocer la realidad del trabajo desempeñado por aquellos que supervisan, lo que sugiere que la supervisión en la práctica, está muy lejos de ser efectiva. Se recomienda realizar mayores investigaciones y análisis, redefinición de trabajos y revisión de currículos.

## **ESTUDIO DE COSTOS HOSPITALARIOS**

### **Objetivos**

Este estudio fue dirigido para evaluar el grado de variación de los costos por nivel de servicios entre hospitales, y para evaluar las discrepancias entre los costos y las tarifas SOAT.

### **Metodología**

De todos los hospitales del ISS, solo se identificaron cuatro (de Nivel II y III) con datos apropiados para un detallado análisis de costos y las estimaciones de los costos por nivel de atención para una muestra clínica representativa de intervenciones y servicios. También se obtuvieron y analizaron datos de otros cuatro hospitales (también de Nivel II y III) de la base de datos de costos hospitalarios del Dr. Alvaro Sánchez Londoño que permitieran realizar comparaciones con los demás y los hospitales del ISS.

### **Resumen de hallazgos**

Parece existir una gran variación de los costos entre hospitales para servicios dados, así como gran variación en los costos relativos entre los servicios. La variación de los costos entre hospitales es muy grande y la muestra es muy pequeña, de tal manera que no se pueden establecer condiciones confiables respecto de la relación entre las tarifas SOAT y los costos hospitalarios. Además, a la fecha no parece existir ningún hospital en Colombia, con disponibilidad de datos de costos de alta calidad.

### **Conclusiones y Recomendaciones**

Se requiere una muestra representativa de hospitales para poder estimar de manera confiable costos promedio para el nivel de servicios. Tales costos promedio pueden ser diferentes de los costos actuales en cualquier hospital en particular. Una base ajustada por admisión para efectuar los pagos a los hospitales podría tener varias ventajas. Sería más simple que el actual método de pago por servicios prestados, y se podría utilizar para ayudar a proteger a los pobres del desplazamiento de los hospitales. Finalmente, se realizaría todo esto sin promover la sobreutilización.

## **ESTUDIO DE CAPACIDAD Y EFICIENCIA HOSPITALARIA**

### **Objetivos**

Los objetivos de este estudio fueron evaluar que tan eficientes son los diferentes tipos de hospitales en Colombia y también para evaluar si la oferta actual del recurso hospitalario es adecuada para cumplir con el incremento esperado en la demanda que acompañará la reforma.

### **Metodología**

Se enviaron cuestionarios detallados a 1.065 hospitales de I, II y III Nivel. Respondieron cerca del 70%. El análisis de la eficiencia se basó en 435 hospitales que respondieron, y el análisis de capacidad se basó en 590. Estos fueron todos los hospitales que el equipo de estudio pudo identificar, pero aun no se considera una lista exhaustiva, porque un registro completo de los hospitales aun no existe en Colombia. La información obtenida sobre los recursos hospitalarios y los egresos fue utilizada para calcular estimativos de productividad y eficiencia que es, desempeño relativo en términos de producir mas productos con la misma cantidad de insumos, o los mismos productos pero con menos insumos. Varios tipos de consultas y de servicios se convirtieron a “consulta general equivalente” estandarizada, que permite que los diferentes hospitales sean comparados.

### **Resumen de los hallazgos**

- Hay una amplia variedad en la productividad entre hospitales del mismo nivel, aunque las tradicionales tres niveles de atención fueron discriminadas en un total de siete niveles de complejidad de la atención. Se encontró que los más altos niveles de atención fueron más productivos, lo que es consistente con la percepción popular.
- Los hospitales del ISS fueron más eficientes a pesar de la medición de productividad observada.
- Los hospitales privados con ánimo de lucro mostraron resultados mixtos, con alta eficiencia para algunos indicadores y niveles de atención, y baja eficiencia para otros.
- Un mayor tamaño de mercado tiende a asociarse con una mayor eficiencia, pero en Bogotá, los resultados fueron inconsistentes a este respecto.

## **Conclusiones y Recomendaciones**

Hay lugar para una expansión en la capacidad de servicios, especialmente entre los hospitales con ánimo de lucro públicos y privados donde la productividad no es muy alta a este respecto. Incrementos en la eficiencia ampliarían la oferta. Sin embargo se necesita un mayor entendimiento de la demanda en la ecuación, antes de poder estimar la oferta adecuada.

## **ANALISIS DE LA ENCUESTA DE HOGARES**

### **Objetivo**

Este estudio fue diseñado para caracterizar la demanda de servicios de salud tanto en áreas rurales como urbanas, así como el monto de los gastos en salud de los diferentes hogares. El análisis se enfocará en el rol de los proveedores privados, especialmente en las áreas rurales. Existen muy pocos estudios en este tema, y la presunción de que solo los proveedores públicos atienden a los habitantes del área rural puede ser falsa. Un análisis completo del sector público de atención de la salud Colombiano se está llevando a cabo por Molina y cols.

### **Metodología, Resumen de hallazgos, Conclusiones y Recomendaciones**

A febrero de 1996 el estudio aún no se había completado.

El estudio utiliza la Encuesta Nacional de Hogares más reciente (ENH 77) de 1992, que incluyó preguntas sobre atención de salud. Preguntas en esta encuesta orientaban acerca de si los encuestados se encontraban afiliados a algún sistema de aseguramiento y cuál fue su utilización de servicios ambulatorios y de hospitalización en agosto de 1992 incluyendo el proveedor seleccionado, quién pago por la atención y sus "gastos de bolsillo" para salud..

Después de tabular las respuestas para encontrar las tasas de utilización, tasas de afiliación a seguros y la distribución de los pagadores y prestadores de servicios, se realizarán tabulaciones cruzadas para explorar cuáles son las interacciones entre afiliación, utilización, prestación y financiación. Los "gastos de bolsillo" serán analizados como porcentaje del ingreso de los hogares. La variación del porcentaje de acuerdo con el ingreso y el estado de afiliación, será un indicativo, de la carga relativa de los costos de la atención de salud para los diferentes segmentos de la población.

Se utilizarán otras encuestas para resaltar los cambios en el tiempo. Por ejemplo, la encuesta ENCAPS de 1977-1980, señala patrones de gasto. Será utilizada como punto de referencia, especialmente en los términos de las diferencias entre la carga de los gastos de salud, entre los diversos grupos de ingreso. La encuesta ENCAPS 1986-1989 analizó las tendencias en la utilización de los servicios tanto para la atención ambulatoria como hospitalaria. Se empleará para comparar con los datos de la ENH77 en términos de las tasas de utilización y la selección de proveedores. Eventualmente, se usarán técnicas econométricas para hacer un modelo de gastos de atención en salud como una función del ingreso y el estado de afiliación. Se utilizará un modelo lógico multinomial para encontrar los determinantes de la selección de proveedores en las áreas urbanas y rurales. Se realizarán ensayos preliminares para encontrar la proporción de la utilización que permita ser estimada mediante métodos básicos de ajuste de riesgo (edad- sexo).

Un documento de trabajo basado en el análisis descriptivo estará disponible en Marzo de 1996.

## **REVISION DE LITERATURA SOBRE RECURSOS HUMANOS**

### **Objetivos**

Este estudio ha intentado desarrollar un análisis situacional de los recursos humanos para la salud en Colombia y en particular, identificar los problemas de los recursos humanos que pudieran tener un impacto sobre el progreso de la reforma de salud.

### **Metodología**

Fueron revisados, sintetizados y analizados estudios anteriores del Equipo Harvard y de otras organizaciones, concernientes a la oferta, producción, remuneración, distribución, regulación, administración, competencia, utilización y localización del Recurso Humano para la Salud en Colombia.

### **Resumen de Hallazgos**

- La información sobre Recursos Humanos es generalmente muy escasa y esto presenta una severa limitación sobre la capacidad de planeación del Recurso Humano. El número actual de médicos generales puede ser suficiente para atender las necesidades básicas de atención en salud en el País. Sin embargo, hay muchas razones de preocupación acerca de la calidad de la atención

primaria y de urgencias que ellos ofrecen, de la inadecuada distribución de esos recursos en todo el país y la inexperiencia y localización alejada de los médicos generales en su año de servicio social obligatorio.

- Particularmente, hay ausencia de información sobre médicos especialistas. Su número, áreas de experiencia, calidad de la atención y patrones de empleo.
- El número de enfermeras y auxiliares de enfermería también parece ser bajo. La evidencia para esto incluye: baja relación Enfermeras/médicos comparado con otros países; las diferentes tendencias de crecimiento entre los programas de entrenamiento en salud y un número excesivo de tareas asistenciales diferentes a diagnóstico y tratamiento, que están siendo desarrolladas por los médicos. Las dos categorías de enfermería (enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería) están bastante alejadas en cuanto a entrenamiento y remuneración, pero sorprendentemente similares en cuanto a tareas desempeñadas.
- Finalmente, el lugar de trabajo para atención de salud en Colombia, generalmente carece de Sistemas de supervisión fuerte, los cuales son necesarios para la satisfacción de las necesidades del personal y los pacientes.

## **Conclusiones y Recomendaciones**

Las recomendaciones se encuentran detalladas en la segunda parte del capítulo sobre Recursos Humanos (Capítulo 7), del reporte del Plan Maestro de Implementación de la Reforma. Ellas incluyen la creación de una Comisión de alto nivel ("blue Ribbon") para movilizar energía y recursos para la obtención de los cambios y actividades necesarias. Se han recomendado talleres para mejorar la atención del trauma, atención primaria en salud y gestión de Recursos Humanos, así como un programa de rotación rural supervisada, para médicos graduados antes de que inicien su año social obligatorio. Se ha recomendado además, la certificación de una variedad de tipos de practicantes rurales de atención primaria competentes, como la creación de un nuevo grupo de "Practicantes Rurales de Atención Primaria en Salud" para llenar el vacío de médicos en las áreas rurales. Se ha recomendado abrir el paso a la carrera de enfermería para la creación de un nuevo grupo entre las enfermeras profesionales y las auxiliares. Se sugiere la educación continua rutinaria para todos los tipos de trabajadores de la salud, a través del desarrollo de entrenamiento clínico permanente en el sitio de trabajo. El equipo Harvard recomienda acreditación educativa rutinaria y estándares para el licenciamiento y recertificación de profesionales. Será necesario mejorar la información para planeación, expansión del Análisis Funcional de Tareas y desarrollo del modelo dinámico de oferta y demanda de recursos humanos. Otras recomendaciones incluyen investigación adicional, pruebas piloto de modelos mejorados de administración del recurso humano y entrenamiento avanzado en el exterior.

## **ESTUDIO IPSs / ESEs**

### **Objetivos**

Esta encuesta fue diseñada para determinar si actualmente los hospitales tienen la capacidad y preparación para desarrollar lo que ha vislumbrado la reforma. Estar capacitados y preparados incluye: tener suficiencia de recursos humanos administrativos adecuados, con apropiado entrenamiento; tener la capacidad de informar a las EPSs e instituciones reguladoras. Que actualmente estén buscando y aceptando acuerdos con las EPSs; respondiendo al ambiente de mercado; Estar listos para la fase de pérdida de subsidios a la oferta, y para los hospitales públicos, convertirse en ESEs en concordancia con los mandatos oficiales.

### **Metodología**

Fue enviado por correo un cuestionario a un grupo estratificado de 196 hospitales, quienes habían respondido a un estudio previo conducido en Marzo de 1995. Los 12 estratos estaban basados en la propiedad y el nivel de complejidad del hospital. El cuestionario cubría aspectos de dirección, liderazgo, planeación, operación, control, comunicaciones internas, programas de desarrollo y mejoramiento organizacional, gestión de recursos humanos, mercadeo y competencia, sistemas de pago, contratación y ventas, y sistemas de información. En este momento, los cuestionarios completamente diligenciados, aún están siendo recolectados de las instituciones, pero hasta ahora los resultados se mantienen consistentes a pesar de que la información ha aumentado.

### **Resumen de Hallazgos**

En la mayoría de las instituciones estudiadas, el Director General tiene el poder para planear operaciones, contratar o despedir funcionarios y modificar presupuesto. Usualmente los hospitales tienen una misión escrita pero la mayoría del personal no esta familiarizado con ella. Los mecanismos de control de la calidad existen en principio, pero generalmente se encontró ausencia de programas específicos. Menos de la mitad de las instituciones han adelantado encuestas de satisfacción a los usuarios. El nivel de satisfacción se encontró siempre sobre el 60% y en la mitad de los casos por encima del 90%. No fueron comunes incentivos para los empleados y solamente 10% de los hospitales han realizado encuestas a éstos. Se informó que el desempeño de los funcionarios se vió obstaculizado por la estructura y el clima organizacional, lo último caracterizado típicamente por la resistencia al cambio. Una tercera parte de la muestra no ofreció ninguna inducción



a las nuevas personas contratadas, y en los demás casos, la inducción fue de dos días o menos. Cerca del 90% de los hospitales no tienen aérea de ventas y mercadeo. Un porcentaje superior al 80% tiene contrataciones con EPSs, pero casi siempre utilizando pagos por servicios prestados (Fees for services), no capitación o paquetes. Los precios y honorarios, rara vez, estuvieron basados en estudios de costos. En cambio, los hospitales se basaron en las tarifas SOAT, costos históricos y las prácticas de sus competidores. En la mayoría de los hospitales se encontraron sistemas de información para facturación (90%), nómina (95%), contabilidad (75%) y registros clínicos (95%). Sin embargo, estos sistemas fueron más frecuentemente manuales que computadorizados.

### **Conclusiones y recomendaciones**

Las IPSs y las ESEs mostraron algunas de las capacidades necesarias y se encuentran preparadas y alertas y, es evidente, una participación activa en la reforma. No obstante, se necesita asistencia técnica en el desarrollo de herramientas gerenciales, programas de incentivos para los empleados, planes estratégicos, programas de mejoramiento de la calidad, mercadeo y automatización de sistemas.

## **CUENTAS NACIONALES DE SALUD**

### **Objetivos**

El estudio de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) de Colombia, es una colaboración entre el Departamento Nacional de Planeación, el MSP, y la Superintendencia Nacional de Salud, con el soporte técnico del equipo Harvard. Las Cuentas Nacionales de Salud son una serie de Cuentas actuales de gastos para todo el sector de la salud de un País. Esta información es esencial para la política de financiación de la salud. El objetivo es preparar, tan completo como sea posible, los estimativos de las CNS para Colombia en 1993, utilizando los datos actualmente disponibles en varias fuentes.

### **Metodología**

El estudio adaptó métodos que han sido desarrollados en Harvard y que han sido utilizados recientemente en México y Egipto. Se construyeron dos matrices: una que muestra los flujos de fondos entre las "fuentes" y los "agentes que financian" o "pagadores". La segunda matriz muestra los flujos de fondos entre los "pagadores" y varios tipos de proveedores y servicios.

## **Resumen de hallazgos**

Para Febrero de 1996, los estimativos preliminares de la primera matriz estuvieron completos y se incluyeron en el presente informe. Los cálculos muestran un nivel relativamente alto de gastos en salud, (7,3% del PIB) con un peso significativo de los gastos de bolsillo de los hogares (mas de 55% del total de los gastos de salud)

## **Conclusiones y Recomendaciones**

Una vez se termine la primera parte de los resultados, se debe realizar un taller para revisar los hallazgos y la metodología y desarrollar planes para la actualización periódica de las CNS en los años siguientes. Se recomienda que Colombia lleve a cabo la actualización anual de las CNS dada la importancia de los cambios en la documentación financiera, en el monitoreo y evaluación de la reforma.

### **Propuesta para Iniciativas Privadas en la Reforma de Salud Colombiana Pontificia Universidad Javeriana / Universidad de Harvard**

Con la asistencia técnica de la Universidad de Harvard, la Pontificia Universidad Javeriana, con: la Fundación Social, Salud Colmena, Caja de Compensación Familiar Cafam, Cafesalud, Ministerio de Salud, Empresa solidaria y Salud Cooperativa, y Saludcoop ; desarrollaron una propuesta para promover y evaluar formas alternativas para prestar servicios a la población subsidiada. El objetivo de esta actividad es: 1) evaluar las iniciativas privadas en comparación con los prestadores de servicios públicos en términos de la capacidad institucional, factores socio-económicos y de salud de los beneficiarios, y condiciones de mercado; y 2) diseñar y promover estrategias para mejorar los servicios privados para la población subsidiada.

La propuesta incluye asistencia técnica a los prestadores privados, evaluación de proceso e impacto, y desarrollo de modelos replicables. El estudio está diseñado para ser desarrollado en una capital de departamento ( Valledupar), un área marginal de Bogotá , un área rural del eje cafetero y una ciudad de tamaño intermedio. La asistencia técnica apoyará los procesos administrativos, diseño organizacional, financiación, mercadeo, sistemas de información y evaluación. La evaluación de impacto está diseñada para evaluar los cambios en el estado de salud, utilización, cobertura, calidad de servicios, competencia y elección del consumidor.

La propuesta ha sido entregada al BID u esta en estudio.

## **ESTUDIO DE AJUSTE DE RIESGO Y REASEGURO**

### **Objetivos**

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes: buscar mejorar la fórmula para el ajuste de riesgo, más allá del simple ajuste por edad y sexo que es usado actualmente; evaluar mecanismos alternativos para proteger a las EPS contra la selección adversa y a los consumidores contra la selección de riesgo; evaluar la necesidad para que el gobierno promueva el reaseguro; y eventualmente identificar un mecanismo de reaseguro adecuado.

### **Metodología**

Los métodos utilizados en este estudio incluyeron: Un análisis de la literatura sobre ajuste de riesgo y reaseguro y su relevancia en el contexto colombiano; recolección de datos de la mayor cantidad de aseguradoras como fue posible (solamente dos); y una evaluación del poder predictivo de ajustes alternativos de riesgo con los datos colombianos.

### **Resumen de hallazgos**

La mayoría de las aseguradoras colombianas no mantienen los datos organizados de tal manera que permitan el análisis de los factores de riesgo. El estudio encontró, que una clasificación más detallada de edad y sexo que la utilizada actualmente, podría mejorar la precisión de los ponderados de la UPC. Aun teniendo estos ponderados mejorados y otros ajustadores de riesgo disponibles, la variación explicada en los gastos no es más que un 5% de la variación total, que es pequeña para proteger a las EPS contra la selección adversa o a los consumidores contra la selección de riesgo. Además, aunque se utilizaran códigos diagnósticos precisos con los más sofisticados ajustadores de riesgo disponibles en la actualidad, los problemas de selección de riesgo aun permanecerían a pesar de que ciertos aspectos de la ley colombiana ayudan de manera importante a reducir su magnitud.

### **Conclusiones y Recomendaciones**

- El pool de riesgos prospectivos comunitario proporcionado, parece ser un mecanismo factible para mejorar los problemas de selección de riesgo. Este debe ser evaluado mediante un estudio piloto.

- Una clasificación más detallada de las condiciones reasegurables de alto costo que las provistas por la ley, combinada con un sistema de ajuste prospectivo más que de pagos retrospectivos, podrían ambos, proveer una forma eficiente de reaseguro y reducir los problemas de selección de riesgo.
- Si estos mecanismos de ajuste de riesgo, junto con las disposiciones legales vigentes para la reducción de selección de riesgo son insuficientes, entonces, una capitación parcial o un mecanismo de pago mixto deben ser evaluados por medio de un estudio piloto.

## **ESTUDIO DE LAS COMISIONES PARA COLOMBIA**

### **Objetivos**

Revisar las experiencias colombianas en la creación e implementación de comisiones reguladoras en otros sectores, con el fin de tomar experiencias para las comisiones a ser creadas dentro del sector salud.

### **Metodología**

Se revisó la legislación actual (especialmente la Ley 142 de 1994) en los aspectos relacionados con la creación, estructura organizacional, funciones y roles de las comisiones reguladoras. Las tres comisiones creadas por la Ley 142 fueron estudiadas a través de entrevistas con funcionarios de las Comisiones Reguladoras de agua y saneamiento, gas y energía, y comunicaciones.

### **Resumen de hallazgos**

Estas comisiones fueron creadas por una ley única en 1994 para regular la industria monopólica, y han sido reconocidas como relativamente efectivas. Las comisiones están vinculadas a los ministerios responsables, pero tienen independencia administrativa. Los ministros o sus delegados presiden la comisión, y entre los miembros que la constituyen están representantes del DNP y de la Superintendencia de Servicios Públicos. Cada comisión tiene a su vez de tres a cinco "expertos" nombrados por el Presidente, quienes no son empleados ni de la industria regulada ni representan a los usuarios. Las funciones reguladoras incluyen el establecimiento de fórmulas para ajustar tarifas; normas para contratación; normas para calidad de información y criterios para la gestión financiera, técnica y

administrativa eficiente. Además, las comisiones resuelven conflictos, definen la fusión o liquidación de empresas, y ordenan a la Superintendencia para investigar y sancionar. El estudio encontró que estas comisiones tienen problemas como resultado de la falta de experiencia y capacidad reguladora. Hay poca claridad doctrinal y experiencia en el proceso de desarrollo de regulaciones y existe confusión sobre las relaciones entre las comisiones y el gobierno, especialmente con la Superintendencia. Además, no poseen como característica la representatividad directa de los intereses ciudadanos sobre el rol de las comisiones. Existe una carencia generalizada de expertos calificados fuera de las instituciones reguladas. A pesar de que el objetivo de crear comisiones es “despolitizar” el proceso regulatorio, el rol predominante de los ministerios en las comisiones (además de su poder explícito de veto) limitan la influencia de los expertos en las comisiones. En algunos casos el grupo completo de expertos aun no ha sido nombrado. Además, los expertos dependen frecuentemente de sus ministerios para la administración y grupo de apoyo, y como resultado han carecido de suficiente control sobre su propio trabajo.

### **Conclusiones y Recomendaciones**

Aunque las comisiones regulatorias parecen funcionar mejor que las unidades gubernamentales equivalentes, es necesario mejorarlas. Sus operaciones deben ser más sólidas. Deben hacerse cambios en la forma como las comisiones son creadas en la actualidad y en su implementación, para evitar los problemas mencionados atrás. El gobierno necesita aclarar el proceso de desarrollo de las regulaciones, incluyendo una mejor definición de las responsabilidades de las comisiones en relación con otras entidades. Es necesario establecer las condiciones necesarias para lograr la objetividad y la transparencia y la rendición de cuentas en la toma de decisiones. Es aconsejable que las comisiones tengan autonomía administrativa y financiera frente a los ministerios correspondientes. Así, como también un staff independiente y de tiempo completo. Finalmente, debe existir una representación minoritaria de los usuarios de los servicios y del gobierno.

## **Bibliografía Seleccionada**

ACRIP. Encuesta Anual de Salarios y Beneficios (décimo novena), 1995.

ASCOFAME. **Reflexión de Expertos: Encuentro Sobre Educación Médica**. Villa de Leyva. 1987.

Castañeda T. El Financiamiento de Sistemas de Salud: Alternativas y Dilemas. **Cuadernos de Economía**; Año 27, No. 18. p. 81. p. 183-197: Agosto 1990.

Departamento Nacional de Planeación. **El Salto Social: Bases para El Plan Nacional de Desarrollo 1994-1998** DNP.

DNP, UDS, y Misión Social. **Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales**. Bogotá: SISBEN, Marzo 1994.

Easterly W. **The Macroeconomics of the Public Sector Deficit: The Case of Colombia**. Washington DC; World Bank Research Project 675-31, June 1991.

**Estrategia de Atención Primaria en Salud: Zonas Urbanas Marginadas de Colombia**. FES 1994.

Facultad de Medicina, Universidad Nacional. **Bases para una Reforma del Currículo de la Carrera de Medicina**. Bogotá. 1989.

FEDESARROLLO. **Coyuntura Económica: Análisis y Perspectivas de la Economía Colombiana**. Coyuntura Económica: Vol. XXIV No. 2, Junio 1994.

FEDESARROLLO y FESCOL. **Debates de Coyuntura Económica: La Gestión Municipal en el Contexto de la Descentralización**. Bogotá: FEDESARROLLO Y FESCOL, No. 33, Septiembre 1994.

Giedion U., y Wullner A. La Unidad de Pago Por Capitación y el Equilibrio Financiero del Sistema de Salud. FEDESARROLLO: Bogotá, Febrero 1995.

Gutiérrez C., Molina C. G., Wullner A., y Giedion U. **Las Formas de Contratación entre Prestadoras y Administradoras de Salud. (Informe final)**. Santafé de Bogotá, Colombia: FEDESARROLLO, Septiembre 1994.

**ICFES. Area Ciencias de la Salud: Programas de Pregrado y Postgrado e Instituciones que los Ofrecen.** Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior: 1995.

Instituto de Seguros Sociales, Gerencia Nacional de Calidad de Servicios de Salud. **Informe Gerencial Resultados de la Calidad de los Servicios de Salud.** Septiembre- Octubre 1994. Bogotá: Noviembre, 1994.

Instituto de Seguros Sociales, Oficina Nacional de Planeación. **Informe Estadístico 1993.** Bogotá: ISS Grupo de Estadística; Febrero, 1994.

Instituto de Seguros Sociales; Subdirección Financiera. Manual de Tarifas para Compra y Venta de Servicios de Salud en el Instituto de Seguros Sociales. Acuerdo No. 051, Febrero 1994.

Interamerican Developmen Bank. **Socioeconomic Report: Colombia.** IDB Economic and Social Developmen Department, Report No. DES-13, 1994.

Londoño J. L. **Carga de la Enfermedad en Colombia.** Santafé de Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, 1994. Source: Colombia MSP.

Mejía A. **Fuerza Laboral para la Salud en Colombia: Estudio de Mercadeo.**

Ministerio de Hacienda y Crédito Público. "Evaluación Financiera del Sector de la Salud" Final Draft, Octubre 1994. Source Colombia MSP, Noviembre 1994.

Ministerio de Salud. **Análisis Presupuestal de los Servicios Seccionales de Salud 1993.** Santafé de Bogotá, Colombia: SUPERSALUD Ministerio de Salud, 1994. Source: Colombia MSP.

Ministerio de Salud. **Análisis Presupuestal Hospitales II y III Nivel de Atención 1993.** Santafé de Bogotá, Colombia: SUPERSALUD Ministerio de Salud, 1994.

Ministerio de Salud. Bases Metodológicas para la Definición del Régimen de Beneficios. Informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; Mayo 1994. Ministerio de Salud. Chacón Vargas, Fernando y Colaboradores. **Información Básica para la Planeación del Recurso Humano en Salud.** Noviembre 1995.

Ministerio de Salud. **Disposiciones Legales y Circulares Externas.** Santafé de Bogotá, Colombia: SUPERSALUD Ministerio de Salud, 1994. Source Colombia: MSP, Noviembre 1994.

Ministerio de Salud, Dirección de Sistema de Información. **La Salud en Colombia: 10 años de Información.** Ministerio de Salud: Bogotá, 1994.

Ministerio de Salud "Empresas Solidarias de Salud". Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Salud; Febrero 1993. Source Colombia: MSP, Noviembre 1994.

Ministerio de Salud. **Entidades de Medicina Prepagada. Análisis de Coyuntura y Disposiciones Legales.** Santafé de Bogotá, Colombia: SUPERSALUD Ministerio de Salud, 1993.

Ministerio de Salud Estudio Nacional de Enfermería 1985-1987: Actualidad y Perspectiva. Bogotá.

Ministerio de Salud. La Definición del Plan Obligatorio de Salud. Documento Aprobado por El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Julio 1994.

Ministerio de Salud **La Reforma a la Seguridad Social en Salud.** Ministerio de Salud Bogotá: 1994

Ministerio de Salud. **Ley 10-Decretos Reglamentarios.** Bogotá Ministerio de Salud, 1990.

Ministerio de Salud. **Ley 60-Decretos Reglamentarios.** Bogotá: Ministerio de Salud, 1994.

Ministerio de Salud. Lopera Gutierrez. Jaime. **Régimen Especial de Salarios y Estímulos para los Empleados del Sector Salud Territorial,** Informe Final, 1994.

Ministerio de Salud. **Programa Mejoramiento de los Servicios IDB de Salud: Plan Operativo.** Anual 1996.

Ministerio de Salud. Resolución Número 005261 "Por lo Cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud". Santafé de Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, Agosto 1994.

Ministerio de Salud. "Sistema General de Seguridad Social en Salud: Régimen Subsidiado-Empresas Solidarias de Salud". Septiembre 6 1994.



Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo. **La Seguridad Social en Colombia: Ley 100 de 1993**. Santafé de Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, 1993. Source: Colombia MSP.

Ministerio de Salud y Banco Mundial. **Informe de Ejecución Plan Operativo Anual PSMS**, Tercer Trimestre 1995.

Molina C.G., Giedion U. **Cuantificación Financiera de un Sistema de Seguridad Social en Salud (Informe Final)**. Santafé de Bogotá, Colombia: FEDESARROLLO, Enero 1993.

Molina C.G., Rueda M.C., Alviar M., y Giedion U. **El Gasto Público en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia (Informe Final)**. Santafé de Bogotá, Colombia: FEDESARROLLO, 1994.

Munar W. et al. "Evaluación de la Efectividad del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Programa de Empresas Solidarias de Salud" Barranquilla: Universidad del Norte, 1994.

PAHO. Health Conditions in the Americas, 1994.

Pérez I.J., **El Futuro de la Salud en Colombia: -Ley 100 de 1993- Política Social, Mercado y Descentralización**. Bogotá: FESCOL, 1994.

Pontificia Universidad Javeriana. **Programa de Apoyo a la Iniciativa Privada en la Reforma de Salud en Colombia**, Bogotá: Documento Técnico Dir/021.95, Mayo, 1995.

Profamilia. **Colombia: Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud 1990**. Santafé de Bogotá, Colombia: Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana, 1990.

Restrepo M. **Política Social: Una Propuesta para el Area de la Salud**. Bogotá: FESCOL, Agosto 1994. Source COG, Noviembre, 1994.

Superintendencia Nacional de Salud, **Cuantificación del Recurso Humano Profesional del Sector de la Salud en Colombia**, Agosto 1995.

Tavera F.S. **El Nuevo Modelo de Atención de la Salud del Instituto de Seguros Sociales**. ISS Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Velez Echavarria C.E. "La Incidencia del Gasto Público Social en Colombia" Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, Septiembre 1994.

World Bank, **Colombia: Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?** Washington D.C.: World Bank Report No. 11933-CO, March 1994.

World Bank, **Colombian Poverty Assessment.** Washington D.C.: World Bank Report No. 12673-CO, April 1994.