

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

55

**EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA**

Luis Gonzalo Morales Sánchez



PROYECTO CONJUNTO CEPALGTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO**

55

**EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA**

Luis Gonzalo Morales Sánchez



NACIONES UNIDAS

PROYECTO CEPAL/GTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.
Santiago de Chile, julio de 1997

LC/L.1037
Julio de 1997

Este documento fue preparado por el señor Luis Gonzalo Morales Sánchez consultor de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". La edición técnica estuvo a cargo del señor Daniel Titelman, Experto en políticas monetarias y financieras de la Unidad de Financiamiento.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	9
I.- MECANISMOS DE OPERACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	11
I.1.- Mecanismos de Operación y Financiación antes de la . Reforma de 1993	11
Antecedentes	11
La Financiación y Operación del Subsistema de Seguridad Social.....	12
La Financiación y Operación del Subsistema Público	15
I.2.- Mecanismos de Financiación y Operación Propuestos en la Reforma de 1993	16
Antecedentes	16
La Financiación y Operación del Régimen Contributivo	17
La Financiación y Operación del Régimen Subsidiado	20
La Financiación y Operación del Régimen para los Vinculados Transitorios	22
La Financiación y Operación de Otros Programas en el Sistema	23
II.- LAS FUENTES DE RECURSOS PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.....	25
II.1.- Los Recursos Públicos en la Financiación del Sector	25
II.2.- Los Recursos de la Seguridad Social en el Sector	28
II.3.- El Gasto Social por Sectores	28
II.4.- El Gasto Privado en Salud	30
III.- LA INFLACIÓN EN EL SECTOR SALUD	31
IV.- RESULTADOS PRELIMINARES DEL NUEVO SISTEMA	35
V.- OBSERVACIONES PRELIMINARES AL NUEVO SISTEMA	41
V.1.- La Afiliación al Nuevo Sistema	41
V.2.- Los Recursos del Nuevo Sistema. Su Viabilidad Financiera.....	43

V.3.- La Distribución de los Recursos y la Transición de Subsidios.....	43
V.4.- La Evasión en el Pago de Aportes Obligatorios	48
V.5.- Los Seguros Paralelos.....	51
BIBLIOGRAFÍA	53

RESUMEN

En este trabajo se muestran de forma breve y concisa los principales aspectos relativos a la operación y financiación del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, creado mediante la ley 100 de 1993, los que son descritos y analizados de manera comparativa con los que existían antes de la reforma y a la luz de sus objetivos y lo que está sucediendo con ellos en la realidad.

En el trabajo se hace un recuento de la forma como ha operado y se ha financiado en los últimos 20 años en Colombia el sistema de seguridad social, hasta la promulgación de la ley 100 de 1993.

Más adelante se muestran los diferentes recursos por tipo de fuentes y sus montos estimados, con los que se ha venido financiando el sector, especialmente aquellos definidos por las leyes 60 y 100 de 1993, que se constituyen en las principales normas en las que se apoya la reforma

En una sección más adelante se describe cuál ha sido el comportamiento de la inflación en el sector salud en los últimos 8 años.

Seguidamente se detallan los principales resultados del nuevo sistema en apenas año y medio de operación (1995 y 1996). Entre otros, aspectos como la cobertura alcanzada, el desarrollo institucional de las nuevas Entidades Promotoras de Salud y el equilibrio financiero del sistema.

En la última sección, el autor hace una serie de reflexiones en torno a temas que serán cruciales en el futuro para el logro de las metas propuestas por la reforma.

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo se pretende mostrar el más crucial de los aspectos en el desempeño de cualquier reforma: el financiamiento. Se hará un análisis de las estrategias y los mecanismos diseñados para el nuevo esquema de seguridad social colombiano, qué se persigue con ellos y cuál la realidad a la que se está enfrentando en sus inicios, en donde indudablemente aparecen dificultades que habrá que ir superando.

Aún es muy prematuro hablar de éxitos o fracasos con el nuevo esquema, teniendo en cuenta su diseño teórico, novedoso y complejo, con apenas un poco más de un año de funcionamiento efectivo (1995 y 1996), durante el cual se han ido sentando las bases para que éste comience a operar, en un proceso de aprendizaje y acumulación de experiencia, que sin duda se constituye en un aporte valioso a los sistemas de seguridad social en salud en el mundo, en especial para los países en vías de desarrollo que aspiran emprender ésta tarea.

En la primera sección se hace un recuento de la forma como el sistema de seguridad social ha operado y se ha financiado en los últimos 20 años en Colombia, hasta la promulgación de la ley 100 de 1993, la cual introdujo cambios substanciales en ambos aspectos. Posteriormente se hace una descripción de cómo opera y se financia el actual sistema propuesto en la reforma.

En la segunda sección se muestran los diferentes recursos por tipo de fuentes y sus montos estimados, con los que se ha venido financiando el sector, especialmente aquellos definidos por la leyes 60 y 100 de 1993, que se constituyen en las principales normas en las que se apoya la reforma.

En la tercera sección se describe cuál ha sido el comportamiento de la inflación en el sector salud en los últimos 8 años.

En la cuarta sección se detallan los principales resultados del nuevo sistema en apenas año y medio de operación (1995 y 1996). Entre otros, aspectos como la cobertura alcanzada, el desarrollo institucional de las nuevas Entidades Promotoras de Salud y el equilibrio financiero del sistema.

En la última sección, el autor hace una serie de reflexiones en torno a temas que serán cruciales en el futuro para el logro de las metas propuestas por la reforma.

ANTECEDENTES

Con la aprobación de la ley 100 de 1993, se inicia en Colombia un proceso de cambios profundos en la administración y prestación de los servicios de salud, conducidos hasta entonces mediante un esquema dicotómico de carácter monopólico, desarticulado e ineficiente, en el que por un lado existía un sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal, que cubría cerca del 22% de la población y, por otro lado, el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población, que apenas alcanzaba a cubrir, de manera limitada, al 40% de ella¹.

Cerca de un 25% de los habitantes no tenían prácticamente acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación que provenía directamente de su bolsillo², en especial para las personas de los estratos de altos ingresos quienes compraban servicios en el sector privado.

La ley 100 de 1993, pretende crear un mercado regulado, abierto a la participación de todos los sectores - público y privado -, que estimule la competencia para el establecimiento gradual de un seguro social universal, con el que se financie la prestación de servicios a toda la población. Esto se pretende alcanzar mediante la creación de las denominadas Entidades Promotoras de Salud, E.P.S.s, y las Instituciones Prestadoras de Servicios, I.P.S.s, siendo las primeras las encargadas de efectuar el aseguramiento y organizar y administrar la prestación del plan de beneficios igual para todos, que se denomina el Plan Obligatorio de Salud, P.O.S.

El valor del P.O.S., también regulado en su precio y conocido como la U.P.C - Unidad de Pago por Capitación-, equivalente a una prima de seguros ajustada por riesgo, será financiado conjuntamente entre trabajadores, patronos y el Estado, con una contribución porcentual del ingreso de aquellas personas con capacidad de pago, como también con la utilización de aportes fiscales destinados a subsidiar la UPC para la afiliación de los más pobres. La mayor parte de los recursos del Sistema serán administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía, entidad adscrita al Ministerio de Salud.

El nuevo esquema financiero del Sistema, contempla para su operación la existencia de un Régimen Contributivo para aquellas personas con capacidad de pago, quienes deben aportar un porcentaje de sus ingresos (12%), los que para el caso de los aportantes de mayores ingresos, deben generar excedentes que serían destinados a completar los recursos necesarios para la afiliación a este régimen, de aquellos cuyo aporte es insuficiente para pagar las UPCs; mecanismo que en la nueva ley se denomina la **compensación**.

¹ Las cifras de cobertura del Sistema antes de la reforma utilizadas en este documento provienen de diferentes fuentes que en general coinciden, en especial aquellas utilizadas por el Ministerio de Salud para justificar la aprobación de una nueva ley que modificara el sistema imperante. Entre las principales fuentes se cuentan "La Salud en Colombia. Diez años de Información."; "La reforma de salud en Colombia", ambos publicados por el Ministerio de Salud de Colombia y "La Encuesta Nacional de Hogares de 1992", realizada por el DANE.

² Denominación dada al gasto privado en salud. fuente ídem 1.

Igualmente, del Régimen Contributivo se hacen aportes para las personas más pobres pertenecientes al Régimen Subsidiado, al trasladar un punto de los 12 recaudados destinados a completar la financiación de la UPC de los más pobres, mecanismo denominado **solidaridad**.

El Régimen Subsidiado se financia principalmente con aportes fiscales que se incrementaron substancialmente como consecuencia de las leyes 60 y 100 de 1993, a tono con el proceso de descentralización que simultáneamente se viene adelantando en Colombia, el que implica una delegación de funciones a los territorios, especialmente a los municipios y departamentos para que asuman progresivamente, entre otras cosas, el manejo y la financiación de los servicios de salud.

De conformidad con la nueva ley de Seguridad Social, en la administración y financiación de los servicios de salud prestados directamente por el Estado a nivel territorial, se produce un cambio sustancial en la forma como se les entregaban los recursos a los hospitales públicos, asignados tradicionalmente mediante presupuestos históricos denominados "**subsidios a la oferta**", no relacionados con el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni con el volumen y calidad de los servicios producidos. En adelante a los hospitales públicos, que deberán convertirse en entidades autónomas eficientes denominadas Empresas Sociales del Estado, les serán eliminados gradualmente los "subsidiarios de oferta" mediante un proceso de transición, ajustado a las condiciones de gestión interna, al mercado donde operan y al tipo de servicios prestados, para ser substituidos por recursos provenientes de la contratación con las E.P.Ss.

Las EPSs recibirán una UPC o prima ajustada por riesgo por cada afiliado destinada a financiar la prestación de servicios. Este mecanismo se denomina en la nueva ley los "**subsidiarios de demanda**".

En resumen, el nuevo esquema de seguridad social en salud plantea como estrategia fundamental la competencia regulada entre aseguradores y prestadores, que estimule una mejoría en la eficiencia en la utilización de los recursos y en la calidad en la prestación de los servicios. Como estrategia de fondo para asegurar la meta de universalidad en la cobertura, se tiene la de aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, al incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos, como también las provenientes de los aportes fiscales.

Puede afirmarse que el nuevo sistema de seguridad social en salud, rompe con la tradición de lo que ha sido el manejo del sector en Colombia, utilizando en su reemplazo mecanismos que en ciertos casos son teorías aún en vías de experimentación en el sector salud, las que sin duda, van a generar reacciones y efectos distintos entre los actores, por lo que habrá que estar atentos y seguir de cerca su desarrollo, de manera tal que la reforma se pueda conducir acertadamente y obtener sus propósitos de universalidad en la cobertura, equidad en la distribución de los recursos y eficiencia y calidad en la prestación de los servicios para todos los colombianos.

I. MECANISMOS DE OPERACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

I.1.- Mecanismos de Operación y Financiación antes de la Reforma de 1993

Antecedentes

La historia reciente de la salud y la seguridad social en Colombia comienza a partir del año 1975, época en la cual se inician una serie de cambios vertiginosos, que se puede decir, concluyen recientemente con la expedición de la ley 100 de 1993.

Estos cambios comienzan con la creación del Sistema Nacional de Salud, estructurado para su operación en los niveles nacional, departamental y municipal e integrado funcionalmente por los subsectores público, privado y de la seguridad social, proceso que además incluyó una reorganización del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS).

En el lapso comprendido entre 1.977-80 se hacen reformas al I.C.S.S., mediante los Decretos Ley 1650, 1651, 1652 y 1653 de 1.977, convirtiendo a la entidad en el actual Instituto de Seguros Sociales (I.S.S.) el cual contaría con las siguientes características:

- Descentralización administrativa.
- Reorganización interna a nivel Nacional, Seccional y Local.
- Nueva planta de personal. Los funcionarios se diferenciarían en empleados públicos, funcionarios de seguridad social y trabajadores oficiales.
- Nuevo régimen laboral, se adoptaría la carrera administrativa del funcionario de la Seguridad Social.
- Modificación en los sistemas de atención en salud y prestaciones económicas.
- Reorganización financiera: se estableció la separación de los riesgos económicos y de salud.

De la misma forma, a mediados de la década del setenta se inicia en el país el camino de la descentralización territorial, que buscaba fortalecer las democracias locales al conferirles mayor autonomía en el manejo de sus destinos, proceso que entre otros aspectos, incluyó la elección popular de los alcaldes y los primeros pasos hacia la descentralización del sector de la salud, que luego fueron complementados con la expedición de la ley 10 de 1990. Esta ley, básicamente delimitaba las competencias y responsabilidades a nivel nacional y territorial de la nación, los departamentos y municipios, en cuanto al manejo de la salud, norma que fue insuficiente al no asignar claramente a los entes territoriales, los recursos necesarios para el cumplimiento de sus nuevas obligaciones, lo que significó un pobre desarrollo de su aplicación, expresado en que no más de 15 de las más de mil municipalidades del país, se descentralizaron en salud.

Posteriormente, con la expedición de la nueva Constitución Política en 1991 y como resultado de ella, se expidieron las leyes 60 y 100 de 1993 con las cuales, especialmente con la primera, se concretaron de manera precisa los recursos que debían ser asignados a

los territorios, con los que pudieran asumir de manera efectiva las responsabilidades en materia de salud conferidas anteriormente por la ley 10 de 1990.

Hasta antes de la expedición de estas dos leyes, - 60 y 100 de 1993 - el llamado Sistema Nacional de Salud operaba como tal sólo de nombre, constituido por: i) el subsistema de Seguridad Social de los trabajadores del sector formal de la economía, pertenecientes a los subsectores público y privado, atendidos por el Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Públicas; ii) el subsistema público de atención dirigido en especial a los no asegurados en el subsistema anterior y constituido básicamente por la red de Hospitales Públicos; y por último iii) el subsector privado orientado a unos pocos que podían pagar sus servicios y conformado por una red de Prestadores y Aseguradores privados entre los que se destacaban los hospitales privados, la naciente Medicina Prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud.

Estos tres subsistemas actuaban en forma separada, totalmente desarticulada y en muchos casos generando superposición y aún duplicación de acciones, dando como resultado bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos.

La Financiación y Operación del Subsistema de la Seguridad Social.

Este subsistema, como ya se mencionó, tenía como finalidad cubrir la atención de la enfermedad y las pensiones de los trabajadores pertenecientes básicamente al subsector formal de la economía en las áreas privada y pública, representado para los primeros por el Instituto de los Seguros Sociales y para los segundos por la Cajas de Previsión de las cuales existían en el país más de mil, entidades todas ellas que en conjunto actuaban como monopolios, con coberturas parciales y diversas a las familias de sus trabajadores afiliados.

Este subsistema fue creado a finales de la década del 40 con la idea de llegar a cubrir toda la población colombiana. En sus inicios se definió que su financiación sería por partes iguales entre el gobierno, los patronos y los trabajadores. El gobierno, quien continuó con la responsabilidad de seguir cubriendo en salud a más del 40% de la población, nunca hizo su aporte por razones tal vez obvias. 40 años después, la cobertura del ISS y las Cajas de Previsión no pasaba del 22% de la población colombiana.

Hasta antes de entrar en vigencia la ley 100 de 1993, para el Instituto de los Seguros Sociales, se cotizaba para salud el 7% de los ingresos laborales de cada trabajador³, a quien le correspondía pagar una tercera parte⁴, con lo que se cubría en forma total con servicios de salud al afiliado y, a su cónyuge e hijos menores de un año, de una manera parcial. En algunas regiones del país que agrupaban a muy pocos afiliados al ISS, se extendió la cobertura total con los servicios de salud a la familia del trabajador, sitios en los que debía cotizarse el 12%. A 31 de Diciembre de 1994, el ISS contaba con 4.200.000 trabajadores afiliados aproximadamente.

En las Cajas de Previsión, creadas para cubrir las necesidades en salud y pensiones de los trabajadores del sector público, la cotización a cargo del trabajador ascendía al 5% de sus ingresos laborales que se distribuían para cubrir la atención de la enfermedad y las pensiones. El resto de los costos por estos dos conceptos debían ser asumidos por el Estado, quien en última instancia era quien financiaba los presupuestos de dichas Cajas. En algunas entidades del Estado, por acuerdos con los sindicatos, ni siquiera se hacían estos descuentos del 5%. Igualmente las coberturas con servicios en salud al trabajador eran completas pero con grandes variaciones en cuanto al tipo y cantidad de servicios

³ Para el seguro de enfermedad general y maternidad la tarifa era del 7% en la medicina clásica limitada en su cobertura al trabajador, su cónyuge e hijos menores de un año, y del 12% en la familiar con la que se cubría al trabajador y toda su familia. Posteriormente, en Abril de 1994, se aumentó un punto la cotización para la medicina clásica.

⁴ Las otras 2/3 partes eran pagadas por el empleador

ofrecidos a su familia, en los que en algunos casos el trabajador debía hacer aportes de su bolsillo, adicionales a la cotización, para obtener el cubrimiento de sus familiares.

Dentro de la denominación de Cajas de Previsión se incluyen aquellas entidades o programas destinados a cubrir a ciertos servidores públicos, como los miembros de las Fuerzas Armadas, los maestros y la empresa estatal de petróleos, que tradicionalmente se han manejado de manera independiente.

En total los trabajadores del Estado representaban para 1993 aproximadamente 900.000 personas⁵.

Ambas instituciones, el ISS y las Cajas de Previsión, alcanzaban a cubrir en conjunto cerca del 22% del total de la población del país y aproximadamente el 50% de la población laboral que tenía un patrono y estaba obligada a afiliarse a dichas instituciones⁶. En Colombia alrededor de la mitad de los empleos, se ubican en el sector informal de la economía, no cubierto en buena parte por las instituciones mencionadas, quienes recurren para la atención en salud al subsistema público y en menor proporción al privado.

En el Cuadro 1 se observa la distribución del empleo en Colombia según categoría laboral de trabajador del sector informal, independiente y dependiente de acuerdo a las ramas de la actividad económica.

⁵ Estudio sobre las Cajas de Previsión en Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. 1995.

⁶ Cálculos del autor realizados a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica - CASEM - llevada a cabo por el DANE en 1993.

CUADRO 1	TRABAJ. CUENTA PROPIA	ASALAR. DE LAS MICROEMPR. (1)	PATRONOS DE LAS MICROEMPR.	SERVICIO DOMÉSTICO	TRABAJADORES FAMILIARES SIN REMUNER.	TOTAL SECTOR INFORMAL (3)	ASALARIADOS DE LAS OTRAS EMPRESAS (2)	ASALAR. DEL GOBIERNO	PATRONOS DE LAS OTRAS EMPRESAS (2)	PROFESIONALES Y TÉCNICOS INDEPENDIENTES	EMPLEO TOTAL
Actividades no bien especificadas	0,03	0,1	-	-	-	0,05	0,04	0,1	-	-	0,05
Agricultura											
Caza y Pesca	0,9	0,6	1,5	-	0,2	0,8	1,1	0,3	2,3	1,2	0,90
Minas y Canteras	0,2	0,2	0,07	-	-	0,2	0,5	0,9	-	0,7	0,40
Industria Manufacturera	15,6	23,4	24	-	23,2	18,4	36,5	1,1	32,7	3,8	23,60
Electricidad											
Gas-Agua	-	0,2	0,04	-	-	0,08	0,3	4,5	0,3	-	0,50
Construcción	9,1	7,7	12,2	-	1,7	8,1	7,6	0,7	19	4,7	7,40
Transporte Almac. y Comunic.	8,2	8	3	-	0,4	6,7	7,3	5,5	3,5	0,6	6,70
Comercio y Hotelería	41,6	32,2	37,4	-	64	34,7	19,1	0,5	27,5	2	25,00
Finanzas	2,1	7	6,9	-	2,7	4,3	12	4,2	5,3	51	8,20
Servicios Social. y Comunes	22,3	20,6	14,9	100	7,8	26,7	15,6	82,2	9,4	36	27,20
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100

Fuente: ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES DANE. GRANDES CIUDADES. SEPARATA AVANCE. PERIÓDICO EL TIEMPO OCTUBRE 30 DE 1995 PAG. 56.

1 10 Ó MENOS TRABAJADORES PERMANENTES

2 MÁS DE 10 TRABAJADORES PERMANENTES

3 TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA, NO PROFESIONALES NI TÉCNICOS, ASALARIADOS Y PATRONOS DE LA MICROEMPRESA, SERVICIO DOMÉSTICO Y TRABAJADORES FAMILIARES SIN REMUNERACIÓN

La Financiación y Operación del Subsistema Público.

Este subsistema era el encargado de brindar los servicios de salud a la población colombiana no afiliada al subsector anterior y que no tenía recursos para acceder bien fuera total o parcialmente al sector privado. Este subsector estaba constituido por la red de hospitales públicos, organizada por niveles de complejidad bajo la concepción del Sistema Nacional de Salud, representada por cerca de 1000 instituciones con alrededor de 45.000 camas hospitalarias⁷, las que en los niveles más bajos de complejidad presentaban niveles de ocupación que no llegaban al 50% y, que en su gran mayoría dependían administrativa y financieramente de los departamentos y del Ministerio de Salud, en cuyo manejo prácticamente no participaban las municipalidades.

Teóricamente este subsistema cubría al 70% de la población colombiana, pero al que en realidad solo accedía entre el 40% y el 45%, dejando cerca de un 25% de los habitantes sin acceso real a los servicios de salud⁸.

La dirección del sistema, construida bajo la concepción de la teoría de los sistemas, estaba prácticamente centralizada en su gran mayoría en una tecnocracia ubicada en el Ministerio de Salud y en menor proporción en las Direcciones Departamentales de Salud, que representaban al Ministerio en las regiones.

El nivel municipal estaba concebido como aquella parte del sistema encargada exclusivamente de la prestación de los servicios, en donde su máxima autoridad política, representada por el alcalde, quien era elegido por el gobernador del departamento, no tenía ninguna injerencia sobre el manejo de la salud en su municipio, lo que condujo en la mayoría de los casos a una total indiferencia de los alcaldes en estos asuntos.

Las fuentes básicas de financiación de este subsector provenían de recursos del Estado, quien se encargaba de su distribución utilizando para ello algunos criterios poblacionales y de pobreza, sobre los que terminaban primando los niveles históricos de gasto, tradicionalmente influenciados por presiones políticas, en donde por ejemplo, las regiones más ricas y poderosas políticamente eran las que más recursos recibían, demostrable fácilmente por las enormes diferencias que entre ellas existía con relación al desarrollo del sector. En la Gráfica 10 se observa la distribución de los recursos públicos destinados a financiar el funcionamiento de los hospitales en los Municipios de un Departamento de Colombia. Nótese la distribución per cápita inequitativa entre ellos.

La fuente principal de financiación de este subsector se denominaba el Situado Fiscal, el cual correspondía a la participación que el sector de la salud tenía con relación al presupuesto nacional, el que se distribuía de la forma como ya se mencionó y que era entregado directamente a los Departamentos, cuyos gobernadores, nombrados por el presidente de la república, se encargaban de distribuirlo entre sus municipalidades, en donde igualmente primaban los criterios ya expuestos. Estos recursos representaban en la inmensa mayoría de los casos más del 80% del presupuesto de los hospitales públicos, y en algunos casos eran su única fuente.

La segunda fuente de recursos en orden de importancia se denominaba las Rentas Cedidas, la cual correspondía a impuestos de carácter nacional, cuyo recaudo y manejo se delegaba a los Departamentos, correspondiente básicamente a los impuestos por concepto de la producción y distribución de licores, tabacos y juegos de azar, los que igualmente eran cuantiosos en los departamentos más ricos.

Se utilizaban además otra serie de recursos de mucha menor importancia, entre los que se destacaban las asignaciones que los municipios hacían de sus presupuestos a los hospitales de la localidad, cifras generalmente ínfimas por las razones de desinterés ya

⁷ La Salud en Colombia. Diez Años de Información. Ministerio de salud. Santafé de Bogotá. 1994 . pág. secc. or. anexos.

⁸ Idem nota 6.

expuestas; algunos impuestos locales por trámites notariales y las denominadas cuotas de recuperación que correspondían a unos especies de copagos que hacían los usuarios al utilizar los servicios hospitalarios, cuotas que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares realizada en 1992 se constituían para el 50% de los casos no atendidos, en el principal obstáculo para acceder al servicio de salud⁹.

I.2.- Mecanismos de Financiación y Operación Propuestos en la Reforma de 1993.

Antecedentes.

La reforma a la seguridad social de 1993, se remonta en sus orígenes la Constitución Política de 1991, en la cual se produce un cambio substancial en la concepción de los servicios de salud considerados hasta entonces como de “**asistencia pública**”, para pasar a ser considerados como un “**derecho irrenunciable**”¹⁰ de todos los habitantes de la república. Igualmente con la expedición de las leyes 60 y 100 de 1993 se da concreción a lo que sería la operación y financiación de ese nuevo “derecho” de todos los colombianos.

La Constitución de 1991 le da un impulso importante al proceso descentralizador iniciado en el país años atrás, desarrollando con las leyes 60 y 100 de 1993 entre otras, varios de sus aspectos en especial los de salud y educación.

En este nuevo esquema desaparecen los antiguos subsectores de la Seguridad Social - Público y el Privado- para dar paso a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y temporalmente al de los Vinculados Transitorios, creado para atender durante el ajuste del sistema, a quienes aún no se hubieran afiliado al Régimen Subsidiado. Con ello se pretende la verdadera integración que se requería y se buscan eliminar así las duplicidades existentes.

De la misma manera también desaparecen los diferentes niveles de cotizaciones y planes de beneficios. Se incrementa el monto de las cotizaciones, las que pasan del 7 al 12% sobre los ingresos laborales para todos los trabajadores colombianos. Se hace obligatoria la afiliación y se amplía la cobertura con servicios de salud integrales a la familia del trabajador. Se establece un Plan Obligatorio de Salud y una Unidad de Pago por Capitación ajustada por riesgo, en ambos casos iguales para todos.

Desaparece el papel monopólico del estado y los antiguos entes de seguridad social en la administración y prestación de servicios, al crearse las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios, las que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, quienes deberán competir entre sí para conseguir afiliados y subsistir.

Se fortalece la dirección del Sistema mediante la creación de un organismo colegiado con funciones decisorias, que supla en buena parte las dificultades derivadas de la alta rotación en el Ministerio de Salud, ente denominado el **Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud**. El Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud con sus homólogos a nivel territorial - las Direcciones Territoriales - se especializan en las funciones de dirección, vigilancia y control, eliminando gradualmente de ellas la financiación y prestación directa de servicios.

Se crea el **Fondo de Solidaridad y Garantía**, ente encargado de la administración de los recursos del Sistema, que encarna la responsabilidad del Estado en su financiación y

⁹ Encuesta Nacional de Hogares DANE. 1992.

¹⁰ Constitución Política Colombiana 1991. Artículo 48.

organización, quien además delega en las EPSs el recaudo y manejo de los recursos, los que por ley, son propiedad del Sistema. Este se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: i) la de Compensación, ii) Solidaridad, iii) Promoción y Prevención, y iv) la de Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes Naturales, encargadas del manejo de los recursos específicos en cada uno de los rubros señalados.

Se aumentan considerablemente los recursos para el Sistema, los que para el año 2000 virtualmente se duplican¹¹, se definen y protegen constitucionalmente sus montos y se fortalecen las partidas destinadas a las regiones, en especial aquellas dirigidas a los municipios con la única finalidad de apoyar el financiamiento de las responsabilidades que le habían sido asignadas con la ley 10 de 1990. Se crean nuevas fuentes de recursos como las provenientes del impuesto a los explosivos y armas de fuego, más las nuevas participaciones que tendrá el sector en los recursos provenientes de las recientes explotaciones petroleras.

Adicionalmente con la reforma se reorganiza el Sistema de Protección contra los Riesgos Laborales creando las Administradoras de Riesgos Profesionales A.R.P. y de paso eliminando el monopolio que en ese campo tenía el Instituto de los Seguros Sociales. Este sistema está dirigido exclusivamente a los trabajadores del sector formal de la economía, financiado por aportes hechos en su totalidad por el patrón.

Por último se define un Plan de Atención Básica financiado con recursos estatales, gratuito para toda la población, que tiene como finalidad cubrir las actividades de salud pública y de interés comunitario en la promoción de la salud y el control y la prevención de las enfermedades. (ver gráfica No. 1)

A pesar del gran esfuerzo de la reforma por integrar todos los sectores bajo el mismo esquema de seguridad social, los miembros de las fuerzas armadas, los educadores y los trabajadores de la empresa estatal de petróleos, que en conjunto con sus familias alcanzan a ser cerca de un millón de personas, por presiones sindicales logran quedar excluidos del nuevo régimen propuesto por la ley 100, en cuyo caso seguirían siendo cubiertos por los esquemas que poseían antes de la reforma.

La Financiación y Operación del Régimen Contributivo.

Este régimen tiene como finalidad organizar y garantizar la prestación de servicios de salud a la población trabajadora colombiana y sus familias, financiado con un porcentaje sobre los ingresos de aquellos con capacidad de pago. El aporte será pagado conjuntamente con sus patronos o en forma total por el trabajador. Se calcula que la población colombiana susceptible de afiliarse a este régimen es de aproximadamente el 70% de los colombianos¹².

Este régimen se estructura básicamente a través de las Entidades Promotoras de Salud EPSs, encargadas de promover y efectuar el aseguramiento de toda la población y de organizar y garantizar que se les presten los servicios de salud que requieran, utilizando para ello una red de prestadores propia o contratada.

Todo trabajador colombiano¹³ y su familia están obligados a afiliarse a una EPSs de su elección, a declarar sus ingresos laborales y a aportar al Sistema el 12% sobre ellos, bien sea en conjunto con su patrón, quien debe aportar dos terceras partes o totalmente, cuando se trata de un trabajador independiente. Para el trabajador dependiente su aporte

¹¹ Pasan de 895 mil millones de pesos en 1994 a 1,869 billones en el año 2000. La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Tomo I, Antecedentes y Resultados. Santafé de Bogotá, pág. 51. 1994.

¹² La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud, Tomo I, Antecedentes y Resultados. Santafé de Bogotá, pág. 149. 1994. Datos calculados de la Encuesta CASEM. Departamento Nacional de Planeación 1993.

¹³ Se excluyen de este Régimen, los trabajadores de las Fuerzas Armadas, Empresa Colombiana de Petróleos y Magisterio.

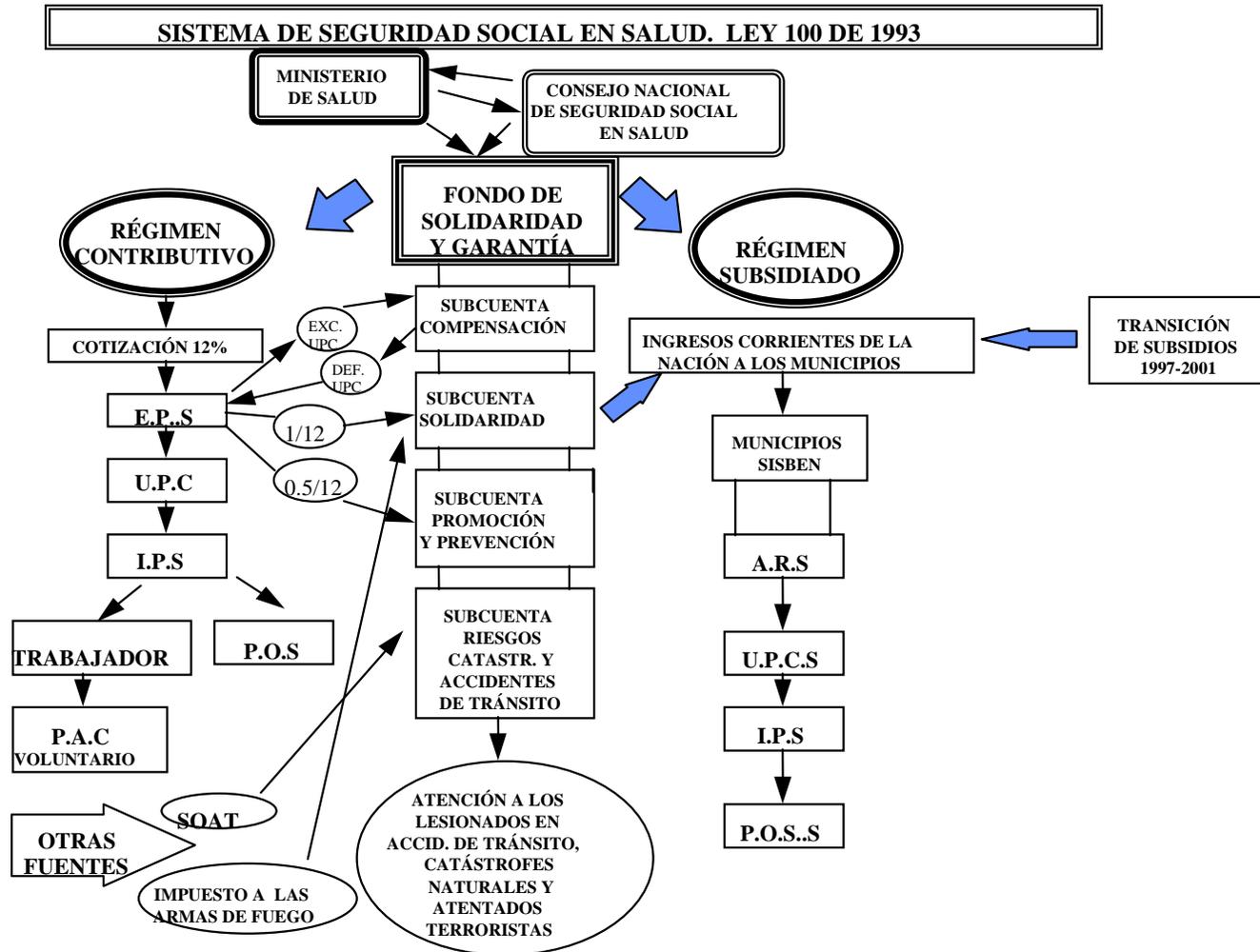
mínimo se hará sobre el monto de unos ingresos equivalentes a un salario mínimo legal vigente y para el independiente sobre dos.

Del total de las cotizaciones recaudadas por las EPSs, se deben restar los siguientes conceptos: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del Régimen Subsidiado, ii) el valor de las UPCs del trabajador y su familia y, iii) un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Si después de ésta operación resultan excedentes, éstos deberán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía quién los redistribuirá entre aquellas EPSs en donde después de hacer la operación anterior se generó déficit. Estos son los mecanismos conocidos como Solidaridad con el Régimen Subsidiado y Compensación en el Régimen Contributivo mencionado anteriormente.

Todo trabajador y su familia, con el pago de la cotización respectiva tendrán derecho a recibir un Plan Obligatorio de Salud igual para todos, a cambiarse de Entidad Promotora de Salud cada año si así lo desean, a elegir el prestador de su agrado, dentro de las posibilidades que cada EPS ofrece y, a adquirir de manera voluntaria con recursos adicionales provenientes de su bolsillo, los denominados Planes de Atención Complementaria en Salud PAC, creados en esencia, con la finalidad de mejorar las condiciones de hotelería y comodidad ofrecidas por el POS. (ver gráfica 2)

Cada vez que se utilicen cierto tipo de servicios, en especial aquellos en los cuales influye la decisión del usuario para solicitarlos, el trabajador y sus familiares deberán cancelar una **cuota moderadora** que tiene como finalidad racionalizar su uso. Sus familiares harán un pago adicional denominado **copago** al utilizar el resto de los servicios, que serán destinados a complementar su financiación. En ambos casos sus montos están definidos como un porcentaje aplicado sobre el valor del servicio, sujeto a unos topes máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder al servicio.

GRÁFICA 1



El equilibrio financiero del Régimen Contributivo dependerá por lo tanto del ritmo de afiliación al sistema, del control de la evasión¹⁴ en el pago de las cotizaciones sobre los ingresos laborales, del acertado cálculo del valor y contenido del paquete de beneficios, del control de los costos de prestación de los servicios y de la inflación en el sector de la salud. Se espera que con la regulación del paquete de beneficios POS y de su valor UPC, se induzca la competencia entre las EPSs para atraer afiliados mediante una mejor calidad y eficiencia en la prestación de los servicios. Con el aumento en el monto de las cotizaciones y con una mayor eficiencia en el gasto y en el control sobre la evasión en el pago de los aportes obligatorios al Sistema, se espera poder mejorar las actuales coberturas poblacionales.

La Financiación y Operación del Régimen Subsidiado.

Este tiene como finalidad esencial organizar y garantizar la cobertura con servicios de salud a la población colombiana definida como “pobre” sin capacidad de pago, mediante la utilización de subsidios del Estado. Se calcula que aproximadamente el 30% de los colombianos son pobres susceptibles de afiliarse al Régimen Subsidiado¹⁵, quienes generalmente están ubicados en las zonas rurales, muchas de ellas dispersas y de difícil acceso y en los cinturones de miseria de las grandes ciudades. En general el 74% de la población colombiana habita en las grandes ciudades, con una marcada tendencia hacia la urbanización en los últimos 10 años¹⁶

Este régimen se estructura básicamente a través de las denominadas Administradoras del Régimen Subsidiado - ARSs - , entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de servicios a estas poblaciones. Estas entidades pueden ser de tres tipos: i) las mismas EPSs del Régimen Contributivo, ii) las actuales Cajas de Compensación Familiar que organicen programas para tal fin y, iii) las Empresas Solidarias de Salud que no son otra cosa que una modalidad especial de EPSs de origen en las organizaciones comunitarias, creadas como una alternativa ante la posible ausencia de las dos primeras entidades en ciertas regiones del país.

Estas entidades reciben del Estado una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPCS, con la cual deberán brindar a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POSS, el cual al inicio de la reforma equivaldrá en su contenido como mínimo al 50% del POS del Régimen Contributivo y el que deberá irse aumentando en su contenido de servicios, hasta que ambos se igualen en el año 2001. Los servicios que en un principio no sean cubiertos por el POSS, deberán ser garantizados por los hospitales públicos, los que para ello seguirán recibiendo subsidios directos del Estado (subsidios de oferta).

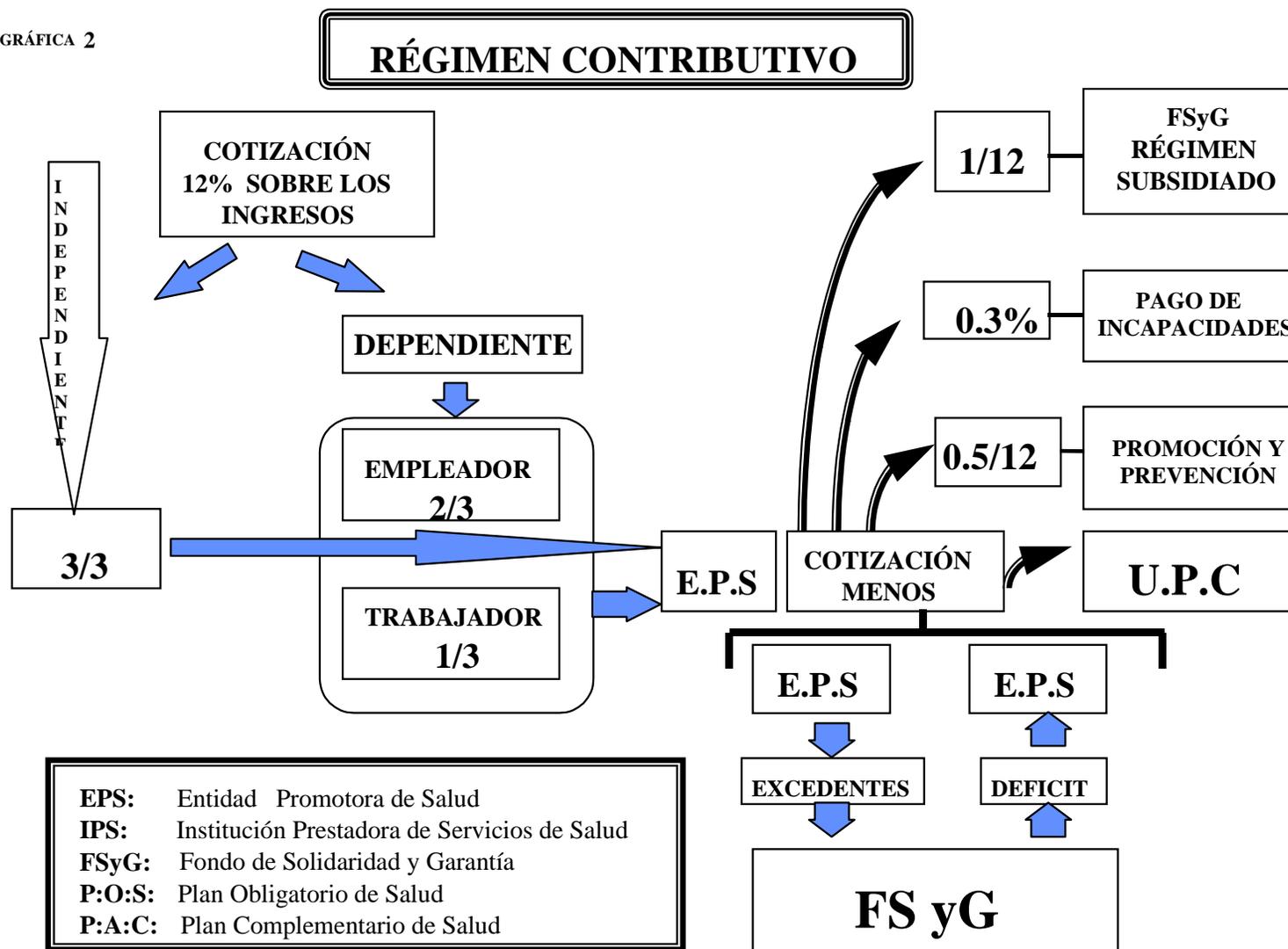
Todos los municipios del país deberán adelantar un proceso de identificación y selección de beneficiarios de los subsidios denominado SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios) con lo cual cada persona perteneciente a los estratos 1 y 2 de pobreza recibirá un carné que lo identificará como tal y con el cual podrá seleccionar la ARS a la que desee afiliarse para recibir el POSS (ver gráfica 1).

¹⁴ Se entiende por evasión el no pago total o la subdeclaración de los ingresos reales sobre los que obligatoriamente se debe aportar.

¹⁵ La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Tomo I, Antecedentes y Resultados. Santafé de Bogotá, pág. 149. 1994. Datos calculados de la Encuesta CASEM. Departamento Nacional de Planeación 1993.

¹⁶ La Salud en Colombia. Diez Años de Información. Ministerio de Salud. Santafé de Bogotá. 1994 . pág. po7. Datos calculados del Censo Nacional año 1993, DANE

GRÁFICA 2



Los recursos con los que se financia este régimen, definidos por la ley 60 y 100 de 1993, provienen de diversas fuentes a saber:

- La participación directa de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación.
- El Situado Fiscal, que equivale a la participación de los departamentos en el presupuesto de la nación el que en un 50% como mínimo deberá ser transferido a los municipios.
- Las rentas cedidas a los departamentos, que son impuestos nacionales que se delegan en su recaudo a estos entes, provenientes del impuesto sobre el consumo, producción y explotación de licores, tabaco y juegos de azar.
- Los recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía, que tienen origen en la subcuenta de Solidaridad, la que se financia principalmente con los aportes del Régimen Contributivo. Adicionalmente, el gobierno nacional deberá colocar de su presupuesto un peso adicional por cada peso aportado por el Régimen Contributivo a esta cuenta.
- Los recursos provenientes de la Empresa Colombiana de Salud, ECOSALUD, entidad creada por la ley 10 de 1990, que tiene como finalidad la explotación exclusiva de los nuevos juegos de azar.
- Los recursos que los municipios y los departamentos deseen destinar de sus propios presupuestos para financiar la salud.
- Una porción de los recursos provenientes de las nuevas explotaciones petroleras en los campos de Cusiana y Cupiagua cedidos a los departamentos, distritos y municipios.
- Los recursos que obligatoriamente deberán aportar al Sistema las Cajas de Compensación Familiar.
- Los recursos del IVA¹⁷ Social destinado para tal fin.
- Los recursos provenientes del impuesto social a las armas y municiones.
- Los recursos provenientes de la aplicación de los copagos y las cuotas moderadoras cuando los usuarios utilicen los servicios.

La Financiación y Operación del Régimen para los Vinculados Transitorios.

Se consideran vinculados transitorios al Sistema, aquellas personas pobres ubicadas en los estratos 1 y 2 de pobreza, que transitoriamente y por diversos motivos no se han afiliado al Sistema, y que mientras esto no se logre deberán seguir siendo protegidos por el estado para garantizarles la atención en salud.

La prestación de servicios de salud a estas personas se brindará a través de los hospitales públicos quienes seguirán recibiendo recursos directos del Estado, denominados "subsidijs de oferta". Igualmente estas entidades deberán someterse a un proceso gradual de conversión de "subsidijs de oferta" por "subsidijs de demanda", lo que significa que cada vez deberán existir menos personas catalogadas como vinculados transitorios y por lo tanto los recursos que se liberen, al no ser atendidos directamente en los hospitales públicos, deberán destinarse de manera creciente a financiar la UPCS para que se puedan vincular a las ARS (ver gráfica 3).

La Financiación y Operación de Otros Programas en el Sistema.

Adicional a los tres regímenes mencionados anteriormente, la reforma contempla la existencia de un programa especial destinado a la protección de las personas que resulten lesionadas en ***accidentes de tránsito, catástrofes naturales y atentados terroristas***, que

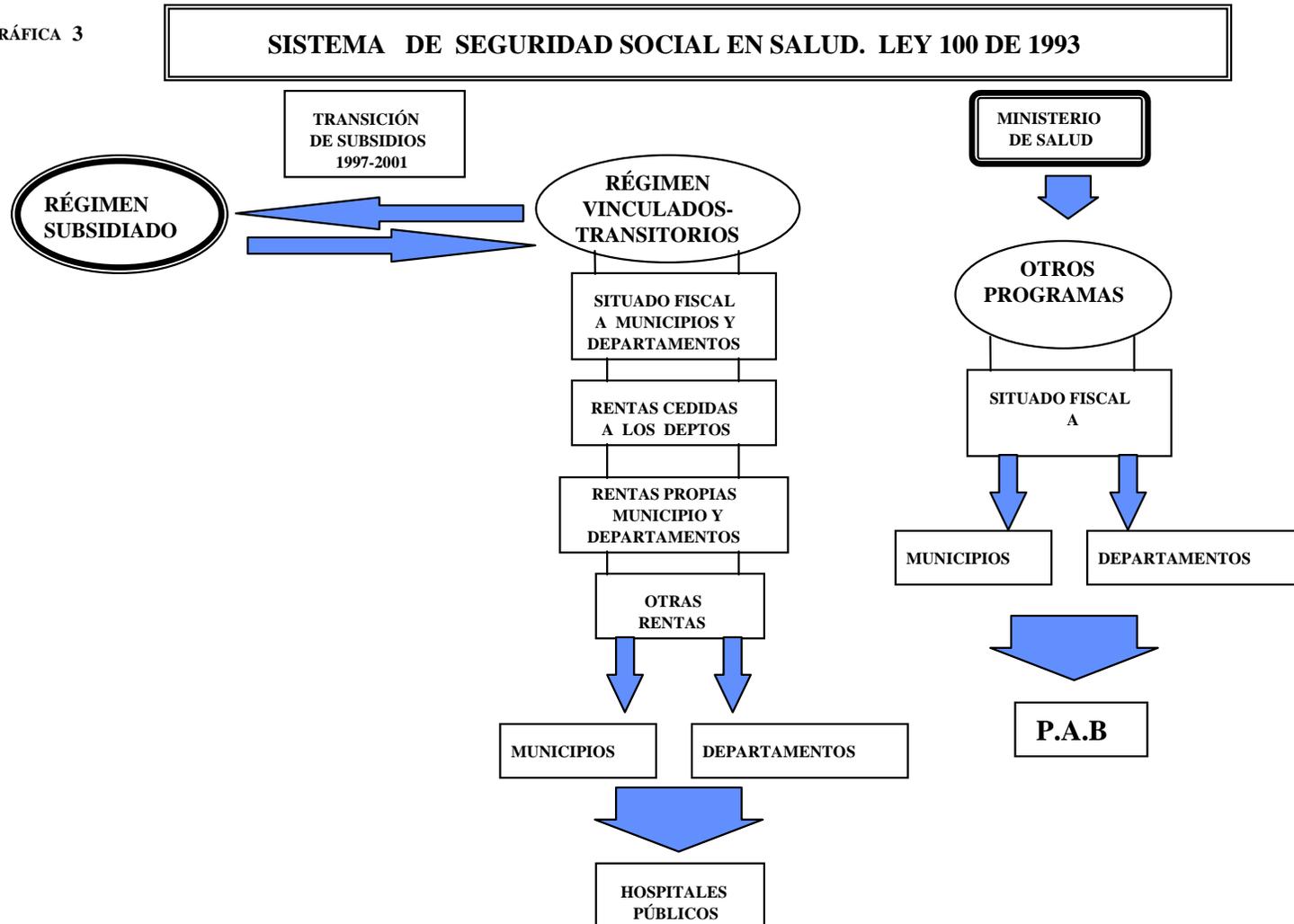
¹⁷ Impuesto al Valor Agregado.

será financiado con recursos provenientes de un impuesto a los vehículos automotores, cobrado mediante la modalidad de un seguro que pagan sus propietarios, recursos que se suman a aquellos que destine el gobierno nacional y local para el fortalecimiento de la red nacional de urgencias hospitalarias.

Hay que mencionar que este programa existía antes de la aprobación de la reforma y que aunque se constituía en una fuente importante de recursos no fue incorporado dentro de la lógica de operación del paquete de beneficios POS manejado por las EPS, creándose para su operación una subcuenta especial en el Fondo de Solidaridad y Garantía (ver gráfica 3).

El programa para la atención de los riesgos laborales - **Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, ATEP** -, también fue objeto de modificaciones y ajustes por la ley 100 de 1993, el que está destinado exclusivamente a la protección de los trabajadores del sector formal de la economía, financiado en su totalidad con aportes que hace el empleador y que son estimados de acuerdo a las categorías de riesgo laboral preestablecidas en la Ley. Igualmente, aunque este programa está destinado a cubrir al trabajador, no fue incorporado en las actividades que deben desempeñar las EPS.

GRÁFICA 3



II.- LAS FUENTES DE RECURSOS PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

II.1.- Los Recursos Públicos en la Financiación del Sector

En el Cuadro 2 se muestra el gasto en salud que proviene del sector público directamente entre los años de 1990 y 1996, discriminados por el tipo de fuente en la que se originan.

Como puede observarse hasta el año de 1993 no existían los denominados “subsidiados de demanda” que fueron creados por la ley 100 de 1993, los que para 1996 pasan a incrementar significativamente el total de los recursos disponibles para el sector. Estos por su connotación especial de estar orientados hacia la demanda del aseguramiento, deberán destinarse exclusivamente a la financiación de las UPC del Régimen Subsidiado para ser entregados a las entidades encargadas de su administración ARS.

Los denominados “subsidiados de oferta” que si existían desde antes de la aprobación de la ley 100 de 1993, muestran un aumento significativo para 1996 como consecuencia de la mencionada ley y en especial de la ley 60 del mismo año, que como se explicó antes, fue la encargada de establecer claramente la proporción de los recursos para el financiamiento de la reforma en salud en especial a nivel de los departamentos y los municipios.

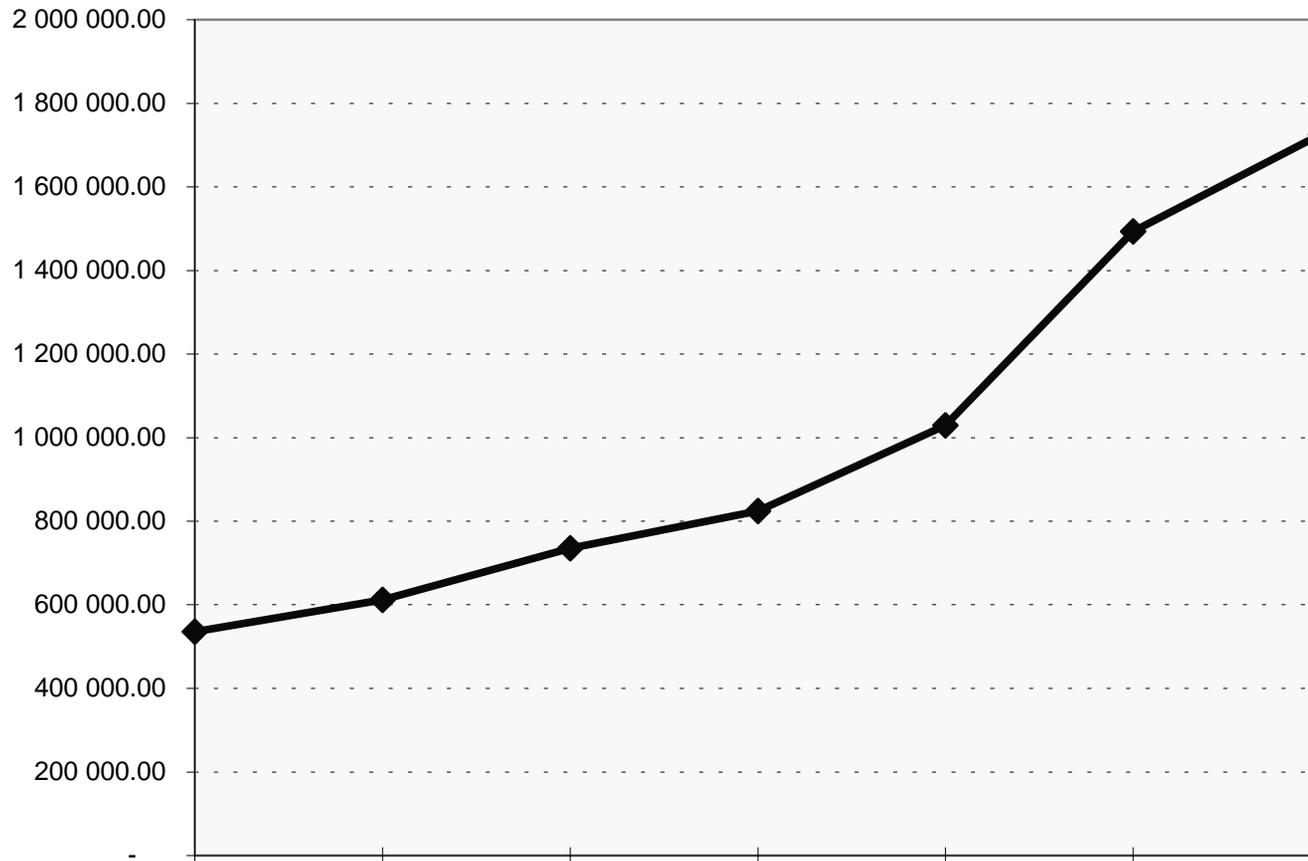
Vale la pena mencionar que dentro de los recursos que se enumeraron como fuentes de financiación del Régimen Subsidiado, se cuenta con los ingresos provenientes de los impuestos a las nuevas explotaciones petroleras en los campos de Cusiana y Cupiagua ¹⁸, que comenzarán a ingresar al sector a partir del año 1997.

En la gráfica 4 se observa la tendencia creciente de los recursos disponibles para el sistema, entre 1990 y 1996, expresados en millones de pesos.

¹⁸ La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud, Antecedentes y Resultados. Santafé de Bogotá, 1994.

CUADRO N°2							
PARTICIPACIÓN DE LOS RECURSOS DE SALUD EN EL PIB							
Recursos Destinados al Régimen Subsidiado							
1990 - 1996 1/							
A. Recursos de Demanda	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Transferencias Municipales (15 puntos de 25)	no existen	no existen	no existen	no existen	16 895.70	176 562.48	238 933.40
Fondo de Solidaridad (Contribución de Solidaridad)	no existen	no existen	no existen	no existen	82 788.91	219 197.30	303 900.00
TOTAL RECURSOS DE DEMANDA					99 684.61	395 759.78	542 833.40
Participación en el PIB					0,19	0,58	0,65
Participación en el total de recursos para el Régimen Subsidiado					11,46	26,49	27,11
B. Recursos de Oferta y Adm.	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Situado Fiscal	90 197.00	124 593.00	177 459.00	244 338.00	374 369.00	465 885.00	655 894.16
Rentas Cedidas	55 029.48	72 817.00	122 031.80	150 190.00	214 820.00	253 132.00	332 960.00
Transferencias Municipales para Servicios de Salud (10 puntos de 25)	17 709.00	40 795.50	56 232.20	74 503.70	11 263.80	117 707.52	159 288.93
Otros Aportes	26 714.35	36 595.00	57 394.00	99 173.00	69 712.00	261 360.40	311 018.88
Rentas Propias	33 182.00	49 843.00	68 558.00	102 191.00	150 121.00	224 716.30	267 412.40
TOTAL RECURSOS DE OFERTA	189 649.83	274 800.50	413 117.00	568 204.70	770 164.80	1 098 084.92	1 459 161.97
Participación en el PIB	0,94	1,05	1,25	1,36	1,43	1,61	1,74
Participación en el total de recursos para el Régimen Subsidiado					88,54	73,51	72,89
TOTAL SECTOR PÚBLICO - SALUD (PESOS ACTUALES)	189 649.83	274 800.50	413 117.00	568 204.70	869 849.40	1 493 844.70	2 001 995.37
Participación en el PIB	0,94	1,05	1,25	1,36	1,43	1,61	1,74
TOTAL SECTOR PÚBLICO - SALUD, 1990-1996 (PESOS DE 1995)	535 538.67	611 863.33	735 062.60	824 582.49	1 029 669.81	1 493 844.70	1 725 858.08
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	229.600,80	294.253,30	436.198,40	576.721,20	836.544,30	1.286.045,00	1.944.012,00
Participación en el PIB	1,14	1,12	1,32	1,38	1,56	1,88	2,32
PARTICIPACIÓN EN EL PIB SECTOR SALUD INSTITUCIONAL	2,07	2,17	2,57	2,73	3,18	4,07	4,71
2/							
1/ No incluye entidades descentralizadas tales como INC o INS.							
2/ No incluye gasto privado que corresponde al gasto directo que realizan los hogares.							

GRÁFICA 4
TOTAL RECURSOS SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD, 1990-1996
(PESOS DE 1995 . 1 CORRESPONDE A 1990)



II.2.- Los Recursos de la Seguridad Social en el Sector

En este conjunto de recursos se contemplan aquellos que antes de la reforma se destinaban al denominado subsistema de la seguridad social, conformado por el ISS y las más de mil Cajas de Previsión del sector público, que básicamente provenían de los aportes hechos conjuntamente entre los trabajadores y el empleador.

Puede decirse que con la aprobación de la ley 100 de 1993, estos no se modifican en su denominación que en esencia sigue siendo la misma, con la única diferencia de que se aumentan considerablemente para financiar la afiliación de la familia del trabajador y para establecer la solidaridad con el Régimen Subsidiado, además que ya no se dirigen exclusivamente al ISS y las Cajas de Previsión sino también a las denominadas EPS, dependiendo de la elección que haga el trabajador (ver cuadro 3)

CUADRO 3.
LOS RECURSOS EN EL SUBSISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
(Millones de pesos)

AÑO	1990	1991	1992	1993	1994	1995
ISS	494.578	992.438	1.035.972	1.069.139	1.924.055	2.797.354
CAJANAL	47.603	226.245	253.314	322.667	ND	ND
TOTAL	542.181	1.218.683	1.289.286	1.391.806	1.924.055	2.797.354

Fuentes: La Salud en Colombia. Diez años de Información. Ministerio de Salud. 1994.
División de Planeación Corporativa I.S.S. 1994.
Incluye aportes para salud y pensiones.
Años 1994 y 1995: fuente Documento "El nuevo ISS". Santafé de Bogotá, 1995
Año 1996: fuente Presupuesto ISS, Confis, Resolución 492 de 1996
ND: no hay información disponible

II.3.- El Gasto Social por Sectores

La gráfica que se registra a continuación, muestra el gasto público total y discriminado por sus principales rubros, comparado con respecto al PIB y a los Ingresos Corrientes de la Nación entre los años de 1990 y 1996. En el sector salud los gastos se diferencian entre aquellos hechos por el sector público y por el denominado subsistema de seguridad social, en el que básicamente esta incluido el ISS (ver cuadro 4).

CUADRO 4.
GASTO SOCIAL POR SECTORES
GASTO PÚBLICO EJECUTADO* DEL SECTOR CENTRAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS
POR SECTORES SOCIALES Y TRANSFERENCIAS POR IVA O TRANSFERENCIAS TERRITORIALES (>93)
1990-1996
Pesos Corrientes

	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP	GS/PIB	GS/TP
	1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996	
SALUD (SISTEMA NACIONAL DE SALUD) /1	1.34	5.70	1.36	5.41	1.44	5.58	1.67	6.14	2.18	7.84	2.51	9.79	2.79	9.99
SEGURIDAD SOCIAL - SALUD (ISS)	0.00	0.00	0.00	0.00	1.20	4.66	1.25	4.61	1.55	5.58	1.55	7.30	2.03	7.26
SEGURIDAD SOCIAL - PENSIONES	3.26	13.89	3.19	12.73	3.23	12.56	3.57	13.14	3.83	13.77	4.06	15.87	3.97	3.97
EDUCACIÓN	2.44	10.38	2.45	9.77	3.30	12.83	2.93	10.79	3.48	12.51	4.02	15.70	4.10	4.10
CULTURA DEPORTE Y RECREACIÓN	0.10	0.43	0.13	0.50	0.14	0.55	0.18	0.66	0.12	0.44	0.23	0.89	0.26	0.26
VIVIENDA	0.53	2.25	0.54	2.17	0.45	1.73	0.41	1.50	0.42	1.51	0.82	3.20	0.74	0.74
AGUA Y SANEAMIENTO AMBIENTAL	0.21	0.89	0.26	1.03	0.32	1.23	0.31	1.16	0.27	0.96	0.46	1.81	0.50	0.50
TRABAJO, EMPLEO	0.30	1.28	0.30	1.20	0.19	0.75	0.30	1.10	0.32	1.15	0.41	1.62	0.43	0.43
OTROS	0.18	0.75	0.22	0.87	0.18	0.71	0.06	0.22	0.34	1.24	0.55	2.16	0.55	0.55
GASTO SOCIAL RURAL	0.23	1.00	0.18	0.72	0.20	0.77	0.17	0.64	0.35	1.24	0.40	1.55	0.30	0.30
TOTAL GASTO SOCIAL (GS)	8.59	36.56	8.62	34.40	10.65	41.37	10.84	39.95	12.88	46.24	15.02	52.60	15.67	28.11

Fuente: DNP

*EJECUCIÓN PRESUPUESTAL (GASTOS + RESERVAS)

FUENTE: PIB, Unidad de Análisis Macro-Económico. DNP

(1) Informes Contraloría

(2) Unidad de Inversiones Públicas D.N.P.

U.D.T - DNP .

MINHACIENDA- DIVISIÓN DE HACIENDA Y FINANZAS TERRITORIALES

1/ No incluye rentas territoriales como rentas cedidas, rentas propias etc. No incluye FSYG.

Incluye todos los recursos incluidos en el presupuesto nacional de la nación.

II.4.- El Gasto Privado en Salud

También conocido como el “gasto de bolsillo” que realizan los colombianos en la compra directa de servicios de salud, en el que llama la atención la alta proporción destinada a la compra de medicamentos. De la misma forma, es significativa su participación con respecto al PIB, la que como puede observarse tiene una proporción muy similar a la de los gastos realizados por el sector público. (ver Cuadro 5) Otros autores han realizado aproximaciones al tema obteniendo cifras similares¹⁹.

CUADRO 5

Gasto privado en salud por tipo de gasto (pesos 93)

CONSULTA EXTERNA	181.427.577,00	14%
HOSPITALIZACIÓN	254.314.630,00	20%
MEDICAMENTOS	536.900.611,00	41%
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	70.806.234,00	5%
OTROS CONCEPTOS	217.391.204,00	17%
EDUCACIÓN	38.542.070,00	3%
TOTAL	1.299.382.326,00	100%
(% PIB)	3%	

Fuente: Proyecto Cuentas Nacionales de Salud: DNP-Supersalud con la asesoría de la U. de Harvard.

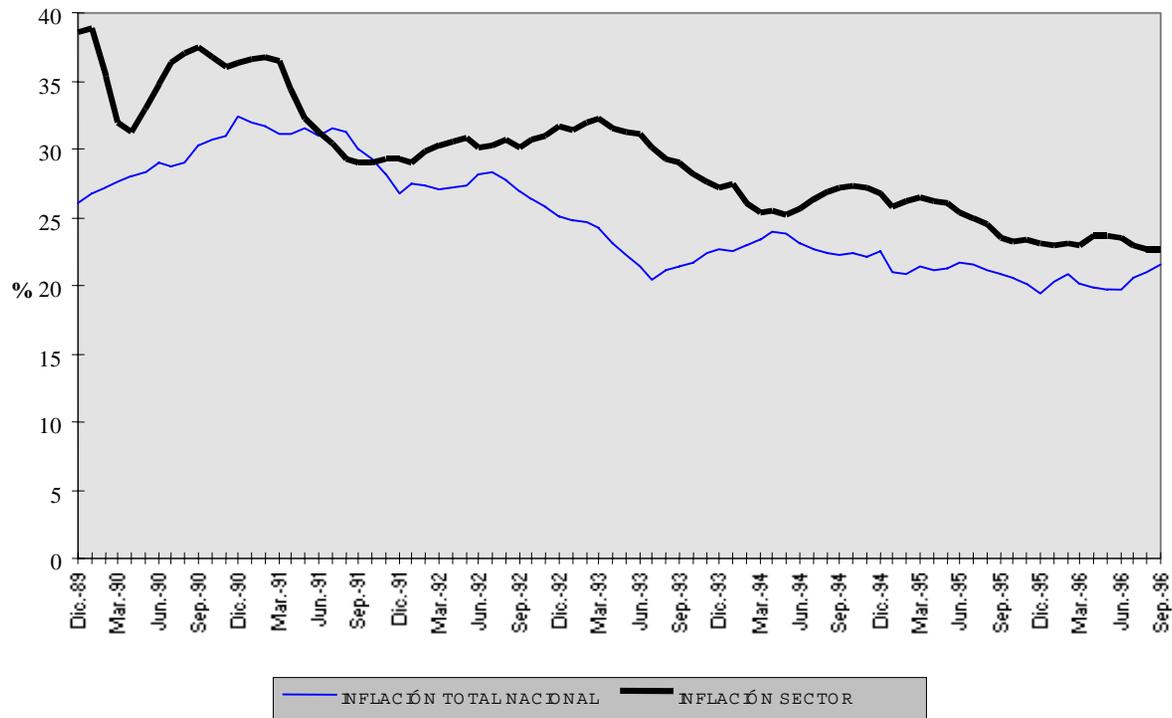
Las cifras anteriores muestran como para 1993, la economía colombiana estaba invirtiendo en salud, cerca de 6 puntos de su PIB, cifra que lo ubica en la media observada para los países en desarrollo, pero con una cobertura en el aseguramiento que no superaba el 22% de la población, siendo ésta una de las principales razones que motivaron la reforma.

¹⁹ La Salud en Colombia. Análisis Sectorial. Documento General. Tomo II.

III.- LA INFLACIÓN EN EL SECTOR SALUD

En las Gráfica 5 se muestra la tendencia de la inflación general y en el sector de la salud en los últimos 8 años. En ella puede observarse que la inflación en el sector salud, ha estado en promedio 5 puntos por encima de la inflación general. Sin embargo, esta diferencia parecería tener una tendencia a hacerse menor durante 1995 y 1996, situación que se describe mejor en el Cuadro 6, en el que se muestra su comportamiento discriminado por los diferentes rubros que conforman la “canasta familiar” de los colombianos. Aún es prematuro afirmar que esta tendencia pueda deberse al impacto de la Reforma de Salud, por lo que será necesario llevar a cabo un seguimiento más prolongado de su comportamiento.

**GRÁFICA 5
INFLACIÓN ANUAL TOTAL NACIONAL Y DEL SECTOR**



**CUADRO 6
INFLACIÓN ANUAL DEL SECTOR SALUD**

1995									
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
TOTAL NACIONAL	21.05	20.86	21.34	21.18	21.30	21.67	21.51	21.09	20.80
ALIMENTOS	20.74	19.99	20.48	19.86	20.34	20.70	20.18	18.72	18.73
VIVIENDA	24.28	24.15	24.31	24.53	24.25	24.60	23.83	23.53	22.83
VESTUARIO	12.81	12.83	12.99	12.92	12.85	12.90	13.03	12.99	12.75
SALUD	25.83	26.15	26.47	26.19	26.01	25.35	24.88	24.45	23.52
EDUCACIÓN	26.11	25.47	25.74	25.58	25.67	25.88	26.15	26.04	25.38
TRANSPORTE	12.20	12.16	13.97	14.29	16.05	16.54	16.45	17.56	17.80
VARIOS	16.93	18.23	19.30	18.81	17.81	19.24	23.00	24.60	24.86
PRODUCTOS FARMACEÚTICOS Y ASISTENCIA MÉDICA									
Y ASISTENCIA MÉDICA	25.83	26.15	26.47	26.19	26.01	25.35	24.88	24.45	23.52
Drogas	23.61	23.97	24.00	23.01	22.84	21.76	20.74	20.22	19.61
Servicios Profesionales de la Salud	27.78	28.03	28.51	28.84	28.71	28.44	28.50	28.17	26.96
1996									
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
TOTAL NACIONAL	20.25	20.81	20.21	19.90	19.78	19.70	20.58	21.05	21.55
ALIMENTOS	18.11	18.16	16.52	14.58	13.13	12.81	14.69	15.92	16.56
VIVIENDA	21.31	22.13	21.99	21.77	22.05	22.17	23.75	24.19	24.62
VESTUARIO	12.57	12.37	12.09	12.17	12.02	11.80	12.03	11.76	11.83
SALUD	22.89	23.07	22.94	23.65	23.64	23.49	22.95	22.61	22.65
EDUCACIÓN	26.01	29.63	30.68	33.19	36.94	38.59	37.90	38.37	38.50
TRANSPORTE	19.94	19.36	18.81	21.15	20.71	20.82	20.28	19.58	20.70
VARIOS	25.12	24.19	23.45	23.44	23.28	21.14	18.33	17.82	18.15
PRODUCTOS FARMACEÚTICOS Y ASISTENCIA MÉDICA									
Y ASISTENCIA MÉDICA	22.89	23.07	22.94	23.65	23.64	23.49	22.95	22.61	22.65
Drogas	19.26	18.28	19.11	20.38	20.07	20.21	19.55	19.60	19.44
Servicios Profesionales de la Salud	25.97	27.04	26.01	26.27	26.53	26.17	25.75	25.09	25.30

Fuente: DANE.

IV.- RESULTADOS PRELIMINARES DEL NUEVO SISTEMA.

A continuación se hace un resumen sucinto de los principales logros del nuevo sistema de seguridad social en salud a Junio de 1996. Debe tenerse en cuenta que esto incluye apenas un año y medio de funcionamiento efectivo del llamado Régimen Contributivo, en razón a que el Régimen Subsidiado apenas inicia operaciones como consecuencia de la expedición de un decreto que prolongó por un año más la operación del esquema que venía operando antes de la reforma ordenada por la ley 100 de 1993.

Igualmente hay que mencionar, que aunque el ISS pasó a ser una EPS que debe cumplir las nuevas reglas de juego dictadas por la ley, durante 1995 su proceso de adaptación fue muy lento, por lo que en aspectos tales como la información concerniente al recaudo y el número de afiliados, se presentaron problemas que le restan confiabilidad a los datos disponibles sobre la operación del sistema.

Sin embargo, hay que mencionar que si a Diciembre 31 de 1994 el ISS contaba con 4,2 millones de afiliados y que según cálculos preliminares realizados por la Dirección de Planeación Corporativa y por el autor, asumiendo que el tamaño familiar promedio está entre 2 y 2.5 personas, puede decirse que en la actualidad dicha institución cuenta con cerca de diez millones de personas cubiertas, lo que representa un aumento considerable frente a los seis millones que aproximadamente cubría antes de la reforma representados por los 4,2 millones de trabajadores afiliados más sus cónyuges e hijos menores de un año.

Igualmente, informaciones preliminares obtenidas de la Superintendencia Nacional de Salud a Junio de 1996, indican que el total de personas afiliadas a las EPSs diferentes al ISS superan en la actualidad los 2,7 millones de personas.

Los Cuadros 7 y 8 muestran los cálculos de cobertura del nuevo sistema en el Régimen Contributivo y su distribución preliminar por grupos etáreos y sexo.

CUADRO 7

COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD						
A JUNIO DE 1996						
Población Colombiana a 37.422.791						
COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO						
Régimen Contributivo	I.S.S. b		Otras E.P.S.		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total Afiliados	9.319.654	77,1	2.772.807	22,9	12.092.461	100,0
Régimen Contributivo c	Cotizantes		Beneficiarios		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total Afiliados	1.159.121	43,4	1.511.872	56,6	2.670.993	100,0

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

a Según Censo de 1993.

b Última cifra disponible de afiliados al ISS a diciembre de 1995.

c Datos preliminares para 24 E.P.S. de las 25 que suministraron información.

No hay datos oficiales del I.S.S.

La diferencia entre este total de afiliados a EPSs discriminados según cotizantes y beneficiarios y el total anterior, es debida a que CAPRECOM no informó el total de sus afiliados de acuerdo con la desagregación. El total de afiliados de CAPRECOM fue de 101,814

CUADRO 8

COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD				
COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO SEGÚN SEXO				
Rangos Etéreos	Diciembre/95 a		Junio/96 b	
	Afiliados	Participación (%)	Afiliados	Participación (%)
0-1	27.557	4,0%	70.893	2,6%
2-4	52.944	7,7%	262.642	9,5%
5-14	125.198	18,1%	516.229	18,6%
15-44H	175.462	25,4%	693.932	25,0%
15-44M	192.247	27,8%	776.058	28,0%
45-59	75.309	10,9%	293.942	10,6%
60 y más	43.023	6,2%	159.111	5,7%
TOTAL	691.740	100,0%	2.772.807	100,0%

Fuente: División de EPSs. Superintendencia Nacional de Salud.

a Datos disponibles para 11 EPS de 18 aprobadas. No hay datos oficiales del I.S.S.

Las cifras incluyen información de Cafesalud con corte a Septiembre 30 de 1995.

b Datos preliminares para 25 EPS de las 26 aprobadas. No hay datos oficiales del I.S.S.

Los datos según rangos etéreos fueron proyectados a partir de las cifras del FOSGA a agosto de 1996.

Otro de los aspectos que merece destacarse es la rápida aparición de las EPSs, cuyo número aprobado a Junio de 1996 fue de 26, supera todas las expectativas que se tenían inicialmente en el Ministerio de Salud, en donde no se esperaban más de diez EPSs.

Todas ellas en conjunto, incluido el ISS, tienen una capacidad de afiliación aprobada que supera los 15 millones de personas, las cuales han solicitado autorización para operar en más de 900 municipios del país. Entre ellas el ISS hace presencia en cerca de 300 municipios, y algunas Cajas de Previsión que solicitaron convertirse en EPSs (Cajanal y Caprecom) hacen presencia en cerca de 900 municipios del país²⁰. (Ver Cuadro 9)

CUADRO 9

COBERTURA GEOGRÁFICA DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR MUNICIPIOS				
Total municipios en Colombia		1.050		
Municipios Cubiertos	Con una E.P.S.	Con dos o más E.P.S.	Sin E.P.S.	Total
	644	266	150	1050

Fuente: Superintendencia de Salud *
Datos preliminares disponibles para las 26 E.P.S aprobadas

Como ya se mencionó anteriormente, durante 1995 no entró en operación el Régimen Subsidiado en la forma como lo tenía previsto la ley 100 de 1993, por lo que se autorizó a los municipios y departamentos para que durante ese año siguieran manejando la salud de las personas más pobres, en la forma como lo habían venido haciendo desde antes de la reforma. Para ello iniciaron el proceso de aplicación del SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios) y la carnetización de las personas con derecho a recibir subsidios del Estado en materia de salud.

Igualmente cabe mencionar como información preliminar, que en el proceso de licitación competitiva, abierto a principios de 1996 entre las ARSs - Administradoras del Régimen Subsidiado - que aspiran a manejar el Régimen Subsidiado, también se vienen superando todas las expectativas previstas, al presentarse a concurso cerca de ciento cincuenta ARSs dispuestas a cubrir la casi totalidad de los municipios del país²¹.

En el Cuadro 10 se observan los estimativos de la población pobre a cubrir con el Régimen Subsidiado y los datos preliminares a Octubre de 1996 del número de personas que efectivamente se afiliaron a las nuevas ARSs.

²⁰ Datos preliminares suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud.

²¹ Datos preliminares suministrados por la Dirección de Seguridad Social del Ministerio de Salud.

CUADRO 10

COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO			
Total población pobre de Colombia a			12.561.239
Estimativos del No. de Afiliados al Régimen Subsidiado b		No. de Afiliados al Régimen Subsidiado	Porcentaje de Cubrimiento
1995	4.000.000	4.680.606	c
1996	6.000.000	4.385.722	d
1997	9.000.000		
1998	12.000.000		-
			73%

Fuente: Dirección de Régimen Subsidiado de la Seguridad Social. Ministerio de Salud.

a Según Censo de 1985.

b Estimativos anuales de la ampliación de la meta de afiliación de población pobre a ARS.

c Estimativo de población carnetizada en EPS transitorias creadas según decreto 2491/94

d Población efectivamente afiliada a ARS a octubre de 1996

En el Cuadro 11 que se presenta a continuación, realizado por la Universidad de Harvard dentro del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud en Colombia, se hace una aproximación preliminar a lo que sería el equilibrio financiero del Régimen Contributivo a Diciembre 31 de 1995. En él se observa como el Fondo de Solidaridad y Garantía presenta un ligero superávit de \$3.484 millones de pesos, una vez efectuado el mecanismo de compensación interno entre las EPSs. Sin embargo, estos cálculos fueron llevados a cabo con base en supuestos de ingresos y tamaño familiar para el ISS, en razón a que dicha entidad no disponía de cifras precisas, lo que le resta confiabilidad a este ejercicio.

Hacer un cálculo aproximado del comportamiento del equilibrio financiero del sistema en el Régimen Contributivo requiere de un modelo de proyección en el que se incorporen las diferentes variables macroeconómicas y microeconómicas del sector, proceso que en la actualidad se está llevando a cabo por la Universidad de Harvard con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud. Mientras tanto, solo se cuenta con estimativos muy gruesos que no son concluyentes.

CUADRO 11.

Equilibrio Financiero del Régimen Contributivo, 1995

	Estimado
Número de Afiliados	
ISS	9.500.000 ^a
EPS Privadas	956.000 ^b
Total	10.456.000
Número de Afiliados	
ISS	3.800.000 ^c
EPS Privadas	382.000 ^b
Total	4.182.000
Salario promedio por año (en pesos)	
ISS	2.887.828 ^d
EPS Privadas	3.828.456
Contribuciones al régimen contributivo (10.7 por ciento en millones)	
ISS	1.173.784
EPS Privadas	156.484
Total	1.330.268
Desembolsos (en millones de pesos)	
ISS	1.205.360
EPS Privadas	121.425
Total	1.326.785
Equilibrio financiero (en millones de pesos)	
ISS	(31.576)
EPS Privadas	35.070
Superávit (déficit)	3.484

a. Se asume que el tamaño promedio de la familia es de 2.5 en el ISS, ligeramente menor que el 2.58 estimado en la encuesta sobre las EPSs de noviembre de 1995. El tamaño de la familia de los afiliados al ISS no se conoce.

b. Con base en la información de la encuesta sobre EPS de noviembre de 1995.

c.. Fuente: ISS, noviembre de 1995

d. Salario promedio basado en el ingreso promedio contributivo por enfermedad general y maternidad (2.02 veces el salario mínimo legal).

V.- OBSERVACIONES PRELIMINARES AL NUEVO SISTEMA

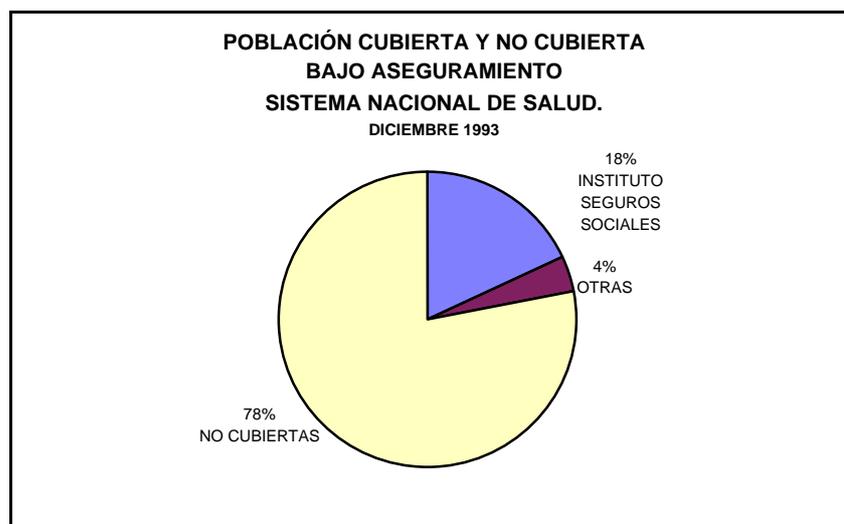
Como se mencionó al principio, aunque son evidentes algunos resultados, es aún prematuro hacer afirmaciones sobre la evolución futura de los principales logros y problemas que se presentan o se van a presentar en la operación del nuevo sistema de seguridad social en salud creado por la ley 100 de 1993.

Es indiscutible que el avance ha sido significativo y que se han dado pasos substanciales en la solución de los problemas que presentaba el anterior sistema.

V.1.- La Afiliación al Nuevo Sistema

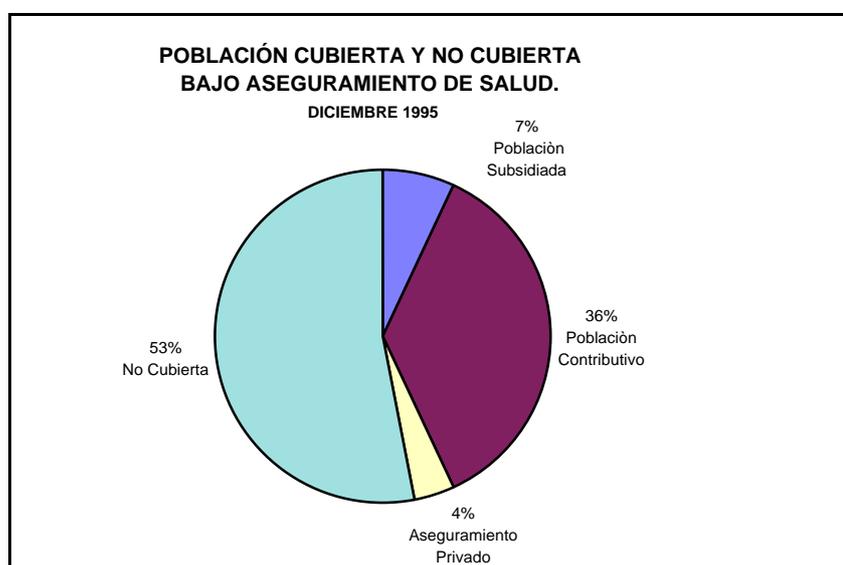
El nuevo sistema en apenas un año y medio ha logrado un aumento sustancial en la cobertura del aseguramiento al pasar de un 22% a un 43% aproximadamente. Sin embargo, cuando esta cifra se analiza con detenimiento se encuentra que la gran mayoría de las nuevas personas afiliadas, corresponden a la familia del trabajador, que en el viejo sistema no estaban cubiertas, como ya se explicó. (ver Gráficas 6 y 7)

Gráfica 6



El verdadero reto de la reforma lo constituye la afiliación de las personas pertenecientes al Régimen Subsidiado, el cual para finales de 1996 espera tener cubiertos a cerca de 6 millones de pobres, quedando por afiliar una cifra similar, para lo cual y de acuerdo a cálculos preliminares, serán necesarios recursos adicionales aun no disponibles en el sistema. Igualmente será necesario acelerar el proceso de transición de subsidios con la finalidad de poder asegurar más personas al Régimen Subsidiado. Como se explicara más adelante, este proceso de transición de subsidios se verá afectado por la inequidad en la distribución de los recursos de oferta a nivel territorial, situación que de no corregirse traerá como consecuencia menores posibilidades de afiliar los pobres de las regiones mas necesitadas.

Gráfica 7



El otro gran reto lo constituye la afiliación de mas del 50% de la población laboral colombiana perteneciente en especial al sector informal de la economía, la que en conjunto con sus familias representan cerca de 12 millones de colombianos (un 35% de la población total del país), actualmente marginada del sistema y para quienes, como se explicara más adelante, los actuales mecanismos de afiliación y pago de aportes, crean inequidades con relación a los demás trabajadores del sector formal, que dificultarán su incorporación al Régimen Contributivo.

V.2.- Los Recursos del Nuevo Sistema. Su Viabilidad Financiera

El aumento en los recursos disponibles es considerable, así como también la claridad en las reglas de juego que determina una verdadera integración de los diferentes actores que participan en el sector.

Sin embargo, el proceso de adaptación al que se están viendo sometidas las antiguas entidades de seguridad social, en especial el ISS, se constituye en un factor de tardanza y aun de peligro para los objetivos generales del nuevo sistema, habida consideración de su tamaño en cuanto al número de afiliados que actualmente llega a los diez millones de personas, al monto de los recursos administrados y al centralismo y la injerencia política en su manejo, que le confieren a dicha institución la denominación de “gigante del sector público”, que como la experiencia lo demuestra, por múltiples razones, entre ellas la confluencia de intereses a veces contrarios, presenta enormes dificultades para moverse frente a las exigencias del cambio, máxime cuando éste implica modificaciones substanciales en sus principales rutinas que ahora se ven sometidas a la competencia.

Es igualmente indiscutible el aumento de los distintos recursos de origen fiscal, la mayoría de los cuales quedaron claramente definidos y protegidos en sus montos y asignaciones por la Constitución Política del 91 y por las leyes 60 y 100 de 1993, sin embargo, algunos de ellos, como los provenientes del presupuesto nacional en el denominado peso por peso que debía hacerse con los fondos de solidaridad aportados por los trabajadores, como también aquellos provenientes de las fuentes propias de los departamentos y municipios, quedan en última instancia supeditados a la voluntad política del gobernante de turno de querer asignárselos al sector.

Para el Régimen Contributivo, el equilibrio financiero se constituye en un ejercicio supeditado a múltiples variables que lo hacen bastante frágil. La primera de ellas está relacionada con que los recursos para que opere la compensación entre los trabajadores del Régimen Contributivo, son automáticos, es decir, que con el solo hecho de afiliarse a una EPS, cualquier trabajador y su familia tendrán el respaldo del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA para recibir las UPC, así su aporte no sea suficiente para cubrirlas. Por lo tanto, la compensación queda supeditada a que se generen suficientes excedentes que permitan hacerlo.

Lo anterior, como se sabe, depende de que simultáneamente a la afiliación de los trabajadores más pobres, los trabajadores de altos ingresos también decidan afiliarse a una EPS y no subdeclaren sus ingresos. Dicho de otra manera, resulta bastante complejo hacer proyecciones de ingresos y gastos para los excedentes.

Para finales de 1995, como se observa en el Cuadro 11, el equilibrio financiero era precario, en el sentido de que los excedentes eran muy pocos, habida cuenta que el sector informal de la economía, generalmente de más bajos ingresos, aun no estaba afiliado en su mayoría.

V.3.- La Distribución de los Recursos y la Transición de Subsidios

Surge además otro problema con los recursos de origen fiscal, el cual se ha venido documentando cada vez con mayor precisión²² y es el de la inequitativa distribución de los recursos entre las regiones, lo que muestra que en general estos se distribuyen en consideración al nivel de gasto previo. Dicho de otra manera, reciben más recursos per cápita las regiones que tradicionalmente han tenido niveles mayores de gasto, situación asociada casi siempre con los departamentos y municipios de mayor poder económico y político, procedimiento que reguló y trató de corregir la ley 60 de 1993, al parecer sin mucho éxito.

Aunque esta circunstancia de redistribución inadecuada puede ser subsanada parcialmente en el futuro con los recursos conocidos como “subsidios de demanda”, en el evento de que estos aumenten como está previsto en la reforma, producto de la transición

²² Observaciones sobre datos preliminares de distribución de recursos fiscales a los Municipios, hechas por el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud en Colombia que adelanta la Universidad de Harvard.

de los denominados “subsidios de oferta”, el problema no se corrige en su totalidad, dejando latente el riesgo de que ésto nunca se de y traiga como consecuencia un mayor rezago en materia de salud de las regiones que tradicionalmente han sido menos favorecidas.

Lo que se concluye de las observaciones preliminares hechas a la distribución de los recursos de oferta entre regiones, es que dada su inequidad histórica que como ya se mencionó no es corregida por las nuevas leyes, en muchos municipios de Colombia, especialmente en los más pobres, el per cápita con el que se cuenta proveniente de los denominados subsidios de oferta que se destinan a financiar la atención de los llamados “vinculados transitorios” al Sistema, es inferior al valor de la UPC subsidiada, lo que significa que si se hace transición de subsidios hacia la demanda, éste per cápita será cada vez menor, dejando desprotegidos a quienes por alguna circunstancia no se han vinculado al Régimen Subsidiado y que no tiene otra opción que recurrir a los hospitales públicos. En las Gráficas 8, 9 y 10 se observa la distribución per cápita de los recursos de oferta que deben destinarse a la atención de los vinculados transitorios, con relación al valor de la UPC del Régimen Subsidiado y Contributivo.

En otras palabras, si el per cápita de oferta es por ejemplo la mitad de la UPC subsidiada, se estarían cambiando los recursos con los que se cuenta para atender dos vinculados transitorios por una UPC subsidiada, con la que sólo se atiende uno solo de los dos, dejando completamente desprotegido al otro.

Lo anterior sugiere estudiar con mayor profundidad la situación que se presenta, buscando alternativas de solución viables, las cuales para que sean efectivas probablemente impliquen una modificación a las normas sobre distribución de recursos públicos, en especial de aquellas contempladas en la ley 60 de 1993.

Gráfico 8
Recursos de oferta por vinculado por departamento, 1996

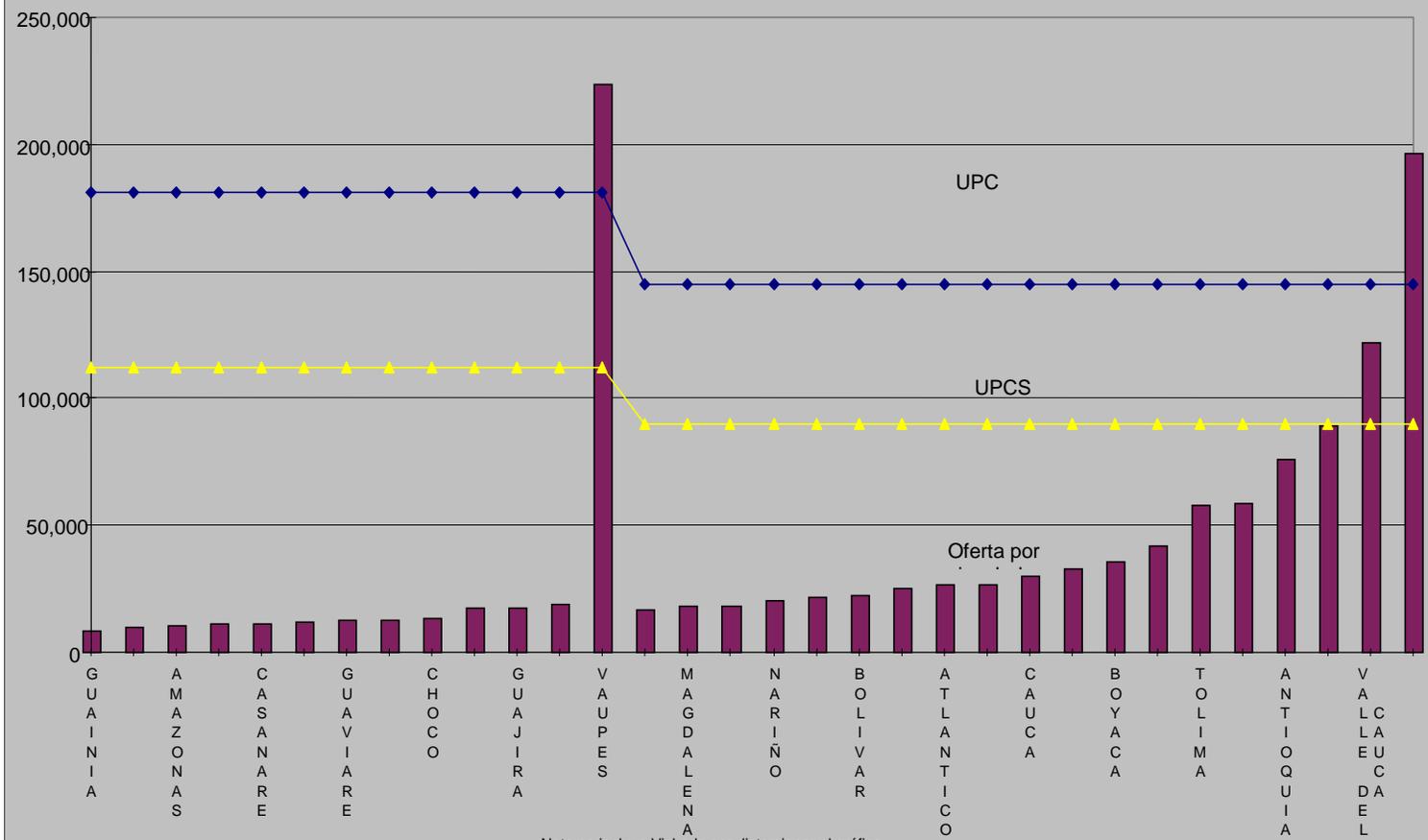
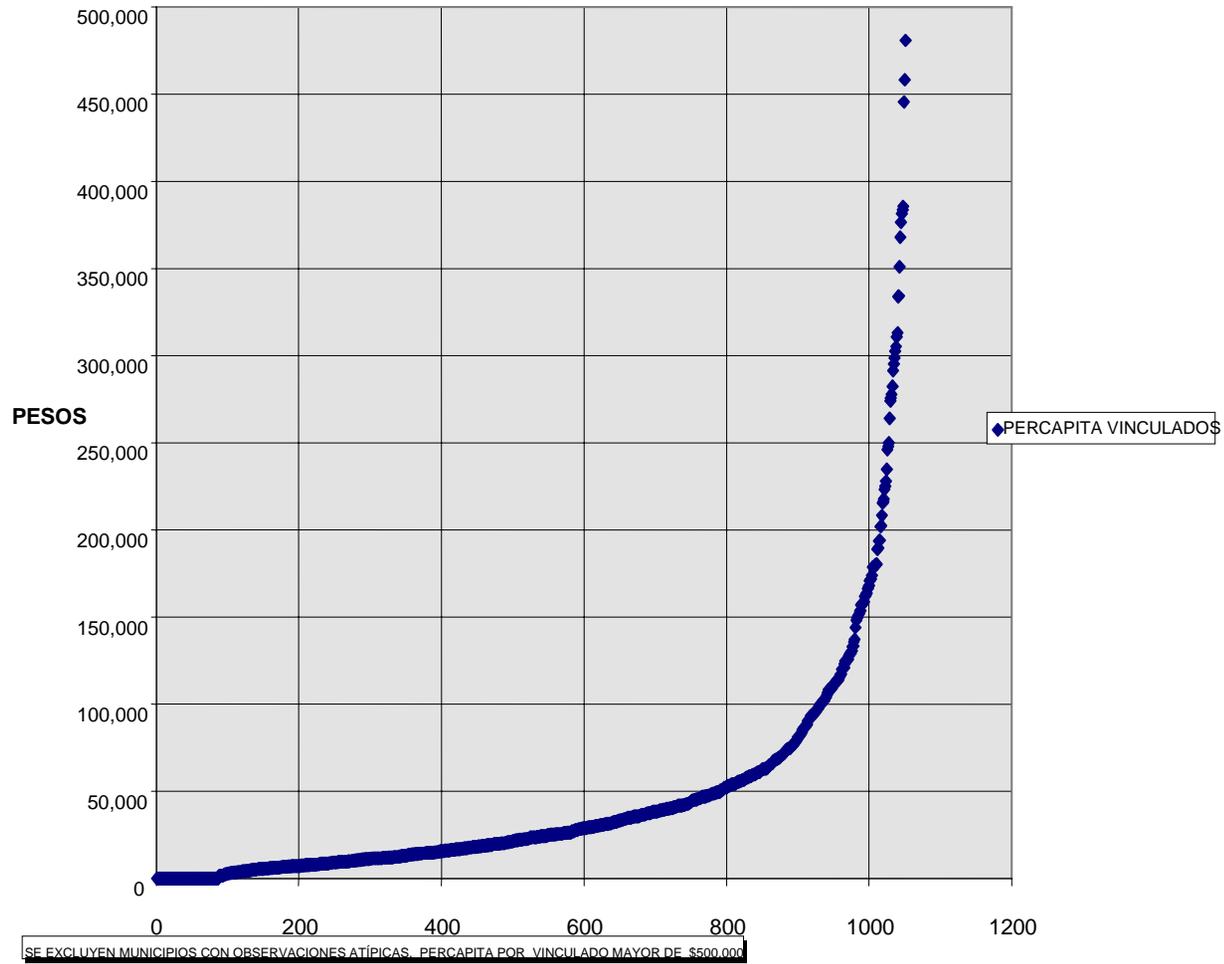
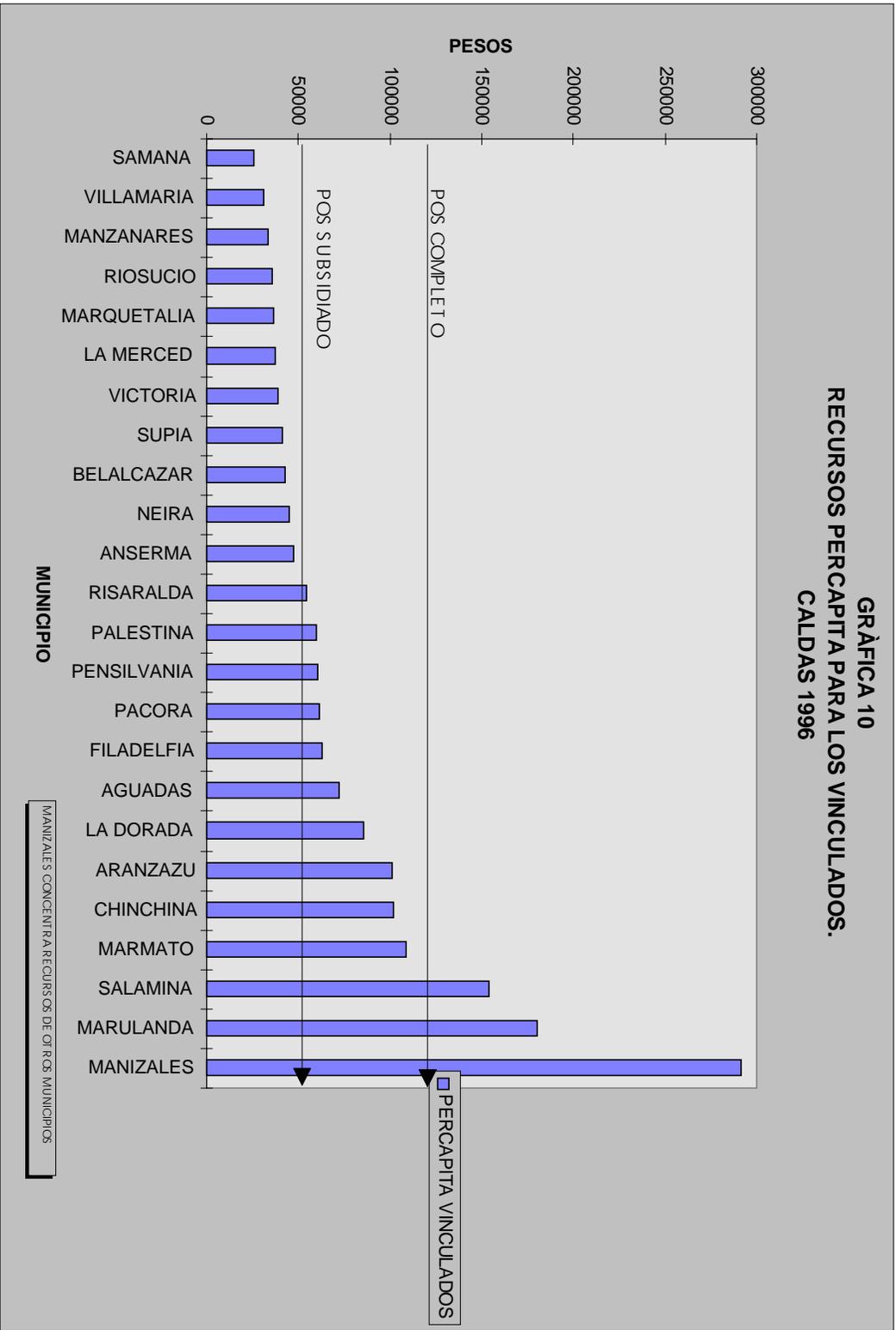


GRÁFICO 9.
RECURSOS PERCAPITA PARA VINCULADOS POR MUNICIPIO.
1996.





V.4.- La Evasión en el Pago de Aportes Obligatorios

En el Régimen Contributivo también se vislumbran dificultades por resolver. La primera de ellas esta relacionada con el problema de la evasión de aportes obligatorios al sistema por parte de los empleadores y los trabajadores, que coloca en peligro la meta de cobertura universal del sistema y aún el de su equilibrio financiero, problemas que tienen origen en buena parte en los mecanismos que fueron diseñados en la reforma para la afiliación y el pago de los aportes.

La afiliación obligatoria al sistema, persigue en esencia dos objetivos que son el de lograr que todos los colombianos estén cubiertos con un seguro de salud y el de garantizar su financiación mediante el pago de la cotización aplicada a los ingresos de los trabajadores. Aunque estos objetivos son apenas lógicos, enfrentan problemas muy difíciles de resolver que cuestionan la funcionalidad de los mecanismos que se diseñaron para la afiliación y financiación del sistema, en cuanto al pago y recaudo de aportes.

Hacer efectiva la obligatoriedad de la afiliación a más de la mitad de los trabajadores colombianos que pertenecen al sector informal de la economía, los que conjuntamente con sus familias representan cerca de 12 millones de ciudadanos, va a ser una meta bien difícil de lograr, en razón a que la inmensa mayoría de estos trabajadores no están ligados formalmente con la economía, como lo es el hecho de no tener un patrono, de derivar sus ingresos de ventas o prestación de servicios que hacen a personas individualmente y, de nunca haber pagado impuestos. Probablemente muchos de ellos pagan servicios públicos, tienen licencia de conducir o sus hijos asisten a establecimientos educativos, con lo que podría pensarse que sería factible exigirles la afiliación a la seguridad social, previa a la ejecución de los trámites mencionados. Sin embargo, la experiencia en Colombia demuestra como estos mecanismos de “paz y salvo” previos, son poco efectivos, en algunos casos ilegales y se convierten en fuentes de corrupción.

De la misma manera, existe un mecanismo único para la afiliación, que no consulta las diferencias que existen entre las múltiples formas y condiciones de empleo existentes en el mercado laboral colombiano, en aspectos tales como la dependencia de un patrono, el monto y la estacionalidad de los ingresos laborales, circunstancia que genera inequidades y claros estímulos a evadir la afiliación y el pago de los aportes.

El caso más palpable es el del trabajador independiente para quien la afiliación resulta más onerosa, al tener que pagar él solo la totalidad del aporte y al no beneficiarse de otros programas, entre otros, como la protección a los riesgos laborales. Esto adicionalmente hace que las EPSs los rechacen como afiliados potenciales, para quienes por las razones expuestas, resulta más costosa y riesgosa su afiliación.

El segundo gran objetivo de la obligatoriedad en la afiliación, es el de obtener los recursos suficientes que requiere la operación del sistema, especialmente los que son necesarios para financiar la UPC de los más pobres y de aquellos a quienes su propio aporte no alcanza para cubrir el valor de su prima de seguros, para quienes el costo de los servicios sería un obstáculo importante para acceder a la atención en salud. Esto, en esencia, es un claro objetivo de redistribución de ingresos inherente a la naturaleza de algunos impuestos. Sin embargo, si en el fondo esto es lo que se persigue, la obligatoriedad solo debería estar dirigida a quienes están en capacidad de pagar un impuesto, que sería utilizado para hacer redistribución entre pobres y ricos, mecanismos conocidos en el sistema como la solidaridad y la compensación. No obstante, la obligatoriedad en la afiliación persigue otro objetivo, cual es el de tratar de regular el mercado evitando mercados paralelos de afiliación y prestación de servicios.

La solidaridad y la compensación son mecanismos deseables para hacer más equitativo el sistema. Sin embargo, son muy pocos los que no se sienten molestos cuando

tienen que pagar un impuesto, máxime cuando éste es considerado excesivo con relación a lo que se obtiene de él. Podría decirse que esto sucede en el actual sistema colombiano por el hecho de que un aportante de altos ingresos estaría pagando al sistema unas veinte veces lo que valen los beneficios obtenidos. Igual podría decirse del trabajador de más bajos ingresos para quien ni siquiera su aporte le alcanza para cubrir el valor de los beneficios recibidos, pero debe ser solidario con los pobres. Esta situación induce a subdeclarar los ingresos sobre los que se debe aportar y aun más, a no pagarlos en su totalidad.

Lo anterior muestra como con el aporte obligatorio de salud se financian dos cosas con objetivos distintos: la UPC que se destina al pago del seguro de salud de cada individuo y su familia, la que es subsidiada total o parcialmente en algunos casos y; el impuesto para hacer redistribución de ingresos hacia los más pobres, el que solo deberían pagar los trabajadores de mayores ingresos, para quienes en promedio sus aportes obligatorios, una vez restadas las UPC, genere excedentes, nivel que el autor denomina el Ingreso Promedio de Equilibrio IPE²³. El recaudo de este impuesto podría hacerse mediante mecanismos de retención automática sobre los ingresos pagados a los trabajadores, conocidos en Colombia como la retención en la fuente, y no recaudado a través de las EPS como se hace actualmente, para quienes su recaudo no solo no les aporta ningún beneficio sino que representa un costo adicional no compensado.

En este orden de ideas, para el sector informal de la economía y la pequeña empresa, los aportes a la seguridad social que son del 12% a salud, 13,5% a pensiones, los aportes parafiscales (SENA, ICBF, Cajas de Compensación) que representan otro 9%, sumados con los demás costos laborales, se constituyen en una severa carga que incentiva la evasión y desincentiva el empleo formal.

Una reciente investigación²⁴, que da una idea muy parcial del problema, muestra como la subdeclaración de ingresos en el ISS es mayor en los deciles más ricos de la población representando para 1992 una cifra aproximada de 100 millones de dólares.

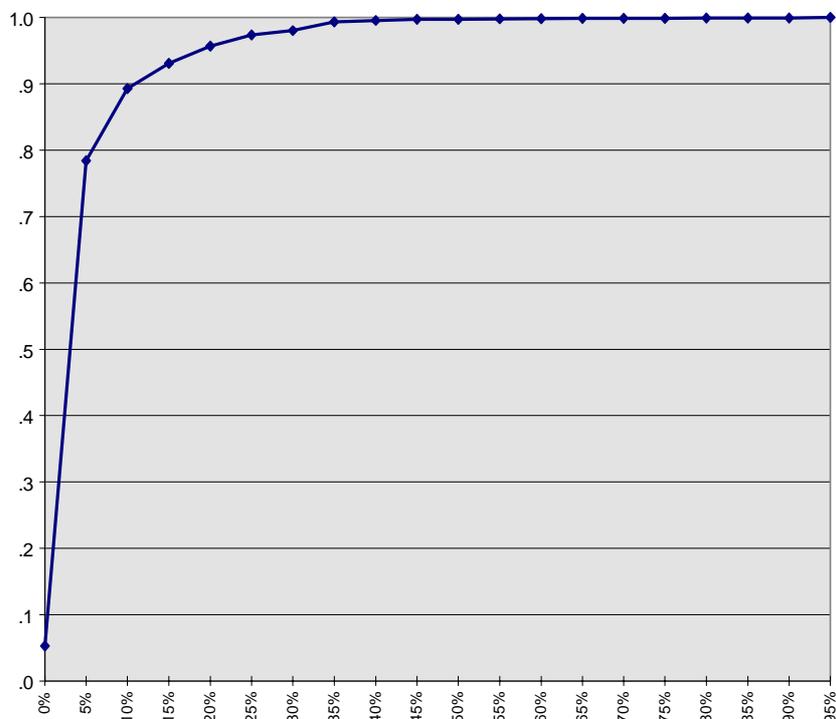
Actualmente el autor, conjuntamente con otros investigadores adelanta un estudio²⁵ con el que se busca calcular el monto de la evasión en el pago de los aportes obligatorios al sistema de salud, de cuyos resultados preliminares se puede concluir que los mayores niveles de evasión se encuentran en los deciles de mayores ingresos de la población y que para mencionar solo un ejemplo, controlando una persona de bajos ingresos se recuperaría un peso evadido frente a trece pesos en una persona de altos ingresos. Esto además permite suponer que controlar la masa de aportantes de medianos y bajos ingresos probablemente no se vería compensada en sus recaudos comparado con el costo necesario para hacerlo. (ver gráfica 11)

²³ "La Reforma a la Salud en Colombia". Informe final, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Ministerio de Salud- Universidad de Harvard. Santafé de Bogotá, 1996.

²⁴ Vélez, Carlos Eduardo. "Costo Social y desigualdad. Logros y Extravíos" D.N.P. Misión Social. 1995. Colombia. 179 pág.

²⁵ Giedion Ursula, Morales Luis y Plaza Beatriz. "La evasión en el pago de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud". Santafé de Bogotá, 1996 (en ejecución).

GRÁFICO 11
DISTRIBUCIÓN DE EVASIÓN POR DECILES DE INGRESO
 (DECIL DE INGRESO VS PORCENTAJE DE EVASIÓN)



El mecanismo diseñado para el recaudo de los aportes, parece no ser el más adecuado. Son las EPS quienes deben afiliar y cobrar los aportes, de los cuales ellas mismas extraen el valor de la prima ajustada (UPC) correspondiente al número de afiliados, de donde como ya se explicó, pueden generarse excedentes que deben ser enviados al Fondo de Solidaridad y Garantía, o déficit, en cuyo caso, éstos siempre serán cubiertos por el mismo Fondo. Esto indica claramente que el nivel de ingresos de las EPS no depende de los recaudos que ellas hagan por concepto de aportes obligatorios, además de que esto tiene un costo que no se vería compensado por mayores recaudos. Esta circunstancia no crea incentivos a las EPSs para ser estrictas y eficientes en el control de la evasión, además de que no poseen las herramientas legales para aplicar las sanciones. Igualmente, si las EPSs están compitiendo por obtener y conservar los afiliados, sería poco creíble que estuvieran dispuestas a denunciarlos por evasores.

A lo anterior se suma la dispersión en cuanto a las funciones e instituciones que deben encargarse de ejercer la vigilancia, el control y la sanción sobre el proceso de declaración de ingresos y recaudo de aportes obligatorios para la seguridad social.

Hay varias superintendencias que vigilan diversas ramas de la seguridad social como lo son la de Salud, del Subsidio Familiar, la Bancaria y la de Sociedades. Existen varias entidades que afectan los ingresos laborales para financiar programas de seguridad social como lo son las mismas EPSs, las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP, las Administradoras de Pensiones y Cesantías AFP, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA. Hasta la fecha no hay entre ellas procesos o mecanismos claros de trabajo conjunto que permitan la utilización de la información básica, que es la misma para todos, que

conduzca a hacer más eficiente las labores de vigilancia y control sobre la afiliación y el pago de los aportes, con el agravante de que al utilizar mecanismos y canales diferentes se tornan más onerosos en su manejo, tanto para el trabajador como para el patrón y el mismo sistema.

La anterior situación de dispersión en las actividades de vigilancia y control, ameritaría que se estudie la posibilidad de crear una sola Superintendencia para el sector de la salud y la seguridad social.

V.5.- Los Seguros Paralelos

La existencia de seguros paralelos, denominados así por que esencialmente buscan cubrir contingencias de salud y enfermedad a los mismos trabajadores afiliados al sistema a través de las EPS, como aquellos destinados a cubrir los riesgos laborales y los accidentes de tránsito, están sujetos a normas y lógicas de manejo diferentes a la diseñadas para la operación del POS a través de las EPS.

Podría decirse que su manejo separado de las EPSs no tiene sentido dado que son solo fuentes de financiación diferentes, para eventos de enfermedad que están descritos en el POS, circunstancias que en el fondo terminan afectando los mismos pacientes afiliados a las EPS.

Por lo tanto, no resulta aventurado suponer, que estos seguros conllevan ineficiencia en la utilización de los recursos del sistema de seguridad social en salud, explicada por los costos de administración, mercadeo y publicidad en los que deben incurrir las respectivas aseguradoras, los que no se justifican si ya existen las EPS cuya función es la misma, al menos en los aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Otra cosa son las coberturas para los riesgos económicos derivados de estas contingencias, los que probablemente son asuntos mejor manejados por el sector asegurador.

Las bajas tasas de ocupación observadas en las clínicas construidas en Chile para la atención exclusiva de los riesgos laborales, confirman lo dicho y hacen suponer que quizás este no sea el camino más adecuado.

Por último, estos sistemas paralelos se constituyen en un riesgo para la regulación y operación del sistema de seguridad social en salud, al crear alternativas distintas para la contratación y pago de servicios de salud, que pueden incidir en la segmentación de pacientes y servicios con posibles efectos sobre la inflación en el sector.

BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política Colombiana (1991).
- DANE (1992), "Encuesta Nacional de Hogares de 1992".
- DANE (1993), "Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEM".
- Giedon Ursula, Morales Luis y Plaza Beatriz (1996), "La Evasión en el Pago de los Aportes Obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud". Santafé de Bogotá. 1996 (en ejecución).
- Ministerio de Salud (1990), "La Salud en Colombia. Análisis Sectorial". Documento General.
- Ministerio de Salud (1994), "La Salud en Colombia. Diez Años de información". Santafé de Bogotá, 1994.
- Ministerio de Salud (1994), "La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Antecedentes y Resultados". Santafé de Bogotá, 1994.
- Ministerio de Salud-Universidad de Harvard (1996), "La Reforma a la Salud en Colombia". Informe Final, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Santafé de Bogotá, 1996.
- Superintendencia Nacional de Salud (1995), "Estudio sobre las Cajas de Previsión en Colombia".
- Vélez, Carlos Eduardo (1995), "Costo Social y Desigualdad. Logros y Extravíos". D.N.P., Misión Social, 1995.