



Munich Personal RePEc Archive

Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: Conformación, funcionamiento y responsabilidades

Velandia Naranjo, Durfari and Restrepo Zea, Jairo
Humberto and Rodríguez Acosta, Sandra

Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Economicas

August 2002

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/857/>

MPRA Paper No. 857, posted 17 Nov 2006 UTC

Borradores del CIE

Nº1

Agosto de 2002

Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades

Elaborado por:

Durfari Velandia Naranjo
Jairo Restrepo Zea
Sandra Rodríguez Acosta

Grupo de Economía de la Salud -GES-
[http:// agustinianos.udea.edu.co/economía/ges](http://agustinianos.udea.edu.co/economía/ges)

Este borrador fue elaborado en desarrollo del proyecto “Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano” (Colciencias 1115-04-11914)



Centro de Investigaciones Económicas
Universidad de Antioquia

Medellín - Colombia

La Serie Borradores del CIE está conformada por documentos de carácter provisional en los que se presentan avances de proyectos y actividades de investigación, con miras a su publicación posterior en revistas o libros nacionales o internacionales. El contenido de los Borradores es responsabilidad de los autores y no compromete a la institución.

Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades

*Durfari Velandia Naranjo
Jairo Restrepo Zea
Sandra Rodríguez Acosta**

Resumen:

La regulación es una manera de intervención del sector público, el cual utiliza su poder legítimo y coactivo para establecer restricciones a las actividades de los agentes que participan en el mercado y, de este modo, garantizar la asignación eficiente de bienes y servicios y el bienestar social. En Colombia, como experiencia interesante a nivel internacional, se adoptó para el sector salud un esquema de competencia regulada en el que participan tres organismos con funciones de regulación, uno de carácter colegiado y otros dos que son dependencias centrales del ejecutivo. Al analizar en este caso quién, qué y cómo se regula, se encuentran aspectos críticos enmarcados en la falta de planeación estratégica de largo plazo y algunos elementos inherentes a la estructura del organismo colegiado, lo que pone en duda su autonomía y la búsqueda del bien común en la toma de decisiones. En este contexto, se plantean interrogantes sobre la manera como los agentes que participan en la regulación pueden encaminar las medidas tomadas, así como asuntos sobre la representatividad del cuerpo colegiado y los mecanismos de elección de sus representantes.

Palabras claves: regulación, instituciones, elección pública, seguridad social, sistemas de salud

Clasificación JEL: D72, I18, L51, D78.

Abstract

Regulation is a way of intervention of the public sector, which uses its legitimate and coercive power to establish restrictions to agent's activities who participate in the market and guarantee the efficient allocation of goods and services and social welfare. In Colombia, as an interesting international experience, the health care sector adopted a scheme of regulated competition in which three organisms with regulation functions participate; one of those is a committee of public choice and the other two are executive central branches. In this case, analyzing who, what and how is regulated, we find critical aspects trapped in the lack of long term strategic planning and some inherent elements to the committee structure which puts in doubt its autonomy and the search for social welfare in decision making. In this context, questions about how is the agent's participation in the regulation can direct the taken measures, as well as issues that consider representativeness of the committee and the election mechanisms of their representatives.

Key words: Regulations, institutions, public choice, social security and health care system.

Agosto de 2002

* Los autores son miembros del Grupo de Economía de la Salud –GES-. Agradecen los comentarios que sus colegas y el profesor David Tobón realizaron en seminario interno del GES. Cualquier comentario o sugerencia para la publicación de este borrador y el avance del proyecto, puede dirigirse a: ges@agustinianos.udea.edu.co.

Presentación

En este borrador se presenta un análisis sobre los organismos reguladores objeto de estudio, en los aspectos relativos a su conformación, funcionamiento y responsabilidades. Se trata del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social y la Superintendencia Nacional de Salud, de quienes se identifican problemas derivados de su estructura y operación, lo cual se presume que repercute de manera negativa en el ejercicio de la función de regulación en el sistema.

En desarrollo de la metodología y el cronograma de actividades del proyecto, se revisó el contenido de Leyes, Decretos, Acuerdos y Resoluciones que, además de reglamentar la actividad de estos organismos, han sido expedidas por ellos mismos a partir de 1994. De igual modo, se hizo una lectura de varias publicaciones que tratan sobre el tema en particular y sus implicaciones para el desarrollo de la función de regulación.

El texto consta de cinco secciones, comenzando con una breve presentación de los aspectos teóricos de la regulación y la teoría institucional en la cual se enmarca la función estudiada. Las tres secciones siguientes responden a las preguntas: ¿Quiénes regulan?, ¿Qué regulan? y ¿Cómo regulan? en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, respectivamente. El documento finaliza con la presentación de las conclusiones y plantea algunas cuestiones para continuar la investigación.

1. Marco conceptual

1.1 Regulación: definición institucional y problemas asociados

El informe de la Organización Mundial de la Salud –OMS–, del año 2000, se ocupa del desempeño de los sistemas de salud en el mundo e identifica cuatro funciones vitales que éstos deben cumplir: rectoría¹, provisión de servicios, generación de recursos y financiación. La primera función se hace especial por la influencia que tiene sobre las otras tres, puesto que, tal como la aborda OMS, reúne aspectos que van más allá de la simple reglamentación, involucra a todos los sectores de la sociedad y comprende las tareas propias de la dirección de la política de salud, para influir fuertemente en todas las funciones del sistema de manera que posibilite el alcance del fin último de este: alcanzar las mejores condiciones de salud en la población.

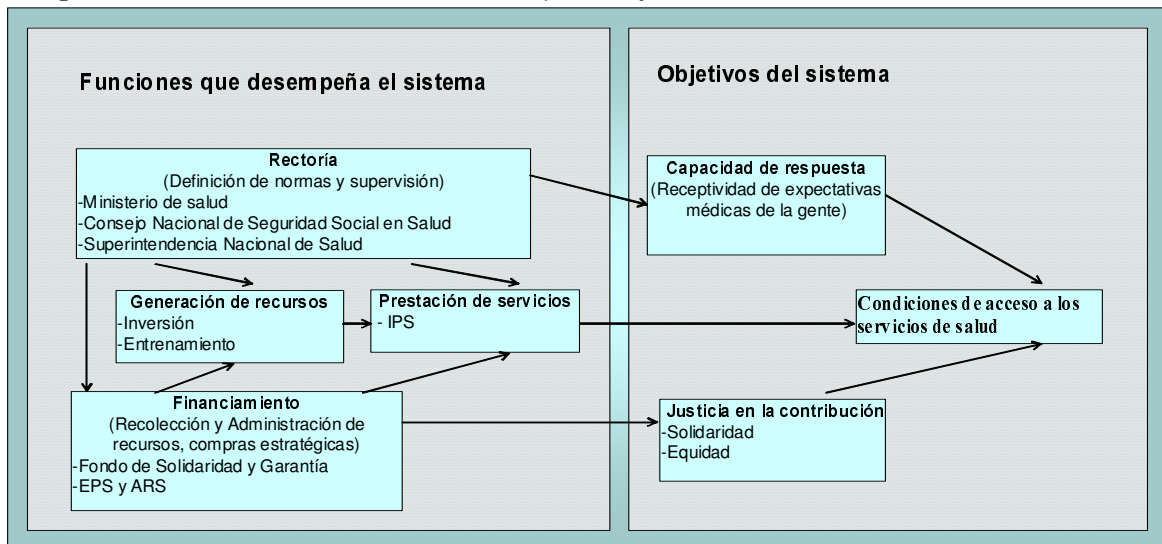
En este contexto, el abastecimiento de insumos y recursos para la producción de servicios de la salud es condición necesaria pero no suficiente para que las personas encuentren satisfacción a sus necesidades; *la provisión de servicios* requiere la función rectora para tomar las decisiones correctas acerca de qué servicios proveer, a quién entregarlos y cómo racionarlos, dado que elecciones equivocadas al respecto podrían dejar a la población sin las intervenciones que precisan. El papel de la rectoría en la función de *generación de recursos*, se enmarca en asegurar la calidad y brindar confianza en la preparación de los recursos humanos, organizar el mercado en un ambiente de transparencia competitiva para el suministro de medicamentos, equipos médicos especializados e infraestructura requerida en la producción de servicios, puesto que gran parte de estas actividades son realizadas en el sector privado y su forma de producción impone barreras de entrada al mercado en forma de patentes y licencias y grandes inversiones de capital a largo plazo.

¹ El término rectoría, según explica el informe de 2000 de la OMS, tiene un significado más general que el de la regulación, pues aquel involucra no solo a los organismos que imparten las reglas de funcionamiento del sistema, sino que comprende a todos los agentes y actores del mismo en un modelo abstracto o ideal. En tal concepción se identifican núcleos de análisis específicos desde los cuales se debe evaluar la función de rectoría. Sin embargo, acá, no se hace alusión a tal distinción teórica, lo cual es tema de otro Borrador del CIE, y se enfoca en la concepción de regulación que ha sido corrientemente tratada en economía.

En cuanto a la función de *financiamiento*, la rectoría interviene con el fin de eliminar o reducir las barreras económicas que impiden el acceso de los individuos a los servicios de salud, organizando principalmente la disponibilidad de los fondos financieros y la generación de incentivos para los proveedores. En esta función se diferencian tres elementos: las fuentes de ingresos, el acopio y la administración de los mismos y las compras de servicios realizadas, de los cuales se espera la suficiente recolección de fondos para el sostenimiento de los gastos en servicios de salud que provengan cada vez más de la modalidad de prepago en sustitución del pago de bolsillo; una administración que diluya el riesgo individual entre el conjunto poblacional; y un sistema de compras estratégicas que involucre una continua investigación para maximizar el desempeño del sistema de salud decidiendo qué debe comprarse, cómo y a quién, respectivamente.

En esta concepción, la función de rectoría recae de manera especial en el gobierno, quien debe tratar que sea visible en los distintos niveles del sistema y genere los mecanismos necesarios para ejercer influencia en todos los agentes². Esto puede verse en el esquema adaptado para el caso colombiano, donde se ilustra la relación descrita entre la rectoría y las demás funciones de un sistema de salud y el logro de sus objetivos.

Esquema 1. Relación entre las funciones y los objetivos del sistema de salud en Colombia



Fuente: Adaptado de OMS (2000:25).

En el esquema diseñado por la OMS se lee que todas las funciones, desde la prestación de servicios de salud y la financiación hasta la generación de recursos, exigen por parte del Estado la presencia de un vigilante encargado de hacer posible el logro de una mejor salud de la población. No obstante, aún cuando ésta es la posición deseable en cualquier sistema, se han identificado tres fallos en el desempeño de la rectoría, comunes a todos los sistemas de salud (OMS, 2000):

- Los organismos encargados de la función de rectoría padecen frecuentemente de *miopía*, reflejada en el olvido de su objetivo, es decir, dejan de lado que la población es la razón de ser de su existencia y pierden la perspectiva de futuro, lo cual les impide focalizar los inconvenientes que podrían presentarse en el largo plazo, y más aún, no diseñan políticas de largo plazo que establezcan puntos de referencia a

² Con otros dos argumentos sustenta la OMS que la rectoría recae primariamente en el gobierno: por una parte, el gobierno es responsable de regir el sector puesto que es él quien gasta los ingresos que las personas adquieren para pagar impuestos y seguridad social; por la otra, porque el gobierno proporciona confianza a los ciudadanos con la elaboración de las reglas que dirijan las transacciones entre agentes (OMS, 2000:45).

corto y mediano término, de manera que establezcan prioridades y expectativas sobre el papel que deben desempeñar los diferentes actores del sistema y construyan consenso sobre el rol del gobierno.

- *Se carece de estrategias* que propendan por generar incentivos de participación a los agentes que integran el sistema; es decir, la actividad de rectoría se centra en la elaboración de normas y reglamentos que no precisamente son los que garantizan el buen desempeño del sistema.
- *No se tienen mecanismos o no se hace uso de los mecanismos de presión* que se promulgan para obligar a todos los agentes a cumplir sus compromisos. Los ejemplos más comunes a todos los sistemas y los de mayor repetición son aquellos que tienen que ver con actos de corrupción (el pago de honorarios desbordados a trabajadores del sector, sobornos y prácticas en la provisión licencias, entre otros) que atentan contra la justicia y el respaldo financiero para la provisión de servicios a las personas más pobres.

En lo sucesivo, se analizará la regulación como parte esencial de la rectoría y definida como una función pública que establece intencionalmente restricciones a las actividades de los agentes que participan en el mercado, con el propósito teórico de garantizar el bien común (Mitnick, 1989). En este sentido, el análisis de tal función involucra varios elementos inherentes a los mencionados anteriormente como son: las identidades (naturalezas) tanto del regulador como de los regulados y de la actividad a regular (generalmente actividades económicas) pues tales características definen la oposición o apoyo que encuentren las medidas tomadas por la entidad reguladora al momento de su establecimiento y en el diseño mismo de los instrumentos utilizados.

En este punto es necesario hacer dos distinciones básicas acerca de los componentes de la regulación que involucran la teoría institucional. Por una parte, se entiende la regulación como institución en el sentido definido por Douglas North, donde “las instituciones son las reglas de juego en una sociedad o, más formalmente, son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana” (North, 1933:13). Por la otra, se tiene a quienes ejercen la función de regulación, esto es, los organismos que proporcionan una estructura a las relaciones de los individuos.

Si bien las instituciones son la causa primera de la existencia de las organizaciones, concebidas como la agrupación de agentes que persiguen un objetivo común, se entrelaza una mutua determinación entre las instituciones y las organizaciones por dos razones principales. En primer lugar, como lo expone North, las organizaciones toman forma en función tanto de los limitantes institucionales como de aquellos provenientes de las particularidades de su estructura, y la interacción de estas limitaciones dan forma a las oportunidades potenciales de la maximización de sus objetivos. En segundo lugar, las organizaciones cuentan con poder para controlar su ambiente, en otras palabras, pueden decidir cuántas y cuáles relaciones de las entidades sujetas a regulación quiere afectar (positiva o negativamente); poseen poder de recompensar, incentivar o castigar de manera tangible o intangible; además, tienen el poder de reducir (aumentar) la incertidumbre, garantizando estabilidad (provocando inestabilidad) y manteniendo las relaciones de intercambio entre agentes en determinadas condiciones (Mitnick, 1989).

Las relaciones descritas dejan latente la generación de los problemas que enumera OMS, conflictos de poder entre los intereses de los funcionarios de las organizaciones y las funciones regulatorias que dan como resultado el debilitamiento o desvío de la función de regulación en cuanto a sus motivaciones principales, y puede permitir *la captura de intereses* por parte de las entidades reguladas más influyentes o de los mismos ejecutores de la regulación, lo que exige efectivos mecanismos de presión que disciplinen tal propensión.

Adicional a la captura de intereses, la regulación tiene otros dos fallos característicos en los cuales encuentra origen la *miopía*, cuando los procedimientos utilizados para lograr los objetivos finales son poco eficaces o no son los mejores para cumplir las metas públicas. Uno de ellos es la *ausencia o insuficiencia de información* sobre los efectos de las medidas adoptadas, pues se pueden generar ineficiencias mayores a las

que se tratan de evitar o corregir. El otro es la *consistencia de las decisiones*, dado que los gobiernos como agentes que toman decisiones en el sector público actúan con base a metas de corto plazo (normalmente para el horizonte temporal que media entre elección y elección), la búsqueda de una eficiencia estática puede resultar incompatible con una eficiencia dinámica (Mitnick, 1989).

El marco conceptual descrito sintetiza los elementos básicos a partir de los cuales se hará el análisis de la función de regulación en el sistema de salud colombiano³. A continuación, se describe el marco organizacional en el que se desarrolla el ejercicio de la regulación en el país, para pasar posteriormente a detallar quiénes, qué y cómo se lleva a cabo dicha regulación.

1.2 La regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

El diseño institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, combina las fuerzas del mercado competitivo con la intervención del Estado para dirigir el sistema de salud hacia el alcance de dos objetivos fundamentales: “crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención y regular el servicio público esencial de salud” (Ley 100, art. 152).

El sistema se enmarca en el modelo de pluralismo estructurado que organiza los agentes en cuatro núcleos funcionales interdependientes: la modulación, el financiamiento, el aseguramiento, y la prestación de servicios (clasificación equivalente a las cuatro funciones vitales identificadas por la OMS), donde la modulación establece, implanta y monitorea las reglas de juego para el sistema de salud e imprime en el mismo una dirección estratégica para equilibrar los intereses de los diversos actores (Frenk y Londoño, 1997:326).

La definición de modulación considera la regulación⁴ en abstracto, como el establecimiento de reglas de juego a prestadores y articuladores, concepto que se introdujo en el sistema de salud colombiano como el modelo de competencia regulada, en el cual, como su nombre lo indica, se regulan ciertas variables para dirigir y manejar el mercado en pro de corregir sus fallos y conseguir equidad y eficacia en la prestación (Entoven, 1997).

La utilización de herramientas correctivas de los fallos de mercado recae en la figura del patrocinador (agente sponsor citado por Entoven), que en el caso colombiano tiene su equivalente en las entidades gubernamentales y las aseguradoras: las primeras dictan las normas para la equidad, para evitar la selección adversa, la selección de riesgos y la segmentación del mercado; en tanto que las segundas administran la afiliación, controlan las conductas de los proveedores mediante las formas de contratación, controlan el sobreconsumo de servicios y vigilan la entrega de servicios a los usuarios (Restrepo, 2000).

³ El proyecto de investigación también hará uso de los elementos analíticos que provee el concepto de *stewardship* (rectoría), así como otros de la teoría económica. Se encuentra en proceso la revisión y análisis de literatura sobre la función de rectoría, en particular los autores Phyllida Travis, et al. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Evidence and Information for Policy; Jim Armstrong y James Armstrong *Stewardship and public service*; y Martin Mackee, *Measuring the efficiency of health systems*. Por esta razón, en este Borrador no se incluyen elementos más allá de los mencionados por OMS (2000). Además, los elementos económicos sobre la teoría de la regulación, aparte de los ya tratados, serán incluidos a lo largo de la ejecución de la investigación.

⁴ Adicional a la regulación, el término modulación involucra otros cuatro aspectos básicos: *el desarrollo del sistema* donde se formula y planea el conjunto del sistema; *la coordinación* que considera la acción concertada entre los niveles de gobierno y las entidades públicas y privadas para conseguir eficiencia y la equidad; *el diseño financiero* que involucra la movilización de recursos y contención de costos; y *la protección al consumidor* que se realiza por medio de la publicación de información sobre el desempeño del aseguramiento y la prestación de servicios ejerciendo el papel de mediador de conflictos entre estos agentes (Frenk y Londoño, 1997).

Más específicamente, la competencia regulada en el mercado se introduce en dos niveles: entre los aseguradores, quienes compiten por atraer afiliados; y entre prestadores de servicios, quienes compiten entre sí para que las aseguradoras contraten sus servicios. Adicionalmente, como elemento dinamizador, depurador, regulador natural en el mercado, los consumidores gozan de libertad de elección en la escogencia de asegurador y de prestador de servicios —aunque este último se encuentra restringido por la oferta que le presente el asegurador—. En este ambiente, intervienen los organismos estatales que se encargan de orientar la competencia y aplicar los recursos públicos con los cuales se financia el sistema (Restrepo, Arango y Casas, 2002).

Entre tanto, la regulación en el sistema toma la forma de la definición y control de variables de mercado y la vigilancia de los agentes respecto a las metas propuestas (o a las normas designadas)⁵. Comienza con el establecimiento de dos variables fundamentales del mercado: la estandarización de un plan obligatorio de salud, POS, y la unidad de pago per cápita, UPC, los cuales son el producto que ofrecen todas las aseguradoras y el precio del plan de beneficios, respectivamente. Tales elementos tienen el propósito de evitar la segmentación del mercado, es decir, pretenden que la competencia en precios y cantidades se traslade a la competencia en calidad y cobertura (Jaramillo, 1997), y, además, juegan un papel importante en la corrección de los problemas característicos de los mercados de seguros y de provisión de servicios originados en la asimetría de información:

- La *selección adversa* en que incurren las aseguradoras, surge por la afiliación de mayor proporción de personas con gran probabilidad de enfermarse (lo cual implica mayores costos de cubrimiento) comparada con la proporción de personas de bajo riesgo (bajos costos en la atención), de manera tal que la presión de costos no hace viable la operación del seguro. Esta situación genera respuestas negativas para los usuarios (asegurados) puesto que las aseguradoras ponen en marcha mecanismos de selección de riesgos (discriminar el pool de riesgos, aplicar preexistencias y exclusiones) y/o aumentan la prima del seguro que debe pagarse (Folland, 1997).

Al respecto, el diseño de la regulación considera medidas tanto para evitar la destrucción del seguro como para eliminar del sistema los efectos no deseables para los usuarios: la UPC que reciben las aseguradoras —Empresas Promotoras de Salud, EPS, y Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS— se considera teóricamente suficiente para cubrir los costos de atención y administración, puesto que se ajusta de Acuerdo al perfil epidemiológico, grupo etéreo y condiciones medias de calidad, hotelería y tecnología de los servicios incluidos en el POS. Adicionalmente, se dictan disposiciones técnicas y financieras que aseguren la solidez de las EPS y ARS, se obliga a las empresas a comprar reaseguros, para controlar las exclusiones se les exige una composición etérea mínima, y se prohíben las preexistencias.

- En consideración a la propensión a sobreutilizar servicios dada la tenencia del seguro, problema conocido como *riesgo moral*, la existencia de la UPC como ingreso fijo que obtiene la aseguradora por afiliado hace las veces de incentivo de control por parte de los aseguradores para establecer formas de contratación que conduzca el comportamiento de médicos y hospitales hacia el uso racional de servicios, así como desarrollar programas de promoción y prevención y adoptar modelos de atención con tecnologías de bajo costo. Asimismo, se impone el cobro de pagos moderadores y copagos por parte de los usuarios para desincentivar el sobreconsumo (Restrepo, 1999:157).

⁵ Los mecanismos que se mencionan en esta parte del texto son los más importantes y generales, y corresponden a las herramientas diseñadas desde la creación del sistema (al modelo implementado). Sin embargo, en el período de funcionamiento, se han expedido normas que complementan y/o ajustan el diseño regulatorio inicial, las cuales no se contemplan en este texto y se obtendrán como un producto posterior de la investigación.

- La desigualdad de poder de los médicos frente a los pacientes, la cual trae problemas como la *demandada inducida por la oferta* (problema principal-agente que se origina por la asimetría de información; Folland, 1997), es ajustado por la vía del mercado al introducir empresas aseguradoras en ambiente de competencia, haciendo uso de la capacidad de éstas entidades para actuar como agente mejor informado ante los prestadores acerca de precios, calidad y tecnología utilizada para la prestación de servicios de manera eficiente y efectiva.

Otro aspecto característico del mercado se refiere a la tendencia monopólica que opera en los seguros de salud, conocida como la *ley de los grandes números* que rigen los seguros, la cual indica que entre mayor sea el número de afiliados que tenga una aseguradora menor será la incertidumbre que padezca respecto a los costos de cubrimiento de eventos, y por tanto, será posible su viabilidad financiera. En consideración, se regula el tamaño mínimo de afiliados que debe acreditar cada aseguradora para su operación. De manera similar, la regulación dirige otras variables como el proceso periódico de afiliación, continuidad en la cobertura, vigilancia de los planes de salud, garantía de calidad, acción de promoción de la competencia y manejo de subsidios —directos y cruzados— entre otras, como herramientas para asegurar la competencia (Restrepo, 2000).

2. ¿Quiénes regulan?

En el contexto colombiano, la Ley 100 designa tres organismos para llevar a cabo el proceso de regulación⁶, cada uno de los cuales tiene ocupaciones específicas (lo cual no implica que estén claramente diferenciadas, como se indicará más adelante): el Ministerio de Salud, quien define políticas y expide normas generales; la Superintendencia Nacional de Salud, organismo de inspección, vigilancia y control; y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, el cual se creó con la Ley (art. 171) para la dirección permanente del sistema, constituyendo la innovación más relevante, no sólo por su singularidad⁷ sino por su responsabilidad en la dirección del sistema.

2.1 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

El CNSSS se diseña como un órgano de dirección de carácter permanente para el manejo de las principales variables del sistema de salud. Su estructura fue diseñada para representar los mayores intereses en salud, tanto del gobierno como de la sociedad, sirviendo de foro para hacer legítimas las decisiones de política acerca de la reforma (Harvard, 1996); en otras palabras, para ser un organismo de concertación entre los diferentes actores integrantes del sistema. En este sentido, el Consejo aparece teóricamente con poderes amplios en materia de regulación, y como una especie de agencia legislativa que tiene la facultad para definir la estructura y forma de funcionamiento de la seguridad social en salud (González, 1994).

⁶ En una concepción más amplia sobre la regulación como proceso, se incluirían también organismos de control como la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación; una serie de Superintendencias Nacionales (Bancaria y de Subsidios); los Ministerios de Hacienda, Trabajo y Seguridad Social (aunque éstos están representados en el Consejo y se espera que allí se expongan sus criterios sobre regulación), Ministerio de Educación; el Departamento Nacional de Planeación. Además, en el Congreso se cuenta con las Comisiones permanentes, dedicadas a la revisión de los temas sobre salud y seguridad social. Así también, dentro de la administración del Estado, la política social general es definida por el CONPES, comité del gabinete que traza la política social y económica a nivel nacional. Por último, están los organismos de la rama judicial: Corte Constitucional, Corte Suprema de Justicia, Corte de Estado, Fiscalía General de la Nación y Consejo Superior de la Judicatura.

⁷ La singularidad es una hipótesis formulada en el proyecto, en la cual se enuncia que la experiencia colombiana en la reforma del sistema de salud es la única que cuenta con un CNSSS para definir el funcionamiento del sistema. Tema que se evaluará en la revisión de casos internacionales.

La composición del Consejo contempla, como representantes con derecho a voz y voto, la participación de representantes del gobierno, de los agentes aseguradores, de los prestadores de servicios, de los profesionales de la salud, de los empleadores, de los empleados y de los usuarios del sector rural. En el cuadro 1 se muestra la conformación del Consejo, en donde se aprecia el mayor peso en la composición de representantes del gobierno (43%), seguido por los representantes empresariales (36%), y, por último, los representantes de los usuarios constituyen minoría (21%), situación que tiene connotaciones en la toma de decisiones, como se explicará cuando se trate este tema.

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

Ley 100 de 1993, artículo 171

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

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

Los ocho miembros del CNSSS que no son representantes gubernamentales se seleccionan de entre sus organizaciones mayoritarias jurídicamente reconocidas (Acuerdo 851 de 1994) para un período fijo de dos años⁸, siguiendo el procedimiento de inscripción de tres candidatos en la Dirección de Seguridad Social del Ministerio de Salud, donde se pone a consideración del gobierno nacional el designio del representante bajo criterios de calidad y experiencia laboral. Entre tanto, los representantes de las entidades departamentales y municipales de salud se escogen de las conferencias de secretarios de salud que realizan estas entidades; los demás representantes gubernamentales pasan a ser miembros del Consejo en cuanto son designados en el cargo público.

Al considerar los miembros del Consejo en todos sus años de funcionamiento (Anexo 1), se aprecia que los representantes gubernamentales son los miembros que menos continuidad han tenido en el Consejo, lo cual, a su vez, indica la inestabilidad que se presenta en la dirección del sistema (excepto el representante del ISS y de las entidades departamentales). En contraste, los representantes de los trabajadores, de las IPS, de los

⁸ Si un mes antes de la caducidad de este período no se inscriben candidatos y no se manifiesta voluntad de retiro, una vez vencido el período se renueva automáticamente la participación de esta persona en el CNSSS por otro período; esto en virtud de que el Consejo es un órgano permanente (concepto jurídico de la Oficina de Apoyo Legislativo del Ministerio de Salud, radicado 30942 de 2001).

profesionales de área de la salud y de los usuarios del sector rural, han delegado máximo a dos personas entre 1994 y 2000. Además, es notorio que algunas representaciones las han realizado las mismas asociaciones (CUT, ACEMI, ASMEDAS, FENALCO y ANDI).

En consideración, se tienen problemas asociados a la inestabilidad de los miembros; en particular, la inestabilidad ministerial reduce la capacidad del gobierno en la dirección estratégica, lo cual tiene efectos negativos en la transición de las instituciones públicas, genera inestabilidad y falta de credibilidad en decisiones importantes (definición del POS y UPC) y genera oportunismo por parte de los agentes que representa cada ministro (Londoño, 1996).

De otro lado, se ha cuestionado la verdadera esencia del Consejo en cuanto órgano de concertación, puesto que se mina el papel de la representación de todos los agentes del sistema al no existir mecanismos para que los miembros que no son representantes gubernamentales indaguen sobre los intereses de quienes representan (Harvard, 1996). Además, la rotación de algunos miembros del Consejo entre representante de la empresa privada o de los usuarios y representante del gobierno⁹ pone en duda la verdadera autonomía de las entidades en representación de sus propios intereses y da pie a la conformación de coaliciones o asociaciones entre los miembros para la captura de intereses.

En el mismo sentido, se encuentra en la estructura del Consejo la segmentación por sectores público y privado. El ISS y la EPS privada conforman en conjunto el mercado de aseguramiento y se presentan en el Consejo de manera separada, lo cual implica que representan intereses contrapuestos o por lo menos excluyentes, que no pueden asociarse. Así mismo, la representación de los usuarios del sistema al CNSSS excluye por su composición a los empleados independientes y cuenta propia, participando de la concertación sólo los empleados dependientes (activos o pensionados) y los usuarios del sector rural.

La estructura anterior, ordenada por la Ley 100, se mantiene hasta el momento. Sin embargo, haciendo uso de la facultad que tiene este para adoptar su propio reglamento¹⁰, el CNSSS ha dispuesto de un tercer grupo de integrantes (con derecho a voz sin voto) en el Consejo: los invitados permanentes y ocasionales quienes, serán convocados a todas las sesiones o a aquellas donde se considere pertinente su presencia¹¹.

La intensidad de participación de los asesores e invitados permanentes en el CNSSS es uno de los puntos reglamentarios que ha estado sometido a mayor inestabilidad y por tanto ha creado gran controversia. En el momento de creación de estas categorías de miembros se dispuso su asistencia a todas las sesiones realizadas por el Consejo, pero luego se ha estipulado que sólo serán convocados a las sesiones cuando, a criterio del CNSSS, el tema lo amerite “sin perjuicio de que los asesores del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud presten su asesoría en forma verbal o escrita” (Decreto 181 de 2000).

⁹ María Teresa Forero de Sade figura en 1995 como representante de las EPS distintas al ISS, ACEMI; y a partir de 1996 es designada Ministra de Salud, así mismo, Nelsy Paredes asistió en calidad de invitada como asesora del Ministerio y luego para a ser miembro de ACEMI (Actas del CNSSS 1994-1995). Por último, David Bersh Escobar, representante de los usuarios del sector rural (FUDESCO) desde 1994-1999, pasa a ser Viceministro de Salud en Mayo de 2001.

¹⁰ Se cuentan un total de 3 Decretos y 8 Acuerdos que modifican el reglamento del CNSSS (ver Anexo).

¹¹ La ley 100 en principio no contempla esta figura, pero a partir de 1994 (Acuerdo 001) el Superintendente Nacional de Salud aparece como invitado permanente a todas las sesiones del consejo; luego en 1996 (Acuerdo 031) se convocan al Viceministro de Salud y un delegado del Departamento Nacional de Planeación; en 1998 se acuerda (097) invitar permanentemente un representante de las Cajas de Compensación Familiar, CCF, y un representante de las Empresas Solidarias de Salud, ESS. Como invitados ocasionales asisten al CNSSS a solicitud del Ministro de Salud, o de los miembros del consejo, los funcionarios del Ministerio ó las personas de otras entidades públicas o privadas, para el análisis de algunos temas en particular, además el Ministro de Defensa o su delegado cuando se traten temas relacionados con la seguridad social de los militares.

Respecto a este tema específico, se tienen diferentes opiniones. La voz oficial del CNSSS —Ministra de Salud, Sara Ordóñez— ha sostenido que esta medida mejoraría el mecanismo de la operación del organismo, pues se facilitarían la deliberación y la toma de decisiones; además, afirma que el hecho de que los asesores permanentes no sean convocados siempre no significa que no asesoren el Consejo; otros, como la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –ASCOFAME–, ven perdida la representación y participación en la discusión de temas trascendentales, considerando que las decisiones del Consejo se privarían de una mayor reflexión. (El Pulso, Diciembre de 2000 p 2,3).

Este condicionamiento es modificado en 2002 con el Acuerdo 219 que dispone nuevamente la participación de los asesores permanentes en todas las reuniones ordinarias y extraordinarias del Consejo; mientras se ratifica que los invitados sólo serán convocados cuando el Consejo requiera su participación, quedando así vigente el tema de la conveniencia o no de la invitación ocasional para estos miembros, puesto que por lo menos dos de ellos (representante de las Cajas de Compensación Familiar, CCF, y de las Empresas Solidarias de Salud, ESS) complementan la representatividad de los administradores del seguro en el régimen subsidiado, ARS.

En este último aspecto, es preciso aclarar que para junio de 2001 las ARS privadas representan el 3.7% del total de ARS, las ARS públicas 2.5%, ESS 73.6, CCF 17.6%, convenios 2.1% (Informe del CNSSS, 2000-2001); pero teniendo en cuenta los afiliados del régimen que agrupan a la misma fecha, las ARS aseguran el 51% de los subsidiados, mientras el 49% restante se encuentra afiliada a las otras entidades (Restrepo, et.al. 2002). De esta manera, se tienen diferentes puntos de vista de la representatividad del régimen en cuestión, pues desde el lado de las entidades aseguradoras, el régimen no tiene una adecuada representación; sin embargo, al considerar el número de afiliados que manejan no podría decirse lo mismo.

2.2 El Ministerio de Salud

Este organismo de la rama ejecutiva tiene a cargo la responsabilidad general del desempeño del sistema de salud. Sus decisiones se enmarcan en el diseño de política estratégica del sector y se encarga de darle armonía de Acuerdo con el programa general de desarrollo económico, social y ambiental que aprueba la rama legislativa. El Ministerio de Salud ha pasado por varias transformaciones institucionales para adaptarse a las necesidades de la reforma, incluyendo la descentralización territorial¹². En este sentido, sus competencias abarcan el apoyo de la descentralización en salud a nivel territorial, la salud pública, los mercados de servicios de salud y de aseguramiento y el aspecto financiero, desde la generación hasta la aplicación de los recursos para la salud.

Dos Decretos se han expedido para reestructurar el Ministerio: el Decreto 1292 de 1994 trata de ajustar el organismo a los nuevos requerimientos, definiendo nuevas funciones en el campo analítico y otras relacionadas con el aseguramiento, la prestación de servicios, el financiamiento y la descentralización¹³. Al

¹² Este proceso consta de tres aspectos: la *descentralización política*, que contempla la elección popular de alcaldes y gobernadores para dar mayor control a los territorios sobre sus decisiones; la *descentralización fiscal* que transfiere recursos nacionales al orden municipal para fortalecer las finanzas; y la *descentralización administrativa*, que traslada responsabilidades a los municipios que antes eran asumidas por el nivel central o departamental en el campo de los servicios personales. En este contexto, el Ministerio de Salud estableció un proceso de certificación por medio del cual se pretende que el ente territorial asuma el manejo local de la salud, en aspectos de planeación, financiación, administración y prestación de servicios; los municipios se encargarían del primer nivel de atención, mientras que los departamentos se ocuparían del segundo y tercer nivel (Yepes y Sánchez).

¹³ Entre las funciones *analíticas* se cuentan: evaluar el mercado, primas y reaseguros, establecer el sistema de información, planear recursos humanos, evaluar y controlar la tecnología de alto costo. Las funciones relacionadas con la *regulación del aseguramiento y la prestación de servicios* incluyen la afiliación, *Regulaciones del aseguramiento y de los paquetes de beneficios*. La *Regulación de proveedores* abarca las instituciones proveedoras,

respecto, el informe Harvard (1996) identificó varios problemas que se presentan en el desempeño de estas funciones fundamentales; en general, el Ministerio carece de un desarrollo técnico suficiente y no cuenta con metodologías adecuadas para la adquisición de información, la evaluación y la planeación en casi todos los campos, en especial los relacionados con la evaluación de primas y reaseguros, regulación de la calidad y asistencia técnica en la descentralización. Por otra parte, algunas de las funciones no se llevaban a cabo por ninguna dependencia del Ministerio, como la definición de mecanismos para atender a los beneficiarios, evaluación del mercado, planeación de recursos humanos y la evaluación de tecnología de alto costo.

Uno de los problemas institucionales más importantes del Ministerio que hace difícil el sostenimiento de políticas a largo plazo, señalado en el Informe Harvard (1996) y que ya se ha mencionado en este texto, es el alto índice de rotación del personal profesional de más alto nivel y de los funcionarios que están en las posiciones más altas en formulación de políticas y administración, dada la facultad de los ministros para nombrar el personal directivo, lo que proporciona la posibilidad de asignar puestos de trabajo con el fin de mantener la coalición gubernamental.

El otro Decreto que reestructura el Ministerio de Salud (1152 de 1999) dispone un arreglo funcional concentrado en dependencias de análisis y planeación de la política, financiamiento y gestión, aseguramiento, desarrollo de la prestación de servicios de salud y salud pública. Con este nuevo arreglo normativo, se amplían al organismo funciones específicas para asegurar que toda la población acceda a los servicios de salud y se adicionan otras que propenden porque el organismo tenga más injerencia en la planeación de la viabilidad y estabilidad del sistema en términos financieros, así mismo de hacer expresa como función del Ministro crear y crear y organizar comités de consultores y asesores que se requieran para el adecuado alcance y funcionamiento del organismo y para sortear las faltas en cuanto a formación científica y capacidad operativa. Hasta el momento, se cuenta con información sobre los efectos estructurales en cuanto a remoción de las dificultades que enfrentaba el organismo para su buen desempeño, además de que se programan nuevos cambios en el transcurso del nuevo gobierno que propuso fusionar los Ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social.

2.3 La Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, aunque posee autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio independiente. Su más alto funcionario, el Superintendente, es nombrado directamente por el presidente generalmente con la asesoría del Ministro de Salud, y sus responsabilidades se centran en la inspección, vigilancia y control de todos los agentes del sistema en lo referente a las relaciones que se establecen entre ellos.

Esta entidad también se ha reestructurado dos veces a partir de la reforma: con el Decreto 1259 de 1994 y el 452 de 2000 —éste último se encuentra aún en proceso de aplicación—. A partir de la primera reforma, fueron identificadas serias debilidades en este organismo, muy similares a las del Ministerio de Salud: “un cambio frecuente y rápido del personal de más alto nivel. <...> en julio de 1995 <se> encontró que ocho de los directivos de más alto nivel (directores de áreas y jefes de oficinas) han estado en su cargo por menos de un año y cinco, por menos de seis meses. Solamente uno provenía de la Superintendencia, cuatro de otras instituciones públicas, dos del sector privado y uno tenía experiencia tanto en el sector público como privado” (Harvard, 1996:164). Según el mismo estudio, la Superintendencia no tiene visión organizacional ni planeación estratégica, y su personal se encuentra mal distribuido, en algunas dependencias hay excesos mientras que en otras áreas falta personal.

la calidad y la atención de los beneficiarios. Por último, las funciones relacionadas con la *descentralización* consisten en suministrar asistencia técnica

La reestructuración, que se encuentra en proceso con la expedición del Decreto 452, sintetiza y generaliza las funciones a cumplir por este organismo, ajustándolo más a los requerimientos del sistema creado: coadyuvar a la operatividad del modelo de competencia regulada para garantizar los derechos y deberes de los usuarios; afianzar la calidad de la atención en salud en lo referente al aseguramiento y a la prestación de los servicios; propugnar por la adecuada utilización de los recursos y velar así por la estabilidad financiera.

Como se aprecia en el planteamiento de sus funciones generales, la Superintendencia inspecciona, vigila y controla el cumplimiento de las normas expedidas por el Ministerio y el CNSSS, estableciendo como eje central la transparencia de las relaciones establecidas entre las aseguradoras y los usuarios y entre las prestadoras de servicios y los usuarios, protegiendo y atendiendo al usuario así como asegurándole un estándar de calidad en la atención, además de otorgarle confianza mediante el seguimiento del proceso de generación, distribución y aplicación de los flujos financieros de Acuerdo a los lineamientos establecidos centralmente.

En este sentido, la Superintendencia tiene la responsabilidad de fortalecer los mecanismos de control social brindando información al usuario sobre la solidez de las entidades, su desempeño en el mercado y transparencia en su gestión, además de atender los reclamos de los afiliados al sistema.

3. ¿Qué se regula?

3.1 Distribución de la función de regulación

3.1.1 Ministerio de Salud

En la estructura organizacional ideada en la Ley 100, el Ministerio de Salud encabeza la jerarquía regulatoria (art.173), formulando y adoptando las políticas, programas y estrategias para el sector. Por una parte, sus responsabilidades engloban el fomento de la descentralización política, administrativa, y financiera del sector salud, por medio de apoyo (logístico, legislativo y de asesoría) a nivel territorial; además, se ocupa de formular y dirigir programas a nivel nacional, encaminados al fomento de la salud pública en todos los aspectos. Por la otra, sus funciones se centran en procurar el acceso de toda la población a los servicios de salud mediante la promoción de la afiliación (en los dos regímenes) y el esfuerzo por garantizar la viabilidad y estabilidad financiera del SGSSS.

En particular, el Ministerio ha dictado disposiciones de “*entrada y mantenimiento en el mercado*” tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios: normas administrativas que deben seguir los agentes participantes de estas actividades económicas en lo referente a su estructura financiera y técnica y parámetros científicos. Para el aseguramiento, las normas técnicas consisten en exigir un número mínimo de afiliados para operar en el mercado (50,000 para EPS y 200,000 para ARS), así como acreditar una red prestadora de servicios, establecer un sistema de referencia y contrarreferencia y organizar el sistema que garantice la calidad en la prestación; los requerimientos financieros se enmarcan en mantener un mínimo de capital, margen de solvencia y liquidez, además de construir un reserva financiera legal, adquirir reaseguros y separar cuentas entre aseguramiento y prestación en el caso en que participe en los dos mercados como oferente (GES, 2002).

En el mismo sentido, establece los parámetros a seguir en los procesos de recolección, transferencia y difusión de la información. Un aspecto adicional de esta agencia regulatoria lo constituye su participación en el monitoreo permanente sobre la evolución implementación y funcionamiento del SGSSS para efectuar ajustes de políticas en el sector.

En cuanto al financiamiento del sistema, el Ministerio ejerce funciones de planeación, gestión e implementación de políticas, así también adelanta el seguimiento de las metas financieras y de gestión; además, reglamenta el recaudo, el flujo y la utilización de los recursos y, específicamente, se ocupa de la planeación y programación presupuestal del Fosyga —función que correspondía al CNSSS hasta 1996— y la administración y control del fondo (Decreto 1152 de 1999).

3.1.2 CNSSS

A partir de las funciones consignadas en la Ley 100, el CNSSS regula las variables de “*funcionamiento del mercado*” de seguros y de servicios de salud en pro de corregir sus fallas características: homogeniza el plan de beneficios del seguro de salud desde el punto de vista de los servicios a prestar (POS) y los medicamentos a que tiene derecho el afiliado para evitar la segmentación del mercado —selección de riesgos—; estandariza el precio del POS para limitar la competencia a la calidad de los servicios; dicta medidas para evitar la selección adversa y define pagos compartidos para desincentivar el riesgo moral.

Funciones adicionales se perfilan como acciones de largo plazo, coherente con su carácter permanente, como diseñar un programa de convergencia de los planes de salud obligatorios de los regímenes creados (contributivo y subsidiado), aprobar planes de extensión de cobertura y actualizar el POS en el mismo sentido del cambio epidemiológico de la población y las tecnologías apropiadas. Así mismo, en este Acuerdo adquiere la responsabilidad de determinar criterios de utilización y distribución de los recursos del Fosyga y reglamentar elementos de mercado adicionales (calificar enfermedades reasegurables por las EPS y las limitaciones a la libre elección de IPS que pueden hacer las EPS a los usuarios).

Las funciones ligadas al financiamiento se concentran en la destinación de recursos del régimen subsidiado, donde aprueba la planeación y programación de los recursos del Fondo que propone el Ministerio (Decreto 1152, art. 14, N°8); mientras, se encarga de formular el proyecto del presupuesto de las subcuentas de solidaridad y riesgos catastróficos del Fosyga y define anualmente la distribución de los excedentes en cada una de las subcuentas del fondo (Acuerdo 031 art. 3. N° 25-29).

3.1.3 Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia complementa la función de regulación representando el mecanismo de coacción (imponer multas y sanciones) para el efectivo cumplimiento de las normas expedidas. Sus competencias (Ley 100, art. 223) abarcan el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios y el uso de los mismos por parte de los usuarios. A partir del Decreto 452 de 2000, organiza sus funciones con centro en la relación asegurador-usuario, enfatizando en los flujos, calidad y oportunidad de la información que las EPS y ARS brindan a sus afiliados, el proceso de recaudo de recursos, y vigila el acceso y la evaluación de la calidad de los servicios.

En el aspecto relacionado con los recursos financieros del sector la vigilancia y el control sobre la aplicación de la normatividad existente desde las fuentes de generación de los mismos, pasando por su distribución en los diferentes agentes y finalizando en la aplicación de los mismos. En este sentido sus funciones especifican la vigilancia y el control en la prestación del POS, la adecuada afiliación y el reconocimiento oportuno de los derechos de los usuarios utilizando como herramientas la aplicación de indicadores.

Con el propósito de garantizar la libre elección por parte de los usuarios, la preocupación de esta entidad se concentra también en el operación interna de los aseguradores, mas si se tiene en cuenta que le corresponde la función de autorizar el funcionamiento de EPS y ARS, para lo cual lleva un seguimiento de las condiciones financieras y los estándares de desempeño de los aseguradores de manera que garanticen una adecuada prestación de servicios de aseguramiento y prestación de servicios a los usuarios. Además, se le ha

asignado la responsabilidad de atender al usuario desarrollando un sistema de quejas y reclamos donde el usuario pueda acudir para reclamar sus derechos.

3.2 Algunas consideraciones sobre la delimitación de funciones

A partir de la descripción inicial sobre las responsabilidades o funciones de cada organismo, se encuentran varios puntos difusos que pueden entenderse como complementarios o definirse como duplicaciones; en tal sentido, se considera pertinente establecer hasta qué punto llega la competencia de un organismo y comienza la del otro. En el cuadro N°2 se muestra la distribución del flujo completo de la función de regulación entre los tres organismos de Acuerdo a la clasificación de mercado, financiamiento, administración y otros.

En primer lugar, en la categoría llamada *mercado* se encuentra claramente definido el límite de la regulación en cuanto a las acciones que corresponden a cada organismo: el Ministerio realiza estudios y propone los niveles de las variables de mercado reguladas en el sistema; la determinación o decisión final sobre las mismas recae en el Consejo; y la autorización para el ingreso al mercado de aseguradores descansa en la Superintendencia con base en los lineamientos trazados por el Ministerio, así como la supervisión de que las relaciones de mercado establecidas entre usuarios-aseguradores y entre prestadores-usuarios.

Sin embargo, bajo esta distribución subyacen implícitamente relaciones que afectan el direccionamiento del sistema. El informe Harvard (1996) hace referencia a este aspecto y señala que el CNSSS carece de autonomía en la formulación de políticas, puesto que depende del Ministerio para establecer la agenda de acción y procesar y obtener la información; de esta manera los integrantes del Consejo son poco activos, pues su participación simplemente confirma las decisiones del Ministerio. En este sentido, el informe señala que el CNSSS requiere su propio personal, con el fin de gozar de suficiente independencia en la elaboración de la agenda, la búsqueda de asesoría y el procesar información. En general, fortalecer la capacidad analítica del organismo para revisar las iniciativas del Ministerio.

En cuanto al *financiamiento*, se tiene el liderazgo del Ministerio en la planeación, la gestión y orientación de los recursos del sector. El Consejo tiene competencias bajo la modalidad de recomendar y aprobar los criterios de utilización de los recursos y la planeación de ingresos y gastos del Fosyga; define recursos destinados para la promoción y prevención de la enfermedad (secundaria y terciaria), la distribución de los excedentes del Fondo y formula proyecto de presupuesto de algunas cuentas del mismo (solidaridad y riesgos catastróficos).

La evaluación y control sobre el manejo fiduciario del Fosyga, y en general sobre el seguimiento de los recursos fiscales, parafiscales y de otras fuentes de financiamiento, lo comparten el Ministerio de salud y la Superintendencia sin que existan límites claramente registrados en las normas consideradas, aunque el Ministerio tiene la responsabilidad de diseñar el sistema de administración, gestión y control.

Las tareas de *administración* de las entidades de aseguramiento y de prestación de servicios se concentran en las responsabilidades del Ministerio quien estudia, analiza y propone acciones relacionadas con la regulación y funcionamiento, y el CNSSS define requisitos y funciones para EPS que no han sido contempladas en la anterior reglamentación, lo cual no deja establecido un claro límite entre las acciones correspondientes a uno u otro organismo. Los criterios de calidad y requisitos científicos y tecnológicos que deben seguir estas entidades son definidas por el Ministerio, mientras la Superintendencia vigila y controla el cumplimiento de tales lineamientos.

4. ¿Cómo se toman las decisiones?: expedición de Acuerdos

Sobre el CNSSS recae el mayor interés a la hora de analizar la forma en que se toman las decisiones sobre el funcionamiento del sistema, puesto que su alcance regulatorio abarca los elementos imprescindibles de corrección de fallas de mercado y manejo de recursos, además de tener un carácter colegiado. Los Acuerdos representan el resultado de la concertación de todos los agentes del sistema. En este sentido, se encuentran varios aspectos importantes en la forma de operación: las reuniones, el procedimiento de toma de decisiones y la representatividad de los agentes del sistema.

La periodicidad de las reuniones y su plazo anticipado de convocatoria se han modificado a lo largo del tiempo. En las primeras disposiciones (Acuerdos 001 y 031), las reuniones ordinarias se efectuaban por lo menos cuatro veces al año —en las dos primeras semanas de marzo, junio, septiembre y diciembre—, pero, a partir de octubre de 2000 (Acuerdo 181) estas reuniones se realizan con mayor intensidad: el primer viernes de cada mes. De manera similar, el período de convocatoria a las reuniones se ha reducido a la mitad (8 días), mientras se reducen también los plazos para la entrega de los documentos a considerar en las sesiones (3 días) excepto en los casos en los que el tema a tratar es el valor y ajuste de la UPC, contenidos del POS y aprobación de presupuestos del Fosyga, donde los documentos deben enviarse con 8 días calendario de anticipación (Acuerdo 200 de 2001).

Las decisiones se efectúan por quórum deliberatorio y decisorio, aplicando en ambos casos la mayoría absoluta (mitad más uno) de los integrantes y asistentes, respectivamente. Como el CNSSS está integrado por 14 miembros, el quórum deliberatorio es de 8 miembros¹⁴, donde en todo caso debe estar presente el Ministro de Salud; si no se puede sesionar por falta de quórum se cita a nueva reunión donde se podrá sesionar con mínimo 6 integrantes, de los cuales mínimo 2 deben ser representantes de los ministros y otros 2 de los demás miembros (Acuerdo 031 y concepto jurídico con radicación 30942 de 2001). Por otra parte, si en la votación se llegase a un empate, el Ministro de Salud definirá la mayoría.

Con respecto a lo anterior, cabe mencionar dos aspectos. En primer lugar, en las actas revisadas (hasta 1997) no se registran las deliberaciones de los miembros, hecho que se señala como poco claro y limitante para la influencia de los expertos. En segundo lugar, el papel de la rama ejecutiva en la toma de decisiones del CNSSS sobresale respecto a los demás miembros. A comienzos del funcionamiento del organismo, las decisiones que tuviesen implicaciones fiscales requerían el concepto favorable del Ministro de Salud, lo que en otras palabras implica poder de veto —condición eliminada en 1996 (Acuerdo 31)— de manera similar, sobresale el doble valor de su voto en ocasiones en las cuales el Consejo presente empate en las votaciones, circunstancias en las que el voto del Ministro define la mayoría; además, siempre se requiere su presencia para las deliberaciones. Un aspecto adicional lo constituye el requerimiento de mínimo dos ministros para las sesiones cuando han sido aplazadas por falta de quórum.

En el mismo sentido, se puede apreciar cómo el 43% del Consejo está integrado por representantes de entidades de gobierno, de los cuales podría pensarse en cierta coalición a la hora de tomar decisiones, y en mayor medida considerando que los temas de mercado se definen con base en los estudios realizados por el Ministerio; los otros miembros del Consejo carecen de capacidad de evaluación de tales propuestas, además las comisiones que el Consejo pueda crear para el estudio de algunos temas específicos involucra personal de planta del Ministerio y personas sin vinculación permanente, lo cual dificulta la imparcialidad de sus recomendaciones.

¹⁴ En el Acuerdo 001 derogado el número mínimo era 8 miembros, pero en el concepto jurídico radicado 30942 de 2001 de la Oficina de Apoyo Legislativo del Ministerio de Salud, se señala que el Consejo está integrado por 13 miembros y que por tanto el quórum era de 7, sin explicar por qué esta diferencia numérica, sin embargo, para efectos de la investigación se considerara el quórum de 8.

De manera similar, en la representación del aseguramiento se encuentra la separación del sector público y privado con la participación del representante legal del ISS por una parte, y por la otra, con el representante de EPS diferentes al ISS, situación que desdibuja la segmentación del mercado por sectores según la naturaleza de la propiedad. Esta observación tiene un componente importante desde el punto de vista de la representatividad por regímenes según el tipo de entidades afiliadas, pues no se consideran las CCF y las ESS quienes en conjunto agregan el 49% de los afiliados al régimen (Restrepo, et. Al. 2002)

5. Conclusiones

La regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, de manera similar a como lo plantea la OMS (2000), es una de las funciones vitales y, más aún, para el modelo de mercado adoptado en la reforma constituye el elemento indispensable de engranaje de todos los agentes para evitar los efectos nocivos característicos de los mercados de salud, pues este Permea todas las esferas de intercambio: el aseguramiento, la provisión de servicios y el financiamiento.

Los problemas más comunes que tiene el desempeño de la función de rectoría (de la cual nos referimos a la regulación como uno de sus componentes) identificados por la OMS: visión de corto plazo, captura de intereses, falta de información, tienen su raíz desde el propio diseño estructural de las entidades reguladoras, lo cual puede verse en el caso colombiano donde la estructura del Ministerio de Salud, del CNSSS y la Superintendencia presentan características que propician tales conflictos entre lo planeado y lo efectivamente realizado:

- En particular, el CNSSS define las principales variables de funcionamiento del sistema (POS, UPC, entre otras) y presenta problemas en su conformación dado que los representantes de diferentes sectores se encuentran en desbalance numérico, teniendo la mayoría el sector gubernamental, 43%, seguido por el sector empresarial, 36%, y quedando con una minoría la representación de usuarios, lo cual tiene implicaciones a la hora de tomar decisiones puesto que es el quórum el mecanismo de elección, de lo cual se esperaría la conformación de coaliciones que permitan la captura de intereses de una u otra de las partes.
- Otra condición que resta autonomía a este organismo es su dependencia técnica y científica respecto al Ministerio de salud, lo cual unido a las funciones de este último de “recomendar y sugerir” resta actividad a los otros integrantes del Consejo como efectivos tomadores de decisiones pues, al no contar con los mecanismos necesarios para evaluar las propuestas presentadas, se relega su actuación a la simple “aprobación” haciendo legítimas las propuestas que tal vez requieran ajustes para conseguir los objetivos principales del sistema; además, esto no garantiza la despolitización o exclusión de la captura de intereses.
- Dificultades adicionales tienen los organismos reguladores en conjunto, por la alta rotación de sus miembros de alto nivel, situación que entorpece el diseño e implementación de políticas de largo plazo e incentiva el oportunismo de los agentes.

Del análisis realizado se plantean varias cuestiones para abordar en el transcurso de la investigación. Una de ellas es conocer a fondo la participación de cada integrante del CNSSS en la discusión de los Acuerdos para ver su efectiva participación en la discusión y la participación en las votaciones según temas específicos. De otra parte se requiere adquirir información relativa a la expedición de las normas por parte del Ministerio, el proceso de estudio de planeación y de propuesta, además de que es necesario profundizar en cómo se llevan a cabo cada una de las funciones relativas a la dirección del sistema en cuanto a si se realiza o no y en qué condiciones de calidad científica y técnica. Más específicamente se plantean los siguientes interrogantes:

1. A raíz de la descripción de los miembros del Consejo, en cuanto a número y representatividad por sectores, y su limitada capacidad de participar activamente en la toma de decisiones (por restricciones en adquisición y manejo de la información, y experiencia en el área de trabajo) surgen las siguientes inquietudes:
 - ¿El Consejo funciona como un organismo de concertación de las decisiones?
 - ¿Hay sectores excluidos?
 - ¿El número de miembros es adecuado?

2. Con respecto a los criterios de selección de los miembros del Consejo y el período de duración de su nombramiento:
 - ¿Cómo lo consideran los miembros del Consejo y otros expertos?
 - ¿Existen privilegios para que algunas organizaciones sean elegidas como participantes del CNSSS?

3. Otro interrogante que surge sobre la operación del Consejo, trata sobre la intensidad y dirección de la participación de los miembros en las discusiones, de lo cual puedan sacarse conclusiones acerca de la presencia o no de coaliciones temáticas entre los sectores:
 - ¿Es posible que existan acuerdos previos entre miembros para decidir favorablemente o en contra de algunas medidas (ajustes de la UPC y POS, temas relativos al financiamiento, etc)?

4. Respecto a la creación de una agenda temática, cuál es la participación o iniciativa de los miembros:
 - ¿Quién propone los temas que se tratarán?
 - ¿Existe desigual relevancia entre los temas propuestos por los representantes del gobierno, en particular por los Ministros, y los propuestos por los demás miembros?
 - ¿Con base en qué criterios se aprueba la agenda temática?

5. Respecto al funcionamiento del Consejo surgen la siguiente inquietud:
 - ¿Cuáles son los asuntos más importantes que debe tratar el CNSSS y de qué se ocupan la mayoría de sus decisiones?

6. En referencia a la rendición de cuentas de las decisiones tomadas:
 - ¿Qué proceso siguen los informes del CNSSS en el Senado y el Congreso?
 - ¿Existe en esta instancia legislativa algún mecanismo de evaluación?
 - ¿Los representantes al Consejo tienen que rendir cuentas a sus organizaciones? ¿Qué mecanismos utilizan para ello?
 - ¿Alguno de los actores del sistema que puedan verse afectados por las decisiones del Consejo tienen la posibilidad de apelar a alguna instancia judicial para que se revoque tal decisión tomada (como los usuarios que recurren a las tutelas), o por la característica de “concertación” de las decisiones tomadas los demás actores deben someterse?

7. ¿Existe en el Ministerio una planeación sectorial de largo plazo que sea coherente con las funciones que le corresponden en la regulación del sistema de salud, en los asuntos de financiamiento, mercado y administración?

8. ¿Pueden establecerse diferencias en las políticas generales del sector diseñadas por el Ministerio, debido a la inestabilidad ministerial?

9. ¿Las decisiones del Consejo están en la misma dirección que los planes sectoriales del Ministerio, es decir, hay un efectivo direccionamiento del sistema, o las decisiones de uno u otro organismo están en contraposición?
10. ¿Se duplican funciones entre los organismos reguladores? En especial en las actividades relativas a la función de hacer seguimiento al sistema, puesto que tanto el Ministerio, como el Consejo y la Superintendencia hacen explícita esta función
11. ¿Cuáles son los indicadores de funcionamiento y gestión que aplica la Superintendencia para hacer seguimiento a los actores del sistema, en particular a los aseguradores, prestadores de servicios y usuarios?

Estos interrogantes serán abordados como parte de la metodología prevista en el proyecto, en la cual se hará uso de encuestas y entrevistas estructuradas a los agentes regulados y a los integrantes y exintegrantes del CNSSS como herramientas de recolección de información primaria.

Bibliografía

- EL PULSO (2000). Periódico para el sector salud. *Debate*. Publicación N°27. Diciembre (2-3).
- ENTHOVEN, Alain (1993). "The history and principles of managed competition". *Health Affairs*, No. 12.
- FOLLAND, Sherman. GOODMAN, Allen. STANO, Miron (1997). *The economics of health and health care*. 2nd. ed., Prentice Hall.. 1997.
- GONZALEZ, Volmar J. (1994). *La reglamentación del sistema general de seguridad social en salud. Integralidad y contradicciones con la ley 100 de 1993 y sus principios*. Santafé de Bogotá. FESCOL. (mimeo).
- HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (1996). *Report on Colombia health reform and proposed master implementation plan*. Bogotá, marzo 21 (mimeo).
- JARAMILLO, Iván (1997). *El futuro de la salud en Colombia. La puesta en Marcha de la ley 100*. Bogotá.
- LONDOÑO, Juan L. (1996). "Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana". *Revista de Análisis Económico*. ILADES. Volumen 11 N°2, Santiago, noviembre.
- MITNICK, Barry (1989). *La economía política de la regulación*. México, Fondo de Cultura Económica.
- NORTH, Douglass (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, FCE.
- GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD (2001). "Oferta del seguro público de salud en Colombia". *Observatorio de la seguridad social en salud*. N°2. Medellín, septiembre.
- RESTREPO, Jairo H. (1999) "El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?" En: RAMIREZ, Berenice. *La seguridad social. Reformas y retos*. México, Miguel Angel Porrúa.
- RESTREPO, Mauricio (2001). "La reforma a la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada". En: TITELMAN, Daniel y UTHOF, Andras. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Santiago, CEPAL y FCE, p. 657-727.
- RESTREPO, Jairo, ARANGO, Mónica y CASAS, Lina (2002). "Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia". *Lecturas de Economía*, No. 56, Medellín, enero – junio.
- RESTREPO, Jairo y Cols. (2002). Informe final de investigación. *Condiciones de acceso y sostenibilidad de financiera del régimen subsidiado del régimen subsidiado de salud en Antioquia*. Grupo de Economía de la Salud, Junio.
- YEPES, Francisco, SANCHEZ, Luz Helena. *La Descentralización de la Salud en Colombia. Estudio de Casos y Controles*. Asociación Colombiana de la Salud. ASSALUD. <http://www.idrc.ca/lacro/foro/seminario/yepes.html>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *The world health report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Washington.

	Ministerio de Salud (Decreto 1152)	CNSSS (Acuerdo 031)	Superintendencia (Decreto 452)
M e r c a d o	<p><u>Funciones analíticas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiar, analizar y proponer actualizaciones del POS -Definir y supervisar los estudios para establecer el valor de la UPC -Estudiar y recomendar el marco para la definición de los pagos compartidos (copagos, cuotas moderadoras y deducibles) -Planear, coordinar y controlar acciones para promover la afiliación al SGSSS de toda la población 	<p>Definir:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios y medicamentos del POS y sus actualizaciones -UPC -Cotización obligatoria para el RC (limitarla o reducirla) -Enfermedades de alto costo para que las EPS reaseguren riesgos -Régimen de pagos compartidos -Medidas para evitar la selección adversa -Forma y condiciones de operación del RS -Reglamentar las limitaciones de escogencia de IPS que hacen EPS <p>Aprobar</p> <ul style="list-style-type: none"> -Planes de extensión de cobertura para RS 	<p>Relación EPS-usuario e IPS-usuario</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar, vigilar y controlar la prestación de los POS; adecuada afiliación, acceso a los servicios, información y reconocimiento de los derechos de los usuarios (mediante el diseño y aplicación de indicadores). -Garantizar la libre elección de EPS: haciendo pública información sobre la solidez financiero y desempeño de EPS. -Inspeccionar, vigilar y controlar, directamente o a través de las entidades territoriales de salud, la calidad de la prestación de servicios (relación IPS-usuario) -Desarrollar un sistema de atención al usuario: quejas, reclamos y soluciones -Autorizar el funcionamiento de aseguradores -Resolver asuntos relacionados con las preexistencias
F i n a n c i a m i e n t o	<p><u>Regulación financiera</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Planear y gestionar los recursos financieros del SGSSS -Orientar, desarrollar e implementar políticas de financiamiento del sector, y vigilar las metas financieras -Coordinar y realizar estudios sobre viabilidad y estabilidad financiera del SGSSS -Promover la regulación y reglamentación del recaudo, flujo y utilización de los recursos del sistema 	<ul style="list-style-type: none"> -Reglamentar la contribución de los afiliados al RS para la financiación de la organización y prestación de los servicios de salud. 	<p>Inspeccionar, vigilar y controlar</p> <ul style="list-style-type: none"> -La normatividad vigente en la generación y flujo de recursos financieros del sector cualquiera que sea su origen -Las fuentes de financiamiento del Fosyga y el flujo de recursos hacia los diferentes actores -El financiamiento y ejecución de los recursos del PAB
<ul style="list-style-type: none"> -Coordinar y supervisar estudios de asignación y proyección de subsidios 	<ul style="list-style-type: none"> -Definir lineamientos generales de focalización de subsidios 		
<ul style="list-style-type: none"> -Realizar la planeación y programación presupuestal del Fosyga -Administrar y controlar el Fosyga estableciendo mecanismos de registro y control presupuestal contable, proyecciones de ingresos y gastos y seguimiento de control financiero por medio de indicadores de gestión -Asesorar a entidades del sector para planeear, programar y asignar los recursos financieros -Coordinar, apoyar y establecer la distribución y asignación de los recursos financieros del sector 	<ul style="list-style-type: none"> -Definir % recaudos de cotización para subcuenta de promoción y prevención para prevención secundaria y terciaria de enfermedad. -Recomendar el monto de recursos de la subcuenta de promoción del Fosyga para la salud reproductiva de la mujer -Definir distribución de excedentes en cada cuenta del Fosyga -Dar concepto previo sobre la reglamentación que expida el gobierno nacional sobre destinación de recursos de las CCF. -Aprobar criterios de utilización y distribución de los recursos del Fosyga -Aprobar presupuesto anual de ingresos y gastos del Fosyga -Formular proyecto de presupuesto de las subcuentas de solidaridad y riesgos catastróficos del Fosyga para el Ministerio de salud 		
<ul style="list-style-type: none"> -Diseñar, estructurar, implementar y evaluar el sistema de administración fiduciaria del Fosyga -Diseñar e implementar los sistemas de gestión integral y control presupuestal -Desarrollar e implementar mecanismos de evaluación, seguimiento y control de la ejecución de los recursos fiscales, parafiscales y de otras fuentes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ser Consejo de administración del Fosyga -Estudiar informes presentados por las entidades fiduciarias encargadas del Fosyga y los realizados por la Superintendencia al manejo de los recursos del fondo 		
A d m i n i s t r a c i ó n	<p><u>Regulación de aseguradores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Estudiar, analizar y proponer acciones relacionadas con la regulación y funcionamiento de EPS y ARS -Liderar procesos de seguimiento, vigilancia y control sobre la aplicación de metas y políticas de aseguramiento <p><u>Regulación de proveedores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Diseñar e implementar políticas para IPS: dotación, infraestructura, tecnología y talento humano; además de prestar asistencia técnica; fortalecimiento de la gestión de IPS públicas -Coordinar el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de calidad de IPS -Diseñar, implantar y evaluar requisitos esenciales que deben cumplir IPS -Diseñar, implantar y asesorar los procesos de acreditación de IPS -Diseñar, implantar, evaluar y ajustar los requisitos esenciales que deben cumplir IPS. -Diseñar políticas para promover la participación de la comunidad en el SGSSS 	<p>Definir</p> <ul style="list-style-type: none"> -% de UPC que las EPS destinarán a promoción y prevención -Régimen de reconocimiento y pago de incapacidades para EPS -Requisitos y funciones para EPS no incluidas en la ley 100 -Forma de atención de víctimas de accidentes de tránsito y catástrofes -Determinar urgencias diferentes a las previstas en la ley 100 que debe cubrir el SGSSS a los afiliados -Recomendar procedimientos de cobro y pagos de tarifas de servicios prestados por IPS en casos de accidentes de tránsito, catástrofes y urgencias 	<ul style="list-style-type: none"> -Inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad vigente referente a la operatividad vigente de los regímenes del SGSSS. -Inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad vigente referente a la calidad de prestación de servicios en el SGSSS -Coadyudar al desarrollo de un sistema de información para detectar evasión, elusión financiera en el sector.
O t r o s	<ul style="list-style-type: none"> -Proyectar y desarrollar estudios encomendados por el CNSSS 	<ul style="list-style-type: none"> -Reglamentar los CTSSS -Definir modalidad y zonas de aplicación de incentivos a trabajadores del área de la salud -Presentar informe anual sobre la evolución del SGSSS a las comisiones séptima del Senado y Cámara -Crear comisiones transitorias y definir su composición. 	

Anexo 1

Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud**								
Miembros reglamentarios	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Gobierno	Ministro de Salud	Juan Luis Londoño	Alonso Gómez	María Teresa forero de Sade	María Teresa Forero de Sade	Virgilio Galvis Ramírez*	Mauricio Alberto Bustamante García*	Sara Ordoñez Noriega
	Ministro de trabajo y seguridad social	José Elias Melo	Maria Sol Navia	Orlando Obregón	Carlos Bula Camacho*	Hernando Yepes Escobar*	Gina Magnolia Riaño Barón*	Angelino garzón*
	Ministro de hacienda y crédito público	Ulpiano Ayala (viceministro)	Jose Antonio Ocampo	Jose Antonio Ocampo	Antonia Urdinola Uribe*	Juan Camilo Restrepo Salazar*	Juan Camilo Restrepo Salazar	Juan Camilo Restrepo Salazar
	Representantes de entidades departamentales de salud	Donaldo Libreros Rada	Dilian Francisca Toro	Dilian Francisca Toro	César Córdoba*	César Córdoba	César Córdoba*	Fernando Castro Polaina
	Representantes de entidades municipales de salud	Eduardo Díaz Uribe	Eriberto flores	Luis Hemando Ortega	Luz Mary Coronado Marín*	Luis Carlos Ochoa Ochoa*	Gustavo Vargas*	José Fernando Cardona
	Representante legal del ISS	Fanny Santamaría	Eduardo Alvarado	Carlos Wolf Isaza	Carlos Wolf Isaza	Jaime Arias Ramírez*	Jaime Arias Ramírez	Jaime Arias Ramírez
Empresa	Representantes de los empleadores(gande)	Luis Felipe Jaramillo Lema (FENALCO)	Luis Felipe Jaramillo Lema (FENALCO)	Luis Felipe Jaramillo Lema (FENALCO)	Márió Gómez Jiménez (FENALCO)	Márió Gómez Jiménez (FENALCO)	Márió Gómez Jiménez (FENALCO)	Dionisio Araujo Vélez (FENALCO)*
	Representantes de los empleadores (mediana y pequeña)	Enrique Alvarez Posada (ANDI)	Enrique Alvarez Posada (ANDI)	Enrique Alvarez Posada (ANDI)	Carmen Sofia Ramirez Vanegas (ANDI)	n.d	Claudia Janeth Wilches Rojas (ANDI)*	Francisco de Paula Gómez (ANDI)*
	Representante de EPS	n.a	María Teresa forero de Sade ACEMI)	Juan Pablo Currea (ACEMI)	Alberto González Amado* (ACEMI)	Ana Cecilia Santos Acevedo* (ACEMI)	Ana Cecilia Santos Acevedo (ACEMI)	Oscar Emilio Guerra Morales (ACEMI)*
	Representante de IPS	Roberto Esguerra Gutiérrez	Roberto Esguerra Gutiérrez	Roberto Esguerra Gutiérrez	Ulahy Dan Beltrán*	Ulahy Dan Beltrán	Ulahy Dan Beltrán	Ulahy Dan Beltrán*
	Representante de los profesionales del área de la salud	Hernán Redondo Gómez (ASMEDAS)	Hernán Redondo Gómez (ASMEDAS)	Hernán Redondo Gómez (ASMEDAS)	Hernán Redondo Gómez (ASMEDAS)	Hernán Redondo Gómez (ASMEDAS)	Hernán Redondo Gómez (ASMEDAS)	Hernán Redondo Gómez (ASMEDAS)
Usuarios	Representantes de los trabajadores	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)	José Roberto Chamucero (CUT)
	Representantes de los trabajadores (pensión)	Rafael Gómez Quiroga	Rafael Gómez Quiroga	Abelardo Tovar Pachón	Fortunato Lozano Duarte*	Hilvo Cárdenas Rúiz*	Hilvo Cárdenas Rúiz	Orlando Restrepo Pulgarín*
	Representante de asociaciones de usuarios de los servicios de salud del sector rural	David Bersh Escobar (FUDESCO)	David Bersh Escobar (FUDESCO)	David Bersh Escobar (FUDESCO)	David Bersh Escobar (FUDESCO)	David Bersh Escobar (FUDESCO)	David Bersh Escobar (FUDESCO)	Humberto Montoya Jaramillo (FEDECAFE)*
	Secretario Técnico (Director general de seguridad Social del Min.)	Beatriz Londoño S.	n.d	Julieta Rodriguez Villamil	Luis Carlos sandino Restrepo	Carlos Paredes Gómez	Carlos Paredes Gómez	Carlos Mario Ramírez Ramírez*

*Persona encargado o persona delegada.

n.d: no hay dato

**Los nombres que se presentan en el cuadro no necesariamente duraron el año completo, ni asistieron a todas las sesiones del Consejo. Corresponden a las personas que iniciaron el año como miembros

Fuente: los nombres de los miembros de 1994-1996 fueron tomados de las actas del Consejo, excepto de los representantes no gubernamentales de 1994, los cuales se tomaron de los decretos que los nombran en calidad de Consejeros. Los miembros para 1997-2000 se tomaron de los informes anuales del CNSSS.

Anexo 2

Normas que reglamentan el CNSSS

	Número	Año	Contenido
Acuerdos	1	1994	Por el cual se adopta el reglamento del concejo
	31	1996	Por el cual se adopta el reglamento del concejo, derogándose el acuerdo 001
	97	1998	Se adiciona al acuerdo 31-1996, se nombra un representante de las CCF y uno de ESS como invitados permanentes
	101	1998	Se aclara el acuerdo 97-1998, se corrigen algunas fechas
	181	2000	Se modifica el reglamento del consejo. Los invitados y asesores permanentes sólo cuando el CNSSS lo considere pertinente
	194	2001	Se adiciona al acuerdo 31-1996. Sobre el estudio y aprobación de acuerdos en situación de urgencia
	200	2001	Se modifica el artículo 10 del acuerdo 031-1996. Se modifica el periodo de convocatoria a reuniones
	219	2002	Se modifica el reglamento. Los asesores permanentes asistirán a todas las sesiones del CNSSS, mientras los invitados permanentes serán convocados cuando así se considere necesario
Decretos	851	1994	Reglamenta los mecanismos de selección y el periodo de los representantes de entidades diferentes a los pertenecientes a la administración pública nacional en el CNSSS
	883	1998	Modifica el artículo 5 del acuerdo 851-1994, respecto a la fecha de inscripción de los miembros del CNSSS
Concepto jurídico	Radicación 30942	2001	(nota interna GSS-2661): periodo de los miembros del CNSSS diferentes a los de la administración pública nacional

Proyectos de investigación del CIE

Investigaciones y asesorías iniciadas en 2002

Nombre del proyecto	Grupo / Investigadores	Entidades que financian
Asesoría permanente para las compras estatales en negociación del ALCA	Macroeconomía Aplicada. Ramón J. Mesa – Liliana Franco.	Ministerio de Comercio Exterior
Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano	Economía de la Salud. Jairo Humberto Restrepo – Sandra Rodríguez	Colciencias. Universidad de Antioquia (CIE y CODI).
Caracterización económica del deporte en Colombia y en Antioquia.	Macroeconomía Aplicada. Ramón Javier Mesa.	Indeportes Antioquia. Universidad de Antioquia (CIE).
El estado del arte de la economía de la salud en Colombia	Economía de la Salud. Carlos Gómez – Sandra Rodríguez	Universidad de Antioquia (CODI).
Costo efectividad de dos intervenciones diagnósticas que utilizan técnicas de biología molecular en un programa de prevención y control de tuberculosis	Economía de la Salud. Helena del Corral – Johanna Vásquez	Universidad de Antioquia (CODI).
Regulación el sector de agua potable: el caso de cinco municipios de Antioquia	Microeconomía Aplicada. David Tobón.	Universidad de Antioquia (CODI).
Balance económico del cuatrienio Pastrana: ¿Qué cambió para construir la paz?	Macroeconomía Aplicada. Jaime Montoya – Remberto Rhenals – Ramón Javier Mesa.	Universidad de Antioquia (CODI).
Institucionalidad e incentivos en la educación básica y media en Colombia	Microeconomía Aplicada. David Tobón – Germán Valencia	Universidad de Antioquia (CODI).
Observatorio de políticas públicas locales en Medellín	Emiro Mesa Toro – Jairo Humberto Restrepo	Concejo de Medellín Universidad de Antioquia (CIE).
Determinantes de la deserción estudiantil en la Universidad de Antioquia	Johanna Vásquez V.	Universidad de Antioquia (Rectoría, Vicerrectoría de Docencia y Dirección de Bienestar Universitario).
Análisis sobre las perspectivas financieras y regulación de los programas de posgrado en la Universidad de Antioquia	Jairo Humberto Restrepo.	Universidad de Antioquia (Dirección de Posgrados).
Análisis de la pobreza en el sector de Vallejuelos, 1999-2001: lectura a la luz de la teoría de las capacidades humanas de Amartya Sen	Sandra Mira – Liliana Gallego – Over Ocampo. (Memoria de grado en pregrado).	Universidad de Antioquia (CODI).
Impacto de la corrupción sobre el crecimiento económico colombiano: un análisis econométrico.	Santiago Gallón – Karol Gómez (Memoria de grado en pregrado)	Universidad de Antioquia (CODI)

Borradores del CIE

Los **Borradores del CIE** son una serie de documentos de trabajo mediante los cuales se dan a conocer y se ponen a discusión avances e informes de proyectos y actividades de investigación. Se busca compartir los productos escritos con la comunidad académica y con expertos en los diferentes temas que se abordan, además de adelantar una discusión en torno a ellos y publicar las versiones finales en revistas o libros, indexados en Colombia o en el exterior.

Los autores principales de los **Borradores del CIE** pueden ser investigadores que participan en la elaboración o ejecución de proyectos y otras actividades de investigación, quienes autorizan al CIE para la reproducción de su material escrito con fines académicos: profesores de la Universidad de Antioquia, profesores invitados, investigadores asociados, jóvenes investigadores, estudiantes de maestría o doctorado, estudiantes en formación o asistentes de investigación.

El contenido de los **Borradores del CIE** está referido a los avances e informes parciales o finales de los proyectos de investigación inscritos en el CIE, así como a otros productos propuestos por los investigadores o grupos de investigación. El documento puede tener una extensión de 20 a 30 páginas, debe estar acompañado de un resumen en español e inglés que no exceda las doscientas palabras, y contar con tres a seis palabras claves y su clasificación en el Journal of Economic Literature.

El Comité Técnico del CIE aprueba la publicación de los **Borradores del CIE**, teniendo en cuenta su calidad académica, pertinencia del tema y concordancia con los planes y programas institucionales. Es importante que antes de la presentación al Comité Técnico, se cuente con una discusión o revisión inicial del texto con integrantes de los grupos de investigación o pares académicos internos o externos, de modo que se avale o promueva su publicación.

Los **Borradores del CIE** serán fijados en sitio web institucional y distribuido, en formato pdf y a través de correo electrónico, a universidades, centros de investigación, agencias de gobierno, organismos internacionales, expertos y pares académicos. Su impresión se depositará en el Centro de Documentación del CIE y se contará con un número limitado de copias para bibliotecas, centros de investigación y las personas o entidades que sugieran el o los autores.

Centro de Investigaciones Económicas
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Antioquia
Correo electrónico: cie@agustinianos.udea.edu.co
Tel: (4) 2 33 50 12; Tel/Fax: (4) 2 10 58 43
A.A. 1226
Medellín - Colombia