



Medellín, diciembre de 2007 AÑO 6 N° 16
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación

El sistema colombiano de seguridad social en salud está conformado sobre la base de la separación de funciones, la especialización de organismos y firmas para su operación y la competencia en la provisión del aseguramiento y la prestación de servicios. Una de estas funciones es la de regulación, la cual constituye una necesidad debido a la configuración de mercados de competencia regulada en donde se requiere la definición de normas o reglas para hacer parte de la oferta y operar en el mercado buscando proteger los derechos del consumidor.

Dos aspectos son considerados en el estudio de la regulación del sistema colombiano (Restrepo y Rodríguez, 2005). Por una parte, se analiza el contenido de la regulación en términos de las variables fundamentales que constituyen el trabajo esencial del regulador y determinan el funcionamiento y desempeño del sistema a nivel micro y a nivel macro, como sucede con la definición de los planes de beneficios (POS) y la prima del seguro (UPC). Por otra parte, se considera la regulación como proceso, así que en este caso se reconoce de manera fundamental el papel del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como organismo creado por la Ley 100

de 1993 para dirigir el sistema en cuanto al ejercicio de la regulación como contenido. Sin embargo, el Consejo ha presentado limitaciones desde su origen y en especial se ha cuestionado su verdadero carácter de regulador, su autonomía e independencia.

En respuesta a las limitaciones del Consejo y atendiendo varias críticas y propuestas formuladas por la academia y varios actores del sistema, el Congreso de la República creó la Comisión de Regulación en Salud como parte de los cambios introducidos a través de la Ley 1122 de 2007. Esta Observación está destinada a ilustrar las principales novedades de la Comisión y las ganancias que ésta podría ofrecer para un mejor desempeño del sistema. Para esto se hace una revisión sobre los conceptos de autonomía e independencia y algunos índices para aplicarlos a los organismos reguladores, se presenta la experiencia del Consejo en cuanto a su diseño y funcionamiento, se precisan los rasgos de la Comisión y se concluye sobre los avances alcanzados en cuanto a autonomía e independencia, así como las limitaciones y posibles dificultades que se enfrenten a partir del diseño planteado en la Ley 1122.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

1. Independencia y autonomía de los organismos reguladores

La regulación ha adquirido una importancia creciente en el marco de las reformas sectoriales que han implicado la generación de mecanismos e incentivos propios de la competencia y una mayor participación de agentes privados en la provisión de bienes y servicios que antes eran realizados a través del monopolio estatal. La regulación implica la definición de reglas para la operación de los mercados impulsados por estas reformas, la vigilancia sobre su acatamiento y las sanciones ante el incumplimiento de las mismas. Dichas reglas se refieren a las condiciones para la participación en la oferta –como el capital necesario, el tamaño y la capacidad instalada–, su operación en el mercado –como los precios, las especificaciones sobre calidad y entrega al usuario–, la competencia y la salida del mercado, entre otras cuestiones.

Para ejercer la regulación resulta apropiado contar con organismos especializados e independientes de los propios agentes regulados y del ciclo político de los gobiernos. Por esto, la autonomía y la independencia se reconocen como características esenciales para el adecuado funcionamiento de las agencias reguladoras, aunque no es fácil definir la diferencia entre una y otra. Por ejemplo, Enrique Saravia (2004) se refiere así a la independencia: *“Esta característica –también denominada ‘autonomía’– es primordial en todos los nuevos ambientes reguladores. Ella implica la necesaria objetividad y neutralidad de la autoridad reguladora frente a los diversos intereses, encarnados en actores, que ella debe regular, mediar y arbitrar”*.

Gesner Oliveira y otros (2005), tampoco establecen diferencias entre ambas características o conceptos y se refiere principalmente a la independencia como la presencia de mecanismos que disminuyen la probabilidad de captura de la agencia por intereses específicos en detrimento del interés general de procurar una solución óptima desde el punto de vista social a una falla de mercado. Por su parte, Domingo Sifontes (2003) se refiere a la independencia como *“el grado de autonomía que puede tener el regulador para tomar decisiones aisladas del poder político y las firmas reguladas”*.

Una diferenciación en los conceptos acá tratados se encuentra en Valeria Serafinoff (2003), quien define la autonomía como el ámbito de construcción de espacios de decisión e influencia, con mayores o menores grados de libertad, donde una mayor libertad de decisión permite que los organismos reguladores puedan cumplir con sus objetivos tal como fueron planeados; por otra parte, se refiere a la independencia como la capacidad que tiene la agencia reguladora de actuar sin la interferencia de los demás agentes que intervienen en la actividad económica. En otras palabras, se puede abordar la independencia en el sentido de obrar sin la captura de intereses de parte de los agentes regulados, lo cual implica la capacidad de conformar el organismo sin la participación directa de dichos agentes y aislado del ciclo político; por su parte, la autonomía se refiere a la capacidad de tomar las decisiones, de obrar por sí mismo. En la Tabla 1 se enuncian los factores de la autonomía y la independencia de los entes reguladores, y los elementos de cada uno para definir en qué medida un organismo goza de estas características (Stern, 1997).

Tabla 1. Factores sobre el grado de independencia y autonomía de los organismos reguladores

Independencia	Interrogantes
Modo de designación y remoción de las autoridades de la agencia.	¿Quién elige los miembros? ¿Qué requisitos deben cumplir? ¿Por cuánto tiempo son elegidos? ¿Bajo qué condiciones pueden ser removidos?
Claridad en los objetivos de la agencia y en los instrumentos para alcanzarlos.	¿Qué se quiere hacer? ¿Cómo alcanzar esas metas?
Relaciones entre la agencia reguladora y los regulados.	¿Tienen objetivos diferentes? ¿Existe influencia sobre los reguladores? ¿Tienen relaciones políticas culturales o familiares con los regulados?
Relaciones entre la agencia reguladora y el congreso.	¿Existen incentivos para inferir en las políticas reguladoras? ¿Tienen compromisos los congresistas con los regulados?
Sistemas de participación, apertura y transparencia en el proceso de decisión.	¿Son abiertas, pluralistas y transparentes las discusiones de los temas en materia de regulación?
Autonomía	Interrogantes
Capacidad de participación del ejecutivo en la toma de decisiones.	¿Las decisiones deben ser refrendadas por un ministerio? ¿Deben ser sancionadas por el presidente? ¿El ejecutivo participa en las decisiones?
Capacidad financiera de la agencia.	¿De dónde provienen los recursos? ¿Tiene libertad presupuestal y patrimonial?
Capacidad para producir información técnica.	¿Quién realiza las investigaciones? ¿Tiene secretaria técnica? ¿Quién suministra la información para la toma de decisiones?

Fuente: construcción de los autores con base en: Quintanilla (2004), Oliveira et al. (2005), Stern (1997) y Fernández (2004).

En cuanto a la construcción de indicadores que den cuenta del nivel de independencia y autonomía, la mayoría de éstos se han creado para analizar los Bancos Centrales. Al respecto, Vittorio Grilli y otros (1991) desarrollan un índice para medir la independencia política y económica de estos organismos con base en ocho criterios que se definen a partir de tres aspectos esenciales: procedimiento para designar a los miembros de la Junta Directiva, relación entre estos miembros y el gobierno, y responsabilidades formales del Banco. Por otra parte, Alex Cukierman (1992) estructura un índice de independencia legal con dieciséis variables agrupadas en cuatro categorías: status de los miembros de la Junta Directiva, formulación de política, objetivos y limitaciones sobre los préstamos al gobierno.

Posteriormente, Fabricio Gilardi (2001) realiza ajustes al índice de Cukierman con el fin de aplicarlo a las agencias reguladoras del sector farmacéutico y eléctrico en Inglaterra e Italia, además de distinguir entre independencia formal e informal. La independencia formal puede descomponerse y medirse en cuatro categorías: status del director de la agencia, estatus de los miembros de la agencia, su relación con el gobierno y el parlamento, y autonomía financiera y organizacional; mientras que la independencia informal es medida por el nivel de competencias delegadas a los reguladores, reconociendo así que podrían existir agencias bastante independientes pero con competencias poco importantes.

Aunque en principio Gilardi tampoco hace una distinción entre autonomía e independencia y su índice hace explícita solamente la segunda característica, en realidad éste puede ser utilizado para medir tanto el grado de independencia como de autonomía, debido a la manera como está estructurado en categorías y un número amplio de variables o aspectos a indagar sobre el diseño de los organismos reguladores.

El índice de Gilardi se divide en las cuatro categorías enunciadas anteriormente, en relación con la independencia formal, las cuales comprenden un total de 20 variables que reciben un valor entre 0 y 1 según el número de opciones que se presentan para responder a la variable o característica correspondiente, de modo que se establece una escala con la fórmula $1/(n - 1)$, siendo n el número de opciones, y el resultado indica la diferencia entre una opción de la variable y otra. Por ejemplo, dentro de la categoría dos, sobre el estatus de los miembros de la agencia, se tiene la pregunta o variable *Quién designa a los miembros*, y para ella se tienen cinco posibilidades, así que $1/(1 - n) = 0,25$ y los valores posibles serán 0; 0,25; 0,5; 0,75 y 1,0, correspondiendo a las siguientes posibilidades: un ministro (0), el ejecutivo (0,25), el legislativo (0,5), una mezcla entre el legislativo y el ejecutivo (0,75), el presidente de la agencia (1,0). En cambio, para el caso de las relaciones con el gobierno y el congreso se establecen solo dos posibilidades acerca del establecimiento formal de la independencia, así que los valores son dos, 1 si la respuesta es sí y 0 si es no.

A partir de la valoración dada a cada variable, el índice de Gilardi resulta finalmente de un promedio aritmético de las cuatro categorías, cada una de las cuales también toma un valor promedio de las variables. Por lo tanto, el índice también toma un valor entre 0 y 1, indicando en el primer caso la ausencia de algún grado de independencia o autonomía, y en el segundo el mayor grado. Este índice fue ajustado para los propósitos de esta Observación, como podrá verse en la Tabla 2, mediante la inclusión de dos variables en la última categoría: la autonomía técnica y la procedencia de los estudios por medio de los cuales se toman las decisiones.

2. La experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1994 – 2006

La demanda por la regulación en salud surgió en Colombia como un resultado de la reforma de 1993, la cual en el plano internacional ha sido considerada pionera o ejemplar en cuanto aplicó principios y estrategias dominantes en otros sectores, como energía y telecomunicaciones, al tiempo que desarrolló aspectos teóricos propios de la economía de la salud y se trazó metas ambiciosas en materia de cobertura de la seguridad social (Restrepo, 2004). Éste fue el caso de la desintegración vertical del sistema, de modo que en primer lugar la reforma implicaba separar la función de financiamiento, un monopolio que ostentaban el Instituto de Seguros Sociales –ISS– y diversas cajas de previsión del sector público que cubrían a sus empleados, para concentrarla en el Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga–, que de todos modos mantendría el monopolio público del financiamiento, así lo haya perdido el ISS (GES, 2006).

A partir del financiamiento se establece el aseguramiento a cargo de las empresas promotoras de salud –EPS–, una creación de la Ley 100 que apuntaba a crear un mercado de competencia en donde el ISS sería una EPS más compitiendo con las que se crearan a partir de entonces. Para terminar el proceso de transformación, se dio formalidad a las instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS–, que recogerían toda la oferta hospitalaria existente, pero también se motivaría la generación de una nueva oferta, toda la cual habría de tejer una serie de relaciones con las EPS en torno a los contratos que darían sustento a la atención de los afiliados.

Puede verse entonces lo que significó la reforma desde el punto de vista de la generación de mercados y la necesidad de implantar regulaciones para la operación de éstos. En el primer caso, el ISS debería sufrir una profunda transformación, tanto de desintegración horizontal –con la separación de los ramos de la seguridad social referentes a salud, pensiones y riesgos profesionales– como de desintegración vertical –al perder el monopolio en el financiamiento, constituir su EPS y dar paso a la transformación de sus clínicas y hospitales como IPS– (Restrepo, Lopera y Rodríguez, 2006). En cuanto a las necesidades de regulación, un tema crucial que se desprende del sistema adoptado sería el de los contratos, tal vez el tema con más vacíos en el país, pero las variables objetos de esta regulación, sobre

las cuales se hablará más adelante, corresponden básicamente a la unidad de pago por capitación –UPC– y el plan obligatorio de salud –POS– (Restrepo y Rodríguez, 2005).

2.1 Origen y diseño del Consejo

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud constituye una experiencia bastante particular o *sui generis* que tiene su origen en dos hechos fundamentales de lo que puede denominarse la economía política de la reforma colombiana: por un lado, el Consejo surge de la necesidad de regulación que generó la reforma, y por otro, el Consejo es el resultado de la discusión que en torno a la misma reforma se dio entre el gobierno del presidente César Gaviria y un sector de izquierda, representado básicamente en el sindicato del ISS, el cual reclamaba mayor participación y hacía oposición a la propuesta gubernamental de reforma. Fue así como de la discusión política surgió el Consejo como una ampliación del Consejo Directivo del ISS, con el argumento de que si el gobierno quería extender la cobertura del seguro de salud, hasta entonces monopolio del ISS, también debería extender la forma de gobernar el sistema que para el caso del ISS lo hacía el Consejo Directivo de la entidad (Cuadro 1).

Cuadro 1. Comparación entre el Consejo del ISS y el Consejo del Sistema

Consejo Directivo del ISS (Decreto 2148 de 1992)

- **Nueve miembros** con voz y voto, de origen gubernamental y no gubernamental, más el presidente y el secretario general del ISS:
Mintrabajo, Minsalud y Minhacienda.
Dos representantes del Presidente de la República.
Dos representantes de los empleadores.
Dos representantes de los trabajadores.
- Miembros no gubernamentales designados por el Presidente de la República, a partir de ternas de organizaciones, por períodos de dos años.
- Invitados: representantes de asociaciones médicas y odontológicas.

Consejo Nacional (Ley 100 de 1993, art. 171)

- **14 miembros** con voz y voto:
Mintrabajo, Minsalud y Minhacienda.
Dos representantes de entidades territoriales.
Representante legal del ISS.
Dos representantes de empleadores.
Dos representantes de los trabajadores.
Un representante de las EPS distintas al ISS.
Un representante de las IPS.
Un representante de los profesionales de salud.
Un representante de asociaciones de usuarios.
- Un secretario técnico (funcionario MPS)
- Los miembros no gubernamentales son designados a partir de organizaciones mayoritarias, por períodos fijos de dos años.
- Asesores permanente
- Invitados.

Fuente: elaboración propia a partir de las normas.

El Consejo Nacional conserva básicamente la misma estructura del Consejo del ISS y adiciona algunos de los agentes que harían parte del nuevo sistema. En particular, dado que el ISS pierde poder monopólico y su presidente se inserta como un representante más al Consejo Nacional, se incluyen también los representantes de los municipios, los departamentos, las EPS, las IPS, los profesionales de la salud y los usuarios. Además, este Consejo tendría un secretario técnico, funcionario del Ministerio de la Protección Social, y se estableció que los miembros no gubernamentales serían designados por el Presidente de la República, a partir de las ternas que presentarían las asociaciones mayoritarias por períodos fijos de 2 años. Por último, la Ley 100 permitió que el Consejo Nacional tuviera unos asesores permanentes, dentro de los cuales se encontraban representantes de las facultades de medicina y salud pública, así como de asociaciones de profesionales, y posteriormente se incluyó la figura de los invitados (GES, 2002).

En cuanto a las funciones de regulación atribuidas al Consejo Nacional, dentro de las más relevantes se encuentran: definir el POS, establecer el monto de la cotización –una función que quedó explícita en la Ley 100 pero por supuesto el Consejo nunca hizo atribución de ella porque tal vez allí no había un límite claro frente a la Ley–, definir el valor de la UPC y los medicamentos esenciales y genéricos del POS, el régimen de pagos compartidos, el régimen de licencias e incapacidades, y medidas necesarias para evitar la selección adversa. Además de las funciones propias de regulación, también se asignó al Consejo la función de administración del Fosyga.

Ahora bien, pese al establecimiento de funciones propias de un organismo regulador, el diseño del Consejo se encuentra marcado por una dificultad de personalidad que implica el desarrollo de tres objetivos difíciles de conciliar, pues además de ser agencia reguladora al mismo tiempo el Consejo sería un órgano de concertación entre sus principales agentes, y, adicionalmente, obraría como Consejo de Administración del Fosyga.

Con estas consideraciones, el Consejo se ubica dentro de lo que sería una agencia que es parte integral del gobierno, sin presupuestos ni gran autonomía, pero también con unos ciertos visos de una agencia semiautónoma. A continuación, unos comentarios sobre la aplicación de los diferentes aspectos que hacen parte del índice de Gilardi para establecer el grado de autonomía e independencia del Consejo.

El representante del Consejo

La presidencia está a cargo del Ministro de la Protección Social, así que por tratarse de un funcionario de libre nombramiento y remoción que tiene a su cargo una cartera ministerial, no trabaja exclusivamente para el Consejo y tampoco tiene un período establecido para hacer parte de él. Se destaca además que ha existido un poder de veto y una presión en el ejercicio financiero por parte del Ministerio de Hacienda.

Los integrantes del Consejo

En el diseño del Consejo se estableció que los miembros distintos a los de origen gubernamental (ocho de catorce) serían designados a partir de ternas de los propios regulados, primer problema referido a la captura pues la designación la haría el gobierno sin pasar por otro organismo como lo es la rama jurisdiccional o el legislativo; además, habría una reelección básicamente sin límites, de manera que o bien podría darse una alta rotación, o bien podría ser que la rotación no se diera y un representante permaneciera por largo tiempo. Tampoco se hacen explícitas las incompatibilidades, como el hecho de pasar de una posición de ser representante directo de una de las firmas del sistema, a ocupar las sillas en el Consejo, o pasar del Consejo a una posición gubernamental.

Relaciones con el gobierno y el congreso

No es fácil precisar las relaciones del Consejo con el gobierno, pues el primero es planteado como un organismo integrado al segundo, dirigido y manejado directa y completamente por un ministerio. En cuanto a sus relaciones con el congreso, solamente se estableció la presentación de un informe anual de actividades a las comisiones séptimas del Senado de la República y la Cámara de Representantes, lo que no ha funcionado muy bien, tanto por el poco interés del gobierno en cumplir con esta formalidad, como por la falta de debate y análisis que del mismo se hace en el congreso.

Autonomía financiera y organizacional

La secretaría técnica es una de las principales debilidades que siempre se argumentó para el Consejo (Harvard, 1996), pues éste no tiene una secretaría propia y el secretario es un funcionario del Ministerio, de manera que los estudios realizados para tomar decisiones básicamente eran estudios *ad hoc* y no existía un personal propio del Consejo.

El Consejo no tiene presupuesto, de manera que carece de un manejo directo sobre los estudios necesarios para tomar decisiones, pero además parece imposible el funcionamiento del Consejo como organismo permanente, así que en la práctica éste se configura en la medida en que el Ministerio de la Protección Social convoque a las reuniones y asuma los gastos necesarios para que éstas se lleven a cabo y se cuente con los estudios e información que ilustren las decisiones.

Finalmente, en cuanto a la toma de decisiones, en el marco de la teoría de juegos se han mostrado las diferentes coaliciones que se presentarían al interior del Consejo y cómo las relaciones de mercado se traducirían en relaciones de agencia en su interior, de manera que las decisiones resultan prácticamente impredecibles (Rodríguez, 2004). Hay un predominio del gobierno tanto numérico como en términos de poder y manejo de agenda.

En síntesis, como se muestra en la Tabla 2, la autonomía e independencia del Consejo es bastante baja, resultando en

un índice de Gilardi de 0,15 cuando el ideal estaría en niveles cercano a 1,0. Puede agregarse además que en cuanto a transparencia no hay mayor exigencia, pues lo único que se estableció es que el Consejo entregue un informe anual al Congreso. Poco se conoce sobre las actas del Consejo y no hay información pública, solo recientemente en la página del Ministerio de la Protección Social comienza a aparecer información del Consejo. Además, es poca la divulgación de los estudios, cuando se hacen, para respaldar las decisiones.

2.2 Experiencia sobre el funcionamiento del Consejo

Para examinar la práctica del Consejo se han considerado dos aspectos básicos: su conformación y la producción de acuerdos. En cuanto a lo primero, para el período transcurrido entre mediados de 1994 –cuando se conformó el Consejo por primera vez– y 2006, se encuentra que han pasado 80 personas con un promedio de duración de 2,1 años, que sería la duración planteada en principio para los representantes no gubernamentales (Tabla 3); sin embargo, hay diferencias notorias, pues curiosamente el representante de los trabajadores ha sido siempre el mismo, mientras que el personal menos estable ha sido el ministro de trabajo que ha tenido una duración cercana al año, así como el representante de los municipios, ya que ha habido un acuerdo para una rotación casi anual. Se muestra pues una alta rotación para ciertos integrantes, mientras otros han permanecido sin que exista limitación en el número de veces que pueden ser reelegidos. Un caso particular ha sido el del Ministerio de Hacienda, que pese a tener varios ministros durante el período, en realidad ha tenido asiento permanente a través de una funcionaria de nivel técnico como representante del Ministro.

Tabla 3. Conformación del Consejo Nacional, 1994 – 2006

Representante	No.	Duración promedio (años)
Ministro de Salud (MPS)	9	1,33
Ministro de Trabajo	8	1,13
Ministro de Hacienda	6	2,0
Representante legal del ISS	7	1,7
Municipios	11	1,1
Departamentos	7	1,7
Grandes empleadores	5	2,4
Pequeños empleadores	5	2,4
IPS	4	3,0
EPS	6	2,0
Profesionales de la salud	2	6,0
Trabajadores	1	12,0
Pensionados	5	2,4
Asociaciones de usuarios rurales	4	3,0
TOTAL	80	2,1

Fuente: Informes anuales del Consejo. Cálculos de los autores.

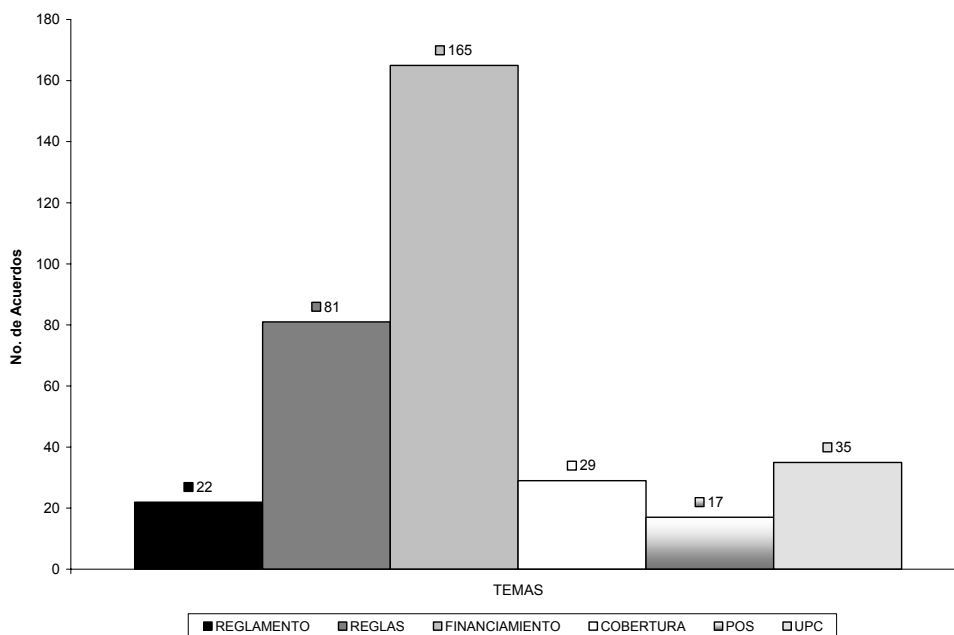
Respecto a los acuerdos expedidos por el Consejo, dentro del período de análisis se suman 340, con un promedio de 28 acuerdos por año, aunque se ha presentado un comportamiento variable: entre 1994 y 1996 se tuvieron pocos acuerdos (16 por año), el período con mayor expedición de acuerdos fue entre 1997 y 2000 (33 anuales), entre 2001 y 2004 nuevamente se dio un bajo número (23 por año) y en 2005 hubo un nuevo repunte (34 por año). Pero lejos de conocer el número de acuerdos, se muestra una aproximación sobre los temas que se regulan en esos acuerdos, siguiendo para ello las funciones legales del Consejo, lo cual enseña lo que en realidad ha hecho como órgano de dirección del sistema (Gráfica 1). Se observa que la principal dedicación del Consejo recae sobre el financiamiento, en tanto Consejo de administración del Fosyga, de modo que de los 340 acuerdos del período, cerca de la mitad (165) se deben exclusivamente al funcionamiento del Fosyga. Luego, 81 acuerdos están destinados propiamente a la definición de reglas, aunque éstos se ocupan principalmente de aspectos relacionados con la contratación en el régimen subsidiado. En tercer lugar, se tienen los acuerdos relativos a las funciones sobre la UPC, con 35 acuerdos; posteriormente, se tienen 29 acuerdos referidos a aspectos de cobertura, únicamente a afiliación; 22 acuerdos al reglamento propio del Consejo y por extensión a asuntos relativos al comité de medicamentos y evaluación de tecnología, y 17 acuerdos relativos al POS.

Adicional al análisis que puede hacerse a partir de la información que registra la realidad del Consejo, también se cuenta

con algunas aproximaciones que dan cuenta de la percepción que sobre la conformación y el desempeño del organismo tienen los propios actores que lo conforman, pero también quienes se ven afectados por sus decisiones. Sobre el particular se tienen dos trabajos, uno de ellos con una metodología cualitativa llevado a cabo por Conrado Gómez y Luz Helena Sánchez, en donde se nota que entre los asistentes al Consejo hay diferencias en cuanto a poder e influencia a favor de las EPS privadas, la ANDI y la Asociación de Clínicas y Hospitales, quienes disponen de una planta propia de profesionales a partir de los cuales se pueden influenciar las decisiones y tratar de imponer agendas específicas, mientras que los sindicatos y usuarios no disponen de una fuerza técnica o de información, de influencia para llegar a tomar decisiones en el Consejo, y sus iniciativas tienden a expresarse más bien por las vías judiciales, de desobediencia civil y expresiones políticas (Gómez y Sánchez, 2006).

Otro estudio, realizado por el Grupo de Economía de la Salud, señala que el Consejo tiene muy poca capacidad para desarrollar agendas estratégicas que se encuentren apoyadas en investigaciones sólidas, las cuales de todos modos dependen de la disposición del gobierno. Como está conformado, el Consejo no se garantiza el interés público y se padecen problemas de elección al propiciar espacios para las coaliciones y favorecer intereses de grupo y carecer de capacidades técnicas al darle prioridad a la representación de intereses y no de expertos (Restrepo y Rodríguez, 2005).

Gráfica 1. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdos aprobados entre 1994 y 2006 (temas principales)



Fuente: Acuerdos del Consejo. Cálculos de los autores.

Tabla 2. Índice de Gilardi Ajustado

Categorías, variables y opciones (valor en paréntesis)	Consejo	CRES
A. Estatus del jefe de la agencia	0,05	0,05
1) Período en años: Más de 8 (1); 6 a 8 (0,8); 5 (0,6); 4 (0,4); menos de 4 (0,2) sin término fijo (0)	0	0
2) ¿Quién designa el presidente de la agencia?: Los miembros de la agencia (1); ejecutivo – legislativo (0,75); legislativo (0,5); ejecutivo (0,25); un ministro (0)	0,25	0,25
3) Despido: Imposible (1); solo por política (0,67); no se especifica (0,33); discrecional (0)	0	0
4) ¿Puede el presidente de la agencia realizar otros oficios en el gobierno? No (1); con autorización del ejecutivo (0,5); no se especifica (0)	0	0
5) ¿Se puede reelegir?: No (1); una sola vez (0,5); más de una vez (0)	n.d.	n.d.
6) ¿La independencia es una exigencia formal para el nombramiento?: Si (1); No (0)	0	0
B. Estatus de los miembros de la agencia	0,13	0,55
7) Período (los mismos valores que para el jefe de la agencia)	0,20	0,20
8) ¿Quién designa los miembros de la agencia?(idem)	0,25	0,25
9) Despido (idem)	0,33	0,33
10) ¿Pueden realizar otros oficios en el gobierno? (idem)	0	1
11) ¿Se pueden reelegir?(idem)	0	0,5
12) ¿La independencia es una exigencia formal para el nombramiento? (idem)	0	1
C. Relaciones con el gobierno y el congreso	0,42	0,67
13) ¿La independencia de la agencia esta establecida formalmente? (idem): Si (1); No (0)	0	1
14) Obligaciones formales de la agencia con el gobierno?: Ninguna (1); informe anual para información (0,67); Informe anual para aprobación (0,33); totalmente responsable (0)	0	0
15) Obligaciones formales de la agencia con el congreso (igual a la anterior)	0,67	0,67
16) ¿Quién puede cambiar la decisión de la agencia, además de una corte: Nadie (1); un cuerpo especializado (0,67); el gobierno, con restricciones (0,33); el gobierno, sin restricciones (0)	1	1
D. Autonomía financiera y organizacional	0	0,67
17) ¿Cómo se financia la agencia? Fondos externos (1); gobierno y firmas reguladas (0,5); gobierno (0)	n.d.	1
18) ¿Cómo es controlado el presupuesto? La agencia (1); la agencia y el gobierno (0,5); el gobierno (0)	0	0,5
19) ¿Quién decide sobre la organización interna de la agencia? (igual que el anterior)	0	0,5
20) ¿Quién es responsable de la política de personal de la agencia?: La agencia (1); el gobierno (0)	0	1
21) Secretaría técnica: Si (1), No (0)	0	1
22) ¿Quién realiza las investigaciones? Staff propio (1), personal propio y contrataciones (0,5), contrataciones (0)	0	0
Índice de Gilardi	0,15	0,48

Fuente: Gilardi (2001) con ajustes de los autores.

3. Las novedades de la Comisión de Regulación en Salud (CRES)

En el contexto de las iniciativas de reforma, presentadas por el gobierno y congresistas de los diferentes partidos y movimientos políticos, en 2006 se dio lugar en la Cámara de Representantes a un proyecto de ley por el cual se propuso la creación de la CRES. En la exposición de motivos de esta iniciativa, la cual partía de reconocer tres estudios nacionales sobre el particular (Restrepo y Rodríguez, 2005; Rodríguez, 2005; Gómez y Sánchez, 2006), se reconocían los siguientes puntos críticos y dificultades sobre las acciones e intervenciones del Consejo como ente administrador y regulador de la salud:

“<...> Las principales dificultades son aquellas que señalan un poder diferencial entre los integrantes del Consejo, el amplio margen para la conformación de coaliciones y grupos de presión, o las posibles incompatibilidades que surgen en su gestión al ser un ente regulador, administrador y concertador. Lo significativo de estos estudios radica entonces en que más que apuntar a una disolución o derogación de las facultades y competencias del Consejo, se piensa en estrategias que intervengan y modifiquen favorablemente las dificultades que se presentan tanto al interior de la dinámica del Consejo como aquellas que se derivan de su acción en el campo de la salud”.

A partir de estos elementos, que corresponden a la problemática descrita en la sección anterior, el proyecto de ley abandona la posibilidad de introducir cambios sobre el Consejo y más bien da lugar a la CRES, de modo que ésta se concentre en los asuntos que han sido de difícil manejo para el Consejo. La propuesta original hizo parte de la negociación política que tuvo lugar en el Congreso de la República, en tanto las diferentes iniciativas llegaron a una etapa de conciliación que permitió la aprobación del texto que hoy se conoce como la Ley 1122 de 2007 y cuyo contenido general fue analizado en el Observatorio de la Seguridad Social No. 15 (GES, 2007). Dentro de los 46 artículos que tiene esta Ley, seis de ellos (del 3° al 8°) se ocupan de la CRES como parte de los ajustes que pretende dársele al sistema en el tema de dirección y regulación (el otro tema, con tan solo un artículo, se refiere a la evaluación por resultados).

3.1 El carácter de la Comisión

Al conservar el Consejo, la Ley 1122 le quita su potestad de organismo de dirección y lo reconoce más bien como asesor y consultor de la CRES y del Ministerio, conforme a la reglamentación que debe expedir el propio Ministerio. Ahora bien, mientras entre en funcionamiento la CRES, el Consejo seguirá ejerciendo sus funciones como lo ha hecho hasta ahora. Sin embargo, en la Ley no se precisa cuándo comenzaría a operar la CRES.

Las funciones asignadas a la CRES corresponden a la regulación de las principales variables sobre las que opera el sistema y que han sido definidas por el Consejo, en especial la definición de la UPC y del POS. Sin embargo, hay algunas novedades que al parecer buscan depurar o especializar el organismo precisamente en torno a la función de regulación. En efecto, se suprimen tres funciones: la administración del Fosyga, la cual es asignada directamente al Ministerio de la Protección Social, la definición de criterios de selección al régimen subsidiado y el establecimiento de medidas para evitar la selección adversa. Como función nueva, corresponderá a la Comisión “establecer y actualizar un sistema de tarifas”, con un manual de tarifas mínimas para ser revisado cada año y que incluya honorarios profesionales.

3.2 Principales aspectos sobre autonomía e independencia (índice de Gilardi)

El representante de la Comisión

En esta categoría no existe ningún cambio en el diseño de la CRES, ya que al igual que en el Consejo no hay un director elegido por los comisionados diferente a un funcionario del gobierno como lo es el Ministro de la Protección Social, quien preside el organismo. Además, éste es un funcionario de libre nombramiento y remoción que realiza labores diferentes a las desarrolladas en la Comisión, ocasionando que el Gobierno tenga alta injerencia en los asuntos a decidir y que aún la CRES presente problemas relacionados con su autonomía.

Los integrantes

Consistente con la pretensión de que la CRES posea autonomía administrativa, técnica y patrimonial, su conformación busca hacerse independiente de los grupos de interés, y en parte del ciclo político, y se desea un reconocimiento al mayor nivel de la dirección del poder ejecutivo. Es así como, por un lado, la CRES estará integrada por cinco expertos con dedicación exclusiva al organismo, los cuales deberán poseer al menos título de maestría, acreditar un mínimo de diez años de experiencia y participar en concurso de méritos para ser presentados dentro de ternas por parte de entidades como la Asociación Colombiana de Universidades, centros de investigación en salud, centros de investigación en economía de la salud, asociaciones de profesionales de la salud y asociaciones de usuarios, para ser finalmente designados por el Presidente de la República. Por otro lado, de la CRES también harán parte el Ministro de la Protección y el Ministro de Hacienda, y ambos funcionarios solo podrán delegar su asistencia excepcionalmente en un viceministro

En un intento más bien tímido por buscar también la independencia del gobierno, al menos en cuanto a que un gobierno solamente puede designar un pequeño número de miembros, la Ley concede un período de tres años a los comisionados expertos, prorrogables por una sola vez, pero para iniciar se establece que uno de ellos termine su primer período en un

año, otros dos lo terminen en dos años y los otros dos en los tres años reglamentarios.

Relación con el gobierno y el congreso

La CRES se crea como una *unidad administrativa especial*, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Esto implica darle a la CRES el carácter formal y real de organismo que no tenía el Consejo. Sin embargo, la CRES tendrá una restricción presupuestal al tener como referencia el equilibrio financiero del sistema, cuando sus decisiones tienen que ver con el régimen contributivo, y el Marco Fiscal de Mediano Plazo cuando sus decisiones están relacionadas con el régimen subsidiado.

Autonomía financiera y organizacional

Las características presentes en la Ley 1122 de 2007 le permiten funcionar a la CRES con una estructura interna que habrá de reflejarse en una planta de personal, unas instalaciones propias, unos actos jurídicos sometidos a control por parte de la jurisdicción administrativa y una financiación propia que se derivará de los recursos del Fosyga. Se configura así un verdadero organismo regulador, pues como se ha comentado la existencia del Consejo prácticamente estaba determinada por la realización de reuniones entre sus miembros.

La conformación de la CRES se complementa con la secretaría técnica, sobre lo cual se hacían las principales recomendaciones a partir de la experiencia del Consejo. Sin embargo, los avances no fueron muy notorios, pues el secretario técnico será designado por el Ministro de la Protección Social y en la Ley no se establece período ni perfil y tampoco se aclara si en realidad es un funcionario de la Comisión. Además, no se hizo precisión sobre sus funciones, en tanto deba adelantar trabajos propios, y solo se estableció que “apoyará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo”, estudios que al parecer serán contratados pese a ser definidos por la propia Comisión.

En síntesis, el índice de Gilardi sobre autonomía e independencia de la CRES se ubica en 0,48, destacándose los avances en cuanto a autonomía financiera y organizacional (0,67 frente a 0,0 para el Consejo) y estatus de los miembros de la agencia (0,55 frente a 0,13 para el Consejo), mientras no se presentó ningún cambio en el índice para el estatus del jefe de la agencia y se presentó un ligero aumento en el índice relativo a las relaciones con el gobierno y el congreso (de 0,42 a 0,67).

3.3 La CRES frente a otros organismos reguladores

Si bien la CRES ganó independencia y autonomía frente al Consejo, conviene comparar su diseño con el de otros organismos reguladores del país. Es así como al comparar a la CRES con la Comisión de Regulación de Energía y Gas

(CREG), la Comisión Nacional de Televisión (CNTV) y el Banco de la República (BR), resulta que la CRES es el organismo que presenta un menor índice de Gilardi, mientras el Banco de la República presenta el más alto (Tabla 4).

Tabla 4. Índices de Gilardi ajustado para los organismos: CRES, CREG, CNTV y BR

Categorías	CRES	CREG	CNTV	BANREP
A) Estatus del Jefe de la agencia	0,05	0,55	0,56	0,67
B) Estatus de los miembros de la agencia	0,55	0,50	0,47	0,55
C) Relaciones con el gobierno y el congreso	0,67	0,92	0,75	0,92
D) Autonomía financiera y organizacional	0,67	0,75	0,67	0,90
Índice de Gilardi ajustado	0,48	0,68	0,61	0,76

Fuente: elaboración de los autores.

Al analizar la independencia y autonomía de estos organismos, con respecto a la categoría estatus del representante del organismo, se tiene que predomina un director de la junta o comisión que trabaja exclusivamente como tal. En el caso de la CNTV, existe un director quien es el representante legal del organismo, encargado de presentar informes y balances anuales para su aprobación por parte de la junta directiva, y de él dependen varias oficinas especializadas. De la misma forma, la CREG cuenta con un director ejecutivo encargado de las decisiones administrativas. Finalmente, el BR tiene un Gerente General como representante legal de la entidad, y como tal es el encargo de responder ante el Congreso de la República por las acciones llevadas a cabo por el organismo, presentar el presupuesto anual del Banco a la junta directiva para su aprobación y revisión, y aprobar los gastos que se efectuarán en la entidad, entre otras.

Además de lo anterior, la presencia de un representante del organismo de dedicación exclusiva designado por sus miembros ocasiona que la entidad presente mayor independencia, pues la injerencia del gobierno se reduce considerablemente. El BR es el organismo más destacado en este aspecto, pues el gerente general tiene un periodo de cuatro años y puede ser reelegido dos veces; además, sus miembros no pueden dentro del año anterior a su designación haber sido representantes legales, con excepción de los gerentes regionales o de sucursales, de cualquier institución sometida a la inspección y vigilancia de la Superintendencia Financiera. Seguido a éste, la CNTV cuenta con un director designado por un periodo inferior a

dos años, reelegible solo una vez. Este no es independiente ni del gobierno ni de los agentes regulados. Finalmente, en la CREG, el director ejecutivo no presenta período establecido, su cargo rotativo, y quien lo desempeña puede ser reelegido varias veces; además, este no debe tener participación en las empresas reguladas o ser accionista de una de ellas.

Es la CRES el organismo que presenta un menor valor en esta categoría, pues su representante es el Ministro de la Protección Social, debido a que dentro del diseño no existe un comisionado diferente a un funcionario del gobierno que los “represente” ante el sector y el Congreso; además, es designado por el Presidente de la República.

Por otra parte, al analizar el estatus de los miembros del organismo, se presenta que en todos los organismos analizados sus miembros, a excepción de los Ministros y el Director Nacional de Planeación, por Ley son de dedicación exclusiva; además, exceptuando los miembros de los CNTV, son designados por el Presidente de la República. Los miembros del BR y la CREG presentan un período de cuatro años, pueden ser reelegidos dos veces y son independientes de las empresas que conforman el respectivo sistema. Además de lo anterior, el mayor valor de esta categoría por parte del BR radica en que sus miembros pueden ser despedidos por una autoridad competente y por ausencia injustificada a más de dos sesiones continuas, similar a la CNTV en donde estos serán despedidos por ausencia injustificada a más de cuatro sesiones continuas.

La CRES presenta para esta categoría un valor igual al del BR, aunque el período de sus miembros es tan solo de tres años y no existe una provisión específica sobre el despido de sus miembros. Por su parte, en la CNTV sus miembros son designados por períodos de dos años, reelegidos una vez, además estos provienen del gobierno, el sector público y privado y la academia, lo que ocasiona que la independencia de sus miembros no esté garantizada formalmente, ocasionando que este presente un menor valor en esta categoría.

Al analizar la tercera categoría, todos los organismos analizados deben presentar anualmente un informe al Congreso de la República informando todas las actividades desarrolladas por éstos. Además, tanto la CRES, la CREG, la CNTV y el BR según la Ley 1122 de 2007, la ley 143 de 1994, la Ley 182 de 1995 y la Constitución Política de Colombia de 1991, respectivamente, son organismos independientes.

Finalmente, la autonomía financiera, organizacional y técnica de los organismos presenta grandes diferencias en los organismos analizados. A diferencia del BR, la CREG y la CNTV, la CRES contará con recursos externos provenientes del Fosyga (cotizaciones), mientras la CREG y la CNTV se financian con recursos de las industrias del sector y del gobierno, y el BR con recursos del gobierno e ingresos provenientes del desempeño de sus funciones.

Finalmente, aunque todos los organismos analizados cuentan con Secretaría Técnica, el mayor valor de la categoría por parte del BR radica en que éste cuenta con un grupo de investigación económica que le permite a la junta directiva tomar sus propias decisiones sin depender de los estudios realizados por organismos gubernamentales o privados; mientras la CREG además de realizar los estudios contrata con diferentes entidades la realización de éstos, y la CRES, al igual que la CNTV según la ley contratará los estudios pertinentes para la toma de decisiones lo que disminuye su autonomía técnica y pone en cuestionamiento la función de los comisionados.

4. Conclusiones: ¿Qué tanto se gana con la creación de la CRES?

4.1 La CRES frente al Consejo

Los cambios en el organismo regulador del sistema se encuentran reflejados en el índice de Gilardi ajustado (ver Tabla 2). Puede verse que la CRES presenta mejoras significativas con respecto al Consejo. Las principales ganancias en independencia se encuentran en el hecho de que sus miembros no son representantes de los agentes del sistema sino que son expertos provenientes de asociaciones de profesionales o usuarios y entidades académicas, de las que se espera una mayor cercanía con la búsqueda del beneficio común; en el mayor período de los miembros, pasando de dos a tres años; en la limitación a la posibilidad de reelección en tan solo una vez, y en la dedicación exclusiva por parte de los miembros de la Comisión, a diferencia de los miembros del Consejo que tenían una dedicación marginal, pues ellos laboraban en la entidad a la que representaban.

Las ganancias en autonomía radican en que la Comisión cuenta con presupuesto propio proveniente del Fosyga; la existencia de una secretaría técnica, la capacidad para controlar su presupuesto, para organizar internamente el organismo y para responder por la política de personal, mientras el Consejo contaba con un secretario técnico, el cual era funcionario del gobierno.

Los cambios cuantitativos y cualitativos presentes en el diseño del nuevo organismo regulador son grandes, pues se pasaría de un indicador de Gilardi ajustado de 0,15 a 0,48. Dentro de los factores por los cuales este indicador no es superior, comparando con otros organismos reguladores con más tradición en Colombia, se tiene la potestad para la elección de todos los comisionados por parte del Presidente de la República, la restricción presupuestal impuesta por el gobierno a la CRES al tener como referencia el equilibrio financiero del sistema, cuando sus decisiones tienen que ver con el régimen contributivo, y el Marco Fiscal de Mediano Plazo cuando sus decisiones están relacionadas con el régimen subsidiado; la contratación de los estudios por medio de los cuales este organismo tomará las decisiones,

y la representación de la Comisión por parte del Ministro de la Protección Social quien es el que la preside.

En síntesis, la CRES ofrece mayor autonomía para ejercer la regulación del sistema al propiciarse un espacio de discusión en el que cinco expertos estarán dedicados al análisis permanente del desempeño del sistema y desarrollarán la capacidad de tomar decisiones a partir de información de carácter público. Además, la CRES ofrece más independencia frente a los regulados, al conformarse sin la representación directa de ellos, pero no sucedió lo mismo en cuanto a su independencia frente al gobierno, pues cada gobierno podrá ejercer control sobre la comisión.

4.2 Comentarios sobre el índice de Gilardi

En esta Observación se aplicó el índice de Gilardi como medida sobre la autonomía y la independencia del Consejo Nacional, la Comisión y otros organismos reguladores. Aunque los resultados coinciden con el análisis que puede hacerse en forma separada de los aspectos más importantes sobre el diseño de ambos organismos, al tiempo que guardan cercanía con los comentarios expresados por expertos y actores del sistema de seguridad social, es posible que frente a la medida propuesta se pueda adelantar una revisión más profunda dadas las limitaciones que presenta el índice empleado.

Una primera limitación del índice de Gilardi se refiere al hecho de que parece expresar una medida cardinal, cuando en realidad la metodología empleada está basada en una medida ordinal. Esto es, al dar valores entre 0 y 1 a las diferentes variables solamente se asignan números para ordenar las diferentes opciones, considerando que los valores cercanos a 1 significan algo bueno y los cercanos a 0 algo no deseado frente al tema de la autonomía y la independencia, pero la distancia entre una opción y otra no tienen un significado cuantitativo sino solamente cuantitativo; por ejemplo, una opción con valor de 1 frente a una con valor de 0,5 no implica que la primera sea igual al doble de la segunda, solamente que es mejor.

Una segunda limitación se refiere al cálculo del índice a partir de promedios aritméticos, lo cual indica que no se da peso a ninguna variable o característica en especial, así que los cambios en cualquiera de ellas implican un efecto igual para el índice, cuando en realidad su aporte puede variar. Finalmente, es importante reconocer que en la aplicación del índice puede darse lugar a diferentes interpretaciones, en particular frente a temas difíciles de sustentar porque no han sido desarrollados para el caso de la CRES o incluso porque el propio índice puede carecer de coherencia interna.

4.3 ¿Qué pasará con la CRES?

Aunque la Ley 1122 de 2007 afirmó que al menos a mediados de 2007 estaría reglamentada la selección de los comisionados expertos, lo cierto es que no se ha producido un decreto del gobierno sobre el particular y esto constituye una mala señal acerca del verdadero interés por poner a funcionar la Comisión. Como quedó sugerido en un borrador de decreto que el Ministerio de la Protección Social puso en consideración, no hay claridad sobre la manera de designar a los comisionados expertos y se corre el riesgo de resolver el asunto en términos de una bolsa de empleo permeable a los intereses políticos y económicos, con lo cual se afectaría principalmente la independencia que se quiere tenga el organismo.

Aunque los principales elementos del diseño de la CRES fueron aprobados mediante la Ley 1122 y por tanto los cambios no serían muy fáciles, haría falta que sus miembros presenten períodos más prolongados, con el fin de aumentar la estabilidad y fomentar el aprendizaje del oficio, que se cuente con un director general diferente al ministro, designado por los comisionados, lo que le permitiría tener mayor independencia frente a los agentes del sistema y reducir la captura de interés; que solo la Corte Constitucional pueda cambiar las decisiones tomadas por ésta, y que cuente con una secretaría técnica conformada por personal especializado que apoye el trabajo de los expertos en la realización de estudios y el seguimiento permanente de información relevantes para la toma de decisiones.

Para conformar la CRES es necesario convocar a las principales asociaciones científicas del país y otras organizaciones sin intereses económicos en el sistema para que presenten los nombres de expertos en las diferentes materias que sirven a la regulación del sistema (salud pública, epidemiología, derecho y economía, como las más importantes), para lo cual es fundamental acordar un criterio claro sobre lo que se entiende por experto y confiar en que cada asociación puede presentar sus nombres o incluso coincidir en varios de ellos a partir de las ejecutorias y la trayectoria de cada experto. Además, se requiere reglamentar un régimen de incompatibilidades e inhabilidades que impida el paso instantáneo de ciertas posiciones del gobierno o entidades privadas a la Comisión y viceversa.

Por último, en cuanto al funcionamiento de la CRES es importante reglamentar la votación para la toma de decisiones. Conviene exigir una votación por mayoría calificada (digamos al menos cinco votos positivos), si es que no hay unanimidad o consenso, para las decisiones de mayor peso, como la definición de la UPC, el POS y el manual de tarifas. Además, es necesario darle forma a una secretaría técnica que cuente con una planta de personal especializada.

Referencias

- Cukierman, Alex (2006). "Independencia del banco central e instituciones responsables de la política monetaria: pasado, presente y futuro". *Economía Chilena*, Vol. 9. No. 1, pp. 5-23.
- Fernández, Gabriel (2004). "Las autoridades administrativas independientes en Francia". *Revista Vniversitas*, No 107, pp. 343-372.
- Gilardi, Fabrizio (2001). "Policy credibility and delegation of regulatory competencies to independent agencies: A comparative empirical consideration". Ponencia presentada en el *First YEN Research Meeting on Europeanisation*, Siena, 2-3 de Noviembre de 2001. Disponible en: http://www.essex.ac.uk/ECPR/standinggroups/yen/paper_archive/1st_yen_meet_papers/gilardi2001.pdf. Acceso: abril de 2007.
- Gómez, Conrado; Sánchez, Luz Helena; Ramírez, Marta (2006). "Experiencia del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma en Colombia. Bogotá, D.C., SCARE.
- Grilli, Vittorio; Masciandaro, Donato y Tabellini, Guido (1991): "Political and monetary institutions and public financial policies in the industrial countries". *Economic Policy*, Vol. 6, No. 13, pp. 341-392.
- Grupo de Economía de la Salud (2002). "Resultados financieros del seguro de salud en Colombia, 1996-2005", *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 13. Disponible en: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/observatorio13.pdf>
- Grupo de Economía de la Salud (2007). "Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993 - 2007", *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 15. Disponible en: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/observatorio15.pdf>
- Harvard University School of Public Health (1996). *Report on Colombia health reform and proposed master implementation plan*. Bogotá (mimeo).
- Oliveira, Gesner; Machado, Eduardo; Martins, Lucas y Guimarães, Carla (2005). "Aspects of the independence of regulatory agencies and competition advocacy". Competition Policy Implementation Working Group, São Paulo, Mayo de 2005. Disponible en: http://www.icn-bonn.org/NGA_Submission_Aspects_of_Independence.pdf Acceso: septiembre de 2007.
- Quintanilla, Edwin (2004). "Autonomía institucional de los organismos reguladores: revisión de literatura". Lima, Escuela de Administración de Negocios para Graduados. *Documentos de Trabajo*, No. 14. Disponible en: <http://www.osinerg.gob.pe/osinerg/investigacion/documentos/DT14-OEE-OSINERG.pdf>. Acceso: septiembre de 2007.
- Saravia, Enrique (2004). "Regulación en Argentina y Brasil. Análisis comparativo de los modelos institucionales". *Reforma y Democracia*, No. 30.
- Serafinoff, Valeria (2003). "Entes reguladores: ¿capacidades o incapacidades institucionales?: algunas aproximaciones a la problemática a partir del análisis de dos organismos". Cataluña, Instituto Internacional de Gobernabilidad.
- Restrepo, Jairo (2004) "¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol 3, No. 6, pp. 8-34.
- Restrepo, Jairo; Lopera, John y Rodríguez, Sandra (2006). "La integración vertical en el sistema de salud colombiano". *Revista de Economía Institucional*, Vol. 9, No. 17, pp. 279-308.
- Restrepo, Jairo y Rodríguez, Sandra (2005). "Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia". *Revista de Economía Institucional*, Vol. 7, No. 12, pp. 165-190.
- Rodríguez, Sandra (2004). "Relaciones de Agencia y Relaciones de Poder en el Consejo Nacional de Seguridad Social de salud en Colombia". Tesis para optar el título de Magíster en Economía, Medellín, Universidad de Antioquia.
- Sifontes, Domingo (2003). "Regulación económica y agencias regulatorias independientes: una revisión de la literatura". Valencia, Universidad de Carabobo. Disponible en: <http://www.eumed.net/ce/ds-regulat.pdf>. Acceso: julio de 2007.
- Stern, Jon (1997). "What makes an independent regulator independent?" *Business Strategy Review*, Vol 8. No. 2, pp. 67-74.
- Tobón, David; Castillo, Gustavo; Valencia, Germán y Hernández, Juan (2002). "Institucionalidad Reguladora de la Industria Eléctrica Colombiana". Informe de investigación, Medellín, Centro de Investigaciones Económicas (CIE), Universidad de Antioquia.

Observación estadística

Cobertura del seguro de salud en Colombia, 1994–2006

Jairo Humberto Restrepo

La cobertura del sistema de seguridad social en salud ha estado marcada por el ciclo económico, el ajuste fiscal y la voluntad política para la implementación la reforma. En el régimen contributivo se observa estabilidad: luego de haber incorporado en 1995 a la familia de los cotizantes del anterior sistema y crecer levemente en los años siguientes, hubo un leve ciclo marcado por el descenso, de 32,3% de la población en 1997 a 30,0% en 2002, y el ascenso continuo desde este último año hasta 35,2% en 2006, cuando el informe oficial da cuenta de 16 millones de afiliados. Se nota que los avances de 2004 y 2005 dan cuenta de una recuperación del empleo formal y de la consolidación de la cultura de afiliación a la seguridad social, mientras a partir de 2006 los crecimientos difícilmente superen lo alcanzado antes, manteniéndose una cobertura en el largo plazo entre 30% y 35% (Gráfica 1).

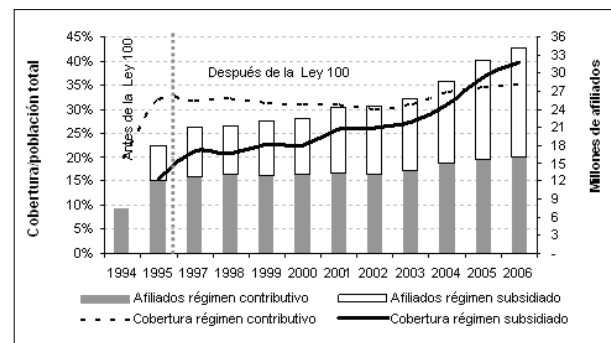
En el régimen subsidiado, aunque no hay retrocesos se nota la influencia de las medidas de ajuste fiscal y se destaca el interés reciente por el aseguramiento universal. Se aprecian tres momentos: en el primero (1997–2000) la cobertura subió levemente entre; en el segundo (2001–2003), se mantuvo en niveles cercanos al 26%, y en el tercero, a partir de 2004, hubo un aumento sin precedentes hasta llegar a 18 millones de afiliados, a los cuales se suman otros 2,1 millones bajo los llamados subsidios parciales que afilian población al régimen para recibir un plan de beneficios que contempla principalmente atenciones de alto costo (Gráfica 1).

En resumen, la información oficial da cuenta de unas 38 millones de personas cubiertas por un seguro, entre las cuales el 47% gozan del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, el 42% hacen parte del régimen contributivo, el 6% reciben cobertura mediante el esquema de subsidios parciales, y el 5% hacen parte de los regímenes especiales. La población de los regímenes especiales corresponde a los funcionarios públicos pertenecientes a las fuerzas militares, la policía nacional, el magisterio y la Empresa Colombiana de Petróleos, población que asciende a 1,9 millones de personas.

Un aspecto problemático para el cálculo de la cobertura se refiere a la base de población, pues hasta 2005 se usaban las proyecciones del DANE pero el censo de ese año arrojó una diferencia cercana a cuatro millones de personas por debajo de las proyecciones. Es así que pese a las diferencias en la cobertura del plan de beneficios entre los regímenes, hace falta conocer mejor la cobertura poblacional, pues ésta oscilaría para 2006 entre 84% y 91%, según la población con la cual se calculen las tasas. Estas discrepancias pueden resolverse

a través de la información reportada por las Encuestas de Calidad de Vida (ECV) o la Encuesta de Demografía y Salud (EDS), notándose que las tasas reportadas por éstas se aproximan más a la cobertura calculada con base en la población proyectada antes del Censo de 2005 (Cuadro 1).

Gráfica 1. Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1994-2006



Nota: la cobertura total es calculada teniendo en cuenta las proyecciones de población del DANE.

Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1996 – 2004; Ministerio de la Protección Social, Sector de la Protección Social, Informe de Actividades, 2006 y 2007. Cálculos del GES.

Tabla 1. Colombia: cobertura del seguro de salud según encuestas e informes oficiales

Régimen	Encuestas a hogares			Estadísticas oficiales		
	ECV 1997	ECV 2003	EDS 2005	1997	2003	2005
Contributivo	34,9%	35,3%	34,8%	31,8%	31,0%	33,7%
Subsidiado	19,3%	22,9%	30,4%	20,8%	26,6%	40,4%
Total	54,6%	58,2%	65,2%	52,5%	57,6%	74,1%

Fuente: Ramirez et al. (2005). Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las Encuestas de Calidad de Vida. Borradores de Investigación, No. 72. Facultad de Economía - Universidad del Rosario; EDS 2005.

Observación Académica

Informe sobre la salud en el mundo 2007¹

Aurelio Mejía Mejía

El mundo actual, sumamente móvil, interdependiente e interconectado, ofrece innumerables oportunidades para la rápida diseminación de enfermedades infecciosas y amenazas radionucleares o tóxicas. Enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla y las meningococias epidémicas, además de las más recientes como el síndrome respiratorio agudo severo y la gripe aviar, y otras virosis emergentes, como la fiebre hemorrágica del Ébola, representan amenazas para la seguridad sanitaria mundial y reclaman mayores esfuerzos en materia de vigilancia, prevención y control.

De la misma manera, el comercio transfronterizo de alimentos contaminados eleva las probabilidades de que los brotes se propaguen, y el aumento de las posibilidades de que se produzcan brotes por liberación accidental o intencional de agentes infecciosos o químicos tóxicos generan gran preocupación en muchos países y regiones.

Como demuestran los eventos comentados en el Informe, la seguridad sanitaria mundial, o su ausencia, puede repercutir también en la estabilidad económica o política, el comercio, el turismo y el acceso a bienes y servicios, y si falta reiteradamente, en la estabilidad demográfica.

Considerando estas preocupaciones, la Organización Mundial de la Salud en su Informe de 2007, titulado *Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI: un porvenir más seguro*, pretende mostrar cómo acciones colectivas internacionales de salud pública pueden propiciar una mayor seguridad a la humanidad. El Informe se concentra en aquéllos problemas que ponen en peligro la salud colectiva a escala mundial.

Ningún país, por más preparado, rico o tecnológicamente avanzado que sea, puede prevenir, detectar y dar respuesta por sí solo a todas las amenazas para la salud pública. Las amenazas emergentes pueden pasar inadvertidas desde una óptica nacional, requerir un análisis mundial para evaluar adecuadamente el riesgo, o exigir una coordinación eficaz a nivel internacional. Para lograr un mundo más seguro, dispuesto y preparado a responder colectivamente ante las amenazas para la seguridad sanitaria mundial, se necesitan alianzas que agrupen a todos los países del mundo y a interesados de todos los sectores implicados, reúnan la mejor asistencia técnica y los recursos necesarios para aplicar eficaz y oportunamente el Reglamento Sanitario Internacional –RSI– (<http://www.who.int/csr/ihr/es/>).

La finalidad del RSI es detener las enfermedades en las fronteras internacionales. Constituye un instrumento le-

gislativo esencial para la seguridad sanitaria mundial que brinda el marco global necesario para prevenir, detectar y evaluar los incidentes que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional y, en caso necesario, ofrecer una respuesta coordinada a ellos. Así, el cumplimiento tiene tres importantes incentivos: reducir los graves trastornos que trae consigo un brote, acelerar la contención de éste y mantener el prestigio ante la comunidad internacional.

El Informe concluye con las siguientes recomendaciones, cuya finalidad es proporcionar orientaciones y estímulo para la cooperación y la transparencia, en un esfuerzo por lograr el máximo nivel de seguridad sanitaria mundial:

- 1) Plena aplicación del RSI por parte de todos los países. La protección de la salud pública nacional y mundial debe ser transparente en los asuntos públicos y ser considerada como una cuestión transversal y un elemento crucial integrado en las políticas y los sistemas económicos y sociales.
- 2) Cooperación mundial en materia de vigilancia, alerta y respuesta ante brotes epidémicos entre gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, industrias y empresas del sector privado, asociaciones profesionales, instituciones universitarias, centrales de medios y la sociedad civil.
- 3) Libre intercambio de conocimientos, tecnologías y material, incluidos virus y otras muestras de laboratorio, necesarios para optimizar la seguridad de la salud pública mundial. La batalla por proteger ésta se perderá si sólo los ricos tienen acceso a las vacunas, los regímenes terapéuticos, las instalaciones y los medios de diagnóstico.
- 4) Fortalecer los sistemas nacionales de modo que sean capaces de predecir los peligros y anticiparse a ellos a nivel nacional e internacional, así como de trazar estrategias de preparación eficaces.
- 5) Colaboración intersectorial en la administración pública. La protección de la seguridad sanitaria mundial se fundamenta en la confianza y la colaboración entre sectores como la sanidad, la agricultura, el comercio y el turismo. Por consiguiente, debe fomentarse la capacidad de comprender las complejas relaciones entre la seguridad sanitaria y dichos sectores, y de actuar en su beneficio.
- 6) Aumento de los recursos mundiales y nacionales destinados a la formación de personal de salud pública, la mejora de la vigilancia, el desarrollo y fortalecimiento de los medios de laboratorio, el apoyo a las redes de respuesta, y la continuidad y la progresión de las campañas de prevención.

¹ Tomado del Informe sobre la Salud en el Mundo 2007. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2007/es/index.html>

Novedades Bibliográficas

A continuación se presenta la reseña de varios libros adquiridos por el GES y que están disponibles en el Centro de Documentación de la Facultad de Ciencias Económicas (Bloque 13) de la Universidad de Antioquia.

Decision Modelling for Health Economic Evaluation (2006). A. Briggs, M. Sculpher y K. Claxton. Oxford University Press, 237 p.

El mayor uso de la evaluación económica para la toma de decisiones ha generado requerimientos en términos de los métodos analíticos empleados, entre ellos la necesidad de incorporar toda la evidencia disponible, comparar gran variedad de tecnologías y reflejar la incertidumbre en las conclusiones. Este libro, que hace parte de la serie *Handbooks in Health Economic Evaluation*, pretende ayudar a los analistas demostrando, paso por paso, cómo deben construirse modelos de decisión para la evaluación económica en salud. Con un enfoque práctico aborda temas como los modelos de cohorte (árboles de decisión y procesos de Markov), micro-simulaciones, métodos para manejar la incertidumbre (análisis probabilístico, curvas de aceptabilidad, entre otros), y cómo presentar los resultados.

The Dictionary of Health Economics (2005). A. Culyer. Edward Elgar Publishing Limited. 390 p.

Dirigido a un público amplio, incluye términos empleados en Economía de la Salud derivados de la ciencia económica, la estadística, la medicina y la epidemiología. Más que un libro de texto es una herramienta de consulta práctica y una excelente introducción de los conceptos empleados en esta área de estudio. Incluye numerosos ejemplos y gráficos para clarificar las definiciones.

The Economics of Health and Health Care. 5ª edición (2007). S. Folland, A. Goodman y M. Stano. Prentice Hall. 607 p.

La edición más reciente del reconocido libro de texto para la enseñanza de la Economía de la Salud. Escrito en un lenguaje sencillo y que no precisa de grandes habilidades matemáticas, estudia los conceptos básicos de la Economía, el mercado del seguro privado y el seguro social de salud, demanda por capital salud, agentes del sector salud, entre otros temas. Incluye dos capítulos especiales sobre Epidemiología y Economía y el análisis económico de hábitos nocivos para la salud (*Health Economics of bads*). El libro

logra identificar los aspectos críticos que enfrentan los sistemas de salud y el papel de la Economía para entenderlos y ofrecer soluciones.

Measuring and valuing health benefits for economic evaluation (2007). J. Brazier, J. Ratcliffe, J. Salomon y A. Tsuchiya. Oxford University Press. 344 p.

Este libro, dirigido a académicos, estudiantes, consultores y tomadores de decisiones, estudia de manera comprehensiva las consideraciones teóricas y prácticas relacionadas con la medición y valoración de los beneficios en salud para la evaluación económica. Contiene múltiples ejemplos y aplicaciones en temas como definición de la salud, técnicas e instrumentos de valoración, modelación de las valoraciones de estados de salud, el papel de los juicios de valor, entre otros.

Measuring efficiency in Health Care. Analytic techniques and Health Policy (2006). R. Jacobs, P. Smith, A. Street. Cambridge University Press. 243 p.

La búsqueda de la eficiencia se ha convertido en un objetivo central de la mayoría de los sistemas de salud, dado el gran volumen de recursos destinados a su financiamiento. Este libro estudia los métodos y la práctica, así como las implicaciones de política, de la medición de la eficiencia en salud. Dirigido a estudiantes, investigadores y políticos, analiza las técnicas disponibles para medir la eficiencia de los sistemas y organizaciones de salud: análisis envolvente de datos (DEA), fronteras estocásticas, la metodología de Malmquist, además de nuevas propuestas metodológicas. Adicionalmente, se discuten los principales retos prácticos y metodológicos y se valoran las fortalezas y limitaciones del análisis de eficiencia aplicado a la salud.

Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3ª edición (2005). M. Drummond, M. Sculpher, G. Torrance, B. O'Brien y G. Stoddart. Oxford University Press. 400 p.

Esta nueva edición incluye los avances en la teoría y práctica de la evaluación económica desde 1997, entre ellos la medición y valoración de la salud, análisis de datos al nivel del paciente, curvas de aceptabilidad, el enfoque del beneficio neto, análisis bayesiano, consideraciones de equidad y métodos para generalizar los resultados de las evaluaciones económicas.

Actualidades del GES

Investigaciones iniciadas en 2007

Se presentó el informe final de la investigación “Monitoreo de la seguridad social en salud en Medellín, 2004–2007”. Convenio de cooperación entre Secretaría de Salud de Medellín y Universidad de Antioquia.

Publicaciones recientes

Restrepo, J.; Mejía, A.; Valencia, M; Tamayo, L; Salas, W. (2007). “Accesibilidad a la citología cervical en Medellín Colombia”. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 81, No. 6.

Restrepo, J. y Sánchez, L. (2007). “Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993 – 2007”. *Estudios de la Seguridad Social*. No. 100.

Restrepo, J. y Mejía, A. (2007). “Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007”. *Perfil de Coyuntura Económica*. No 9.

Restrepo, JH. (2007). “¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 25, No. 1.

Restrepo, J. (2007). “Experiencia regulatoria del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”. *Revista Colombiana de Economía de la Salud*. No.1.

Otras actividades e información de interés

El trabajo de grado “Evaluación costo-efectividad de tres estrategias de prevención de la leishmaniosis cutánea con transmisión selvática”, elaborado por las economistas Sara Atehortúa y Diana Ardila ocupó el segundo lugar en el área de ciencias exactas y naturales, ingeniería y economía, en el Premio a la Investigación estudiantil Universidad de Antioquia, 2007.

En esta edición del Observatorio se presentan los resultados principales del trabajo de grado, para optar al título de Economista, elaborado por Nataly Restrepo, Isaac Herrera y Jesús Tobón. También se presentan varios aspectos de la ponencia presentada por Jairo Humberto Restrepo en el Simposio *Instituciones y procesos regulatorios en el sector salud*, organizado por la Asociación Colombiana de Economía de la Salud, Bogotá, junio de 2007.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

Alberto Uribe Correa

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Mauricio Alviar Ramírez

Director del CIE:

Ramón Javier Mesa Callejas

Coordinador del GES:

Jairo Humberto Restrepo Zea
jairo@catios.udea.edu.co

Profesionales:

John Fernando Lopera Sierra
Sara Catalina Atehortúa Becerra

Joven investigador de Colciencias:

Aurelio Mejía Mejía

Joven investigador del CODI:

Laura Sánchez Higueta

Estudiantes de maestría que adelantan su investigación en el GES:

Gabriel Jaime Guarín Alzate
Juan Carlos López Madrid
Camilo Andrés Cardona Sánchez

Texto original:

Jairo Humberto Restrepo, Nataly Restrepo, Isaac Herrera y Jesús Tobón

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo y Aurelio Mejía

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

L. Vieco e Hijos Ltda.

E-mail: ges@udea.edu.co

<http://economia.udea.edu.co/ges>

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.