

La regulación económica del sector salud

Entre la ilusión de un mercado y el control absoluto del Estado

Félix León Martínez ¹

Colombia, después de 20 años de la puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), presenta uno de los gastos per cápita en salud más bajos entre los países de Sudamérica, US\$ 664,84 en 2011, (Ministerio de Salud 2014)ⁱ, recursos que equivalen a una quinta parte del promedio gastado por habitante en los 34 países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), de US\$ 3.332 en 2011 (OECD 2013)ⁱⁱ

Como quiera que el SGSSS colombiano ofrece a los ciudadanos un plan de beneficios tan amplio como el de la mayoría de los países desarrollados, la diferencia en el gasto necesariamente implica algunas de las siguientes posibilidades: que los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias, sean muy inferiores a los de los otros países, que la utilización de los servicios sea mucho menor o que la calidad brindada sea muy inferior. O bien una combinación de las tres anteriores.

En este punto caben tres posibilidades de regulación por parte del Estado. La primera, la regulación de la tarifa o prima pagada a los aseguradores y las variables que la determinan, la segunda la regulación los precios de los componentes de la producción de servicios, o tarifas secundarias y, la tercera, la regulación del acceso y la calidad de los servicios.

Se analiza aquí a fondo la regulación de la tarifa primaria o fundamental, reconocida por el Sistema a los aseguradores, por cuanto constituye el techo financiero que en la práctica determina las tarifas secundarias y la suficiencia y calidad de los servicios, si bien sobre estos

¹ Presidente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social – FEDESALUD-

Miembro del Grupo de Protección Social Centro de Investigaciones para el Desarrollo Universidad Nacional

dos últimos aspectos se mencionarán algunos elementos relacionados con la regulación gubernamental.

La creación del mercado o marco regulatorio

La reforma de la seguridad social aprobada en 1993 tenía entre sus principales propósitos la privatización del servicio público, especialmente acabar con el “monopolio” del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud contributivo, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas. Fueron bautizadas, con algún grado de optimismo, como Entidades Promotoras de Salud (EPS).

Igualmente, para hacer posible la privatización y la competencia, se decidió pagar a los aseguradores públicos y privados un valor único promedio por el seguro obligatorio anual por cada afiliado (Unidad per cápita/UPC), resultante de reunir todas las contribuciones parafiscales de empresas y trabajadores y dividirlos por el número de asegurados con capacidad de pago (cotizantes y sus familiares) en el Régimen Contributivo. Así mismo, se instauraron los subsidios a la demanda, igualmente con un valor único promedio del seguro, financiado por el presupuesto nacional y algunos aportes de solidaridad de los trabajadores del Régimen Contributivo, para asegurar a la población sin capacidad de pago (Régimen Subsidiado). De esta forma se buscó mediante el mecanismo tradicional de la seguridad social cubrir financieramente las necesidades en salud de toda la población.

La prima, UPC o Unidad de Capitalización del Régimen Contributivo, se define inicialmente a partir de la experiencia del Seguro Social: se calcula el recaudo por aportes de empresas y trabajadores y se divide este recaudo total por el número de afiliados. Este techo financiero o presupuestal de gasto, deriva, por tanto, de la experiencia de una entidad de administración tripartita, pero en la práctica estatizada. En la reforma de la seguridad social, se aprueba la extensión de la cobertura del seguro de salud a la familia de los trabajadores y, para hacer esto posible, se incrementan los aportes del 7 al 12% de los salarios.

Como es obvio, el incremento del 7 al 12% en los aportes no fue proporcional al incremento de afiliados –dado el ingreso del cónyuge y los hijos del trabajador–, lo que trajo como consecuencia que la tarifa inicial resultara inferior a la que tenía el seguro social para sus afiliados². Sin embargo, las posibilidades de esta unidad de pago per cápita se preveían buenas, por cuanto el salario promedio de los trabajadores venía creciendo en el largo plazo, el número de cotizantes por familia también aumentaba, por la incorporación de la mujer al mercado laboral y, finalmente, el número de hijos por familia se reducía

² Esta descompensación inicial se resolvió parcialmente incrementando del 11 al 12% los aportes de empresas y trabajadores y reduciendo en la práctica el Plan de Beneficios en la reglamentación inicial de la Ley 100 de 1993.

dramáticamente. Es decir, mayores ingresos, de más aportantes, para dividir cada vez entre menos afiliados.

En suma, el arreglo institucional por el cual el Estado colombiano ha pretendido (con cierto facilismo) delegar la organización y prestación de los servicios de salud a particulares –sin desprenderse, claro está, de la obligación de garantizarlos a los ciudadanos-, consiste en entregar una población y unos recursos por cada ciudadano (per cápita) a un administrador-asegurador privado que se encargaría de organizar y contratar a su vez la prestación de servicios; es decir, se contrata a las EPS mediante un pago por capitación la cobertura de un Plan de beneficios, contrato y pago asimilables -pero no iguales- a un contrato y a una prima de seguros. Estas instituciones tendrían el incentivo de controlar el gasto del Sistema, en función de lograr mayor utilidad del contrato de aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud, es decir, con dicho incentivo, necesariamente restringirían los servicios a sus afiliados y ajustarían hasta el límite posible las tarifas pagadas a las clínicas u hospitales (denominadas Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS-).

Para los promotores gubernamentales de la reforma “Los sistemas de pagos por capitación a las entidades promotoras de la salud son una innovación fundamental para el logro de la eficacia en su manejo. Y, además, la garantiza porque tiene en su fundamento la posibilidad de elección de los usuarios, y la competencia de los promotores y los prestadores por proveer el mejor servicio.”(Ministerio de Salud 2013)ⁱⁱⁱ.

Si bien el objetivo fundamental de la delegación fue la eficacia y el control del gasto en el Sistema, la tarifa de capitación o pago por afiliado constituye en la práctica un techo financiero rígido, que determina las posibilidades de las EPS en la competencia por ofrecer más y mejores servicios y, en gran medida, delimita igualmente las tarifas secundarias.

Cabe señalar que para determinar el resultado final en eficacia buscado, es decir control del gasto y satisfacción de los ciudadanos con la calidad de los servicios³ juegan dos principios: el primero, el principio administrativo que señala como, con iguales recursos -muchos o pocos-, una empresa puede ser más eficiente que otra, y segundo, el hecho obvio de que en la economía de mercado hay una relación entre precio y calidad del bien o servicio recibido, por lo que la competencia por la calidad entre empresas administradoras de planes de beneficios con un per cápita de 300 dólares es muy distinta a la competencia por la calidad con un per cápita de 2.000 dólares.

La "privatización" del aseguramiento en Colombia fue extraña desde 1992, año en que se discutía el proyecto que dio origen a la Ley 100 de 1993. A diferencia del sistema pensional, donde el interés de los grupos económicos era muy grande por administrar los seguros de vejez, invalidez y muerte, con los grandes fondos que constituyen, y este interés dio origen a las propuestas y el debate que finalizó con la reforma de la seguridad social, el capital,

³ No se pretende siquiera que como resultado eficaz mejoren las condiciones de salud de la población, pues ello depende de muchas otras variables ambientales y sociales.

representado en grandes o pequeños inversionistas, no parecía mostrar interés alguno en el negocio de aseguramiento y agenciamiento de los servicios de salud.

En ese entonces, los representantes del Gobierno trataban de convencer a las empresas de medicina pre-pagada, existentes antes de la reforma -para un mercado de alto poder adquisitivo o empresarial-, de convertirse en las nuevas aseguradoras del Régimen Contributivo de Seguridad Social en Salud. Finalmente, en la práctica, el Gobierno acabó obligando a estas empresas a convertirse en las nuevas EPS, pues de lo contrario no podrían seguir comercializando las pólizas de medicina pre-pagada. Al no tener otra opción distinta de aceptar la reforma, estas compañías, de capital privado, enfocaron su modelo de negocio hacia una clientela capaz de pagar dos seguros, el obligatorio y el voluntario. Tal estrategia, por supuesto, habría de limitar seriamente su crecimiento, pues tan sólo resultaba accesible para la población de altos ingresos.

Similar arreglo institucional del régimen contributivo se implementó en República Dominicana, donde las empresas aseguradoras -que comercializaban las pólizas empresariales de salud-, fueron obligadas igualmente a convertirse en Administradoras de Riesgos de Salud y agenciar el seguro obligatorio. Dichas aseguradoras privadas pusieron trabas varios años al funcionamiento del nuevo sistema de seguridad social, creado por la Ley 87 de 2001, hasta que finalmente inició su operación en 2008.

La razón del poco interés de los inversionistas privados en esta conversión, tuvo que ver, en los dos países, con la complejidad del negocio propuesto por los reformadores, la dudosa rentabilidad del mismo, debido al limitado per cápita o prima por afiliado en relación con la amplia cobertura del plan de beneficios propuesto, así como la eliminación de preexistencias y otras restricciones al uso de los servicios, pero sobre todo, por la posibilidad de quedar sometidos a una estrecha vigilancia gubernamental sobre su accionar y las consecuentes posibilidades de sanciones, condiciones muy complejas para quienes estaban acostumbrados a comercializar pólizas de salud más costosas y con menor riesgo, dada la posibilidad legal de selección adversa en los contratos privados (mayores de 65 años, enfermedades de alto costo, cobertura con topes de gasto, etc.). En suma, los dueños del capital prefieren invertir en negocios menos complejos y más rentables.

Ante la poca cobertura inicial de afiliados de estas empresas procedentes de la medicina pre-pagada, en Colombia surgen rápidamente nuevas EPS, no precisamente provenientes del capital financiero, sino ahora procedentes del sector cooperativo y algunas Cajas de Compensación -entidades creadas por el Gobierno cuatro décadas atrás para dar servicios de salud y recreación a las familias de los trabajadores-, dos tipos de entidades que, por su condición legal de empresas sin ánimo de lucro, no pueden distribuir utilidades a sus dueños. ¿Cuál era entonces su interés en entrar al Sistema? Pregunta lógica que no se formuló al inicio del mismo, dado que no podía ser el ánimo de lucro, como en las empresas de capital privado antes mencionadas.

Las empresas del llamado tercer sector, es decir ni públicas ni de capital privado, hoy dominantes en el Régimen Contributivo y prácticamente las únicas en el Régimen Subsidiado, se diferencian de las empresas verdaderamente privadas en aspectos de fondo y no en simples detalles: La primera gran diferencia es que las empresas de capital privada tienen dueños, accionistas de sociedades anónimas o limitadas, a los cuales debe rendir cuentas los administradores de las empresas. Las empresas del sector solidario y las cajas de Compensación no tienen dueños. Los administradores de las Cooperativas supuestamente responden a una asamblea de asociados, donde ninguno puede tener más de un voto y pueden ser millares, pero cuando se asocian varias cooperativas o Cajas y forman estas entidades de segundo piso, la verdadera propiedad se diluye, queda representada tan sólo por los administradores, que se convierten en la práctica en decisores y dueños absolutos, sin control de sus bases multitudinarias.

Estas nuevas EPS, sin ánimo de lucro -se reitera-, enfocaron su modelo de negocio en el seguro obligatorio, no en el voluntario, y colocaron todo su esfuerzo en afiliar millones de personas al régimen contributivo, por las que el Sistema debía pagar la unidad per cápita (UPC), es decir que estaban interesadas en manejar enormes recursos de la seguridad social. Rápidamente fueron dejando atrás a las EPS de capital privado en el número de afiliados. Con el manejo de estas rentas millonarias, se ubicaron en muy pocos años entre las empresas más grandes del país. ¿Cuál era el interés de los administradores de estas organizaciones en manejar billones de pesos de la seguridad social? Es la otra pregunta que tampoco se formuló en los inicios del Sistema.

En el Régimen Subsidiado, resultó aún más curioso el modelo de creación de mercados y de "privatización", por cuanto fue el Gobierno quien creó inicialmente las Empresas Solidarias o cooperativas de carácter comunitario, para el manejo del Régimen Subsidiado y, posteriormente, dada su falta absoluta de capacidad técnica para actuar como verdaderas aseguradoras, quien las obligó a fusionarse. Posteriormente, también el Gobierno central les repartió regiones con millones de afiliados y les dio el beneficio de administrar recursos públicos por cientos de miles de millones, a pesar de que están lejos de cumplir los estrictos requisitos técnicos y financieros que el mismo Gobierno exigía a las EPS del Régimen Contributivo. Finalmente Gobierno y Congreso las convierten en EPS, iguales en términos legales a las del Régimen Contributivo.

En síntesis, resulta sui géneris esta "privatización" del sector salud en Colombia, con gigantescas empresas sin dueños o con dueños que no son evidentes para el público (asociaciones de cooperativas y cajas de compensación), es decir, empresas que crean los gobiernos y que no surgen de la iniciativa privada. Estas entidades acaban siendo mayoritarias en la administración de los dos regímenes, mientras las empresas de capital privado pasan a ocupar una posición marginal y la inversión privada desaparece francamente.

Sin duda que tal arreglo institucional, creador de un “mercado” del aseguramiento y la prestación de servicios de salud, que no interesó al capital privado, e instaurador de entidades “privadas” tan extrañas para “competir” en dicho mercado de la salud, iba a generar incentivos específicos y efectos complejos sobre los servicios de salud que recibirían los ciudadanos.

Dada la severa restricción en el per cápita reconocido por afiliado, el control del gasto pareciera quedar asegurado de antemano⁴, por lo que la eficacia, es decir mejores resultados en términos de calidad de los servicios y satisfacción de los ciudadanos, debería surgir de la competencia. ¿Quién da más y mejor con tan escasos recursos? Tal es la característica del mercado que se pone en juego.

Una importante tesis de maestría en Gobierno y Políticas Públicas (Dávila^{iv} y Rueda 2013) demuestra que no hay correlación positiva entre las EPS mejor evaluadas por los usuarios en el Régimen Contributivo y el número de afiliados de las mismas para los años 2005 y 2009. Tampoco entre la calificación dada por los hospitales a las mismas EPS y el número de afiliados. Por otra parte, también se encuentra en la investigación una correlación negativa entre el número de afiliados a las EPS del Régimen Subsidiado y el grado de satisfacción de los usuarios.

Concluye la tesis: “La razón para que se presente esta situación es que en el diseño institucional del sistema, la calidad de los servicios y la satisfacción del usuario es un aspecto indiferente para la rentabilidad de una EPS. Desde el punto de vista de la extracción de rentas para una EPS, es indiferente ser bien evaluada o ser mal evaluada, porque su ingreso no está determinado por estos resultados sino por el uso racional que haga de los recursos de la UPC de manera tal que a menores gastos mayores ingresos”. Y agrega: “La eventual amenaza de un usuario de cambiarse de entidad, por mala calidad o mala prestación del servicio, resulta ser paradójicamente conveniente para una EPS, especialmente cuando se trata de usuarios demandantes de servicios de salud (que son los que normalmente tienen más contacto con la entidad), porque los costos de atención en muchas ocasiones superan el valor de la UPC recibida por la entidad, de modo que en lugar de ser una pérdida, ese traslado a otra entidad representa una ganancia económica”.

Foucault explicó en su cursos sobre la gubernamentalidad (Castro-Gómez 2010)^v que la característica que marca la diferencia fundamental entre el liberalismo y el neoliberalismo, es que el primero formula y cree en las leyes “naturales” del mercado, mientras que el segundo no cree que el mercado sea una realidad natural, sino que requiere de la intervención política, es decir que es consecuencia de un orden socio-jurídico implementado por el Estado. El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia es el perfecto ejemplo de un mercado creado por el Estado y precisamente de esta “creación”, o

⁴ Al menos tal fue la intención del Gobierno, pero la formulación constitucional del derecho a la salud y la lucha por su concreción, con apoyo de los máximos tribunales de justicia, acabo con tal pretensión.

regulación inicial bastante extraña, derivan los grandes problemas y contradicciones posteriores de la regulación, que han mantenido los servicios de salud en una crisis permanente.

Es tan singular este “mercado” que, el problema más sobresaliente en el devenir del Sistema, pertinente a la relación entre los distintos actores (es decir, sin contar el viacrucis de los ciudadanos), es la inoportunidad en los pagos de las facturas y demás compromisos contractuales, fenómeno que, a pesar de la expedición de decenas de normas, los distintos gobiernos no ha logrado corregir. La verdadera causa del incumplimiento de los pagos es, por supuesto, el hecho de que desde un comienzo se permitió, y se sigue permitiendo, en este “particular mercado”, que el dinero no tenga valor, por lo que no se reconocen intereses de mora. El Código de Comercio de Colombia reza en su Art. 885.- Todo comerciante podrá exigir intereses legales comerciales de los suministros o ventas que haga al fiado, sin estipulación del plazo para el pago, un mes después de pasada la cuenta.

En síntesis, los servicios prestados, los suministros entregados e incluso el trabajo realizado deben ser pagados al precio de la fecha en que fueran provistos y, en caso contrario, deberán reconocerse los intereses correspondientes a la mora pues, de no hacerlo, el deudor puede obtener rentabilidad financiera con los dineros del proveedor, y se falsean los precios y los costos de las dos entidades que realizan la transacción comercial.

Desde el inicio, hizo carrera en el Sistema y es una realidad de bulto, la desviación de las prácticas comerciales aceptadas en Colombia y el mundo entero, relacionadas con el reconocimiento oportuno de las obligaciones y el pago de los intereses en los casos de mora. La ruptura de las normas más elementales relativas a los contratos entre empresas, respecto a las obligaciones monetarias, sus efectos y las consecuencias y responsabilidades financieras que de ellas se derivan, falsea la condición propia de la economía de mercado relativa al valor del dinero y crea de hecho una subcultura o “economía especial”, que no todos los empresarios e inversionistas parecen dispuestos a aceptar. Otros se ajustan, incluyendo por anticipado en el costo del bien o servicio los costos financieros derivados de la cartera prolongada.

Nunca fue posible ulteriormente, en este extraño “mercado” la recuperación de las prácticas comerciales, basadas en la necesidad de honrar oportunamente las obligaciones contraídas y en la existencia de medidas coercitivas ante las conductas opuestas, para dar seguridad a los inversionistas en el sector. Una enorme cartera en el Sistema, con promedios reales superiores a tres o cuatro meses y con porcentajes significativos a seis u ocho meses, denunciados en múltiples publicaciones, evidencian la falta de seguridad jurídica y financiera en este “particular mercado”.

Este fenómeno podría interpretarse, de otra forma, como prueba de que el Sistema - especialmente en el Régimen Subsidiado-, opera más como un sistema de distribución de recursos públicos del Estado, que con una lógica de mercado. Incluso las últimas medidas

del Gobierno, para girar directamente a los hospitales los dineros, por incumplimiento franco de los pagos por parte de las EPS, constituyen una prueba más de este comportamiento propio de los sistemas de asistencia pública.

Ya en 1999, al analizar el flujo de recursos, se observa que el mismo Gobierno es el primero en pagar sus compromisos con gran retraso, lo que inicia la cadena de incumplimientos, pues condiciona a su vez el retraso en el pago a las IPS y el de las IPS a los proveedores y a los trabajadores de la salud. Sobre los giros del FOSYGA⁵ se señalaba “De acuerdo con la relación de pagos de la Nación a los departamentos y municipios para garantizar la cofinanciación de la contratación de 1998-1999, se tiene que la mora promedio de los giros al FOSYGA alcanza los 90 días, presentando la región del Eje Cafetero el menor promedio, ubicado en 70 días, y siendo la región de Arauca, Casanare y Meta, en los municipios certificados, la que presenta mayor mora promedio en giros; 101 días. Los tiempos extremos se ubican en 297 días.”(Jaramillo 2002)^{vi}.

Según el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social 2013)^{vii}, “De acuerdo con la información reportada por las Entidades Territoriales las cuentas por pagar a las EPS ascienden a \$446.523 millones, frente a \$863.74 millones reportados por las EPS. Las cuentas por pagar reportadas por las Entidades Territoriales a las IPS públicas y privadas son \$567.879 millones; las IPS informan cuentas por cobrar a las Entidades Territoriales por \$1.5 billones. Las EPS régimen contributivo reportan cuentas por pagar a favor de las IPS por \$2.3 billones, frente a cuentas por cobrar de \$4.3 billones informadas por las IPS. Las EPS régimen subsidiado informan cuentas por pagar a favor de las IPS por \$2 billones, frente a cuentas por cobrar de \$4.7 billones informadas por las IPS.”

Y agrega el Ministerio sobre el saneamiento de cartera: “Las deficiencias en el flujo de los recursos que financian el régimen subsidiado hacia los prestadores son uno de los temas que se han venido abordando con el fin de mejorar las condiciones de sostenibilidad y liquidez requeridas por estas entidades. Una de las medidas implementadas en desarrollo de la Ley 1438 de 2011, es el giro directo de los recursos de la Nación que financian el régimen subsidiado a los prestadores de servicios; la implementación de dicha medida ha implicado la reducción en el crecimiento interanual de la cartera mayor a 180 días que pasó de 22% en el período 31 de marzo de 2010–31 de marzo de 2011, a 13% en el período 31 de marzo de 2012–31 de marzo de 2013.”

El ejercicio de regulación posterior de la tarifa fundamental de este mercado

La reforma de la seguridad social, para permitir la competencia entre aseguradores, en condiciones de igualdad, también creó un banco del Sistema, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que debería encargarse, mediante una de sus cuentas o fondos, de

⁵ Fondo de Solidaridad y Garantía o banco que maneja los recursos del Sistema.

compensar los mayores ingresos de unas aseguradoras o los menores ingresos de otras, para que estas finalmente recibieran un mismo valor o tarifa por afiliado. En este punto, es importante señalar que la primera decisión regulatoria trascendental en relación con la tarifa primaria del Sistema pagada a los aseguradores, después de su conformación inicial, fue la de recoger en la práctica la autonomía de las EPS, es decir la delegación inicial hecha a estas empresas para manejar y reportar los ingresos del Sistema, de tal modo que el Gobierno, con tal decisión regulatoria, toma control total sobre los ingresos del fondo-cuenta que permiten determinar la tarifa por afiliado.

Igualmente creó un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), con la participación del Gobierno y los actores del Sistema, encargado de actualizar el Plan de Beneficios y la Unidad de Capitación, posteriormente dejado sin funciones por la Ley 1122 de 2007 y cambiado por una Comisión de Regulación, supuestamente de carácter técnico, que prontamente fracasa, y también acaba siendo cerrada por el Gobierno, que termina asumiendo las decisiones regulatorias claves sobre el Plan de Beneficios y la tarifa básica del Sistema. Es decir, el Estado toma el control total de la tarifa, lo que podemos considerar la segunda gran decisión regulatoria.

En las reformas pro mercado siguientes a la Constitución de 1991, la privatización de otros servicios públicos (energía eléctrica, telefonía, agua, gas, etc.), se operacionalizó mediante un esquema de equilibrio, al crear, por una parte, comisiones de regulación, para garantizar a los inversionistas privados que la fijación de tarifas iba a ser técnica y no política, y por otra, Superintendencias, que debían proteger los derechos de los usuarios, con funciones de vigilancia y control en cada servicio público.

Las garantías a las empresas inversionistas se concretaron con la creación de las Comisiones de Regulación, conformadas por expertos técnicos, con la competencia fundamental de dictar tarifas técnicas que garantizaran el adecuado funcionamiento de los servicios públicos y aseguraran la operación de las nuevas empresas privadas en un marco de precios de mercado, es decir basado en costos reales y consideraciones adicionales sobre la necesaria rentabilidad de las inversiones. Estas tarifas derivadas de estudios técnicos se contraponían a tarifas políticas determinadas directamente por los organismos estatales, en función de disponibilidades presupuestales, que podrían poner en riesgo de quiebra a las empresas involucradas en la prestación de los servicios públicos.

La primera necesidad de regulación que crea el nuevo y singular mercado de aseguramiento en salud, por tanto, es la determinación anual de la tarifa que debe pagar el Sistema a los aseguradores “privados”, también creados por el Estado, a fin de que ellos puedan entregar los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud a todos sus afiliados y obtener simultáneamente rentabilidad del negocio.

Al comenzar la operación del SGSSS y luego de establecidas las normas iniciales, el Plan de Beneficios y la tarifa pagada a los aseguradores fueron dictadas por el Consejo Nacional de

Seguridad Social en Salud, en el que el Gobierno Nacional, representado por los Ministros de Salud y Hacienda, no contaba con mayoría, pero sí con poder de veto, de tal modo que no era posible decidir un incremento de la tarifa sin su aprobación. El funcionamiento práctico del Consejo reveló el poder de veto del Ministerio de Hacienda, aunque nominalmente estuviera en cabeza del Ministro de Salud. Este esquema de concertación pocas veces fue capaz de determinar la tarifa anual del Sistema, de modo que acababa dictándose un aumento anual igual al del salario mínimo, tal como ordenaba la Ley 100 en su artículo 172, norma que constituyó la verdadera garantía para las EPS.

PARAGRAFO 2. El valor de pagos compartidos y de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal. En caso de que no se haya revisado la UPC al comenzar el año, ésta se ajustara en forma automática en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo aprobado por el Gobierno Nacional el año inmediatamente anterior.

En este punto, algunos economistas fueron capaces de convencer al Estado, al menos al Ejecutivo y Legislativo, de la inconveniente participación del primero en la regulación, con el argumento de que la regulación de la tarifa fundamental del Sistema y de los contenidos del Plan de beneficios era un problema técnico y no político, por lo que debiera alejarse de la óptica política y gubernamental, como en otros servicios públicos. Se destacan algunos apartes de sus argumentos (Restrepo y Rodríguez 2004)^{viii}:

El CNSSS tiene un desequilibrio en su integración; la parte gubernamental es muy pesada a la hora de tomar decisiones; suele estar sometido a la imposición de temas; los estudios y propuestas técnicas sólo son desarrollados por el Ministerio, lo que da un sesgo gubernamental muy grande a las decisiones; adicionalmente, el ministro tiene poder de veto con el cual muchas veces invalida las decisiones técnicas que se presentan en el Consejo, es decir bajo la perspectiva de los regulados el CNSSS carece de autonomía.

..... teniendo en cuenta que el quórum es el mecanismo para deliberar y decidir, el gobierno lleva la ventaja al contar con seis miembros, seguido por los representantes empresariales con cinco, y por último los usuarios con una minoría de tres miembros. Adicionalmente, existen tres condiciones más que apoyan la superioridad del poder gubernamental en particular, del Ministerio de Salud:

En primer lugar, 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 del gobierno.

En segundo lugar, el Ministro de Salud define la mayoría, en caso de presentarse empate en las votaciones; a lo que se adiciona el requerimiento de al menos dos

ministros presentes en las sesiones cuando estas han sido aplazadas por falta de quórum y que tanto el Ministro de Salud como el de Hacienda tienen poder de veto sobre decisiones que impliquen recursos fiscales con efectos macroeconómicos.

Por último, aunque el Consejo posee instrumentos definidos por Ley para dirigir el sistema, 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, y como se mencionó antes, depende de los realizados por el Ministerio y, lo que puede ser más crítico, los miembros no cuentan con la adecuada capacidad de evaluación de las propuestas, pues su dedicación a los estudios del sistema es marginal, excepción hecha por los gremios que cuentan con su propio personal técnico para apoyar sus análisis (GES, 2002).

La importancia del aspecto de toma de decisiones se encuentra en que esto puede introducir fallos al verificar, como se señaló en el caso del análisis de la estructura, el poder que puede ejercer el Estado en cabeza de sus Ministros (43% de los representantes); esto podría pensarse como una alta posibilidad de generar coaliciones a la hora de decidir, y en mayor medida considerando que los temas de mercado se definen con base en los estudios realizados por el Ministerio. En una revisión preliminar de las actas de reunión del Consejo, se verifica que no hay un proceso real de deliberación de los miembros y se verifica que el papel de la rama ejecutiva en la toma de decisiones sobresale respecto a los demás miembros.

.....es posible observar que hasta abril de 2003, el Consejo lleva aprobados un total de 246 acuerdos de los cuales se destaca que más del 50% han apuntado a solucionar los problemas del régimen subsidiado en términos de cobertura y financiamiento;

.....La prioridad de los acuerdos aprobados durante 1997-2003 fue la asignación de recursos, buscando la sostenibilidad financiera del sistema y el aumento de la cobertura. Lo importante a destacar, es que del total de acuerdos aprobados hasta el 2003, sólo el 18% respondían a la función del Consejo de establecer las reglas básicas para el funcionamiento del sistema, y 17% a garantizar la permanencia de las mismas, lo cual indica la actividad casi de tipo coyuntural que cumple, en la cual, la prioridad sigue siendo el mantenimiento de las coberturas en el régimen subsidiado (es decir, seguir las políticas del gobierno)

Efectivamente, la Ley 1122 de 2007 acogió estas tesis y creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), de carácter “técnico”. Así recogen los promotores tal decisión:

Respecto a la Comisión, ahora existirá un organismo estatal encargado de tomar decisiones con soporte en un sistema de información a su servicio, contrario al sistema de información privatizado que imperaba hasta ahora. Los cinco

comisionados expertos se dedicarán de tiempo completo al análisis del sistema y la toma decisiones, en compañía de dos ministros o viceministros.

También contará la Comisión con una secretaría técnica y presupuesto propio. En general, se mantienen para la Comisión las funciones sobre operación del sistema con las que contaba el Consejo, en particular la definición de la UPC y del plan obligatorio de salud (POS), incluido lo relativo a los subsidios parciales. Como función adicional, que constituye uno de los aspectos más complejos de la Ley 1122 y que fue tema de campaña presidencial, se tiene la de establecer un sistema de tarifas, con un manual de tarifas mínimas, revisado cada año y que incluya honorarios profesionales (Restrepo 2007).^{ix}

Sin embargo, Ejecutivo y Legislativo dejaron claro en la Ley que: “Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del Sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.” (Ley 1122 de 2007)^x

De modo que la tarifa básica del Régimen Contributivo debería obedecer a criterios “técnicos”, pero, claro está, consultando el equilibrio del Sistema, es decir fundamentalmente el hecho de que el gasto en UPC no podría ser mayor que los recaudos por aportes de empresas y trabajadores, es decir la sostenibilidad de la cuenta de compensación del FOSYGA.

En el régimen Subsidiado, sin embargo, la Comisión queda amarrada desde un principio al marco fiscal de mediano plazo, es decir a la aprobación del Ministerio de Hacienda, lo que equivale a una decisión presupuestal, es decir, una Comisión de Regulación con el mandato de dictar tarifas con criterios políticos y no técnicos, tarifas que potencialmente pueden afectar seriamente la estabilidad económica de los operadores del sector, EPS e IPS y por tanto de todos los proveedores del sector salud, que deben operar bajo una lógica de mercado, de acuerdo con la normatividad.

Debe establecerse que, a precios de mercado, iguales servicios de salud deben tener un costo similar entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado y que se espera que a un POS igual, debería corresponder una UPC igual en los dos regímenes.

Precisamente durante el periodo de funcionamiento de la CRES se dio la igualación de los Planes de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado. La Ley 100 de 1993, en desarrollo de la Constitución de 1991, estableció el mandato de la cobertura universal de la seguridad social en salud y ordenó que el plan de salud de la población sin capacidad de pago (subsidiada), que iniciaba con servicios básicos, debía ser igual al Plan Obligatorio de Salud (POS) de la población con capacidad de pago (contributiva), antes del año 2001.

La diferenciación de los planes, en cuanto a cobertura de servicios, entre las poblaciones que contribuyen y las que no contribuyen con sus aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), siete años después de la meta establecida, confirmaba un franco incumplimiento del mandato legal. Ante tal evidencia, y tras comprobar que la Ley 1122 de 2007, que reorganizó el SGSSS, planteaba lograr la universalización de cobertura, pero no incluía en sus metas igualar el plan de salud de los ciudadanos sin capacidad de pago, con el de la población del Régimen Contributivo, la Corte Constitucional conminó al Gobierno nacional en el 2008, mediante la sentencia T-760/08, al cumplimiento del mandato legal, basada en el derecho de todos los ciudadanos a la salud y la seguridad social, establecido en la Constitución de 1991. (Martínez y Giraldo 2011)^{xi}

El problema, es que no tiene sentido plantear la igualación de beneficios cuando las asignaciones per cápita para cada régimen son distintas. En concreto, no resulta lógico pretender que los servicios cubiertos por el aseguramiento en el régimen subsidiado sean iguales a los del contributivo (igualar el POS) cuando los recursos per cápita para el subsidiado son menores que los del contributivo. Un razonamiento simple en una economía de mercado señalaría que si los recursos son menores, es de esperar que los beneficios también lo sean, en términos de cantidad o calidad, o en ambos. Fedesalud señalaba en este sentido a la Corte Constitucional (Fedesalud 2013)^{xii} :

En este punto es necesario establecer que la UPC nominal del Régimen Contributivo no es el per cápita promedio real que reciben las EPS del Régimen Contributivo. En los considerandos de los acuerdos del CNSSS y la CRES que establecen la UPC anualmente, se registra entre 2005 y 2010 que el valor pagado per cápita en la vigencia anterior resultó un porcentaje mayor de la UPC nominal en razón de los ponderadores de edad y zona. Estos porcentajes varían en cada Acuerdo, pero la diferencia se acercaba al 10% cuando dejó de publicarse en los considerandos. Esto quiere decir que por esta razón las EPS del Régimen Contributivo reciben un valor promedio por afiliado muy superior a la UPC nominal.

Por otra parte, igualmente los acuerdos del CNSSS y la CRES determinan el valor que recibirán las EPS del Régimen Contributivo por afiliado para promoción y prevención. Las EPS del Régimen Subsidiado no reciben dinero por este concepto, sino que se supone que está dentro de la UPC, por lo cual, a igual POS, la UPC de Régimen Subsidiado sólo sería comparable con la UPC del Régimen Contributivo más los recibido por promoción y prevención.

El cuadro 1 resume los recursos per cápita promedio recibidos por las EPS entre 2003 y 2012 en la columna UPC real y establece sus componentes y la diferencia con la UPC nominal, de conformidad con lo establecido en los Acuerdos del CNSSS y la CRES.

Para 2011 y 2012 se estima que el porcentaje por ponderadores de edad y zona superó el 9,8% del año 2009, citado en la publicación del Ministerio de la Protección Social sobre el estudio de Suficiencia de la UPC para el año 2010, y alcanza un 11% con los nuevos ponderadores para las EPS con mayor porcentaje de población mayor de 60 años, establecidos a partir del Acuerdo 26.

Cuadro 1.- UPC anual 2003 a 2012 e interanuales por igualación de POS de niños, mayores de 60 y unificación. Incluye UPC nominal y real con base en los ponderadores y pagos por promoción y prevención en el Régimen Contributivo. UPC del Régimen Subsidiado su relación porcentual con la UPC nominal y real del Régimen Contributivo.

| Fijación de UPC por CNSS o CRES | UPC nominal contributivo | UPC real contributivo | UPC subsidiado | Relación con UPC nominal contributivo | Relación con UPC real Contributivo |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 2003 | 323.316 | 351.856 | 191.821 | 59% | 55% |
| 2004 | 344.973 | 370.671 | 192.344 | 56% | 52% |
| 2005 | 365.674 | 387.401 | 203.886 | 56% | 53% |
| 2006 | 386.881 | 432.688 | 215.712 | 56% | 50% |
| 2007 | 404.215 | 458.163 | 227.578 | 56% | 50% |
| 2008 | 430.488 | 488.747 | 242.370 | 56% | 50% |
| 2009 | 467.078 | 526.582 | 267.678 | 57% | 51% |
| niños 2009 | 467.078 | 526.582 | 278.780 | 60% | 53% |
| 2010 | 485.014 | 549.646 | 281.837 | 58% | 51% |
| 2011 | 500.584 | 567.477 | 298.911 | 60% | 53% |
| mayores 60 2011 | 500.584 | 567.477 | 317.423 | 63% | 56% |
| 2012 | 547.639 | 628.040 | 352.339 | 64% | 56% |
| unificación 2012 | 547.639 | 628.040 | 433.667 | 79% | 69% |

Fuente: Cálculos FEDESALUD con base en Acuerdos del CNSSS y la CRES.

Puede evidenciarse en el cuadro 1 que el aumento de la UPC para igualar el plan de salud de los niños y niñas del Régimen Subsidiado, sólo se tradujo en un aumento del 2 por ciento de la UPC aproximadamente al pasar del 51 al 53% de la UPC del Régimen Contributivo (11.102 pesos) y que, el incremento relacional con el Régimen Contributivo se había perdido en el siguiente aumento de la UPC (Acuerdo 9), cuando por el POS Subsidiado se volvió a pagar tan sólo el equivalente al 51% de la tarifa del Régimen Contributivo.

El aumento de la UPC para la unificación del POS para los mayores de 60 años, según el mismo cuadro 1, significó un aumento entre el 3 y 4%, al pasar del 59,7% al 63,4% de la UPC nominal del Régimen Contributivo con el Acuerdo 27, o del 52,7 a 55.9% en términos de la UPC Contributiva real, un incremento de 18.512 pesos. Sin embargo, al finalizar el 2011, año en que se unifica el POS para los mayores de 60 años, el incremento de la UPC del Régimen

Subsidiado ascendía a 53.428, contra 47,056 de la UPC nominal del Régimen Contributivo y 60,652 de incremento real de la UPC promedio real del Régimen Contributivo. En suma, nuevamente el regulador aumenta la tarifa por afiliado del Régimen Contributivo por la ampliación del POS, más que la del Régimen Subsidiado, que además de asumir la ampliación del POS, amplió la cobertura con servicios especializados y hospitalarios para los mayores de 60 años.

Es evidente que incluir los servicios especializados y hospitalarios a la población mayor de 60 años y la ampliación del POS, por el mismo dinero que se otorgó a las EPS del Régimen Contributivo por sólo ampliar el POS, es prueba de que no se financió verdaderamente la igualación del POS para mayores de 60. ¿Cómo entonces se iba a garantizar la prestación del Plan obligatorio de salud completo a los mayores de 60 años, sin ningún aumento real de recursos en relación con los del Régimen Contributivo?

Finalmente, se observa en las cifras de FEDESALUD que, para 2012, ya igualados los planes de beneficios, las EPS del Régimen Subsidiado recibían por afiliado, tan sólo un 69% de lo que recibía el Régimen Contributivo. No podía esperarse, en condiciones de mercado, que las EPS del Régimen Subsidiado compraran a los proveedores los mismos servicios e insumos, con igual calidad. Adicionalmente, además de contar solo con dos tercios de los recursos, las EPS de este régimen tampoco recibían los dineros con la oportunidad que los recibía el Régimen Contributivo, lo que seguía acentuando la desventaja.

Resulta evidente que las decisiones tomadas por los comisionados expertos de la CRES, para el caso del Régimen Subsidiado, simplemente acatan las decisiones del Ministerio de Hacienda, sentado en la misma mesa, decisiones que no contemplaban en absoluto razones técnicas, en relación con los precios de mercado de los servicios e insumos y la rentabilidad necesaria del asegurador sino, simple y llanamente, la compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, como rezaba la Ley.

La consecuencia de esta regulación, no podía ser otra que la crisis financiera absoluta de las EPS e IPS del régimen subsidiado en el país, con sus efectos de inaccesibilidad a los servicios, falta de calidad de los mismos y, en última instancia, negación del derecho, dolor y muerte para gran parte de la población afiliada a dicho régimen (Fedesalud 2013)

El diario El País, de Cali, registraba en Octubre 11 de 2007^{xiii} “En un hecho sin precedentes en la historia del país, la Superintendencia de Salud ordenó ayer la revocatoria de la licencia de funcionamiento y la liquidación forzosa de quince Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S, antiguas Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS. Siete millones de usuarios serían trasladados a otras aseguradoras. Luego de analizar los estados financieros, los márgenes de solvencia, la calidad en la atención y el cumplimiento de planes de mejoramiento “se detectaron fallas y por ello se tomó la decisión”, señaló el superintendente José Renán Trujillo.”

Y en 2014, la Revista Dinero señalaba^{xiv}: “Actualmente, la deuda de las 33 EPS que están en proceso de liquidación con hospitales y clínicas del país alcanza \$1,1 billón, sin embargo, parece que nadie va a pagarlo. Las entidades deudoras que hacen parte de los regímenes contributivo y subsidiado que a la fecha están intervenidas, en proceso de liquidación, tienen una medida cautelar de vigilancia especial o están en un programa de recuperación ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, alcanzan el 22,1% de la deuda total que tienen en general las EPS con los hospitales y clínicas con corte a diciembre de 2013. Las cifras fueron reveladas por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas con una muestra de 133 instituciones. Actualmente 14 EPS están en intervención para liquidar, 9 en liquidación, 5 en vigilancia especial, 2 en programas de recuperación, 2 en intervención para administrar y una con dos procesos de vigilancia especial e intervención para liquidar. Estas 33 EPS representan el 28.5% del total de afiliados al Sistema de Salud en Colombia a diciembre de 2013, es decir, unos 12.3 millones de afiliados”.

Por otra parte, la determinación de la UPC del Régimen Contributivo y la ampliación del Plan de Beneficios, especialmente en el campo de los medicamentos, verdaderos desafíos de la CRES, pusieron en crisis esta entidad al poco tiempo de entrar en funcionamiento.

Un informe de Auditoría de la Contraloría General de la República, de Julio de 2011 (contraloría 2011)^{xv}, señala. “Así las cosas, la definición de la UPC a ser aplicada para el año 2011, se dio con base en el incremento automático permitido por la Ley, no obstante que la complejidad del caso, unida a los plazos definidos en la misma norma, y las debilidades conocidas en la información, exigen un proceso en la recepción, consolidación y evaluación previa de su consistencia y confiabilidad, que se adelante con la debida oportunidad, permitiendo que la CRES tome las decisiones que le son propias y asignadas expresamente, con base en estudios técnicos soportados en información en condiciones de calidad que se ajuste y consulte las condiciones reales basada en soportes de información consistentes y confiables.”

Y continúa. “En el Acta 020 de la reunión extraordinaria de la CRES, de diciembre 29 de 2010, se manifiesta que los resultados de los cuatro estudios puestos a consideración - Universidad Nacional, MPS, CRES y MHCP, muestran una alta variabilidad por efecto de las inconsistencias encontradas en la información de gasto en salud que reportaron las EPS, lo que generó incertidumbre para que el Comité Técnico celebrado en diciembre 27, recomendara el incremento de la UPC. En la misma sesión, se decide igualmente, recomendar al MPS que reporte las inconsistencias de la información a los entes de control (SNS, SIC y CGR), para que se tomen las medidas del caso en el ámbito de sus funciones y competencias”

Por su parte, el informe del estudio de la UPC de la Universidad Nacional^{xvi}, después de precisar en su comienzo “que la información recopilada de la base de servicios, de recobros, de tutelas y CTC, así como las declaraciones de gastos de los representantes legales de las EPS y los estados financieros de las EPS proceden de las EPS de los regímenes contributivo

y subsidiado; es decir, las EPS se constituyen en la única fuente de información disponible en la práctica para realizar la regulación del sistema de aseguramiento en salud, lo que en términos analíticos no brinda la posibilidad de contrastación empírica”, cuestiona en su adenda final:

Se repite insistentemente que las EPS son un negocio de especulación financiera, donde presuntamente se derivan rentabilidades producto de retrasar los pagos a los prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero, hecho que no es comprobable empíricamente con los estados financieros.

La preocupación fundamental consiste, por el contrario, en que algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la utilidad de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales.

La ausencia de control de los verdaderos dueños del capital sobre los administradores (los miembros de las cooperativas asociadas en una EPS pueden ser decenas de miles y no tener ningún control real sobre las entidades asociadas en entidades más grandes), permite que estos busquen rentabilidad en los negocios secundarios que son mucho más grandes cuando se da la integración vertical. Máxime cuando no opera la prohibición ética y explícita de las corporaciones insertas en el mercado internacional en el sentido de que los administradores no pueden jamás participar en ningún negocio de la empresa con interés personal.

Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y por tanto no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos.

....Hasta el año previo, el cálculo de la UPC se veía en dificultades para justificar el incremento, dado que los gastos en las bases de datos se encontraban muy lejos de la UPC. No sucede esto por primera vez en el análisis del gasto de 2009, donde los gastos en servicios de salud reportados en la base de datos alcanzan de entrada y sin ningún ajuste 505.481 pesos para los 17.664.137 afiliados equivalentes año, valor equivalente a toda la UPC aprobada para 2010 y presentan un incremento del 24% con respecto a 2008.

A partir de este hecho, el desafío del regulador no consiste en estimar cuanto gastaron las EPS sino en revisar si se justifica el gasto reportado, tanto en términos de frecuencias como de costos en la codificación agrupada de servicios de salud, es decir las frecuencias y costos de los grandes grupos de gasto, consultas,

hospitalizaciones, cirugías, medicamentos ambulatorios, exámenes diagnósticos, alto costo, etc., y colocar límites, por una parte a las EPS que muestren cifras de utilidades o gastos en estos rubros más allá de una desviación estándar, lo que no es posible en grandes grupos poblacionales, si se parte de estructuras etarias similares.

La regulación en manos de la Comisión de Regulación (CRES) llega a su fin pronta y abruptamente. Fue liquidada por el Gobierno, mediante el Decreto 2560 de diciembre de 2012, y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno Nacional decide asumir directamente la regulación de la tarifa principal del Sistema (UPC), como de los contenidos del Plan de Beneficios.

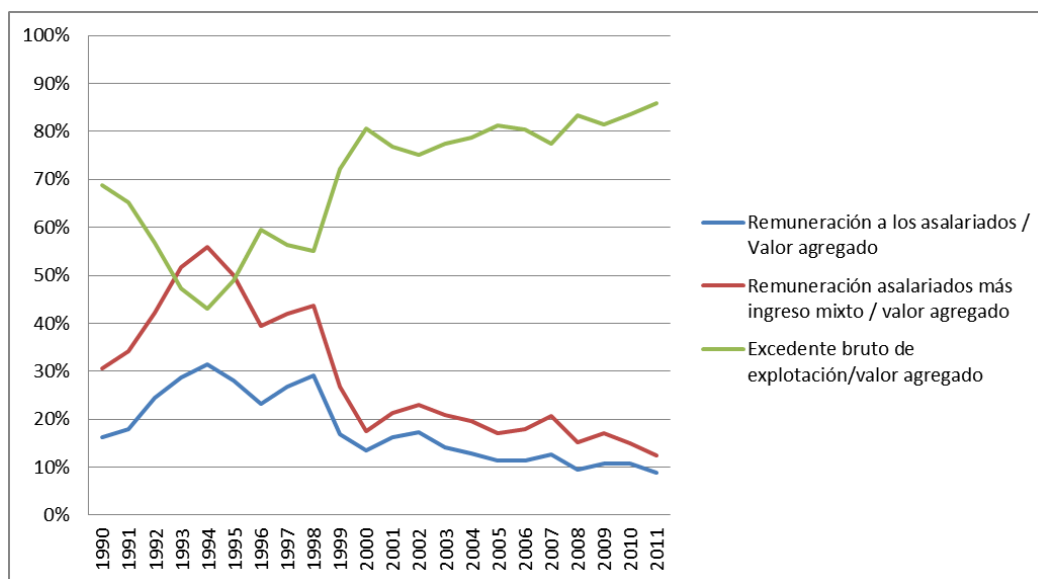
La pretensión de que la regulación de la tarifa fundamental del SGSSS es un asunto técnico, llega a su fin con esta toma de la competencia por parte del Gobierno. Si bien la regulación de la tarifa y el Plan puede incluir algunos aspectos técnicos, como las decisiones relacionadas con la inclusión de nuevas tecnologías o insumos en el Plan de Beneficios (para lo cual Gobierno y Congreso crean una nueva dependencia en el Ministerio de Salud, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud), la decisión fundamental termina siendo siempre de política económica, cada vez más apegada al marco fiscal.

Pero la decisión política sobre la tarifa fundamental del Sistema todavía se profundiza. El marco fiscal va a pesar mucho más sobre la UPC a partir de la reforma tributaria de diciembre de 2012 (Ley 1607 de 2012)^{xvii}, expedida simultáneamente con la liquidación de la Comisión de Regulación. Esta reforma suprime los aportes parafiscales para salud de los patronos, para todas las empresas con ánimo de lucro, recursos que en adelante colocará el Gobierno, del presupuesto nacional.

Para compensar esta nueva erogación del presupuesto del Gobierno central, equivalente al 8,5% de los salarios de los trabajadores de empresas privadas afiliados al Régimen Contributivo, la reforma tributaria crea un nuevo impuesto sobre las utilidades, llamado el impuesto a la equidad (CREE), que debe reemplazar los ingresos parafiscales procedentes de los aportes de los patronos para salud, aproximadamente seis billones de pesos (unos 3.000 millones de dólares) para 2014.

El Gobierno promocionó la reforma señalando que, al suprimir “impuestos” sobre los salarios y reducir los costos laborales, mejoraría la rentabilidad de las empresas y favorecería el empleo, especialmente en las actividades económicas intensivas en trabajo. En medio de una bonanza petrolera y minera, el nuevo impuesto a las utilidades, que sustituyó los aportes parafiscales, buscó gravar en mayor medida a los sectores energéticos, que habían alcanzado en la última década un porcentaje impresionante de excedentes brutos de explotación sobre el valor agregado, especialmente debido a francas políticas de favorecimiento a la inversión extranjera -“Confianza Inversionista”-, originadas en el mismo Estado. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Composición del valor agregado por áreas de actividad económica. Colombia 1990-2011. Explotación de minas y canteras



Fuente: Cuentas Nacionales. DANE

Al convertir los tradicionales aportes parafiscales de los patronos, para el financiamiento de la seguridad social en salud, en recursos fiscales, el Régimen Contributivo deja de ser tal. Es decir, pasa a ser otro régimen financiado fundamentalmente por el presupuesto nacional, aunque con algunos aportes de los trabajadores, sujeto a los vaivenes del marco fiscal y dependiente por tanto de las decisiones políticas del Gobierno. Otro régimen subsidiado.

Ya se ha revisado previamente como la regulación de la tarifa fundamental del Régimen Subsidiado ha estado sujeta a las decisiones políticas del Gobierno y del Ministerio de Hacienda, “compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo”, y bastante alejada de cualquier racionalidad “técnica” para el funcionamiento de un mercado y las consecuencias sobre el Sistema. Esta va a ser en adelante, igualmente, la situación y las perspectivas de la tarifa fundamental del Régimen Contributivo.

Pero las decisiones sobre el marco fiscal parten de restricciones mucho más amplias, relacionadas con la política económica, el modelo económico o el modelo de Gobierno. En documento de respuesta a la Corte Constitucional, en relación con la igualación del POS Subsidiado al del POS Contributivo y de las restricciones fiscales alegadas por el Gobierno, un grupo de ONG señalaba (CSR-FEDESALUD-IFARMA 2014)^{xviii}: “La primera restricción tiene que ver con la estructura misma del sistema tributario colombiano, ya que además de regresivo es insuficiente. Los porcentajes de tributación con respecto al PIB continúan siendo altos en las economías desarrolladas. Y en los países emergentes, como Brasil e India tienden a subir. Tal y como se observa en el cuadro 2, entre 1998 y 2010, los ingresos tributarios como proporción del PIB han aumentado. Además del ritmo de crecimiento, es

interesante observar el nivel. El de Colombia es el más bajo (18.2%). El porcentaje es pequeño no sólo cuando se compara con Noruega (47.7%) y Francia (43%), sino también con respecto a los países latinoamericanos. En Argentina la relación es de 33.4%, y en Brasil de 32.4%. Para que Colombia se acerque a los niveles de tributación de Brasil, tendría que aumentar la tributación en casi 15 puntos del PIB. La brecha es significativa.”

Cuadro 2. Ingresos tributarios como porcentaje del PIB

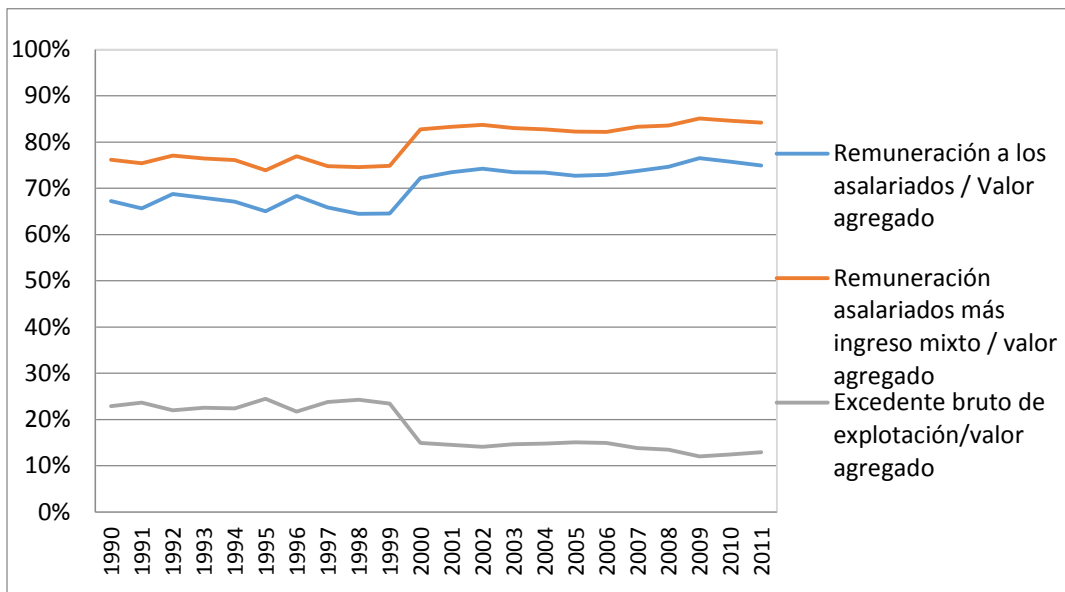
| | 1998 | 2010 |
|------------|------|------|
| Noruega | | 47.7 |
| Francia | | 43.0 |
| Argentina | 21.0 | 33.4 |
| Brasil | 27.4 | 32.4 |
| Costa Rica | 18.5 | 21.3 |
| Colombia | 14.2 | 18.2 |

Fuente: Cálculos a partir de Banco Mundial, OCDE y Cepal

Y agregaban dichas ONG en la respuesta a la Corte Constitucional. “El sistema es sostenible únicamente si, además de los aportes de los afiliados, se cuenta con recursos del Estado, administrados con criterios de progresividad. Los recursos deben ser suficientes para financiar las necesidades de la población. Ahora se hace al contrario. Los recursos fiscales dependen de variables como la regla fiscal. Los niveles de atención están supeditados al cumplimiento de los principios fiscales, que siempre son discutibles.”

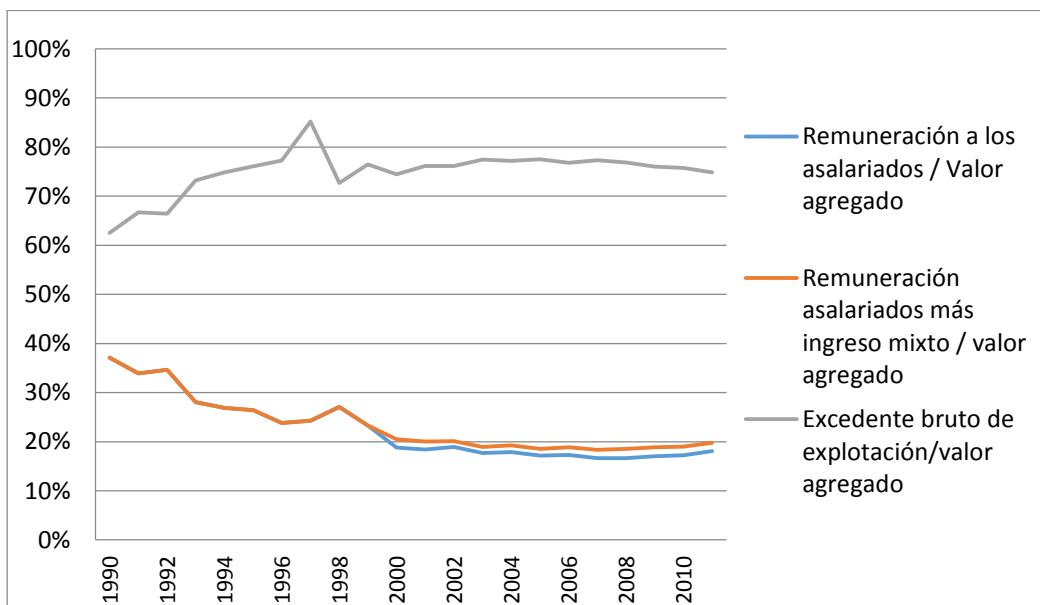
En este punto queda establecida la seria restricción de la tarifa fundamental del Régimen Subsidiado, y ahora también del régimen Contributivo, derivadas de la política económica y fiscal. Para ilustrar que tan restrictivo es el marco, conviene comparar las posibilidades de excedentes de los negocios en servicios sociales y de salud, con los negocios en otros servicios públicos, privatizados igualmente a comienzos de la década de 1990 y con tarifas también reguladas por el Estado. (Gráficos 2, 3 y 4)

Gráfico 2. Composición del valor agregado por áreas de actividad económica. Colombia 1990-2011. Actividades de servicios sociales, comunales y personales



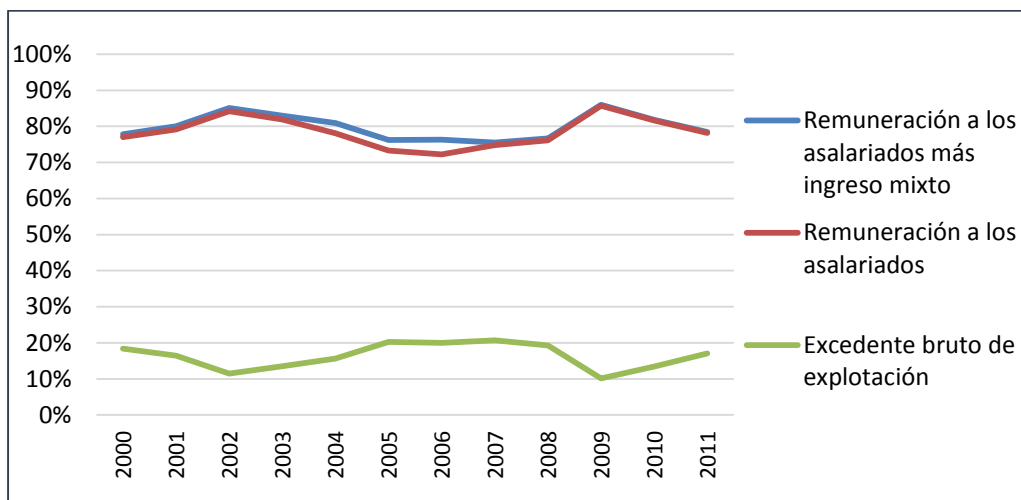
Fuente: Cuentas Nacionales. DANE

Gráfico 3. Composición del valor agregado por áreas de actividad económica. Colombia 1990-2011. Suministro de Electricidad, Gas y Agua



Fuente: Cuentas Nacionales. DANE

Gráfico 4. Composición del valor agregado por áreas de actividad económica. Colombia 2000-2011. Servicios sociales y de salud de mercado



Fuente: Cuentas Nacionales. DANE

Por supuesto que, para un inversionista, son negocios bien distintos aquellos entregados a inversionistas privados y regulados por el Estado, que permiten excedentes brutos superiores al 70%, de los que sólo tienen posibilidades de extraer excedentes inferiores al 20% del valor agregado. Una baja posibilidad de excedentes, y por tanto de rentabilidad en los negocios propuestos por el Estado en la regulación inicial, limita las posibilidades de retorno de la inversión y por tanto de formación y crecimiento de un mercado, y acaban produciendo fenómenos como la “extraña privatización” y la subcultura o “economía especial” del SGSSS, que muchos empresarios e inversionistas de cualquier nacionalidad parecen no estar dispuestos a aceptar.

Se dirá que, en el sector de electricidad, gas y agua, las inversiones son mucho más cuantiosas y que, por tanto, requieren márgenes brutos de explotación mucho más amplios para amortizar el capital invertido. Nadie cree eso hoy en día, pero aún si lo creyeran, no se explican diferencias tan abismales. Simplemente hacen parte de la misma política económica, que en un sector ofrece grandes beneficios a los inversionistas extranjeros y en otro no ofrece ninguno. Curiosamente la regulación en el sector energético permite una de las tarifas más altas de América, las que deben pagar pagan ciudadanos y empresas, a costa de frenar el consumo de los hogares y la rentabilidad de otros sectores económicos, como la industria^{6 xix}, mientras en el sector salud, donde el pagador fundamentalmente es el

⁶ Según un estudio del Organismo Supervisor de la Inversión en Energía y Minería (Osinermin) a 2011, el sector industrial colombiano tiene los valores más altos de la energía de Suramérica con un valor de US\$15,5 centavos por kWh, seguidos por los valores de Chile US\$10,7 centavos por kWh y Uruguay con US\$10 centavos por kWh. (Diario La República)

Estado -cada día en mayor proporción-, la regulación fija una tarifa gravemente restrictiva, centrada en la cuestión fiscal.

Por lo anterior, desde el comienzo de la operación del SGSSS se observó el abandono progresivo de los inversionistas privados en el negocio del aseguramiento y la llegada de grupos francamente rentistas, “sin ánimo de lucro”, con la intención de sacar beneficios secundarios de los recursos recibidos del Estado para la atención en salud a través de IPS o negocios de suministros integrados verticalmente.

Pero más tristes aún resultan las inversiones privadas en el negocio de prestación de servicios de salud (IPS), es decir en clínicas y hospitales. Un estudio de la Universidad Nacional sobre la equidad en el acceso y la inexistente oferta de servicios de salud en grandes zonas de Bogotá, habitadas por grupos sociales de mediano y bajo poder adquisitivo, aunque todos asegurados, señala: “Las inversiones privadas tampoco parecen interesarse en la construcción de hospitales, quizás porque la tasa de retorno de la inversión resulte poco llamativa o francamente negativa. La privatización reciente ha consistido principalmente en tomar viejas instituciones públicas, con lo que se evitan los costos reales de la creación de nuevas instituciones hospitalarias, o bien se concentra en localidades (y grupos sociales) con poder de pago superior al del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El estudio deja en claro por tanto la profunda responsabilidad y el enorme desafío del Estado, a nivel nacional y distrital, para corregir el desastre ocasionado por las tesis del mercado auto-regulado y las profundas desigualdades e inequidades generadas, algunas que rayan en un problema de derechos humanos.....(Martínez 2012)^{xx}

Por supuesto, hay algunos espacios en el sistema de salud donde se ha concentrado la rentabilidad de los negocios. Señala el Ministerio de Salud en este sentido: (Ministerio de Salud 2013)^{xxi} que “Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado. Este poder se incrementa progresivamente en el prestador a medida que crece el nivel de complejidad de los servicios”.

Se ha dado en denominar “presión tecnológica” a las estrategias de mercado de las empresas transnacionales de medicamentos y tecnologías médicas. Estas estrategias se intensifican cuando existen grandes fondos de seguridad social contra los cuales dirigir su accionar estratégico, con la capacidad de presión mediante el “lobbying” y el respaldo del poder de las naciones desarrolladas, a través de sus cuerpos diplomáticos, más la negociación de los tratados de “libre comercio”, con énfasis en la “propiedad intelectual” y la “libertad de precios”.

En los últimos años se han destacado las estrategias de búsqueda de aprobación por parte de los Gobiernos de las llamadas “patentes débiles”, con el objeto de prolongar los derechos de comercio monopolístico de medicamentos innovadores, y la intención de lograr

igualmente de los gobiernos la prohibición de replicar los medicamentos biotecnológicos. Los mecanismos de “lobbing” para conseguir la libertad de precios, e incluso el poco ético financiamiento de médicos y asociaciones de pacientes para defender las nuevas estrategias de negocio (patentes y biotecnológicos) y para lograr que el Fondo de la Seguridad Social pagara medicamentos innovadores no incluidos en el Plan de Beneficios, resultaron exitosos y llevaron al SGSSS a una verdadera crisis financiera en 2010. Es la otra cara de la regulación, que incluso favoreció en una etapa la libertad de precios de medicamentos para favorecer a las compañías trasnacionales, hasta que las razones fiscales y la necesidad de defender la gobernabilidad, pesaron más que otros aspectos del modelo económico.

En suma, el gasto en salud en este particular mercado, así regulado, acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología, en hospitales de alta complejidad, negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social, al tiempo que se demuestra el abandono de las poblaciones pobres y los servicios básicos, de baja rentabilidad.

La tecnocracia que ha dirigido la economía del país en las últimas décadas, la misma que construyó y defiende el “particular mercado” creado en el sector salud, curiosamente es la misma que aplica restricciones severas a la tarifa, por razones fiscales, restricciones que impiden el funcionamiento adecuado de este mercado. Tan compleja ha resultado la disyuntiva, que finalmente ha mandado delegados a asumir el Ministerio de Salud y Protección Social para tratar de compatibilizar las restricciones fiscales con el modelo de mercado.

Por supuesto, no tiene nada que ver este juego de competir con la calidad, con una tarifa fijada por el Estado, con aquel mercado inventado en el siglo XVIII por los fisiócratas para dejar jugar “libremente” los precios, entre unos límites máximo y mínimo señalados por el Estado, (límites que definían la apertura las válvulas de las exportaciones o las importaciones), mecanismo que permitió mantener un precio moderadamente alto del trigo, útil para garantizar la rentabilidad a los agricultores y por tanto el abastecimiento necesario para evitar las hambrunas, curiosamente consistente en no controlar los precios del trigo y suspender el control policivo de la especulación y el acaparamiento, es decir permitir que el “libre” juego de la oferta y la demanda, mecanismo de auto-regulación copiado de los sistemas de autocontrol desarrollados por la naciente tecnología industrial, como el de la máquina de vapor o el del tanque del retrete, como señalara Foucault (Castro-Gómez 2011).

Bordieu señalaba que “el mercado de las viviendas es fruto de una construcción social, a la que el Estado contribuye decisivamente mediante la elaboración de la demanda” además de definir todas las variables que inciden en la oferta (Bordieu 2003)^{xxii}. En este “particular mercado” de la salud, no sólo el Estado define todas las variables que inciden en la oferta y

la demanda, sino que también crea las empresas, decide los ingresos y los gastos, fija las tarifas, maneja los recursos, define quienes pueden tener utilidades y quienes no, informaliza los trabajadores e incluso quiebra instituciones al por mayor, y todo lo hace “en nombre del mercado”. Además, logra culpabilizar a las instituciones y a los ciudadanos de la crisis permanente en los servicios de salud.

Bogotá, Enero de 2015

ⁱ Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud. Gasto de salud en Colombia 2003-2011. Boletín Bimestral No. 2, Enero Febrero de 2014. Bogotá.

ⁱⁱ OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

ⁱⁱⁱ Ministerio de Salud y Protección Social: Exposición de motivos proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” presentado al Congreso de la República, Marzo de 2013.

^{iv} Dávila Carmen E. y Rueda Alfredo “La competencia en el modelo de aseguramiento en salud en Colombia”. Tesis de Grado. Maestría en Gobierno y Políticas Públicas. Facultad de Finanzas, Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad Externado de Colombia, Abril de 2013

^v Castro-Gómez Santiago. “Historia de la Gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michael Foucault”. Universidad Javeriana, Universidad Santo Tomás. Editorial Siglo del Hombre. Bogotá. 2011

^{vi} Jaramillo 2002 ¿Por qué no fluyen los recursos del régimen subsidiado, en Arévalo Decsi y Martínez Félix (E) ¿Ha mejorado el acceso en salud?”, Colección la Seguridad Social en la encrucijada, Tomo I, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud. Bogotá, 2002.

^{vii} Ministerio de Salud y Protección Social 2013. Informe de Actividades 2012 – 2013. Sector Administrativo de Salud y Protección Social al Honorable Congreso de la República Bogotá, D.C., Agosto De 2013

^{viii} Restrepo Jairo y Rodríguez Sandra. “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. Grupo de Economía de la Salud GES, Centro de Investigaciones Económicas Universidad de Antioquia. Borradores del CIE NO. 11. Medellín, Marzo de 2004.

^{ix} Restrepo JH. “¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?” Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2007; 25(1):82-9.

^x Congreso de la República. Ley 1122 de 2007 (Enero 9). Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

^{xi} Martínez Félix, Giraldo Cesar. (D) “Financiación y Segmentación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. 2011. Grupo de Investigación en Protección Social y Salud Pública, Facultad de Economía. Universidad Santo Tomás. Departamento de Publicaciones, Bogotá. Colombia 2012. ISBN 978-958-631-773-3

^{xii} Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. FEDESALUD. Respuesta a los interrogantes de la Corte Constitucional sobre el cumplimiento de las ordenes 21 y 22 de la sentencia T-760 de 2008. Julio de 2013

^{xiii} Diario El País de Cali. Quince EPS del Régimen Subsidiado serán liquidadas. Octubre 11 de 2007. Disponible en versión electrónica en <http://historico.elpais.com.co/historico/oct112007/NAL/nac02a.html>

^{xiv} Revista Dinero. Dic 7 de 2014. ¿Quién paga las deudas de las EPS en liquidación? Disponible en versión electrónica en <http://www.dinero.com/pais/articulo/deudas-eps-liquidacion-quien-paga/198518>

^{xv} Contraloría General de la República. Informe de Auditoría Gubernamental con enfoque integral. Modalidad Regular. Comisión de Regulación en Salud –CRES- Vigencia 2010. Disponible en versión electrónica en <http://www.contraloriagen.gov.co/documents/10136/54303172/COMISION+DE+REGULACION+EN+SALUD.pdf/47cf6bf1-9b22-4075-9da3-6d40de28044d>

^{xvi} “Informe del Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación. Nota Técnica”. Universidad Nacional de Colombia Concurso de Méritos con Precalificación No. 01 De 2010. Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES). Bogotá, Marzo 15 de 2011.

^{xvii} Congreso de Colombia. Ley 1607 de 2012. "Por la cual se expiden normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones"

^{xviii} Comisión De Seguimiento a la Sentencia T-760 Del 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social – CSR-. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social - Fedesalud- y Fundación Ifarma. Respuesta a los Interrogantes planteados por la Corte Constitucional en el Auto 278, referido al seguimiento de las Ordenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008. Enero de 2014.

^{xix} Diario Económico La República, Bogotá, Agosto 26 de 2013. Disponible en versión electrónica en http://www.larepublica.co/empresas/colombia-tiene-la-energ%C3%ADa-m%C3%A1s-cara-de-suram%C3%A9rica_52711

^{xx} Martínez Félix. “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital” Capítulo V, en Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012.

^{xxi} Ministerio de Salud y Protección Social: Exposición de motivos proyecto de Ley “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” presentado al Congreso de la República, Marzo de 2013.

^{xxii} BOURDIEU Pierre (2000). Las Estructuras Sociales de la Economía. Editorial Anagrama, Barcelona. 2003