



servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

La regulación en el sistema de salud colombiano

Las reformas sectoriales de las últimas décadas buscan la formación de mercados y la concesión de un mayor espacio a los agentes privados para que participen en la oferta de bienes y servicios que antes eran producidos bajo monopolio estatal, al mismo tiempo que practiquen la libre elección del proveedor de dichos bienes y servicios. En otras palabras, liberalización y privatización han marcado la pauta en dichas reformas, como estrategias para mejorar los niveles de eficiencia y bienestar en la sociedad.

Esta lógica de las reformas trae consigo varias innovaciones de mercado. En particular, la desintegración vertical de funciones que antes realizaba una sola firma, normalmente de carácter estatal, de modo que para cada función se teje un mercado. Además, en medio de tal desintegración y de la aparición de nuevos agentes, se desarrollan diversos comportamientos estratégicos que buscan reducir costos de transacción y mantener presencia en el mercado, de modo que se generan nuevas integraciones, alianzas y otro tipo de conductas que ponen en riesgo el bienestar del consumidor.

En el caso de la salud, como se ha enseñado en varias Observaciones, la

reforma colombiana ofrece un ejemplo prácticamente único en el mundo. El seguro público de salud fue sometido a una desintegración vertical al separar su oferta de las funciones de financiamiento y prestación de servicios; además, se creó un mercado para proveer este seguro y articularlo con el de prestación de servicios que también recibió un impulso al generar incentivos para que el sector privado invirtiera en la ampliación de la oferta. Además de esto, como puede predecirse desde la economía institucional, la reforma implicó la generación de mecanismos de regulación para facilitar un desarrollo armónico de tales mercados y garantizar el bien común.

En esta Observación se ilustran aspectos centrales sobre la regulación en el sistema de salud colombiano, como parte del desarrollo de un proyecto de investigación financiado por la Universidad de Antioquia y el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología -Colciencias-. Además de presentar los tópicos teóricos sobre la regulación en salud y la manera como opera esta función en Colombia, se hace una revisión de estudios nacionales y se formulan algunos interrogantes que serán resueltos con la investigación.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

1. Tópicos teóricos

Para Douglas North, premio Nobel de Economía en 1993, las instituciones se entienden como las reglas de juego que son dadas por las personas para conducir el comportamiento humano, con el propósito fundamental de reducir la incertidumbre sobre la forma que tomarán las relaciones entre las mismas personas. Para lograr este propósito se requiere una estructura estable, aunque no estática ni necesariamente eficiente, puesto que las instituciones se encuentran en cambio permanente y las expresiones que toman no siempre representan la forma menos costosa para conducir las acciones entre individuos (North, 1993).

Las instituciones toman forma y cumplen propósitos según su clasificación en formales e informales (ver tabla 1): las primeras, son creadas explícitamente para encarar problemas específicos de coordinación económica, social y política; las segundas, por su parte, son reglas no escritas que se van acumulando a lo largo del tiempo y se registran en usos y costumbres (Ayala, 1999).

Tabla 1. Clasificación de las instituciones

	Tipos de instituciones	
	Formales	Informales
Definición	Leyes y reglamentos	Reglas no escritas y convencionales
Objetivos	Atacar problemas específicos	Establecer códigos y valores
Cumplimiento	Obligatorio	Voluntario y autocumplido
Campo	Dominio público	Dominio privado

Tomado de: Ayala, (1999).

La regulación como institución

Desde esta perspectiva, la regulación puede verse como una institución formal. En efecto, la regulación se refiere a una función pública que restringe las actividades de los agentes que participan en el mercado, de manera intencional y con el propósito fundamental de garantizar el bien común (Mitnick, 1989). En el ejercicio de dicha función, se diferencian dos elementos fundamentales: por una parte, las *instituciones* o normas regulatorias que se expresan en leyes y reglamentos; y, por la otra, quienes ejercen la función de regulación, es decir, los *organismos* que proporcionan una estructura a las relaciones de los individuos.

La importancia en esta distinción radica en la mutua determinación de estos elementos. En primer lugar, los organismos u organizaciones toman forma en función de los limitantes provenientes tanto de las particularidades de su conformación y funcionamiento, como de las insti-

tuciones mismas (su razón de ser), lo cual determina las oportunidades potenciales de maximización de sus objetivos (North, 1993) y condiciona los logros en regulación. En segundo lugar, las instituciones son producidas por las organizaciones, pues éstas tienen la capacidad de dominar su entorno a través de la emisión normativa, por medio de la cual deciden cuántas y cuáles relaciones de las entidades sujetas a regulación quiere afectar; poseen poder de recompensar, incentivar o castigar; además, tienen el poder de reducir (aumentar) la incertidumbre, garantizando estabilidad (provocando inestabilidad) y manteniendo las relaciones de intercambio entre agentes en determinadas condiciones (Mitnick, 1989).

En este orden de ideas, la regulación implica un proceso llevado a cabo por las organizaciones reguladoras, el cual comprende a un mismo tiempo el diseño y la generación de normas y la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación, de lo cual es posible distinguir la tarea normativa de la labor de fiscalización y control, respectivamente (Ferreiro, 2000).

Los fallos de la regulación

En el desarrollo de estas tareas, la teoría económica de la regulación también identifica fallas en el ejercicio de la función reguladora asociadas a uno u otro proceso (emisión normativa y/o fiscalización). El primero de ellos, se hace evidente al considerar las relaciones subyacentes en las entidades reguladoras, donde existe confrontación de intereses entre los funcionarios de éstas y los objetivos de la entidad en sí misma, lo cual genera circunstancias propicias para la generación de conflictos de poder que debilitan o desvían la función de regulación en cuanto a sus objetivos principales, y puede permitir la *captura de intereses* por parte de las entidades reguladas más influyentes o de los mismos ejecutores de la regulación.

El segundo fallo se asocia a *problemas de información*, donde las estrategias ideadas para llevar a cabo los objetivos finales demuestran poca eficacia en su aplicación, o no son las mejores para cumplir las metas públicas, debido principalmente a la ausencia o insuficiencia de información sobre los efectos de las medidas adoptadas que en ocasiones pueden generar ineficiencias mayores a las que se tratan de evitar o corregir. Y por último, el tercer fallo regulatorio, es relativo a la *consistencia de las decisiones*, dado que los gobiernos como agentes que disponen en el sector público actúan con base en metas de corto plazo (normalmente para el horizonte temporal que media entre elección y elección), donde la búsqueda de una eficiencia estática puede resultar incompatible con una eficiencia dinámica (Mitnick, 1989).

La regulación en los sistemas de salud

Para considerar la regulación en los sistemas de salud es necesario tomar como referente el informe de la Organización Mundial de la Salud -OMS- del año 2000, en el

cual se identifica como una función básica en cualquier sistema de salud la rectoría (concepto introducido por esta entidad) que comprende las tareas de dirección de la política e imposición de normas para todos los agentes integrantes del sistema, considerándose así como vital para alcanzar mejores condiciones de salud de la población.

¿Regulación o rectoría?

Retomando la definición de regulación señalada por Mitnick (restricción de actividades de los agentes para lograr el bienestar común), podría considerarse la función de rectoría equivalente a la función de regulación; sin embargo, en sentido riguroso, existen diferencias conceptuales: la OMS ha definido la rectoría para su aplicación en salud como “el manejo cuidadoso y responsable del bienestar de la población”, función liderada por las autoridades nacionales en salud -Ministerio de Salud- pero que involucra como gestores de ésta a todos los actores que participan en el sistema, dándoles una caracterización de cuidado y responsabilidad que se desliga de sus intereses particulares y encuentra motivación en el compromiso colectivo (Travis et. al, 2002).

En las motivaciones de los ejecutores de la rectoría y de la regulación, radica la diferencia fundamental entre estos dos conceptos. Al rector lo motiva el interés colectivo y, por tanto, utiliza su poder para lograr el buen desempeño del sistema, su desarrollo adecuado y mejoramiento continuo; en contraste, el regulador es impulsado por el instinto económico que se traduce en individualismo y sus acciones tratan también de maximizar su propio interés. En este contexto, los fallos en la rectoría y en la regulación, aunque se manifiestan de igual manera¹, tienen diferente origen: en la rectoría se dan independientemente de la voluntad del rector, mientras en el caso de la regulación, los fallos nacen de la persecución que el regulador hace a sus propios intereses (Armstrong, 1997)

A pesar de estas diferencias, y siguiendo con la clasificación de funciones promulgada por la OMS, la importancia de considerar la función de rectoría cuando se realiza el análisis de la regulación radica en la influencia del ejercicio de este concepto sobre los otros campos funcionales del sistema: la provisión de servicios, la generación de recursos y el financiamiento.

En la *prestación de servicios*, la intervención es necesaria para que los servicios ofrecidos por el sistema sean adecuados, teniendo en cuenta las necesidades o demandas de la población, además de procurar que lleguen a quien los necesite y sean restringidos apropiadamente cuando no sea posible satisfacer las necesidades de cada individuo; en la *generación de recursos*, cumple el papel de guardián de la calidad y generador de confianza, por medio de la valoración tecnológica, la conducción del mercado (medicamentos, equipos médicos especializados, entre otros) y el ajuste de flujos de información

entre agentes; en el *financiamiento*, el propósito fundamental de la rectoría es mantener un balance justo entre fuentes de financiamiento (impuestos generales, contribuciones, pagos voluntarios y donaciones), la protección a los individuos contra el riesgo financiero y la compra estratégica que implica la elección adecuada de qué comprar, cómo y a quién, de manera que al mismo tiempo se logre mejorar la salud e incentivar la eficiencia y calidad en los mercados que participan en el sistema de salud.

2. La regulación en Colombia

En la organización del sistema de salud colombiano se diferencian cuatro núcleos funcionales interdependientes: la regulación, la articulación (aseguramiento), la prestación de servicios y el financiamiento, donde la primera incluye cinco aspectos básicos que moldean el desempeño de las demás funciones²: el desarrollo del sistema por medio de la formulación y planeación de políticas generales; la coordinación entre niveles de gobierno y sectores público y privado para llevar a cabo acciones concertadas en pro de la eficiencia y la equidad; el diseño financiero que permita la movilización de recursos en el marco de la contención de costos; la protección al consumidor, mediando conflictos entre éstos y los aseguradores y prestadores de servicios, y haciendo pública la información sobre el desempeño de estas entidades; finalmente, contempla el establecimiento de normas entre prestadores y articuladores, reglamenta la generación de recursos, los mercados de medicamentos y la evaluación tecnológica de los equipos médicos (Londoño y Frenk, 1997:326).

En este sentido, “regular el servicio público esencial de salud” quedó planteado en la Ley 100 de 1993 (art. 152) que rige el sistema de seguridad social en Colombia, como uno de los objetivos principales de dicho sistema, lo cual puede interpretarse como la intención de implantar y monitorear las reglas de juego e imprimir una dirección estratégica al sistema de salud, de manera que equilibre los intereses de los diversos actores.

Organismos reguladores

En este modelo de separación de funciones, la regulación la llevan a cabo tres organismos diferenciados en cuanto a sus responsabilidades: el *Ministerio de Salud*, quien define políticas y expide normas generales; la *Superintendencia Nacional de Salud*, encargada de inspeccionar, vigilar y controlar las conductas de los agentes involucrados en las demás funciones del sistema; y el *Consejo Nacional de Seguridad Social en salud*, CNSSS, organismo de dirección permanente encargado de definir el precio del seguro y el cubrimiento del mismo, entre otras variables del sistema (ver tabla 2).

Tabla 2. Pilares de regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS

Proceso	Organismo	Función principal	Instrumentos y herramientas
Normativo	Ministerio de Salud ^(a)	Definir políticas y normas de dirección	- <i>Mercado</i> : estudia y propone los niveles de las variables de mercado (POS, UPC, copagos); reglamenta requisitos para la entrada y operación de aseguradores; implementa políticas para proveedores de servicios (requisitos mínimos de operación, sistema de garantía de calidad, proceso de acreditación) - <i>Financiamiento</i> : desarrolla las políticas y la reglamentación financiera del sistema; coordina la distribución y asignación de los recursos. - <i>Otros</i> : impulsa la descentralización del sector, formula y propone políticas en salud pública y en prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS. ^(b)	Dirigir el sistema en forma permanente	- <i>Mercado</i> : define el POS (servicios y medicamentos), UPC, régimen de pagos compartidos y eventos objeto de reaseguro. - <i>Financiamiento</i> : define aportes al sistema (contribución obligatoria de los afiliados), aprueba criterios de utilización y distribución de los recursos del Fosyga, presupuesta subcuentas (solidaridad y riesgos catastróficos), recomienda y define utilización de recursos (subcuenta promoción). - <i>Operación</i> : define porcentaje de UPC que los aseguradores destinan a promoción y prevención, la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado, normas y eventos (urgencias) no previstas en la reglamentación general.
Fiscalización y control	Superintendencia Nacional de Salud ^(c)	Ejercer inspección, vigilancia y control	- <i>Mercado</i> : autoriza la constitución y permanencia en el mercado de las aseguradoras, y la posesión de revisores fiscales en aseguradoras y prestadoras de servicios; reglamenta los programas publicitarios de los aseguradores para evitar y corregir competencia desleal; sanciona el incumplimiento de la reglamentación expedida en el proceso normativo., - <i>Financiamiento</i> : publica los resultados de desempeño financiero de las entidades vigiladas; investiga situaciones financieras (aseguradores y prestadores) y manejo de recursos en el sector desde la generación y el recaudo hasta la utilización; solicita procesos disciplinarios en contra de funcionarios que incurran en conductas sancionables; y aplica las sanciones pertinentes.

Fuente: Ley 100 de 1993, (a) Decreto 1152 de 1999, (b) Acuerdo 031 de 1996, (c) Decreto 452 de 2000, Bitran, Econometría y ESAP (2002)

Las funciones de prestación de servicios y la de articulación configuran dos mercados que funcionan bajo la estructura de la competencia regulada³ (Restrepo, 2001), en la cual participan entidades de naturaleza pública y privada en franca lucha por posicionarse y mantenerse en el mercado, dado que su lógica de financiamiento y rentabilidad está ligada a su desempeño en el desarrollo de la actividad económica y puesto que la población goza de libertad para elegir asegurador y prestador. Es necesario resaltar la importancia teórica de la introducción de entidades aseguradoras, en cuanto a su papel intermedio entre el consumidor final de servicios de salud y los proveedores de los mismos, pues protege financieramente al asegurado e incentiva la oferta de servicios al proporcionar estabilidad en su demanda; además, al agregar las demandas individuales, cumple funciones de patrocinador (agente sponsor citado por Enthoven, 1993) al controlar el consumo de servicios, vigilar su calidad y ajustar la desventaja del usuario frente a la asimetría de información.

La regulación en el aseguramiento

Como medidas regulatorias para la esfera del asegura-

miento, los requisitos mínimos de entrada y operación en el mercado -normas técnicas, financieras y de relación con los usuarios (GES, 2001)- los define el Ministerio de Salud, mientras las variables económicas fundamentales de conducta en el mercado las establece el CNSSS: el producto que se ofrece y el precio al que se oferta, esto es, el plan de beneficios estandarizado al que tienen derecho los afiliados, POS, y el precio del paquete de beneficios o unidad de pago por capitación, UPC, respectivamente. De manera similar, la prestación de servicios está sometida a regulación de manera indirecta por la vía del aseguramiento, y en forma directa a través de los requerimientos exigidos por el Ministerio de Salud en términos de calidad y requisitos mínimos de operación de estas entidades, y por el CNSSS por medio de la definición de tarifas de cobro por servicios.

Específicamente, las variables que define el CNSSS para conducir la operación en el mercado de aseguramiento, tienen utilidad claramente establecida para corregir los problemas típicos de los mercados de seguros: selección adversa y riesgo moral (Restrepo, 2001). En consideración

del primero, el cálculo de la UPC en función del riesgo en salud (perfil epidemiológico, edad y sexo) y los costos de atención del POS (condición media de calidad, tecnología y hotelería) evita la destrucción del seguro, pues con esta medida la mayor afiliación de personas con gran probabilidad de enfermar en comparación con la cantidad de personas de bajo riesgo no mina la viabilidad financiera del seguro, dado que teóricamente se considera suficiente para cubrir los costos de atención y los de administración de las entidades. La contraparte de este efecto modulador, es la eliminación (también en términos teóricos) de la selección de riesgos, entendido como la práctica tradicional de los aseguradores en su búsqueda por la rentabilidad económica: excluir de cubrimiento de seguro a la población que representa altos costos en la atención y limitar el plan de beneficios por enfermedades preexistentes al momento de la afiliación.

Para contener la propensión a sobreutilizar los servicios que cubre el seguro (motivado por el menor costo que representa para el afiliado) dada la imposibilidad que tiene los aseguradores para ajustar el precio de la prima por frecuencia de uso, se el CNSSS dicta el régimen de copagos para que el afiliado comparta un porcentaje del costo de los servicios y de esta manera se racionalice el consumo de los mismos.

Las medidas adicionales que condicionan la estructura de la empresa para su sostenibilidad en el mercado y complementan las herramientas mencionadas anteriormente, las dispone el Ministerio de Salud, entre ellas, el número mínimo de afiliados para participar en el mercado, la composición etárea que incluya un porcentaje mínimo de grupos de población de mayor riesgo, acreditar una red de prestadores y un sistema de garantía de calidad; además, este organismo dicta las normas en cuanto a capital mínimo de operación, margen de solvencia para asegurar la liquidez de la empresa, reservas legales y adquisición de reaseguros para enfermedades de alto costo.

La regulación en la prestación de servicios

En consideración de estas medidas regulatorias generales, el modelo de competencia regulada se concentra con mayor fuerza normativa formal en el mercado de los seguros, mientras el mercado de prestación de servicios se establece más libremente respecto a las fuerzas del mercado, de manera que la regulación para los prestadores se concentra de manera directa en mayor medida en el condicionamiento de la calidad de los servicios de salud y las tarifas de los servicios en casos específicos como accidentes de tránsito, atención inicial de urgencias y catástrofes.

Las relaciones entre aseguradores y usuarios también están reguladas. A favor de los últimos se prohíbe la aplicación de preexistencias y exclusiones del seguro y de la prestación de los servicios del POS, tampoco se permite que el asegurador termine unilateralmente la afiliación; y

de otro lado, el afiliado está sujeto a un periodo mínimo de afiliación para trasladarse de un asegurador a otro y está sometido, en algunos casos, a un periodo mínimo de afiliación para recibir servicios. En este mismo sentido se establecen parámetros de contratación que vinculan los mercados de prestación y aseguramiento (Decreto 4252) con énfasis en las relaciones contractuales.

3. Estudio de la regulación en Colombia⁴

Las investigaciones sobre la regulación en el sistema de salud colombiano, luego de la reforma de 1993, parten del estudio contratado por el Ministerio de Salud con la Universidad de *Harvard* (1996) para identificar los factores de ajuste o cambios que permitieran la adecuada implementación del nuevo modelo. Este estudio se configura como substancial en la disertación sobre la regulación en salud, pues a partir del análisis de los organismos reguladores identifica sus problemas funcionales y plantea los lineamientos de reestructuración y fortalecimiento.

Las recomendaciones del equipo Harvard

En particular, se propuso fortalecer el Ministerio de Salud en los aspectos relacionados con la competencia técnica de su personal, más adecuado para el control operativo de la prestación de servicios que para regular el sistema, y con la realización de funciones asociadas al análisis en la planeación general de políticas, investigaciones económicas específicas, regulación de la calidad, evaluación de los requisitos tecnológicos, análisis de políticas de recursos humanos y suministro de asistencia técnica en capacitación institucional en todos los niveles.

En cuanto a la Superintendencia Nacional de Salud, el informe de Harvard expuso la necesidad de fortalecerla a nivel nacional y de crear unidades departamentales (seccionales) para evitar conflictos de intereses y oportunidades de corrupción al delegar la vigilancia local a las direcciones territoriales. Para el CNSSS, se presentó la opción de dotarlo de su propio personal (profesionales y personal de apoyo) para que estableciera su agenda y procesara información de manera independiente del poder ejecutivo; además, se recomendó que este organismo creara comisiones temáticas permanentes para ofrecer recomendaciones técnicas y garantizar continuidad y estabilidad a las decisiones.

Otros estudios

Otras investigaciones consultadas arrojan resultados particulares sobre regulación, según los objetivos específicos de cada estudio. Uno de ellos, se ocupa de evaluar el proceso de fiscalización y control (*Bitrán y asociados, Econometría y ESAP, 2002*) que llevan a cabo los organismos reguladores, con énfasis particular en la Superintendencia Nacional de Salud que por excelencia se ocupa de

esta función en el sistema, y el Ministerio por sus facultades en este campo.

Este estudio enseña que las entidades sujetas a control superan las posibilidades reales de acción de la Superintendencia, excepto para el campo de aseguramiento, tanto por dificultades financieras como por insuficiencia y debilidad de coordinación a nivel local; de manera similar, presenta debilidades en las actividades de control por carecer de mecanismos concretos de selección y seguimiento de casos de entidades de estudio, así como por la dificultad que representa el procesamiento de la información reportada por los vigilados; adicionalmente, las normas que deben vigilarse son numerosas, confusas y en algunos casos contradictorias. Sin embargo, se señaló como elemento positivo que los funcionarios de esta entidad se sienten apoyados por los regulados en el desempeño de sus labores, sin que evidencien restricciones en su autonomía.

Por parte del Ministerio, se encuentra un doble inconveniente para la efectiva realización de las actividades de vigilancia y control: el mencionado exceso normativo y la superposición de funciones o límites borrosos en las competencias con la Superintendencia (puesto que entre las funciones de planeación de políticas del Ministerio, se inscribe el velar por el buen funcionamiento de éste), de manera que se propician los conflictos entre funcionarios de las entidades.

Dos estudios adicionales revelan las condiciones de aplicación de la política de reforma: el de *Giedion, López y Marulanda (2000)*, referido a los hospitales públicos de Bogotá, y el de *Herrera y Cortés (2000)*, acerca de la municipalización de la salud. El primero de estos estudios, luego de analizar la situación de los hospitales del Distrito Capital, enumera y analiza las restricciones institucionales que presentan estas entidades para mejorar su gestión y adecuarse a los parámetros de la reforma, entre las cuales se encuentran la continuidad del gasto histórico hospitalario como principal criterio de distribución de los recursos; la escasa rendición de cuentas en los hospitales, por la insuficiente capacidad de los organismos de control en comparación con el elevado número de entidades hospitalarias, además del predominio de complejos mecanismos formales de vigilancia y control; la inflexibilidad de las normas laborales; y la descentralización incompleta de las ESE. Por último, se propone el escenario de profundización de la política actual para mejorar el desempeño de estos hospitales.

El segundo estudio, con implicaciones de la regulación en municipios de categoría 4, 5 y 6, identifica factores (internos y externos a los municipios) que derivan en los siguientes problemas para llevar a cabo la completa descentralización en salud: competencias no desarrolladas plenamente; bajo grado de desarrollo de la planificación del sistema a nivel local; inexistencia de articulación del sistema de salud con el desarrollo integral del municipio; y

poca efectividad en el control y la vigilancia del sistema. Los factores internos al municipio y relacionados con la regulación se concentran en la poca preparación institucional, la falta de voluntad política y las dificultades para establecer metas ante los cambios en la normatividad del sistema. Entre tanto, los factores externos se identifican con la distancia entre el nivel local municipal y las entidades territoriales del orden departamental y nacional, en cuanto a capacitación y apoyo técnico, vigilancia y control, y a la normatividad expedida que no tienen en cuenta la realidad local

Otro estudio que referencia aspectos sobre regulación en el sistema de salud colombiano analiza las políticas de investigación seguidas en el país, en busca de identificar materias prioritarias de estudio, la movilidad de los recursos financieros para producir información en el sistema de salud a propósito de la reforma y la utilización de evidencia que utiliza el CNSSS para tomar decisiones (*Yepes, Sánchez y Ramírez, 2002*). En este orden, se consideraron las investigaciones financiadas por las entidades de influencia primordial en la realización de políticas a nivel nacional, el Ministerio de Salud y Colciencias, concluyendo que los temas sobre los sistemas y políticas de salud han recibido poco apoyo en comparación con las áreas biomédicas; así mismo, como desventaja para el sistema de salud, se expuso que la utilización de recursos financieros disponibles para la investigación ha estado marcada por la ineficiencia (sólo se han realizado estudios necesarios para el corto plazo) y la utilización incompleta (un tercio del total disponible para tal fin); finalmente, los testimonios de miembros del CNSSS afirman que este organismo no sustenta sus decisiones con evidencia resultante de investigación.

4. Evaluación de la regulación

Las conclusiones ofrecidas por los estudios comentados anteriormente tienen implicaciones para la evaluación de la función de regulación en el sistema de salud colombiano, pues aducen a campos relacionados con el *nivel estructural* de las agencias que llevan a cabo la regulación en el país, al igual que con el *nivel funcional* de sus disposiciones. Estos dos niveles configuran los componentes del enfoque institucional que soportan teóricamente el análisis sobre el proceso regulatorio.

Ventajas de la estructura multiprincipal

Aunque el estudio que adelanta el GES se basa en ambos componentes, acá se presentan exclusivamente algunos avances sobre el primero, basados pues en la teoría institucional sobre las estructuras de los reguladores y su organización y coordinación en el desempeño de sus funciones específicas. En particular, en el sistema de salud colombiano la organización entre agencias reguladoras posee una estructura multiprincipal, donde la intervención de cada organismo se da en virtud de la consecución de un

objetivo específico y, por tanto, cada uno posee un mandato limitado para llevar a cabo.

Esta forma de organizar la regulación introduce aspectos positivos en el sistema, en cuanto aumenta los costos de transacción que deben asumir los agentes regulados para capturar intereses (influir en tres organismos), además de que permite evaluar el desempeño y las responsabilidades de los reguladores, aunque esto no asegura la total eliminación de influencia de grupos de interés regulados (sobre todo de los mejor organizados y con mayor capacidad económica) en el dominio de los reguladores.

Desventajas de la estructura y conformación del CNSSS

No obstante, existen aspectos negativos en esta estructura, puesto que puede producirse a un mismo tiempo sobre-regulación, duplicidad de funciones y/o vacíos regulatorios, características evidenciadas en los estudios nacionales mencionados. Los efectos positivos pueden verse disminuidos por la conformación del CNSSS, donde los mayores grupos de interés tienen cabida con derechos decisivos sobre las variables primordiales de conducta en el mercado pues la conformación del Consejo se definió de acuerdo a la participación activa de los diferentes actores en la discusión de la reforma, sin tener en cuenta criterios de eficiencia.

Lo anterior indica que la “captura” puede darse con mayor facilidad por medio de coaliciones temáticas entre representantes de distintos sectores, logrando una regulación

ineficiente e inequitativa en favor del más poderoso, o puede tener lugar el establecimiento de juegos no cooperativos que arrojan consecuencias negativas sobre la institucionalidad (las decisiones tomadas representan las ganancias más bajas para cada grupo). Así las cosas, en el funcionamiento del CNSSS recae el mayor interés a la hora de analizar la estructura institucional, pues al interior de este organismo se facilita el establecimiento de los diversos canales para capturar rentas (captura estatal, influencia y corrupción administrativa⁶) en consideración con las motivaciones y el poder de cada representante.

Autonomía y credibilidad del CNSSS

El poder ejecutivo, y en general los representantes del gobierno que en teoría encarnan el bien común, puede verse influenciado por los grupos de interés, a razón de que estos últimos siempre buscarán mayores recursos financieros y utilidades económicas, además de perseguir la transferencia de los riesgos de su actividad económica a otros agentes (Ramírez, 1993).

Aparte de los aspectos mencionados, existen otros relacionados con el concepto de autonomía del CNSSS, referente a la capacidad para tomar las decisiones con resistencia a la presión del gobierno y de los demás agentes involucrados en su estructura, de manera que sus actos den garantía de ser adecuados para el sistema en general. Es así como se presentan privaciones, con importantes efectos negativos en la credibilidad de las decisiones del CNSSS.

Tabla 3. Conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Representantes del Gobierno	Representantes de empresa	Representantes de los usuarios
1) Ministro de Salud, presidente 2) Ministro de Trabajo y Seguridad Social o su delegado 3) Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado 4) Representante departamentos 5) Representante municipios 6) Representante legal del ISS	1) Representante de la pequeña y mediana empresa 2) Representante de gran empresa 3) Representante de EPS 4) Representante de IPS 5) Representante de profesionales de la salud (asociación de mayoría)	1) Representante de los trabajadores 2) Representante pensionados 3) Representante asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural
Asesores permanentes		Invitados permanentes
Academia Nacional de Medicina Federación Médica Colombiana Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Asociación Colombiana de Hospitales Facultades de Salud Pública		Viceministro de Salud* Superintendente de Salud** Delegado del Departamento Nacional de Planeación* Representante de Cajas de Compensación Familiar*** Representante de Empresas Solidarias de Salud***

Ley 100 de 1993, artículo 171

*A partir de 1996, Acuerdo 031 del CNSSS. **Acuerdo 001 de 1994 del CNSSS. ***A partir de 1998, Acuerdo 097 del CNSSS.

Nota: a partir del Decreto 181 de 2000, los invitados pierden su calidad de permanentes, pasando a ser convocados cuando el CNSSS lo requiera

La autonomía se vulnera desde el debilitamiento de la concertación como mecanismo de toma de decisiones, dado el desbalance numérico entre los sectores representados. Teniendo en cuenta que el quórum es el mecanismo para deliberar y decidir (ocho miembros), el gobierno lleva la ventaja al contar con 6 miembros, seguido por los representantes empresariales con 5 miembros, y quedando en último lugar los usuarios con una minoría de 3 miembros. Tres condiciones más apoyan la superioridad del poder gubernamental, en particular del Ministerio de Salud: los miembros del Consejo que no son representantes gubernamentales los selecciona el gobierno nacional bajo criterios de calidad que no se definen específicamente en el reglamento (Decreto 851 de 1994), lo cual deja la posibilidad de elección discrecional a conveniencia del gobierno. En el mismo sentido, el Ministro de Salud define la mayoría, en ocasiones en las cuales se presente empate en las votaciones; además, se requieren al menos dos ministros para las sesiones cuando han sido aplazadas por falta de quórum y el Ministro de Hacienda y Crédito Público tiene poder de veto sobre decisiones que impliquen recursos fiscales con efectos macroeconómicos.

Por otra parte, aunque el Consejo posea instrumentos muy definidos para dirigir el sistema (ver tabla 2), éstos terminan dependiendo de la autoridad del ejecutivo, puesto que el CNSSS no genera sus propios estudios para sustentar la regulación que expide, en lugar de ello, depende de los realizados por el Ministerio y, lo que es aún más delicado, los miembros no cuentan con la adecuada capacidad de evaluación de las propuestas puesto que su dedicación a los estudios del sistema es marginal, con la excepción de los gremios que adelantan sus propios estudios y cuentan con personal técnico para apoyarlos. Estas condiciones, anudadas a la continua rotación ministerial y de los ejecutivos de alto nivel del Ministerio, no sólo afecta las responsabilidades en la dirección general del sistema sino que además genera oportunismo por parte de los agentes que representa cada ministro (Londoño, 1996).

Adicionalmente, al analizar los miembros del Consejo entre el periodo de 1994-2000, se observan contrastes en cuanto a su movilidad dado que el periodo de nombramiento es por dos años prorrogables: los representantes gubernamentales, excepto ISS y departamentales, son los miembros sometidos a mayor rotación (15 meses en promedio), mientras los representantes de los trabajadores, de las IPS, de los profesionales del área de la salud y de los usuarios del sector rural, han designado máximo dos personas. Se aprecia también que algunos miembros del Consejo han circulado entre representaciones de la empresa privada o de los usuarios y del gobierno, situación que pone en duda la verdadera independencia entre los distintos intereses en el sector, permitiendo las asociaciones entre miembros para la captura de intereses.

5. Conclusión

La regulación en el sistema de salud colombiano, en coherencia con la clasificación de funciones propuesta por la OMS, cumple un papel fundamental en la dirección y el manejo normativo de los comportamientos de los agentes, en especial de los aseguradores y los prestadores de servicios, para corregir los efectos adversos de su participación en un mercado del cual se conocen serias imperfecciones que vulneran la eficiencia y el bienestar. El esquema desarrollado en Colombia, con un consejo nacional que regula las principales variables de operación del mercado, es prácticamente único al menos en el mundo en desarrollo y ofrece atractivos importantes para ser imitado en otros países. Sin embargo, también es preciso reconocer, cualificar y medir los fallos de la regulación que nacen en el seno de los organismos reguladores y que son propios de la normatividad expedida.

Los estudios realizados en el país consideran la regulación desde diversas perspectivas, según el objetivo específico a estudiar, sin que se aborde una visión integral de la manera como se está llevando a cabo la función de regulación. Una excepción a esta tendencia es el informe Harvard, el cual puede considerarse como pionero y seguramente seguirá marcando la pauta en cuanto a las recomendaciones formuladas, ya que además de ofrecer un diagnóstico inicial también otorga luces sobre los aspectos y temas que deben ser materia de seguimiento, ajuste y modificación.

Analizando las características particulares de las agencias reguladoras del sistema colombiano, en consideración de su conformación y funcionamiento a lo largo del periodo de operación, se develan inconvenientes que afectan principalmente al CNSSS, pues le restan independencia de sectores particulares y autonomía en la toma de decisiones, condiciones que repercuten de manera negativa en la credibilidad y estabilidad de la regulación.

En este sentido, y considerando la importancia del buen desempeño de la función de regulación en el sistema de salud colombiano, es importante analizar y plantearse de manera clara la relación existente entre el nivel estructural y el funcional de la regulación, desde el punto de vista de los agentes regulados y reguladores, de manera que se aborden las diversas perspectivas sobre la práctica de la regulación, su contribución al desarrollo del sistema, sus sesgos sectoriales y opciones de ajuste a las necesidades del sistema. En este marco, surgen las siguientes cuestiones centrales por explorar:

- ¿De qué manera están contribuyendo los organismos reguladores al desarrollo de la regulación en el sistema de salud?, ¿son adecuadas las acciones realizadas hasta el momento?
- ¿Qué vacíos existen en la práctica de la regulación? ¿en qué proceso de la regulación se encuentran los mayores

inconvenientes: normativo, fiscalización y control?

- ¿Qué acciones pueden tomarse para rectificar estas fallencias?

Estos interrogantes, entre otros referidos a la percepción que tienen los agentes regulados sobre la función de regulación, serán abordados a partir de una encuesta dirigida a las Directores Territoriales de Salud, EPS, ARS e IPS.

Notas

- 1)- La OMS (2000) identificó tres fallos en el desempeño de la rectoría que son comunes a todos los sistemas de salud, independientemente de su modelo de organización. El primero de ellos es la *miopía*, la cual se manifiesta como la falta de políticas de largo plazo que sirvan para definir prioridades y formar expectativas sobre el papel que deben desempeñar los diferentes actores del sistema. El segundo, es la *carencia de estrategias* que incentiven la participación de los agentes en el sistema en una dirección determinada; en lugar de ello, se propende a la emisión de normas y reglamentos que generen resistencia al cumplimiento y en ocasiones no garantizan el buen desempeño del sistema. El tercer fallo identificado es la *falta o no utilización de mecanismos de presión* para obligar a todos los agentes a cumplir sus compromisos.
- 2)- Esta separación de funciones se realiza en el esquema del pluralismo estructurado, en el cual no se considera la regulación sino la modulación. Así que modulación rectoría y regulación son equivalentes en cuanto a sus propósitos dentro del sistema; sin embargo poseen distinciones teóricas según el modelo en que se insertan. La modulación establece, implanta y monitorea reglas de juego mediante la estructura de normas e incentivos; la rectoría, en cambio, define seis subfunciones o metas intermedias en un ambiente altruista (generación de inteligencia, formulación e implementación de políticas de dirección, construcción de coaliciones, ajuste entre objetivos, políticas y estructura organizacional, y responsabilidad); la regulación, por su parte, es un proceso de conducción de agentes basado en la elaboración e implementación de normas pertinentes, racionales, proporcionales, eficaces y eficientes.
- 3)- El pluralismo estructurado se centra en establecer reglas de juego para equilibrar intereses entre los actores del sistema; entre tanto, la competencia regulada se concentra en el mercado y establece herramientas para corregir sus fallos.
- 4)- Los estudios referenciados en esta sección han sido el resultado de una búsqueda electrónica y consulta a expertos. No se refirió la investigación "Experience of Colombian's health Council steering health sector reform, analysing the process from heated debate to decision making"; realizado por Luz Helena Sánchez y Conrado Gómez de ASSALUD, porque actualmente se encuentra en proceso.
- 5)- Los municipios de país se clasifican en 6 categorías según la población y los recursos disponibles de libre destinación. Los de categoría 4, 5 y 6 son los municipios más pequeños, con poca posibilidad de recaudos y por tanto poca disposición de recursos propios, los cuales suman aproximadamente el 80% del total de municipios del país.
- 6)- Estos son los canales más comunes para la captura del regulador. La *captura estatal* se refiere a la influencia de las firmas objeto de regulación en la formulación de normas mediante pagos ilícitos a los funcionarios públicos para obtener ventajas; la *influencia* está relacionada con la búsqueda de favores del regulador hacia el sector privado mediante el mercadeo político; y la *corrupción* se entiende como el pago dirigido a distorsionar la aplicación de las normas.

Referencias:

- ARMSTRONG, Jim y ARMSTRONG, James L. (1997). *Stewardship and public service*. A Discussion Paper Prepared for The Public Service Commission of Canada. Marzo 31.
- AYALA, José (1999). *Instituciones y economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. Fondo de Cultura económica. México.
- BITRÁN Y ASOCIADOS, ECONOMETRÍA, ESAP. (2002). *Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud*. Ministerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma. Informe preliminar.
- ENTHOVEN, Alain (1993). "The history and principles of managed competition". *Health Affairs*, No. 12.
- GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD (2001). "Oferta del seguro público de salud en Colombia". *Observatorio de la Seguridad Social*. Año 1, N° 2. Medellín, septiembre.
- GIEDION, Ursula; LÓPEZ, Héctor; MARULANDA, Alberto (2000). *Estructura política y organizacional del distrito capital de Santafé de Bogotá. Sector salud*. Fedesarrollo. Bogotá, noviembre.
- HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (1996). *Report on Colombia health reform and proposed master implementation plan*. Bogotá, marzo 21 (mimeo).
- HERRERA, Vicente. CORTES (2000), Ariel. *Análisis de la descentralización de la política social y la municipalización del sistema general de seguridad social en salud en municipios de 4, 5 y 6 categoría*. ESAP, CINAP. Bogotá, noviembre.
- LONDOÑO, Juan L., FRENK, Julio. (1996). "Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". *Observatorio de la salud*. Fundación mexicana para la salud. México.
- MITNICK, Barry (1989). *La economía política de la regulación*. México, Fondo de Cultura Económica.
- NORTH, Douglass (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, FCE.
- RAMIREZ, Juan carlos (1993). *Los actores sociales en la reforma de la seguridad social en salud*. Documentos de trabajo. Fescol. Bogotá.
- RESTREPO, Jairo; ARANGO, Mónica; CASAS, Lina (2002). "Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia". En: *Lecturas de Economía*, No. 56, Medellín, enero-junio, pp. 31-71.
- RESTREPO, Jairo; RODRÍGUEZ, Sandra; ARANGO, Mónica (2001). "Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: el caso del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud". Ponencia presentada en II Congreso Internacional de Salud Pública, Medellín, noviembre 15-17.
- RESTREPO, Mauricio (2001). "La reforma a la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada". En: TITELMAN, Daniel y TRAVIS, Phyllida, EGGER, Dominique, DAVIES, Philip y MECHBAL, Abdelhay. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Evidence and Information for Policy. World Health Organization. 2002
- VELANDIA, Durfari; RESTREPO, Jairo; RODRÍGUEZ, Sandra (2002). "Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades". *Borradores del CIE* N°1. Medellín, agosto.
- YEPES, francisco José. SANCHEZ, Luz Helena. RAMÍREZ, Martha Lucía. *Funding research for policy in Colombia's reformed health sector*. The alliance for health policy and system research. Abril 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *The world health report*

Observación Estadística

Ranking de eficiencia para los hospitales públicos de Antioquia

Adriana Cuervo Maya
Grupo de Economía de la Salud

Este estudio propone una forma de medir el producto hospitalario y los recursos fijos (capacidad instalada), humanos y financieros, utilizados en su producción. Con base en las mediciones, se describieron y analizaron los resultados obtenidos por los hospitales en términos de eficiencia técnica, económica y del recurso humano. Finalmente se hizo la clasificación y elaboración del ranking de eficiencia, el cual se evaluó para las nueve regiones de Antioquia y para tres años claves que han marcado el desarrollo del sector salud en la última década: 1993 (antes de la reforma); 1998 (en reforma plena) y 2000 (en ajustes). La metodología empleada para el ranking se basó en medición, clasificación y ordenación de los indicadores, de modo que los hospitales designados como Top 20 son aquellos que mostraron un mejor balance global para el conjunto de indicadores seleccionados. En cualquier caso no puede afirmarse que los hospitales Top 20 sean los mejores absolutamente: otros indicadores, diversos métodos o participantes pueden presentar resultados diferentes.

La eficiencia en la prestación de servicios de salud es un concepto que describe la relación entre recursos utilizados y los resultados en la producción de los servicios asistenciales. Para este estudio, la selección de variables e indicadores estuvo limitada a la disponibilidad de información,

de modo que se incorporaron las siguientes: uso de la capacidad instalada es un porcentaje que mide el N° de camas ocupadas/total de camas disponibles; productividad del recurso humano son unidades que miden el N° de actividades asistenciales convertidas a unidad de consulta médica general/personal asistencial expresado en unidad de médico general; y balance operacional mide el porcentaje de los gastos corrientes que se logra financiar con las rentas propias, (rentas propias/gastos corrientes).

Resultados del Ranking

Los hospitales de los municipios de Don Matías, El Peñol, San Jerónimo y Puerto Triunfo clasificaron entre los 20 mejores de 1993 y lograron permanecer en el ranking de 1998. De igual forma, las ESE de El Santuario y La Unión, ambos del Oriente, estuvieron entre los 20 mejores de 1993 y reaparecieron en el ranking del 2000.

Las ESE de los municipios de Sabanalarga y Ebéjico de la región Occidente; Abejorral del Oriente; Caicedo del Suroeste; Amalfi del Nordeste; San Andrés de Cuerquia de la región Norte y Girardota del Valle de Aburrá, se clasificaron entre los Top 20 de 1998 permaneciendo en el ranking del 2000.

Durante los tres cortes estudiados: 1993, 1998, 2000, seis hospitales permanecieron en el grupo de los 20 mejor clasificados, éstos fueron los de los municipios de Alejandría,

Granada y San Vicente de la región Oriente; Entrerrios y San Pedro de los Milagros del Norte y el de El Bagre del Bajo Cauca. Inmersos en los cambios en el sector hospitalario, en el crecimiento de la población asegurada, en la prestación de servicios más costosos y en las demoras en el reembolso por parte de las ARS y EPS, estos hospitales exhibieron en los tres periodos mejor desempeño que el resto de instituciones estudiadas.

Los resultados muestran una disparidad regional en el comportamiento de los indicadores, lo más notable es que el Oriente siempre se mantuvo en el ranking con el mayor número de hospitales; de 23 ESE de esta región, 10 hicieron parte del Top 20. En contraste con Urbabá que de 10 ESE, solo posicionó una en 1993 y no volvió a aparecer en el ranking.

Referencias bibliográficas

www.100tophospitals.com
www.iasist.com

Ranking de eficiencia para los hospitales públicos de Antioquia

Posición	1993	1998	2000	Capacidad Instalada	R/mto Rcso Humano	Balance Operacional
	Municipio	Municipio	Municipio			
1	Guarne	Entrerrios	Alejandría	84.9	2,070	73.18
2	El Bagre	Caicedo	San Pedro/Milag.	71.2	1,490	86.60
3	Vegachí	San Pedro/Milag.	Sabalarga	61.8	1,399	74.16
4	Don Matías	Puerto Triunfo	Caicedo	65.1	1,234	82.66
5	San Pedro/Milag.	El Bagre	Amalfi	55.2	1,178	83.45
6	El Peñol	Abejorral	Cisneros	64.2	1,181	58.87
7	Alejandría	San Jerónimo	Abejorral	57.6	1,136	72.25
8	Angelópolis	Ebéjico	El Santuario	81.1	1,131	51.94
9	Granada	El Peñol	Ebéjico	57.2	1,084	88.74
10	La Estrella	Peque	La Unión	73.9	1,051	82.38
11	San Jerónimo	Montebello	San Vicente	68.2	1,037	75.46
12	El Santuario	San Vicente	San Andrés de C.	69.6	1,021	86.00
13	La Unión	San Andrés de C.	Heliconia	84.0	998	79.57
14	Entrerrios	Sabalarga	Granada	82.2	1,000	78.51
15	Tarso	Girardota	El Bagre	83.0	1,001	74.76
16	San Vicente	San José de la M.	Fredonia	75.8	987	88.32
17	El Carmen	Granada	Girardota	86.2	958	77.73
18	Chigorodó	Alejandría	Entrerrios	77.0	874	100.04
19	Puerto Triunfo	Don Matías	Santo Domingo	79.7	846	100.21
20	Guadalupe	Amalfi	Argelia	85.0	853	80.26

Fuente: Cálculos de la autora con base en los resultados obtenidos de los indicadores. Los valores de los indicadores corresponden solo al año 2000

Observación Académica

Introducción al estado del arte de la economía de la salud en Colombia

*Equipo de investigación del GES**

La economía de la salud se ha desarrollado como un área aplicada del conocimiento económico por más de cuatro décadas, período en el cual se destacan como escritos seminales los trabajos realizados por Selma Mushkin (1958, 1972) y Kenneth Arrow (1963), los cuales se podrían abarcar desde dos puntos de vista como son: la visión de la salud como sector económico y la salud como componente del bienestar. La primera visión hace referencia al consumo de diversos recursos de carácter público o privado, obligando con esto a considerar las características del mercado de servicios médicos para evaluar la distribución óptima o no de esos recursos con el fin de alcanzar la eficiencia. Bajo la segunda visión, por su parte, se trata de establecer la relación dual entre el desarrollo social y el económico, pues, por un lado, la salud es un condicionante del bienestar al facilitar las mejoras en la calidad de vida y, por el otro, es un requisito para el desarrollo económico por contribuir al mejoramiento de la productividad del trabajo (determinante del capital humano).

Según Posnett (1995), la economía de la salud se basa en tres propuestas sencillas: una, interesada en el análisis de los mercados y su operación; la otra, en los aspectos de demanda derivada y producción de salud; y por último, en los determinantes de la oferta de servicios de salud. Bajo esta perspectiva, se confeccionan algunas de las áreas que han despertado el interés de los economistas de la salud en los últimos años y se abre camino hacia nuevos temas de análisis y nuevas herramientas de trabajo que se adecuen a las experiencias e intereses de los sistemas de salud en cada país. Así por ejemplo, los economistas de la salud norteamericanos presentan gran interés por los mercados de seguros y la competencia en los mercados de prestación; en el Reino Unido, en cambio, el interés es la racionalización de los servicios de salud y los estudios de costo efectividad sobre los procedimientos; y por último, en América Latina las principales preocupaciones se refieren a las fuentes de financiamiento, la contención de costos y el aumento de coberturas.

Siguiendo la tendencia de América Latina, en Colombia, las áreas o campos de estudio en economía de la salud que más atención han recibido están relacionadas con la planeación de presupuestos y mecanismos de monitoreo, y con la evaluación del sistema como un todo, donde intervienen temas como: evaluación de la reforma al sistema de salud; financiamiento del sistema; acceso a los servicios de salud; cobertura en el aseguramiento; regulación económica; análisis de la demanda y oferta de servicios; y

problemas relacionados con la equidad, pobreza, educación y medio ambiente. Sin embargo, aún existen temas poco desarrollados y/o inexplorados, como son: la construcción de funciones de producción y costos en salud para diversos tipos de servicios; la demanda de servicios de salud y aseguramiento; relaciones de agencia en el mercado de aseguramiento; evaluación institucional; y la evaluación económica de tratamientos.

Entre los grupos o centros de investigación que se destacan por sus estudios o consultorías en temas de economía de la salud en el país se encuentran, en orden alfabético: Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico -CEDE-, adscrito a la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes, Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX- de la Universidad Javeriana, Econometría y Bitrán, Fedesarrollo, Fundación Corona, Grupo de Economía de la Universidad el Rosario, y Grupo de Economía de la Salud -GES- del Centro de Investigaciones Económicas -CIE- de la Universidad de Antioquia.

Finalmente, entre los profesionales más reconocidos en el área están (en orden alfabético): Olga Lucia Acosta, Ramón Abel Castaño, Carmen Elisa Florez, Ursula Giedion, Juan Luis Londoño, Álvaro López, Humberto Mora, Gloria O'Meara, Manuel Ramírez, Jaime Ramírez, Jairo Humberto Restrepo, Álvaro Reyes, Fernando Ruiz y Teresa Tono. Debe reconocerse que aún cuando se presenta un creciente interés de universidades y profesionales, por el estudio en la economía de la salud, los grupos, individuos e instituciones dedicados a la investigación y desarrollo de conocimiento en esta área en el país carecen de comunicación que forme comunidad académica, y los esfuerzos en investigación se presentan, por ello, de manera fragmentaria y aislada.

Referencias bibliográficas

- ARROW, Keneth (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care". En: *American Economic Review*, 53, pp. 941-973.
- MUSHKIN, Selma (1958). "Toward a definition of health economics". En: *Public Health Reports*, Departamento de salubridad, educación y bienestar EE.UU. Vol 73, No 9, septiembre.
-(1972). "La salud como inversión". En: *Journal of Political Economy*, No 70 (50).
- POSNETT, John (1995). "El estado del arte de la economía de la salud". *Boletín Redefs*, Año 1, No 2, mayo-agosto.

* Proyecto *Estado del arte de la economía de la salud en Colombia*, financiado por la Universidad de Antioquia (CODI) y coordinado por Carlos Enrique Gómez, estudiante en formación del GES.

Actualidades del GES

Proyecto aprobado y financiado para su inicio en 2003

Monitoreo local de la reforma al sector salud en Antioquia, 1999-2002. Aprobado en convocatoria temática del CODI de la Universidad de Antioquia y financiado por fondos de este organismo, conjuntamente con la Dirección de Regionalización de la misma Universidad y la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de Antioquia.

Publicaciones recientes

VELANDIA, Durfari; RESTREPO, Jairo H.; RODRÍGUEZ, Sandra (2002). "Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades". *Borradores del CIE, No. 1*, Medellín, agosto (<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>).

RESTREPO, Jairo H. y RODRÍGUEZ, Sandra (2002). "Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: hacia un replanteamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en Colombia". Biblioteca de Ideas, Instituto Internacional de Gobernabilidad, Cataluña (<http://www.iigov.org/documentos>).

Información de interés

La profesora Johanna Vásquez Velásquez fue admitida para hacer una presentación oral corta en el IV Congreso Mundial de Economía de la Salud que organiza la International Health Economics Association iHEA-. El evento será en la ciudad de San Francisco, entre junio 15 y 18 de 2003, y el título de su presentación: *Socioeconomic determinants of potential and real access to health care: the subsidize health care in Antioquia*.

El GES participa en la VI convocatoria de Colciencias, para la clasificación de grupos investigación científica o tecnológica del país, para lo cual se diligenciaron los formatos GrupLac y CvLAC. Esperamos recibir el reconocimiento de otros grupos del país y de varios de nuestros integrantes como evaluadores pares.

Entre el 30 de enero y el 6 de febrero de 2003 se llevará a cabo el curso taller *Evaluación económica en salud*, el cual cuenta con el patrocinio de la Universidad de Antioquia (Vicerrectoría de Docencia, Facultad de Salud Pública, CIE y Escuela de Bacteriología) y de la EPS Susalud. Se busca consolidar esta línea de investigación y contribuir a la formación de masa crítica en el mismo tema.

En esta Observación se presentan resultados parciales del proyecto *Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano*, el cual es financiado por Colciencias y la Universidad de Antioquia. Equipo de investigación: Jairo H. Restrepo (IP), Sandra Rodríguez (coinvestigadora), David Tobón (asesor), Durfari Velandia (asistente) y Karem Espinosa (estudiante en formación).

Información institucional:

Rector:

Alberto Uribe Correa. (encargado)

Decano Facultad de Ciencias Económicas:

John Cardona Arteaga.

Director del CIE:

Jairo Humberto Restrepo Zea.

Integrantes del Grupo de Economía de la Salud:

Coordinación:

Johanna Vásquez Velásquez
jovasve@agustinianos.udea.edu.co
Jairo Humberto Restrepo Zea.
jairo@catios.udea.edu.co

Profesores Universidad de Antioquia:

Esperanza Echeverri López.
mechel@guajiros.udea.edu.com
Elena del Corral Londoño
elenadelco@catios.udea.edu.co

Jóvenes investigadores

Sandra Rodríguez A.
(estudiante de maestría)
Mónica Arango Arango
(pasantía Colciencias)

Asistentes de investigación:

Lina Patricia Casas B.
Durfari Janive Velandia N.

Estudiantes en formación:

Carlos Enrique Gómez Vélez
Karem Viviana Espinosa
Edwin Gutiérrez Loaiza
Juan Carlos Hernández

Coordinación y edición de textos:

Durfari Janive Velandia N.
Jairo Humberto Restrepo Z.

Diseño y diagramación

Santiago Ospina Gómez

E-mail: ges@agustinianos.udea.edu.co
<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, o a sus autores cuando sean artículos firmados.

