

# Implicaciones Fiscales del Proyecto de Reforma a la Salud\*

*Autor: Carlos Medina D.\*\**

*Introducción.-I. Salud Mía y sus implicaciones fiscales. -II. La estructura de funcionamiento del Sistema de Salud. -III. Implicaciones de la reforma con algunos escenarios. Referencias bibliográficas*

Primera versión recibida: Diciembre 02 de 2012; versión final aceptada: Mayo 03 de 2013

**Resumen:** Se analizan aspectos del proyecto de reforma a la salud como: (i) la creación de Salud Mía y su gobernabilidad, (ii) los cambios en materia de integración vertical, de contratación de IPS públicas de parte de las EPS del sistema, y el tratamiento diferencial que sobre estos aspectos se le otorga a las entidades públicas y privadas, y a los regímenes contributivo y subsidiado, y (iii) los incentivos que la reforma introduciría en el sistema. Más que presentar una solución definitiva a los problemas del sector, la reforma procura conciliar los intereses de los actores públicos y privados, dejando los incentivos de varios actores perversamente alineados.

**Palabras clave:** Salud, Aseguramiento en Salud, Hospitales Públicos, Integración Vertical.

**Abstract:** This paper analyzes several aspects of the Colombian health reform program as: (i) “Salud Mía”’s foundation

and its governability, (ii) changes in the health system vertical integration, in the “EPS”’s hiring of public “IPS”’s, and the differential treatment granted to public and private health providers, and subsidized and contributing regimes, on vertical integration and “IPS”’s hiring, and (iii) the incentives that the reform would introduce in the system. Instead of presenting a definite solution to the problems of the health sector, the reform attempts to reconcile public and private economic interests, creating perverse incentives in the system along the way.

**Keys words:** Health, Public hospitals, vertical integrations

**Résumé:** On analyse des aspects du Projet de réforme à la santé comme: (i) la création de Salud Mía et sa gouvernabilité, (ii) les changements en matière d’intégration verticale, de contratación des IPS publiques de la part des EPS du système, et le

\* El artículo se originó de mi participación en un evento organizado por el GES de la U de A en la cual plasmé varias reflexiones sobre la reforma a la salud.

\*\* Subgerente Regional de Estudios Económicos, Banco de la República, dirección electrónica: cmedindu@banrep.gov.co

traitement différentiel que sur ces aspects on octroie aux organismes publics et privés, ainsi qu'aux régimes contributifs et subventionnés, et (iii) les stimulants que la réforme introduirait dans le système. Plus que présenter une solution définitive aux problèmes du secteur, la réforme procure concilier les intérêts des acteurs publics et privés, laissant de côté les stimulants de plusieurs acteurs perversément alignés.

**Mots-clés:** Santé, assurance en santé, Hôpitaux publics, Intégration verticale

**Clasificación JEL:** I1, I11, I19.

### Introducción:

La propuesta de reforma a la salud que se ha circulado y que complementaría el contenido de la recientemente aprobada reforma estatutaria, avanza de manera importante en varias dimensiones. Por ejemplo, con la creación de Salud Mía avanza en la desintermediación de recursos, evitando de plano que se gasten en activos improductivos, que se pierdan, o que se retarde la orden de procedimientos médicos mientras estos recursos rinden réditos. También resulta muy positiva la posibilidad de generar información con Salud Mía. Otro elemento importante es el enfoque de redes y de gestión espacial de la salud con redes de prestación.

Todavía no existe una posición definitiva sobre aspectos como el rol de los gestores, y en particular, si en algunos tipos o niveles de servicios de salud operarían como administradores, y en otros como aseguradores, y el rol que tendría el potencial reaseguramiento por parte del gobierno, de ciertos servicios de salud.

La reforma también tiene elementos de pragmatismo, e inclusive de escepticismo, respecto a temas como el rol de las EPS privadas del Régimen Contributivo, que a pesar de que se han desempeñado relativamente bien, pierden protagonismo frente a sus contrapartes públicas, y ante el nuevo rol que asumiría Salud Mía. Por supuesto, a la fecha el proyecto está en borrador, y luego de su aprobación y posterior reglamentación podría desde mantener el estatus quo, hasta dar un revolcón muy grande; por lo cual las impresiones que se pueden ofrecer hasta ahora tienen necesariamente un alcance bastante especulativo, pero de todas formas se ofrecen con el espíritu de que algo de utilidad se pueda recoger.

Otro aspecto en el cual se vislumbra cierto escepticismo en la reforma es en el relativo al rol de los hospitales públicos en el Sistema, y el mandato de que el Régimen Subsidiado tenga que contratar toda la oferta de IPS públicas hasta que sature su oferta, descartando de plano la posibilidad, probablemente por su compleja economía política, de moverse hacia un esquema sin este tipo de distorsiones. Una aproximación similar se observa con respecto a la decisión de nombrar a los gerentes de las IPS a dedo: escepticismo en la posibilidad de que las instituciones logren un buen resultado.

### I. Salud Mía

Como parte de la motivación para promover la creación de Salud Mía, el Ministerio de Salud ha argumentado entre otras cosas, que existe un problema en el giro de los recursos, a partir del cual, se estarían generando carteras vencidas en cuantías

insostenibles para las IPS. En relación a la propuesta de reforma que cursa en 2013, ese problema ya ha venido siendo subsanado por el Fosyga, el cual a partir de la ley 1438 de 2011, fue habilitado para girar directamente a las IPS los recursos del Régimen Subsidiado. Dicha ley preveía adicionalmente, la unificación en el sistema de administración y pagos de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. De alguna forma, la propuesta de la creación de Salud Mía es más una reglamentación de la ley 1438 que una innovación. Queda por verse el alcance de esta entidad en términos de sus funciones, entre las cuales el Ministerio de Salud incluye el pago a gestores, el giro directo a IPS, el reaseguro, las prestaciones económicas, las indemnizaciones ECAT, *el fortalecimiento de la red pública*, las acciones en salud pública, etc.

Se esperaría que Salud Mía, si tiene un tamaño moderado, esto es, algo no mucho más grande que el FOSYGA, no haría más daño de lo que ya se tiene. La entidad requeriría de excelentes sistemas de información que hagan viable manejarla eficientemente, para que de otra forma no se convierta en la entidad aparatosa e ineficiente que fue el ISS de hace 20 años, o lo que hasta ahora se conoce de Colpensiones. Su tamaño en cuanto a número de empleados, debería igualmente de ser acotado, aunque es inevitable que surjan presiones políticas para crear una burocracia clientelista como las que hoy existen en otras entidades públicas del sector.

Mientras que el FOSYGA ha venido siendo administrado por una entidad privada, en la medida en que a Salud Mía la asuma el Estado, es posible que en la práctica reciba hojas de vida que ésta tenga que considerar, no necesariamente con criterios meritocráticos, por lo cual, es claro que en este sentido la entidad presenta retos importantes, no solo en el tamaño de su planta de personal, sino en la calidad de ese personal.

Para estimar el tamaño que se podría esperar que tenga Salud Mía, vale la pena tener en cuenta que el Instituto de Seguros Sociales en 1990 tenía alrededor de 40 mil empleados, cuando entonces era responsable de lo relativo tanto a pensiones como a salud, probablemente con una mayor carga administrativa dedicada a salud, que es la que tiene la mayoría de procedimientos. Salud Mía, que tiene un alcance ambicioso, digamos algo parcialmente comparable con lo que fue el seguro en sus responsabilidades en salud hace 20 años, podría tener hoy, digamos, unos 5 mil empleados. Si cada uno de ellos ganara tres millones al mes, Salud Mía podría tener una nómina de unos \$180 mil millones al año. En cualquier caso, el costo seguramente sería superior a los \$64 mil millones que costaron en 2012 los costos asociados al FOSYGA (ver Tafur, 2013).<sup>1</sup>

Un Salud Mía eficiente no solo debería tener un tamaño moderado, sino que como lo ha enfatizado el Ministerio, estaría en condición de convertirse en una excelente fuente de

1 En un escenario de mayor envergadura en las funciones de Salud Mía, ésta también podría adoptar funciones del nivel de volumen y complejidad comparables con las de la Unidad Administrativa Especial Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, entidad que cuenta con un presupuesto de funcionamiento para 2013 de \$1 billón (ver Ministerio de Hacienda, 2013).

información que se podría utilizar para mejorar el diseño de las políticas públicas del sector, y monitorear el desempeño de sus agentes. La entidad podría monitorear aleatoriamente los procedimientos en algunas EPS, y premiarlas o castigarlas de acuerdo a los resultados de las inspecciones, tal y como hoy lo hace el Ministerio de Educación con los recursos que gira la Nación para educación del Sistema General de Participaciones a las entidades territoriales: inspecciona si los colegios tienen la matrícula que reportaron o no, y con base en esto, revisa los giros que hace la Nación. Un esquema similar, sería muy conveniente para el sector salud.

Es importante señalar que si bien una de las principales razones por las cuales se crea Salud Mía tiene que ver con el propósito de hacer más ágil el flujo de recursos dentro del Sistema, la reforma le abre varios espacios en el Sistema a las entidades territoriales, las cuales tienen el peor desempeño crediticio en el sector. La tabla 1 muestra que aunque la cartera que tienen las entidades territoriales con las IPS públicas es de baja cuantía, la misma se encuentra en su totalidad en mora. Entre los espacios que la reforma le abre a las entidades territoriales, se encuentra la posibilidad de ser gestoras del Régimen Subsidiado, que de acuerdo a la tabla 1 es el segundo actor con el peor desempeño de cartera, con un 84 por ciento de esta en mora. Por otro lado, la reforma no aporta estímulos a la participación del sector privado como gestor del Contributivo, el agente con la más baja participación de cartera en mora, sino que en cambio le quita la administración de la liquidez, sin hasta ahora ofrecerle ninguna forma de compensación a cambio.

El ranking en la calidad de cartera de los agentes del Sistema que se ha descrito, pareciera tener una alta persistencia, una vez se observa la similitud de las cifras del Cuadro 1 con las reportadas por Peñaloza y otros (2012) para el 2009.

**Tabla 1.**  
**Cartera de las IPS públicas y privadas por tipo de deudor. Junio de 2012**

Concepto	CxC No Vencidas	CxC en Mora	Total CxC	%	Mora/Total
<b>Cuentas por cobrar IPS privadas (\$Millones)</b>					
Subsidiado	292,956	1,114,228	1,407,184	19.7	79.2
Contributivo	815,915	1,710,156	2,526,071	35.4	67.7
Entidades Territoriales	-1,968	183,936	181,968	2.6	101.1
Otros Conceptos	1,339,036	1,680,853	3,019,889	42.3	55.7
Total	2,445,939	4,689,172	7,135,111	100	65.7
Participación	34%	66%		100%	
<b>Cuentas por cobrar IPS públicas (\$Millones)</b>					
Subsidiado	303,151	1,983,792	2,286,943	53.7	86.7
Contributivo*	142,141	297,928	440,069	10.3	67.7
Entidades Territoriales**	0	707,919	707,919	16.6	100.0
Otros Conceptos**	364,225	457,200	821,425	19.3	55.7
Total	809,517	3,446,840	4,256,357	100.0	81.0
Participación	19%	81%		100%	
<b>Cuentas por cobrar IPS públicas y privadas (\$Millones)</b>					
Subsidiado	596,107	3,098,020	3,694,128	32.4	83.9
Contributivo	958,056	2,008,083	2,966,140	26.0	67.7
Entidades Territoriales	-1,968	891,855	889,887	7.8	100.2
Otros Conceptos	1,703,261	2,138,053	3,841,314	33.7	55.7
Total	3,255,456	8,136,011	11,391,468	100.0	71.4
Participación	29%	71%		100%	

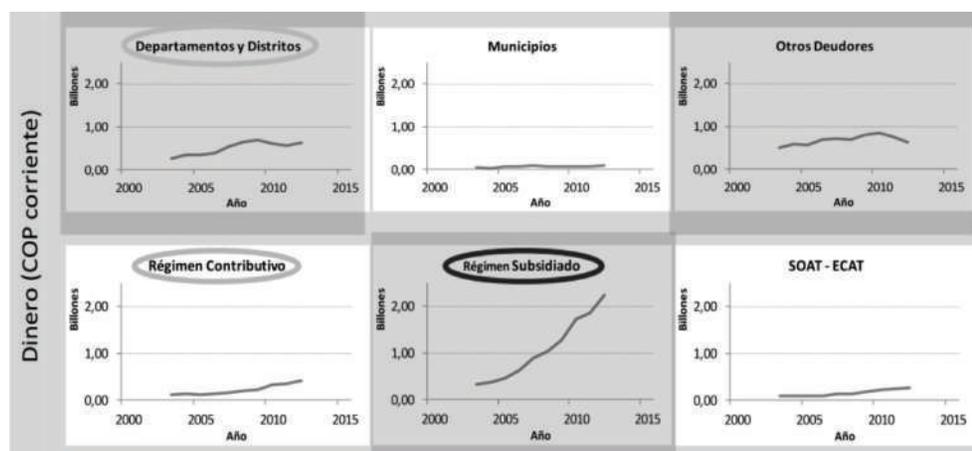
Fuente: Informe de Cartera IPS Públicas y Privadas a 30 de junio de 2012, Supersalud. \*No reportados por informe de la Supersalud se asume que tasa de mora de Contributivo con IPS públicas es igual al que tiene con IPS privadas. \*\*No reportado por informe de la Supersalud, se asume que al igual que con las IPS privadas, toda la cartera es vencida. \*\*\*No reportado por informe de la Supersalud, se asume misma distribución que en IPS privadas.

El Gráfico 1 ilustra el comportamiento de la cartera de IPS públicas por tipo de deudor. Si bien el gráfico 1 presenta una lectura parcial del desempeño de la cartera por tipo de deudor, toda vez que solo incluye a las IPS públicas, las cuales son contratadas en su gran mayoría por las EPS del régimen subsidiado, el mismo permite sacar dos conclusiones: (i) entre 2003 y 2012, la contratación proveniente del régimen subsidiado en salud fue de

lejos la que más incrementó la cartera de las IPS públicas, y su cuantía es del orden de la suma de las cartera de todos los demás contratantes juntos, y (ii) la cartera que las IPS públicas tienen con el régimen contributivo tuvo un crecimiento importante, pero aun representa alrededor de la mitad de la de los departamentos y distritos, o de los demás deudores.

En síntesis, si bien los gestores del Régimen Contributivo que han tenido un manejo relativamente mejor de la deuda con los demás agentes del Sistema de Salud, no tiene hoy una gran participación del mismo, las políticas que se adopten hacia adelante determinarán si esa participación se hace considerable, en beneficio del Sistema, o si se extingue, en su detrimento.

**Gráfico 1.**  
**Comportamiento de la cartera de IPS Públicas por Tipo de deudor**



Fuente: Exposición de Motivos, Proyecto de Ley Ordinaria de Salud, con base en Informe Resolución 2193, Cartera de Hospitales Públicos a Septiembre de 2012, cálculos MSPS.

Más allá de lo que la reforma deje plasmado que sería Salud Mía en sus comienzos, su dinámica dependería sustancialmente de su gobernabilidad. Mientras que la propuesta inicial de reforma proponía que en su Junta Directiva estuvieran sentados el Ministro de Salud, el Ministro de Hacienda, y un representante del Presidente de la República, más adelante se incluyó también a un representante de los gobernadores y a otro de los municipios, y más recientemente se propone que adicionalmente se incluya a un representante de los usuarios.

En la medida en que: (i) la reforma habilita a las entidades territoriales a convertirse en aseguradores del Régimen Subsidiado en sus territorios, (ii) ordena a las gestoras del Régimen Subsidiado a copar la capacidad de la red pública hospitalaria antes de contratar con la privada, (iii) no limita la integración vertical entre gestores e IPS cuando el gestor es una entidad territorial, y (iv) Salud Mía tiene entre sus funciones el giro oportuno de recursos a las entidades que cumplan los requisitos, y el fortalecimiento de la red pública hospi-

talaria; se sigue que la participación de los representantes de gobernadores y alcaldes en Salud Mía resulta sensible, de una forma potencialmente inconveniente, al rumbo que dicha entidad, y el mismo Sistema de Salud, podrían tomar hacia adelante.

## II. La estructura de funcionamiento del Sistema de Salud

La estructura del Sistema de Salud colombiano cuenta con agentes claramente definidos, y el papel del Gobierno es promover los incentivos para que haya una interacción eficiente entre éstos. Los principales agentes del sistema son las IPS, las gestoras, los profesionales de la salud, y los pacientes. La relación entre los pacientes con los demás agentes se ve mediada por el Plan Obligatorio de Salud (POS): su contenido y su costo. Este plan sin embargo, no ha sido único desde la creación de la ley 100 de 1993, desde cuando han coexistido los Regímenes Contributivo y Subsidiado, con sus respectivos POS, y procedimientos administrativos. Aunque recientemente el contenido de estos planes se ha igualado, las condiciones que rigen su operación se han mantenido sustancialmente diferentes, y la actual propuesta de reforma no avanza en su igualación. Primero, el monto que se reconoce por persona atendida en cada régimen no es el mismo, segundo, las contribuciones realizadas a los respectivos regímenes de parte de sus beneficiarios, y varias de sus fuentes de financiación, son diferentes; pero tal vez la diferencia más importante, es el requisito que se les impone a las gestoras del Régimen Subsidiado de contratar con las IPS públicas

hasta agotar su oferta, antes de contratar con las privadas.

Entre las razones que esgrime el Ministerio de Salud para mantener la diferenciación entre los Regímenes Contributivo y Subsidiado se incluyen:

- (i) El costo de las prestaciones económicas, indemnizaciones por enfermedad general, maternidad, hoy exclusivas al régimen contributivo, se extenderían al subsidiado, generando un problema fiscal y otro operativo para gestionar las prestaciones económicas a beneficiarios del régimen subsidiado,
- (ii) El tema fiscal y tributario, en particular, el relativo a la equidad horizontal, el cual implica situaciones que lleven a que en un mismo piso de un edificio, viva un pensionado que contribuya el 4 por ciento de su pensión, un independiente que contribuya el 12 por ciento de sus ingresos, y un informal que no contribuya porque es beneficiario del Régimen Subsidiado, y
- (iii) El sostenimiento de las IPS públicas: se teme que se quiebren las IPS públicas si se permite que ambos regímenes puedan contratar con las IPS que consideren más conveniente, públicas o privadas, dejando que sea el mercado el que determine su supervivencia, lo cual podría disminuir la prestación de servicios por parte de algunas IPS públicas. Por esta razón, se opta por ordenar que los gestores del Régimen Subsidiado saturen la oferta de servicios de las IPS públicas primero.

Evaluemos a continuación cada uno de éstos argumentos:

### (i) Costo de las prestaciones económicas

El Ministerio no ha especificado cuánto valdrían esas prestaciones, no obstante, este es un punto en el cual se empieza a recoger argumentos para cuestionar los movimientos de alguna forma contradictorios, mediante los cuales el Ministerio de Hacienda eliminó la contribución del 8.5 por ciento a quienes devengaban menos de 10 salarios mínimos mensuales. Esta medida le suprimió recaudos por esta fuente al Sistema de Salud por unos \$4 billones al año, con la promesa de compensarlos con otros del Presupuesto General de la Nación, por lo cual resulta contradictorio que sobre la marcha, no se disponga de recursos necesarios para cubrir rubros de la reforma como los son estas prestaciones.

### (ii) Asuntos fiscales y de equidad tributaria

Es cierto que el esquema actual de contribuciones al Sistema de Salud no presenta actualmente las condiciones propicias para igualar los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Por ejemplo, cuando los empleados formales cotizaban un total de 12.5 por ciento, resultaba oportuno ordenar a los independientes que pagaran el mismo porcentaje, pero una vez los primeros pasan a cotizar solo el 4 por ciento, la contribución de los independientes ya no resulta equitativa. No obstante, es deplorable que por esta distorsión en el esquema

de contribuciones a la salud, también se justifique una distorsión a la estructura del Sistema de Salud. El gobierno debe estimar si tiene músculo para financiar la salud con PGN, o de otra forma, debe acudir a otra fuente de ingresos, o en su defecto, reinstalar las contribuciones a la salud, de tal forma que pueda estructurar el Sistema de Salud adecuadamente. Una opción a considerar en este último caso sería reinstalar nuevamente el impuesto, bien sea en forma generalizada tal y como estaba, o focalizado en un grupo de contribuyentes, que bien podrían ser los más formales, de acuerdo al tamaño de la firma.

El Cuadro 2 muestra en la columna (1) el número de empleados en el área urbana por tamaño de la firma en la cual trabaja, determinado por su número de empleados. Las firmas de hasta 5 empleados emplean a cerca del 60 por ciento de los ocupados del área urbana y recaudan menos del 25 por ciento de las contribuciones a la salud, mientras que las de 50 empleados y más, emplean algo más del 25 por ciento de éstos y recaudan cerca del 60 por ciento de las contribuciones<sup>2</sup>.

Como se observa en el cuadro, en el área urbana colombiana el 90 por ciento de los empleados en firmas de más de 50 empleados cotizan a salud, mientras que solo el 43 por ciento de aquellos en firmas de hasta 50 empleados lo hacen.

---

2 El corte de firmas de más de 50 empleados es el adoptado en los Estados Unidos, junto con otras condiciones, para que los empleadores tengan que afiliarse a la salud a sus empleados, de acuerdo a la sección 1513 del *Affordable Care Act*. Ver también en Mulvey (2013) los detalles sobre las penalidades a empleadores con estas características que no afilien a salud a sus empleados.

**Cuadro 2.**  
**Incidencia de las contribuciones a la seguridad social por tamaño de firma Área Urbana**

Tamaño de Firma (No. Empleados)	Empleados		Fracción de cotizantes			Monto Anual Contribuido (\$MII)		
	Número (MII)	%	Contributivo o Régimen Especial	Pensiones	Cajas	Contributivo o Régimen Especial (8.5%)	Pensiones (11.625%)	Cajas (4%)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
1	5.41	33.6	33%	7%	3%	1,311,680	350,946	49,843
2-3	3.01	18.7	37%	9%	5%	799,131	277,949	54,462
4-5	1.10	6.9	44%	19%	13%	427,307	244,579	58,062
6-10	0.87	5.4	59%	35%	27%	575,426	464,153	124,108
11-19	0.54	3.3	73%	56%	48%	472,001	497,115	145,848
20-30	0.47	2.9	82%	69%	54%	429,183	491,977	132,933
31-50	0.40	2.5	89%	78%	65%	425,063	512,857	146,705
51-100	0.45	2.8	91%	84%	75%	581,442	736,463	225,076
101 y más	3.85	23.9	88%	92%	79%	5,933,634	8,446,985	2,521,716
<b>Total Cabeceras</b>	<b>16.09</b>	<b>100</b>	<b>55%</b>	<b>37%</b>	<b>30%</b>	<b>10,954,867</b>	<b>12,023,024</b>	<b>3,458,753</b>

Fuente: GEIH Trim II de 2012, MHCP.

Otra fuente de recursos a considerar sería un reajuste al impuesto al valor agregado, IVA, el cual podría ser complementado con políticas de reembolso a las poblaciones más pobres, potencialmente con base en el SISBEN, para atenuar sus efectos regresivos. Este impuesto podría incentivar un mayor ahorro permanente, mientras se logra un mayor recaudo para financiar los gastos que requiera una reforma integral a la salud.

### (iii) El sostenimiento de las IPS públicas

El mandato que el proyecto de reforma a la salud le da a los gestores del Régimen Subsidiado, de que deberán hacer toda la contratación de servicios de salud con IPS públicas, y que solo una vez se agote la oferta pública disponible en sus jurisdicciones podrán contratar con las privadas, se constituye en una grave distorsión en las reglas de juego del Sistema de Salud, que tiene entre otros los siguientes efectos: (a) desincentiva la inversión privadas en IPS, pues les resta

competitividad al someterlas a condiciones más desfavorables, (b) genera incentivos perversos de sobreinversión en IPS públicas no atados a sus resultados, sino más bien, al tamaño de las gestoras del subsidiado en su jurisdicción, (c) abre la posibilidad para que los departamentos, distritos y ciudades, o asociaciones de éstos, en cuyas jurisdicciones haya más de un millón de habitantes, puedan ser a la vez gestores y propietarios de IPS públicas, quedando a su disposición la opción de incrementar el tamaño de sus IPS públicas de acuerdo al presupuesto del Régimen Subsidiado de su jurisdicción, (d) afecta la rentabilidad de los gestores que en condiciones de libre mercado hubieran escogido contratar con IPS privadas, a la vez que compromete la adecuada gestión de sus resultados, dejándolos condicionados a la calidad de los servicios de salud que las IPS públicas de su jurisdicción ofrezcan, lo cual no necesariamente sería tenido en cuenta por Salud Mía al momento de remunerar por resultados a los gestores, y (e) todo lo

anterior limitaría los avances que en calidad y eficiencia pueda tener el Sistema de Salud.

Esta medida es un retroceso en relación al espíritu transitorio que en un comienzo adoptó en esta dirección la Ley 100 de 1993, la cual contempló que al menos un 40 por ciento de la contratación de las aseguradoras del Régimen Subsidiado fuera con IPS públicas, porcentaje que más recientemente se había incrementado a un 60 por ciento.

### **III. Implicaciones de la reforma: algunos escenarios**

Más allá de las potenciales consecuencias de la reforma a la salud mencionadas anteriormente, podría generar escenarios complejos para los diferentes actores del sector.

El ejercicio se puede comenzar analizando el caso de los gestores, en el cual, la dinámica que se podría anticipar depende de la forma como el Ministerio estructure finalmente los pagos de Salud Mía hacia éstos, y en particular, la forma como reglamente el sistema de pago por desempeño. Hay que tener en cuenta que en este caso habría unos gestores del Régimen Contributivo, otros del Subsidiado, y otros más de ambos regímenes; no obstante, todos proveerían el mismo plan de servicios de salud.

Si se considera el caso de un gestor que provea ambos regímenes, y se asume por un momento que sus afiliados a ambos regímenes son comparables, se podría esperar que éste gestor tenga un mejor desempeño en la provisión del Régimen Contributivo que en la del Subsidiado, dado que al no tener restricciones al momento de contratar

con IPS, debería de tener un desempeño al menos tan bueno como el que tendría en el Régimen Subsidiado.

En principio se esperaría que el rasero que adopte el gobierno para evaluar el desempeño de los gestores sea igual en lo relativo al Contributivo que al Subsidiado, dado que sus planes son los mismos. De esta forma, sería de esperarse que hacia adelante, sea más rentable tanto para agentes privados como públicos, ser gestores del Contributivo que del Subsidiado. Los gestores privados se concentrarían en el Régimen Contributivo. Los gestores públicos que operen el Subsidiado podrían optar por promover la eficiencia de las IPS de su jurisdicción, haciéndolas tan competitivas como las privadas, y así tener una gestión sostenible y eficiente. Claramente, este escenario no refleja la generalidad del sistema, ya que de hacerlo, no se requeriría la mencionada restricción de que los gestores del Subsidiado contrataran primero con IPS públicas. Los gestores públicos que no logren promover la eficiencia de las IPS públicas de su jurisdicción, tendrían de todas formas que continuar proveyendo el Subsidiado a sus beneficiarios en condiciones de ineficiencia, mayores costos y peores resultados en salud. Por supuesto, aun en este caso, y teniendo en cuenta que habría integración vertical y nombramiento directo de sus administradores, las administraciones públicas estarían en condición de cosechar réditos políticos vía burocracia.

En este punto, el gobierno tendría la opción de exigirle a éstos gestores una mejor gestión, so pena de intervenirlos a ellos o a las IPS públicas de su jurisdicción, lo cual es también una opción hoy, que por

no estar siendo ejercida, sería de esperarse que en ese escenario tampoco se ejerciera. El gobierno también podría rescatarlos, bien sea mediante giros directos a la manera de las tradicionales reestructuraciones hospitalarias, o simplemente mediante un espíritu similar a lo planteado en la actual reforma: bajando la vara de los estándares de la salud, de manera que aun los hospitales ineficientes reciban una unidad de pago por beneficiario que le permita sobrevivir. En este caso, tanto gestores del Contributivo como IPS privadas, o las públicas más eficientes, tendrían una alta rentabilidad, y convivirían en equilibrio con gestores del Subsidiado y los hospitales públicos y privados más ineficientes, los cuales tendría sus balances financieros cerca de su punto de equilibrio.

Por supuesto, lo malo también puede empeorar: con las entidades territoriales en la administración de Salud Mía, mientras que a la vez son gestores y operadores de IPS públicas, la oferta pública de servicios de salud podría crecer al punto de no hacerse sostenible con los recursos del Régimen Subsidiado, y requerir adicionalmente de los del Contributivo, bajo una modalidad similar. Esto sería el acta de defunción de las IPS privadas, y posteriormente, de los gestores privados.

Menos claro sería anticipar cómo podría volver el Sistema de Salud a la situación que hoy ostenta, la cual luciría ideal; pero ya, con el Sistema completamente capturado desde lo público, políticamente inalcanzable. Si bien actualmente se presentan grandes dificultades con las IPS públicas, su oferta está bastante acotada, y es una generalidad que en la mayoría de las ciudades, la capacidad

instalada de IPS de tercer nivel privadas supera la capacidad de las públicas.

El potencial resultado descrito es solo la consecuencia de que “no hay almuerzo gratis”: el gobierno no se está ahorrando nada con la ineficiencia que hoy le genera al Sistema de Salud con la restricción de que el Régimen Subsidiado tenga que agotar toda la oferta pública antes de contratar con la privada. En el escenario esbozado, esa ineficiencia le estaría costando al Sistema un mayor desembolso por beneficiario que el que tendría sin esa restricción, y adicionalmente, en ese caso, le estaría costando las altas utilidades que le generaría el Sistema a los operadores privados eficientes, los costos en resultados en salud a la población, y la pérdida institucional derivada de la competencia desigual entre IPS públicas y privadas. Todo esto pagado mayoritariamente con PGN, el mismo que podría utilizarse para “indemnizar” la ineficiencia mencionada de una vez por todas.

El obstáculo que existe entre el ahorro y la mayor eficiencia que podría generarse de un Sistema sin la mencionada restricción, radica en la economía política que subyace detrás de su eliminación.

#### **IV. Otros aspectos de la reforma**

(i) Definición de Mi Plan: Fedesarrollo (2013) ha alertado sobre las implicaciones fiscales que tendría la aproximación que adopta de la ley estatutaria con la definición del plan de salud de los colombianos, y en particular, anticipa que podría generar un importante incremento en el gasto en salud. En este tema, el contenido de la ley estatutaria resulta una salida pragmática

a un asunto que a pesar de ser percibido como algo meramente del resorte del Ejecutivo, con el concurso del Congreso, ha resultado siendo más de potestad de las Cortes, las cuales han fungido de última instancia de las normas promovidas por el gobierno y emitidas por el Congreso. En ese sentido, Fedesarrollo podría tener la razón de manifestar esa preocupación, pero sería más importante que su preocupación fuera acogida por las Cortes. Solo después de eso, gobierno y Congreso tendrían un rol que jugar.

Este pareciera ser uno de los casos en los cuales sería conveniente que los tres poderes se sentaran a darle una definición pragmática a las reglas de juego que regirían el plan de beneficios en salud, para así darle una señal definitiva al Sistema de Salud.

(ii) La igualación de los Regímenes Subsidiado y Contributivo, va a implicar un aumento en el valor efectivamente causado del plan de salud por concepto de las reclamaciones que forman parte del no POS. Mientras que hasta ahora los

cerca de \$2 billones en servicios de salud que forman parte del no POS han venido siendo cobrados solamente por quienes son beneficiarios del Régimen Contributivo, los beneficiarios del Subsidiado, que son más que los del Contributivo, irán gradualmente solicitando estos servicios, probablemente hasta acercarse a una cifra que por persona, podría ser similar a la que hoy se causa en el Contributivo.

(iii) La desintermediación de los recursos financieros derivada de la creación de Salud Mía, va a implicar que los gestores no cuenten con los rendimientos financieros con los cuales venían contando la EPS. Si bien los móviles que motivan esa desintermediación resultan justificados, el valor causado en servicios de salud por los beneficiarios de los gestores se va a mantener igual, mientras que éstos no van a contar con los mencionados rendimientos financieros, por lo cual en algún momento se requerirá definir un monto de reajuste de la UPC equivalente a los rendimientos que las EPS venían recibiendo.

## Referencias Bibliográficas

- MINISTERIO DE HACIENDA. (2013). *Ley de presupuesto general de la Nación 2013: Hacia un desempeño eficaz del Estado*. Colombia.
- MULVEY, J. (2013). Potential Employer Penalties Under the patient protection and Affordable Care Act (ACA). *Congressional Research service* .
- PEÑALOZA, R., OROZCO, N., PUERTO, S., & RÍOS, A. M. (2012). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en salud: Seguimiento y control preventivo a las políticas Públicas*. Procuraduría General de la Nación.
- TAFUR, LUIS ALBERTO (2013) “Problemas de Financiación del SGSSS, Propuestas del Proyecto de Ley Ordinaria 2013” Presentación [http://www.boletinesp-univalle.info/files/esss/PROBLEMAS\\_DE\\_FINANCIACION\\_DEL\\_SGSSS\\_Dr\\_Tafur.pdf](http://www.boletinesp-univalle.info/files/esss/PROBLEMAS_DE_FINANCIACION_DEL_SGSSS_Dr_Tafur.pdf)