

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II

Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-018-X (Volumen II)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF
COMPILADORES

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Luis Gonzalo Morales Sánchez

INTRODUCCIÓN

Con este trabajo se pretende mostrar el más crucial de los aspectos en el desempeño de cualquier reforma: su 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 es la realidad a la que se está enfrentando en sus inicios, en donde indudablemente aparecen dificultades que habrá que ir superando.

Aún es muy temprano para hablar de éxitos o fracasos con el nuevo esquema, teniendo en cuenta su diseño teórico novedoso y complejo, en apenas año y medio de funcionamiento efectivo (1995/1996), 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 constituye 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 a emprender esta tarea.

En la primera sección se hace un recuento de la forma cómo 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 el sector se ha venido financiando, especialmente aquellos definidos por las leyes 60 y 100 de 1993, que se constituyen en las principales normas en 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 año y medio de operación (1995/1996). Entre otros, aspectos como la cobertura alcanzada, el desarrollo institucional de la nuevas EPS y el equilibrio financiero del sistema.

En la última sección, el autor hace una serie de reflexiones en torno a temas que en el futuro serán decisivos 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 una parte existía un sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal, que cubría cerca del 22% de la población y, por otra, el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población, que apenas alcanzaba a cubrir, de manera limitada, el 40% de ella.¹

Cerca de un 25% de los habitantes prácticamente no tenían acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación que provenía directamente de su bolsillo,² en especial las personas de los estratos de altos ingresos quienes compraban servicios en el sector privado.

La ley 100 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.

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 aquéllas utilizadas por el Ministerio de Salud (MINSALUD) para justificar la aprobación de una nueva ley que modificara el sistema imperante. Entre las principales fuentes se cuentan Ministerio de Salud (1994 y 1996) y Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (1992).

2. Denominación dada al gasto privado en salud (Ministerio de Salud, 1994 y 1996; DANE, 1992).

Esto se pretende alcanzar mediante la creación de las denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), 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 Plan Obligatorio de Salud (POS).

El valor del POS, también regulado en su precio y conocido como Unidad de Pago por Capitación (UPC), 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, que se aplica a aquellas personas con capacidad de pago, quienes deben aportar un porcentaje de sus ingresos (12%), los que en 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 aquéllos cuyo aporte es insuficiente para pagar las UPC; mecanismo que en la nueva ley se denomina la *compensación*.

Igualmente, del régimen contributivo se hacen aportes para las personas más pobres pertenecientes al régimen subsidiado, al destinar un punto del 12% recaudado 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 en forma sustancial como consecuencia de las leyes 60 y 100 de 1993, a tono con el proceso de descentralización que simultáneamente se viene impulsando 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.

En 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 sustantivo en la forma de entrega los recursos a los hospitales públicos, asignados tradicionalmente mediante presupuestos históricos destinados a subsidiar la

oferta, que no guardaban relación con el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni con el volumen y calidad de los servicios producidos. En adelante, los hospitales públicos deberán convertirse en entidades autónomas eficientes denominadas empresas sociales del estado, y les serán eliminados gradualmente los "subsidios 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 EPS.

Las EPS recibirán por cada afiliado una UPC o prima ajustada por riesgo, destinada a financiar la prestación de servicios. En la nueva ley este mecanismo se denomina *subsidios 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 mayor 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 dicho sector, 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 obtenga 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

1. MECANISMOS DE OPERACIÓN Y FINANCIACIÓN ANTES DE LA REFORMA DE 1993

a) 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 hace poco tiempo con la promulgación 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 1977 y 1980 se hacen reformas al ICSS mediante los decretos ley 1650, 1651, 1652 y 1653 de 1977, convirtiendo a la entidad en el actual Instituto de Seguros Sociales (ISS) en el cual se aplicarían las siguientes medidas:

- Descentralización administrativa.
- Reorganización interna a nivel nacional, seccional y local.
- Nueva planta de personal: los funcionarios se diferenciarán en empleados públicos, funcionarios de seguridad social y trabajadores oficiales.
- Nuevo régimen laboral: se adopta la carrera administrativa del funcionario de la seguridad social.
- Modificación en los sistemas de atención en salud y prestaciones económicas.
- Reorganización financiera: se establece 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 dictación 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 con claridad a los entes territoriales los recursos necesarios para el cumplimiento de sus nuevas obligaciones, lo que significó un pobre desarrollo de su aplicación, al punto que no más de 15 de las más de 1 000 municipalidades del país se descentralizaron en salud.

Posteriormente, con la promulgación de la nueva Constitución Política en 1991 y como resultado de ella, se aprobaron las leyes 60 y 100 de 1993 con las cuales, especialmente con la primera, se precisaron los recursos que debían ser asignados a los territorios para que pudieran asumir de manera efectiva las responsabilidades en materia de salud conferidas anteriormente por la ley 10 de 1990.

Hasta antes de la dictación 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 ISS 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 aun duplicación de acciones, con un resultado de bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos.

b) La financiación y operación del subsistema de la seguridad social

Este subsistema, como ya se mencionó, tenía como finalidad cubrir la atención por 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 ISS y para los segundos por las Cajas de Previsión, de las cuales existían más de mil en el país, 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 fines de la década de 1940 con la idea de llegar a cubrir toda la población colombiana. En sus inicios se estableció 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, la cotización en salud para el ISS era del 7% de los ingresos laborales de cada trabajador,³ a quien le correspondía pagar una tercera parte,⁴ con lo que se cubría en forma total con servicios de salud al afiliado y, de manera parcial, a su cónyuge e hijos menores de un año. 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; en estos lugares debía cotizarse el 12%. Al 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 por enfermedad y las pensiones. El resto de los costos por estos dos conceptos debía ser asumido por el

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 en un punto la cotización para la medicina clásica.

4. Los dos tercios restantes eran pagados por el empleador.

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

Dentro de la denominación de Cajas de Previsión se incluían 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 personas (Superintendencia Nacional de Salud, 1995).

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 instituciones.⁵ En Colombia alrededor de la mitad de los empleos se ubican en el sector informal de la economía, no cubierto en gran 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.

c) 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 ya fuera total o parcialmente al sector privado. Dicho subsector estaba constituido por la red de hospitales públicos,

5. Cálculos del autor realizados a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), llevada a cabo por el DANE en 1993.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DEL EMPLEO EN COLOMBIA SEGÚN CATEGORÍA Y SECTOR,
DE ACUERDO CON LAS RAMAS DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA
(En porcentajes)

	Trabajadores por cuenta propia	Asalariados de las micro- empresas ^a	Patronos de las micro- empresas	Servicio doméstico	Trabajadores familiares sin remunerac.	Total sector informal ^b	Asalariados de las otras empresas ^c	Asalariados del gobierno	Patronos de las otras empresas ^c	Profesionales y técnicos independ.	Empleo total
Actividades no bien especificadas	0.0	0.1	-	-	-	0.0	0.0	0.1	-	-	0.0
Agricultura, caza y pesca	0.9	0.6	1.5	-	0.2	0.8	1.1	0.3	2.3	1.2	0.9
Minas y canteras	0.2	0.2	0.1	-	-	0.2	0.5	0.9	-	0.7	0.4
Industria manufacturera	15.6	23.4	24.0	-	23.2	18.4	36.5	1.1	32.7	3.8	23.6
Electricidad, gas y agua	-	0.2	0.0	-	-	0.1	0.3	4.5	0.3	-	0.5
Construcción	9.1	7.7	12.2	-	1.7	8.1	7.6	0.7	19.0	4.7	7.4
Transporte, almacenamientos y comunicaciones	8.2	8.0	3.0	-	0.4	6.7	7.3	5.5	3.5	0.6	6.7
Comercio y hotelería	41.6	32.2	37.4	-	64.0	34.7	19.1	0.5	27.5	2.0	25.0
Finanzas	2.1	7.0	6.9	-	2.7	4.3	12.0	4.2	5.3	51.0	8.2
Servicios sociales y comunales	22.3	20.6	14.9	100.0	7.8	26.7	15.6	82.2	9.4	36.0	27.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: "Encuesta Nacional de Hogares DANE. Grandes Ciudades. Separata Avance", *El Tiempo*, 30 de octubre de 1995.

^a Diez o menos trabajadores permanentes.

^b Trabajadores por cuenta propia, no profesionales ni técnicos, asalariados y patronos de la microempresa, servicio doméstico y trabajadores familiares sin remuneración.

^c Más de 10 trabajadores permanentes.

organizada por niveles de complejidad bajo la concepción del Sistema Nacional de Salud, y representada por cerca de 1 000 instituciones con alrededor de 45 000 camas hospitalarias (Ministerio de Salud, 1994a), las que en los niveles más bajos de complejidad presentaban tasas de ocupación inferiores al 50% y que, en su gran mayoría, dependían administrativa y financieramente de los departamentos y del Ministerio de Salud; en su manejo prácticamente no participaban las municipalidades.

Teóricamente este subsistema cubría al 70% de la población colombiana, pero en realidad sólo entre un 40% y 45%, dejando cerca del 25% de los habitantes sin acceso real a los servicios de salud (DANE, 1993).

La dirección del subsistema, concebida según la teoría de los sistemas, estaba mayoritariamente centralizada 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 era aquella parte del sistema encargada exclusivamente de la prestación de los servicios, de modo que 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.

Los recursos básicos de financiación de este subsector provenían 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, de modo que, por ejemplo, las regiones más ricas y poderosas políticamente eran las que más recursos recibían, como lo demuestran fácilmente las enormes diferencias entre ellas y otras más pobres en relación al desarrollo del sector. En el gráfico 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 del subsector se denominaba Situado Fiscal, el cual correspondía a la participación del sector salud con respecto al presupuesto nacional, el que se distribuía de la forma ya mencionada y era entregado directamente a los departamentos, cuyos gobernadores, nombrados por el Presidente de la República, se encargaban de distribuirlo entre sus municipalidades en donde primaban

igualmente los criterios ya expuestos. En la inmensa mayoría de los casos estos recursos representaban más del 80% del presupuesto de los hospitales públicos, y en algunos eran su única fuente.

La segunda fuente de recursos en orden de importancia se denominaba Rentas Cedidas, que correspondían a impuestos de carácter nacional cuyo recaudo y manejo se delegaba a los departamentos, y se trataba básicamente de tributos por concepto de producción y distribución de licores, tabacos y juegos de azar, los que también eran cuantiosos en los departamentos más ricos.

Se utilizaba además otra serie de recursos de muy escasa 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 expuestas*; algunos impuestos locales por trámites notariales y las denominadas cuotas de recuperación que correspondían a una especie de copago que hacían los usuarios al utilizar los servicios hospitalarios, cuotas que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares realizada en 1992 se constituían, en el 50% de los casos no atendidos, en el principal obstáculo para acceder al servicio de salud (DANE, 1992).

2. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN Y OPERACIÓN PROPUESTOS EN LA REFORMA DE 1993

a) Antecedentes

La reforma a la seguridad social de 1993 se remonta en sus orígenes a 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"* (República de Colombia, 1991) de todos los habitantes de la nación. Igualmente, con la promulgación 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, en tanto que las leyes 60 y 100 de 1993 entre otras, desarrollan varios de sus aspectos en especial los de salud y educación.

En este nuevo esquema desaparecen los antiguos subsectores de la seguridad social —el público y el privado— para dar paso a los regímenes contributivo y subsidiado y temporalmente al de los vinculados transitorios, este último creado para atender durante el ajuste del sistema a quienes aún no se hubieren afiliado al régimen subsidiado. Con ello se pretende alcanzar la verdadera integración que se requería y se busca así eliminar las duplicidades existentes.

De la misma manera desaparecen también 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 establecen un Plan Obligatorio de Salud (POS) y una Unidad de Pago por Capitación (UPC) 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 (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), 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 *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional 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 organización, y que además delega en las EPS el recaudo y manejo de los recursos que, por ley, son de propiedad del sistema. Éste se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: i) la de Compensación, ii) la de Solidaridad, iii) la de 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 virtualmente se duplican para el año 2000,⁶ 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 les 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 el sector tendrá en los recursos obtenidos 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 (ARP) y eliminando de paso eliminando el monopolio que en ese campo tenía el Instituto de Seguros Sociales (ISS). Este sistema, dirigido exclusivamente a los trabajadores del sector formal de la economía, se financia en su totalidad con aportes hechos por el patrón.

Por último, se define un Plan de Atención Básica (PAB) 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 (véase el gráfico 1).

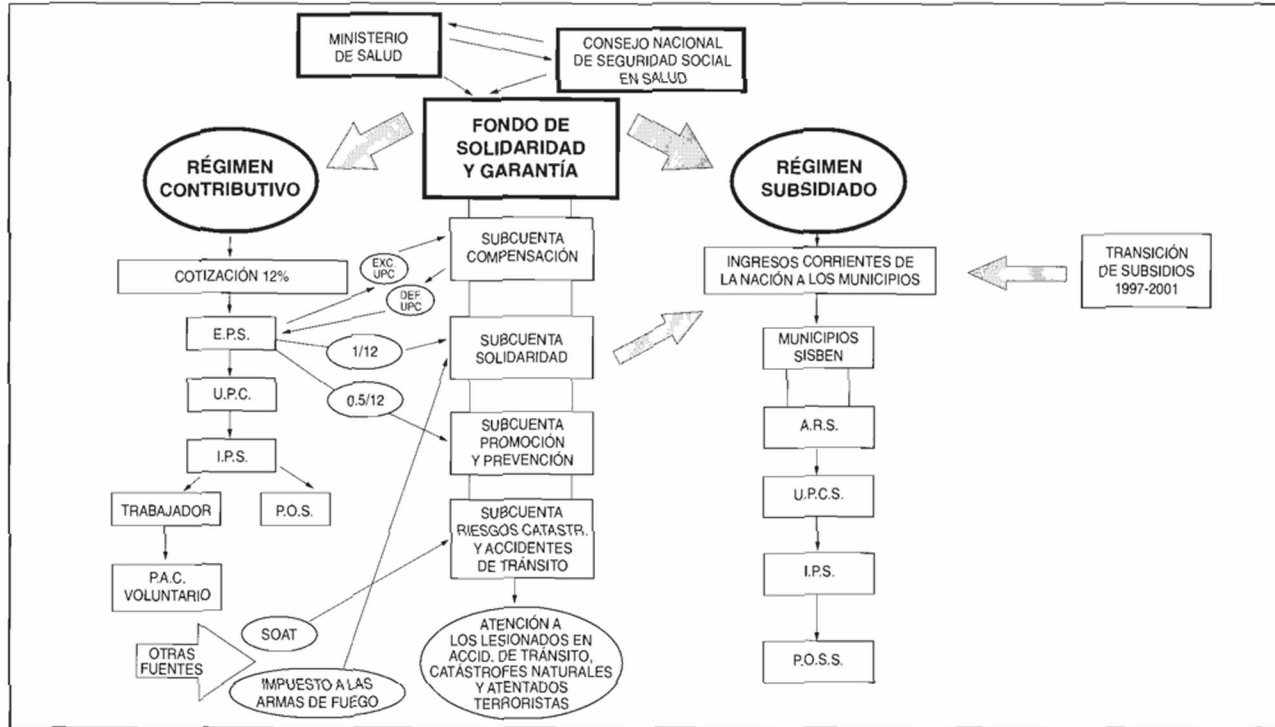
A pesar del gran esfuerzo de la reforma por integrar todos los sectores bajo el mismo esquema de seguridad social, los miembros de las fuerzas armadas, los educadores y los trabajadores de la empresa estatal de petróleos, que en conjunto con sus familias suman cerca de un millón de personas, por presiones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

b) 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, y es financiado con un porcentaje sobre los ingresos de aquellos con

6. Pasan de 895 mil millones de pesos en 1994 a 1 869 billones en el año 2000 (Ministerio de Salud, 1994, p. 51).

GRÁFICO 1
 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. LEY 100 DE 1993



Fuente: Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.
 Nota: 0.5/12 = medio doceavo.

capacidad de pago. El aporte será pagado conjuntamente con sus patronos o en forma total por el trabajador. Se calcula que la población susceptible de afiliarse a este régimen es de aproximadamente el 70% de los colombianos (Ministerio de Salud, 1994b).

El citado régimen se estructura básicamente a través de las EPS, 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.

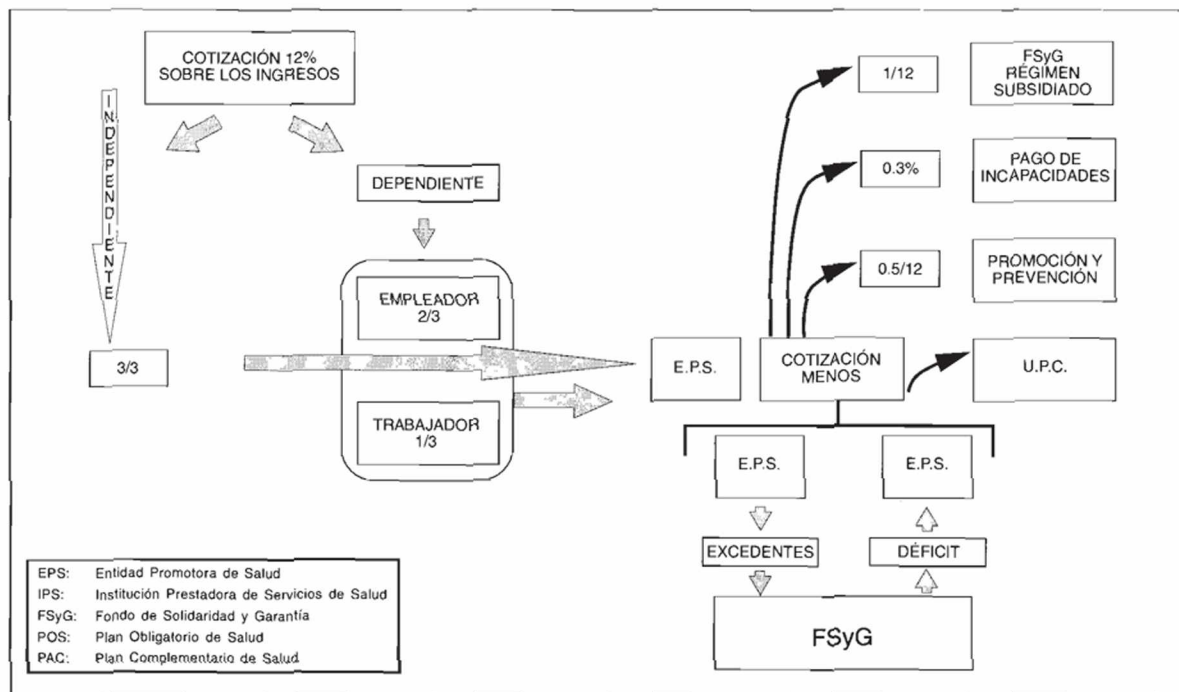
Todo trabajador colombiano⁷ y su familia están obligados a afiliarse a una EPS de su elección, a declarar sus ingresos laborales y a aportar al sistema el 12% sobre ellos, ya sea en conjunto con su patrón, quien debe aportar dos terceras partes, o totalmente, cuando se trata de un trabajador independiente. El trabajador dependiente hará su aporte mínimo sobre un monto de ingresos equivalente a un salario mínimo legal vigente, y el independiente, sobre dos.

Del total de las cotizaciones recaudadas por las EPS, se deben restar los siguientes conceptos: i) un punto del 12%, que se destina a ayudar a la financiación del régimen subsidiado, ii) el valor de las UPC del trabajador y su familia y, iii) un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Si después de esta operación resultan excedentes, éstos deberán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía quien los redistribuirá entre aquellas EPS en donde, después de efectuar la operación anterior, se haya generado déficit. Estos mecanismos son 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 (POS) igual para todos, a cambiarse de EPS 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 (véase el gráfico 2).

7. Se excluyen de este régimen los trabajadores de las fuerzas armadas, Empresa Colombiana de Petróleos y magisterio.

GRÁFICO 2
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO



Fuente: Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.
Nota: 0.5/12 = medio doceavo.

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 el uso. Sus familiares harán un pago adicional denominado *copago* al utilizar el resto de los servicios, que será destinado a complementar su financiación. En ambos casos sus montos están definidos como un porcentaje aplicado sobre el valor del servicio, sujetos a unos topes máximos ordenados por la ley para evitar que se conviertan en un obstáculo para acceder al servicio.

El equilibrio financiero del régimen contributivo dependerá por lo tanto del ritmo de afiliación al sistema, del control de la evasión⁸ 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 EPS 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.

c) La financiación y operación del régimen subsidiado

Él tiene como finalidad esencial organizar y garantizar la cobertura de 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 subsidiado (Ministerio de Salud, 1994b), 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 a la urbanización en los últimos 10 años (Ministerio de Salud, 1994a).

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

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

Estas administradoras reciben del Estado una Unidad de Pago por Capacitación 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 deberá ir aumentando en 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 seguirán recibiendo subsidios directos del Estado para ello (subsidios de oferta).

Todos los municipios del país deberán iniciar un proceso de identificación y selección de beneficiarios de los subsidios, denominado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) 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 (véase el gráfico 1).

Los recursos con 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, y que provienen 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 (COMPENSAR).
- Los recursos del IVA⁹ 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 cuotas moderadoras¹⁰ cuando los usuarios utilicen los servicios.

d) 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

9 Impuesto al Valor Agregado.

10. Copago es el pago destinado a cofinanciar la atención de los beneficiarios del trabajador; cuota moderadora, es el pago destinado a regular el uso del servicio.

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 (véase el gráfico 3).

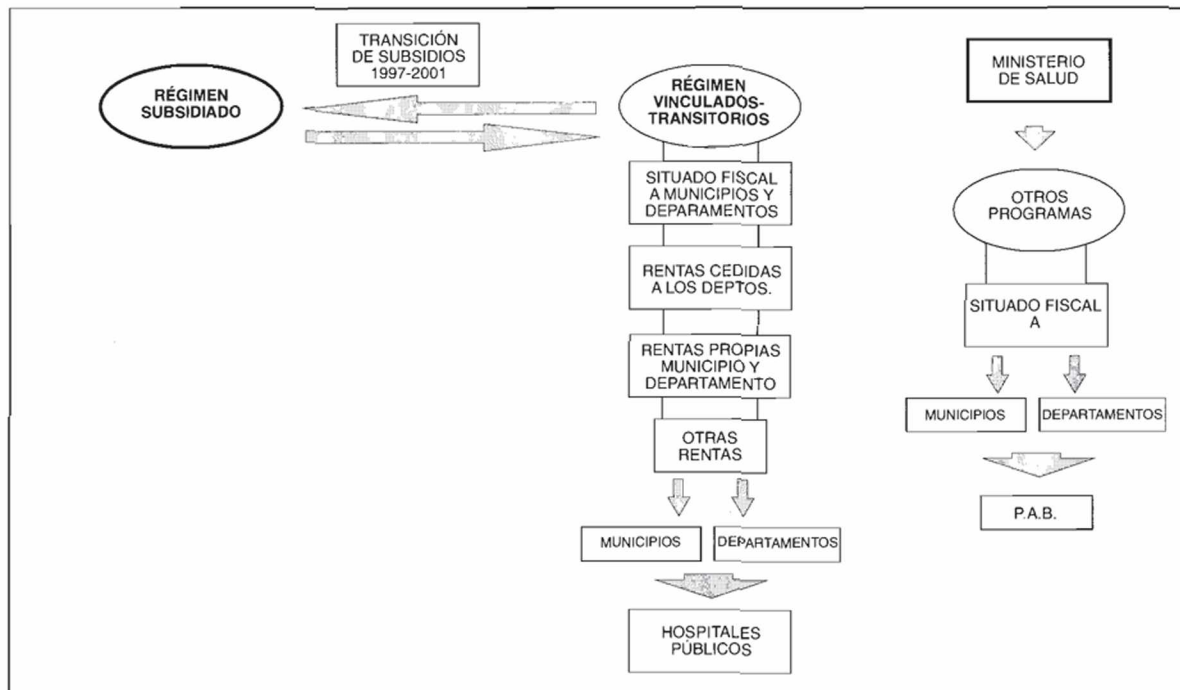
e) La financiación y operación de otros programas en el sistema

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 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 territorial 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 (véase el gráfico 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, quedando 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.

GRÁFICO 3
 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. LEY 100 DE 1993



Fuente: Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.

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

1. LOS RECURSOS PÚBLICOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SECTOR

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

Como puede observarse, hasta el año 1993 no existían los denominados "subsidijs de demanda" que fueron creados por la ley 100 de 1993, los que en 1996 pasan ya a incrementar significativamente el total de los recursos disponibles para el sector. Estos subsidijs, 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 "subsidijs de oferta" que sí existían desde antes de la aprobación de la ley 100, muestran un aumento significativo hacia 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.

Conviene también mencionar que dentro de los recursos que se enumeraron como fuentes de financiación del régimen subsidiado, se cuenta con los fondos provenientes de los impuestos a las nuevas explotaciones petroleras en los campos de Cusiana y Cupiagua (Ministerio de Salud, 1994b), que comenzarán a ingresar al sector a partir del año 1997.

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

CUADRO 2
PARTICIPACIÓN EN EL PIB DE LOS RECURSOS DESTINADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD
(En millones de pesos y porcentajes, 1990-1996)^a

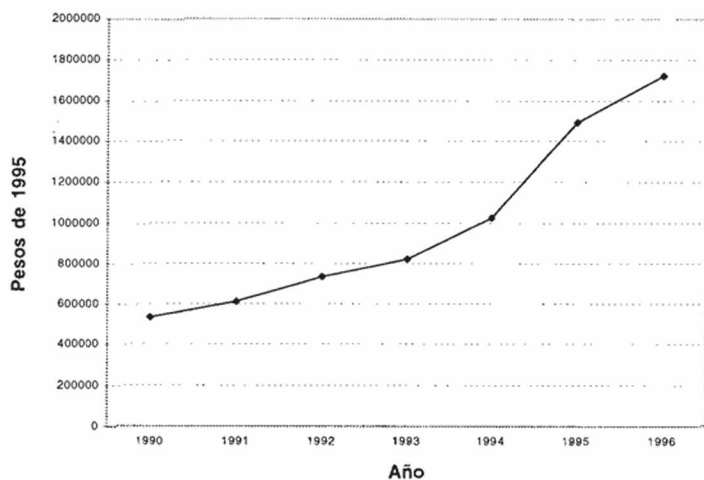
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
A. Recursos de demanda							
Transferencias municipales (15 puntos de 25)	no existen	no existen	no existen	no existen	16 896	176 563	238 933
Fondo de Solidaridad (Contribución de Solidaridad)	no existen	no existen	no existen	no existen	82 789	219 197	303 900
Total recursos de demanda					99 685	395 760	542 833
Participación en el PIB					0.2	0.6	0.6
Participación en el total de recursos régimen subsidiado					11.5	26.5	27.1
B. Recursos de oferta y administración							
Situado fiscal	90 197	124 593	177 459	244 338	374 369	465 885	655 894
Rentas cedidas	55 030	72 817	122 032	150 190	214 820	253 132	332 960
Transferencias municipales (10 puntos de 25)	17 709	40 796	56 232	74 504	11 264	117 708	159 289
Otros aportes	26 714	36 595	57 394	99 173	69 712	261 360	311 019
Rentas propias	33 182	49 843	68 558	102 191	150 121	224 716	267 412
Total recursos de oferta	189 650	274 801	413 117	568 205	770 165	1 098 085	1 459 162
Participación en el PIB	0.9	1.0	1.2	1.4	1.4	1.6	1.7
Participación en el total de recursos régimen subsidiado					88.5	73.5	72.9
TOTAL SECTOR PÚBLICO - SALUD (pesos actuales)	189 650	274 801	413 117	568 205	869 849	1 493 845	2 001 995
Participación en el PIB	0.9	1.0	1.2	1.4	1.4	1.6	1.7
TOTAL SECTOR PÚBLICO - SALUD (pesos de 1995)	535 539	611 863	735 063	824 583	1 029 670	1 493 845	1 725 858
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	229 601	294 253	436 198	576 721	836 544	1 286 045	1 944 012
Participación en el PIB	1.1	1.1	1.3	1.4	1.6	1.9	2.3
PARTICIPACIÓN EN EL PIB SECTOR SALUD INSTITUCIONAL b/	2.1	2.2	2.6	2.7	3.2	4.1	4.7

Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud, 1997.

^a No incluye entidades descentralizadas tales como el Instituto Nacional de Cancerología (INCC) o el Instituto Nacional de Salud (INS).

^b No incluye gasto privado que corresponde al gasto directo que realizan los hogares.

GRÁFICO 4
 RECURSOS TOTALES DEL SECTOR PÚBLICO DE LA SALUD, 1990-1996
 (En pesos de 1995)



Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud, 1997.

2. LOS RECURSOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SECTOR

En este conjunto de recursos se contemplan aquéllos 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, y 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 recursos no se modifican en su designación, 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 a las Cajas de Previsión sino también a las llamadas EPS, dependiendo de la elección que haga el trabajador (véase el cuadro 3).

CUADRO 3
 LOS RECURSOS DEL SUBSISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL^a
 (En millones de pesos)

Año	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Instituto de Seguros Sociales	494 578	992 438	1 035 972	1 069 139	1 924 055	2 797 354
Caja Nacional de Previsión Social	47 603	226 245	253 314	322.667	n.d.	n.d.
Total	542 181	1 218 683	1 289 286	1 391 806	1 924 055	2 797 354

Fuente: Ministerio de Salud, "La Salud en Colombia. Diez años de Información", Santafé de Bogotá, 1994; División de Planeación Corporativa del Instituto de Seguridad Social, 1994; para los años 1994 y 1995: "El nuevo iss", Santafé de Bogotá, 1995.

^a Incluye aportes para salud y pensiones.

Nota: n.d.= información no disponible.

3. EL GASTO SOCIAL POR SECTORES

El cuadro 4 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 está incluido el ISS (véase el cuadro 4).

CUADRO 4
GASTO SOCIAL POR SECTORES
GASTO PÚBLICO EJECUTADO^a DEL SECTOR CENTRAL Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS
POR SECTORES SOCIALES Y TRANSFERENCIAS POR IVA O TRANSFERENCIAS TERRITORIALES (>93)
1990-1996
(Porcentaje)

	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)^b	1.3	5.7	1.4	5.4	1.4	5.6	1.7	6.1	2.2	7.8	2.5	9.8	2.8	9.9
Seguridad Social-Salud (ISS)	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	4.7	1.2	4.6	1.5	5.6	1.5	7.3	2.0	7.3
Seguridad social-Pensiones	3.3	13.9	3.2	12.7	3.2	12.6	3.6	13.1	3.8	13.8	4.1	15.9	3.9	3.9
Educación	2.4	10.4	2.4	9.8	3.3	12.8	2.9	10.8	3.5	12.5	4.0	15.7	4.1	4.1
Cultura deporte y recreación	0.1	0.4	0.1	0.5	0.1	0.5	0.2	0.7	0.1	0.4	0.2	0.9	0.3	0.3
Vivienda	0.5	2.2	0.5	2.2	0.4	1.7	0.4	1.5	0.4	1.5	0.8	3.2	0.7	0.7
Agua y saneamiento ambiental	0.2	0.9	0.3	1.0	0.3	1.2	0.3	1.2	0.3	0.9	0.5	1.8	0.5	0.5
Trabajo, empleo	0.3	1.3	0.3	1.2	0.2	0.7	0.3	1.1	0.3	1.1	0.4	1.6	0.4	0.4
Otros	0.2	0.7	0.2	0.9	0.2	0.7	0.1	0.2	0.3	1.2	0.5	2.2	0.5	0.5
Gasto social rural	0.2	1.0	0.2	0.7	0.2	0.8	0.2	0.6	0.3	1.2	0.4	1.5	0.3	0.3
Total Gasto Social (GS)	8.6	36.6	8.6	34.4	10.6	41.4	10.8	39.9	12.9	46.2	15.0	52.6	15.7	28.1

Fuente: Departamento Nacional de Planeación (dnp), Unidad de Análisis Macro-Económico, a través de: (1) (2) (3) (4)

(1) Informes Contraloría.

(2) Unidad de Inversiones Públicas.

(3) Unidad de Desarrollo Territorial.

(4) Ministerio de Hacienda y Crédito Público, División de Hacienda y Finanzas Territoriales.

GS: Gasto Social.

TP: Tesoro Público.

PIB: Producto interno bruto.

IVA: Impuesto al valor agregado.

ISS: Instituto de Seguros Sociales.

a Ejecución presupuestal (gastos + reservas).

b No incluye rentas territoriales como rentas cedidas, rentas propias, etc. No incluye Fondo de Solidaridad y Garantía.

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

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 y 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 (véase el cuadro 5). Otros autores han realizado aproximaciones al tema obteniendo cifras similares (Ministerio de Salud, 1990).

CUADRO 5
GASTO PRIVADO EN SALUD POR TIPO DE GASTO AÑO 1993

	Pesos	Porcentaje
Consulta externa	181 427 577	14.0
Hospitalización	254 314 630	20.0
Medicamentos	536 900 611	41.0
Exámenes de diagnóstico	70 806 234	5.0
Otros conceptos	217 391 204	17.0
Educación	38 542 070	3.0
Total	1 299 382 326	100.0
Como porcentaje del PIB	3.0	

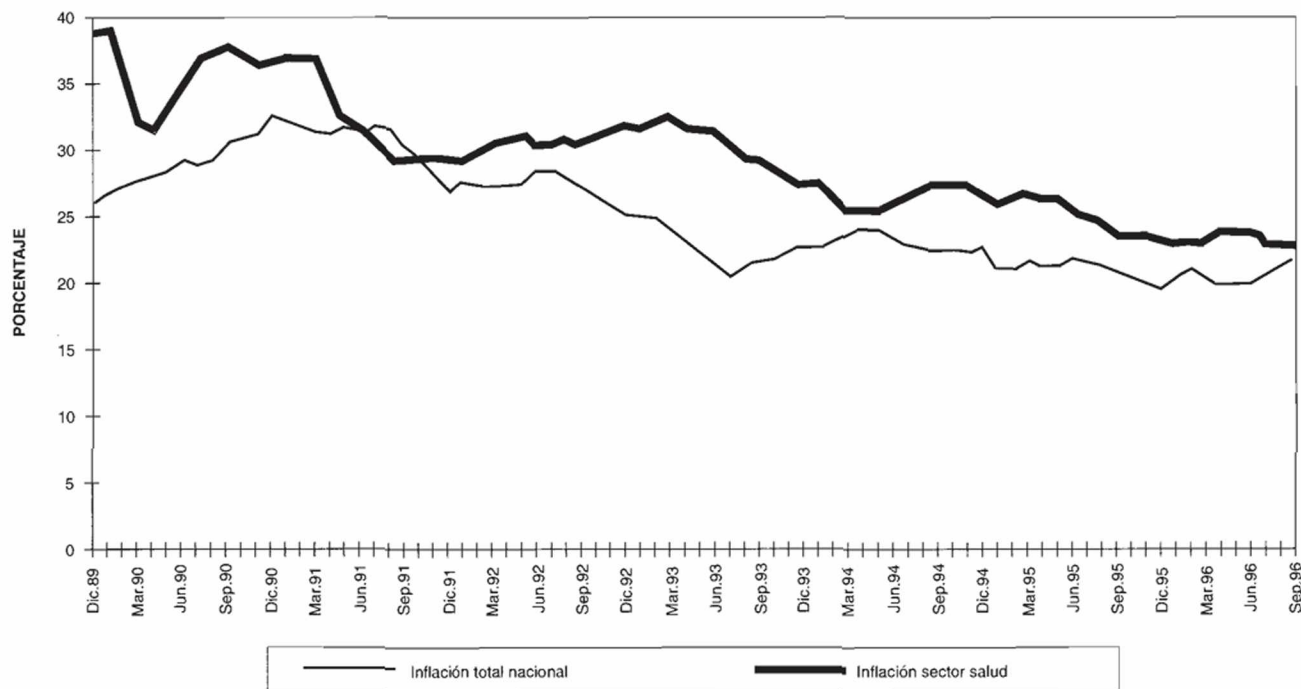
Fuente: Proyecto Cuentas Nacionales de Salud, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Supersalud, con la asesoría de la Universidad de Harvard.

Las cifras anteriores muestran cómo, hacia 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.

III. LA INFLACIÓN EN EL SECTOR SALUD

En el gráfico 5 se muestra la tendencia de la inflación general y en el sector de la salud en los últimos 8 años. Allí 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 mostrar 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.

GRÁFICO 5
INFLACIÓN ANUAL TOTAL NACIONAL Y DEL SECTOR DE LA SALUD



Fuente: Departamento Nacional de Estadística, "Índice de precios, 1989-1996", Santafé de Bogotá.

CUADRO 6
INFLACIÓN ANUAL DEL SECTOR DE LA SALUD, 1995-1996
(En porcentajes)

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
	1995									
Total nacional	21.0	20.9	21.3	21.2	21.3	21.7	21.5	21.1	20.8	
Alimentos	20.7	19.9	20.5	19.9	20.3	20.7	20.2	18.7	18.7	
Vivienda	24.3	24.1	24.3	24.5	24.2	24.6	23.8	23.5	22.8	
Vestuario	12.8	12.8	12.9	12.9	12.8	12.9	13.0	12.9	12.7	
Salud	25.8	26.1	26.5	26.2	26.0	25.3	24.9	24.4	23.5	
Educación	26.1	25.5	25.7	25.6	25.7	25.9	26.1	26.0	25.4	
Transporte	12.2	12.2	13.9	14.3	16.0	16.5	16.4	17.6	17.8	
Varios	16.9	18.2	19.3	18.8	17.8	19.2	23.0	24.6	24.9	
Productos farmacéuticos y asistencia médica	25.8	26.1	26.5	26.2	26.0	25.3	24.9	24.4	23.5	
Drogas	23.6	23.9	24.0	23.0	22.8	21.8	20.7	20.2	19.6	
Servicios profesionales de la salud	27.8	28.0	28.5	28.8	28.7	28.4	28.5	28.2	26.9	
	1996									
Total nacional	20.2	20.8	20.2	19.9	19.8	19.7	20.6	21.0	21.5	
Alimentos	18.1	18.2	16.5	14.6	13.1	12.8	14.7	15.9	16.6	
Vivienda	21.3	22.1	21.9	21.8	22.0	22.2	23.7	24.2	24.6	
Vestuario	12.6	12.4	12.1	12.2	12.0	11.8	12.0	11.8	11.8	
Salud	22.9	23.1	22.9	23.6	23.6	23.5	22.9	22.6	22.6	
Educación	26.0	29.6	30.7	33.2	36.9	38.6	37.9	38.4	38.5	
Transporte	19.9	19.4	18.8	21.1	20.7	20.8	20.3	19.6	20.7	
Varios	25.1	24.2	23.4	23.4	23.3	21.1	18.3	17.8	18.1	
Productos farmacéuticos y asistencia médica	22.9	23.1	22.9	23.6	23.6	23.5	22.9	22.6	22.6	
Drogas	19.3	18.3	19.1	20.4	20.1	20.2	19.5	19.6	19.4	
Servicios profesionales de la salud	25.9	27.0	26.0	26.3	26.5	26.2	25.7	25.1	25.3	

Fuente: Índice de precios, 1995-1996, Santafé de Bogotá. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (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 sus operaciones como consecuencia de la dictación de un decreto que prolongó por un año más el funcionamiento del esquema que venía operando antes de la reforma ordenada por la ley 100 de 1993.

Igualmente se debe 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, cabe agregar que si al 31 de diciembre 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 fluctúa entre 2 y 2.5 personas*, puede decirse que en la actualidad el ISS cuenta con cerca de 10 millones de personas cubiertas, lo que representa un aumento considerable frente a los 6 millones que aproximadamente cubría antes de la reforma, constituidos por los 4.2 millones de trabajadores afiliados más sus cónyuges e hijos menores de un año.

Asimismo, informaciones preliminares obtenidas de la Superintendencia Nacional de Salud a junio de 1996, indican que el total de personas afiliadas a las EPS opcionales 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 ^a

COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO						
Régimen contributivo ^c	ISS ^b		Otras EPS		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Total afiliados	9 319 654	77.1	2 772 807	22.9	12 092 461	100

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

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, "Estudio sobre las Cajas de Previsión en Colombia", Santafé de Bogotá, 1995.

^a Según Censo de 1993. Población colombiana 37 422 791.

^b Última cifra disponible de afiliados al Instituto de Seguros Sociales, ISS, a diciembre de 1995.

^c Datos preliminares para 24 entidades promotoras de salud, EPS, de las 25 que suministraron información. No hay datos oficiales del ISS.

La diferencia entre este total de afiliados a EPS discriminados según cotizantes y beneficiarios y el total anterior, es debida a que la Caja de Previsión Social de Comunicaciones, 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				
Rangos etéreos	Diciembre 1995 ^a		Junio 1996 ^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 - 44 Hombres	175 462	25.4	693 932	25.0
15 - 44 Mujeres	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 entidades promotoras de salud (EPS), Superintendencia Nacional de Salud.

^a Datos disponibles para 11 EPS de 18 aprobadas. No hay datos oficiales del Instituto de Seguros Sociales, ISS. Las cifras incluyen información de la publicación Cafesalud con corte a septiembre 30 de 1995.

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

Los datos según rangos etéreos fueron proyectados a partir de las cifras del Fondo de Solidaridad y Garantía a agosto de 1996.

Otro de los aspectos que merece destacarse es la rápida aparición de las EPS, cuyo número aprobado a junio de 1996 fue de 26, y supera todas las expectativas que se tenían inicialmente en el MINSALUD, en donde no se esperaban más de 10 EPS.

Todas ellas en conjunto, incluido el ISS, tienen una capacidad de afiliación aprobada que supera los 15 millones de personas, y han solicitado autorización para operar en más de 900 municipios del país. Entre ellas, el ISS tiene presencia en cerca de 300 municipios, y algunas Cajas de Previsión que solicitaron convertirse en EPS (CAJANAL y CAPRECOM) tienen presencia en cerca de 900 municipios del país¹¹ (véase el cuadro 9).

11. Datos preliminares suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud.

CUADRO 9
COBERTURA GEOGRÁFICA DEL SISTEMA DE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
POR MUNICIPIOS

	Con una EPS	Con dos o más EPS	Sin EPS	Total
Municipios cubiertos	644	266	150	1 050

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.
Datos preliminares disponibles para las 26 entidades promotoras de salud, EPS, 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 entrega de carné a las personas con derecho a recibir subsidios del Estado en materia de salud.

Asimismo cabe consignar como información preliminar, que en el proceso de licitación competitiva abierto a principios de 1996 entre las ARS —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 ARS dispuestas a cubrir la casi totalidad de los municipios del país.¹²

En el cuadro 10 se observan los estimativos de la población pobre por cubrir con el régimen subsidiado y los datos preliminares a octubre de 1996 del número de personas que efectivamente se afiliaron a las nuevas ARS.

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

CUADRO 10
COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ^a

COBERTURA GENERAL DEL SISTEMA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO			
	Estimativos del número de afiliados al régimen subsidiado ^b	Número de afiliados al régimen subsidiado	Porcentaje de cobertura
1995	4 000 000	4 680 606 ^c	-
1996	6 000 000	4 385 722 ^d	73
1997	9 000 000		
1998	12 000 000		

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

^a Según Censo de 1985. Total población pobre de Colombia 12 561 239.

^b Estimativos anuales de la ampliación de la meta de afiliación de población pobre a Administradoras de Régimen Subsidiados, ARS.

^c Estimativo de población con carné en entidades promotoras de salud, 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 al 31 de diciembre de 1995. En él se observa cómo 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 EPS. Sin embargo, estos cálculos fueron llevados a cabo tomando como base supuestos de ingresos y tamaño familiar para el ISS, debido 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 macro 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, sólo 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 % 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	35 059
Superávit (déficit)	3 483

Fuente: Ministerio de Salud/Universidad de Harvard, "La reforma a la salud en Colombia. Informe final", Santafé de Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 1996.

^a Se asume que el tamaño promedio de la familia es de 2.5 en el Instituto de Seguros Sociales (ISS), ligeramente menor que el 2.58 estimado en la encuesta sobre las entidades promotoras de salud, EPS, 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 algunos resultados son evidentes 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.

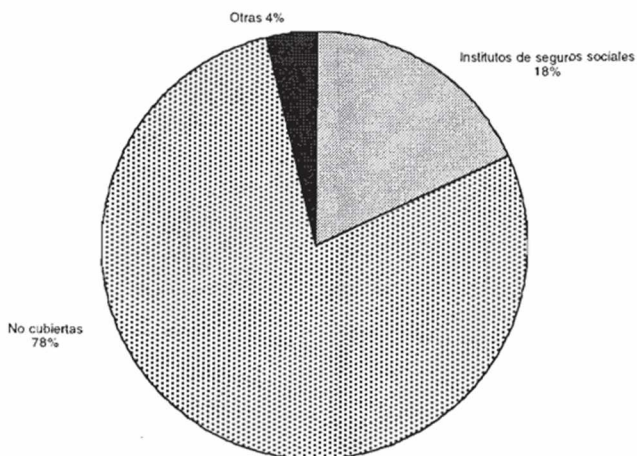
Es indiscutible que el avance ha sido significativo y que se han dado pasos substanciales en la solución de los problemas que presentaba el anterior sistema.

1. LA AFILIACIÓN AL NUEVO SISTEMA

El nuevo sistema ha logrado en apenas un año y medio 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 (véanse los gráficos 6 y 7).

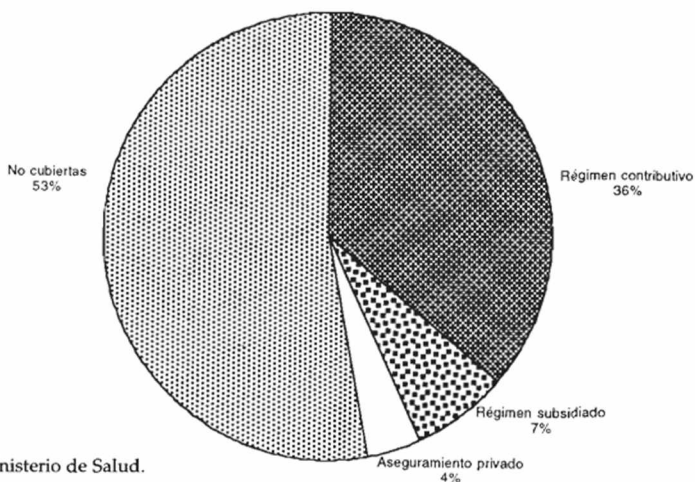
El verdadero reto de la reforma lo constituye la afiliación de las personas pertenecientes al régimen subsidiado, el cual para finales de 1996 espera tener cubiertos a cerca de 6 millones de pobres, quedando por afiliar una cifra similar, para lo cual y de acuerdo a cálculos preliminares serán necesarios recursos adicionales aún no disponibles en el sistema. Igualmente será necesario acelerar el proceso de transición de subsidios con la finalidad de poder afiliar más personas al régimen subsidiado. Como se explicará 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 a los pobres de las regiones más necesitadas.

GRÁFICO 6
POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA
BAJO ASEGURAMIENTO DE SALUD
Diciembre 1993



Fuente: Ministerio de Salud.

GRÁFICO 7
POBLACIÓN CUBIERTA Y NO CUBIERTA
BAJO ASEGURAMIENTO DE SALUD
Diciembre 1995



Fuente: Ministerio de Salud.

El otro gran reto lo constituye la afiliación de más 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 marginados del sistema y para quienes, como se explicará 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.

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 10 millones, del monto de los recursos administrados y del centralismo y la injerencia política en su manejo. Todo ello le confiere 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 opuestos, presenta enormes dificultades para adaptarse a las exigencias del cambio, máxime cuando éste implica modificaciones substanciales en sus arraigadas 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 depende de múltiples variables que lo hacen bastante frágil. La primera de ellas se relaciona 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 para recibir las UPC, aunque su aporte no sea suficiente para cubrirlos. Por lo tanto, la compensación queda condicionada a que se generen suficientes excedentes que permitan hacerla.

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, en su mayoría aún no estaba afiliado.

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 precisión¹³ y es el de la inequitativa distribución de los recursos entre las regiones, lo que muestra que en general éstos se distribuyen en consideración al nivel de gasto previo. Dicho de otra manera, reciben más recursos per cápita las regiones que tradicionalmente han tenido mayores niveles 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 "subsidijs de demanda", en el evento de que éstos aumenten como está

13. 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.

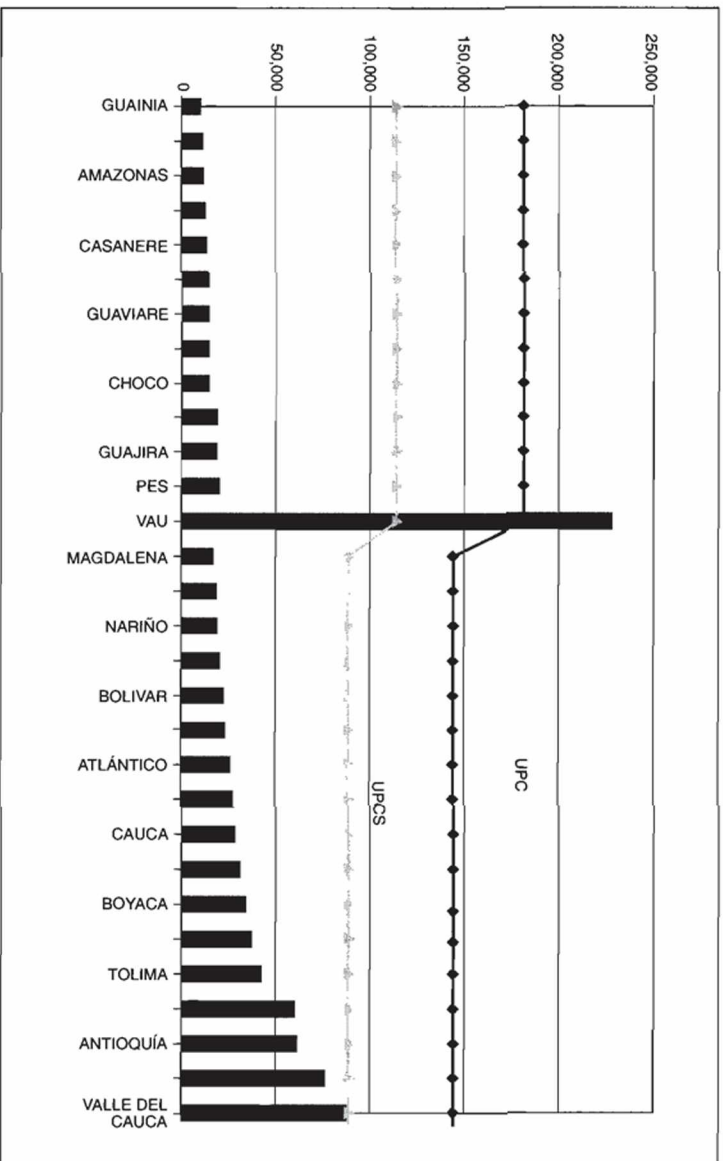
previsto en la reforma, producto de la transición de los denominados "subsidios de oferta", el problema no se corrige en su totalidad, dejando latente el riesgo de que esto nunca se produzca y traiga como consecuencia un mayor rezago en materia de salud de las regiones tradicionalmente menos favorecidas.

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, este per cápita será cada vez menor, dejando desprotegidos a quienes por alguna circunstancia no se han vinculado al régimen subsidiado y que no tienen otra opción que recurrir a los hospitales públicos. En los gráficos 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, la que sólo alcanzaría para atender a uno solo de los dos, dejando completamente desprotegido al otro.

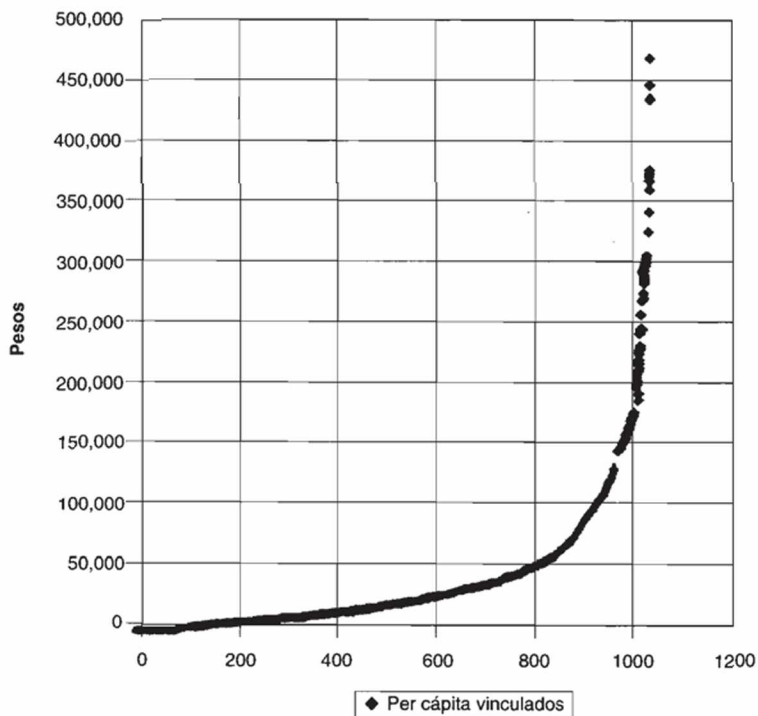
Lo anterior sugiere estudiar con mayor profundidad la situación que se presenta, buscando alternativas de solución viables, las cuales, para ser efectivas, probablemente impliquen una modificación a las normas sobre distribución de recursos públicos, en especial de aquellas contempladas en la ley 60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

GRÁFICO 8
 RECURSOS DE OFERTA POR VINCULADO, POR DEPARTAMENTO, 1996^a



Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud.
^a Recursos per cápita en pesos de 1996.

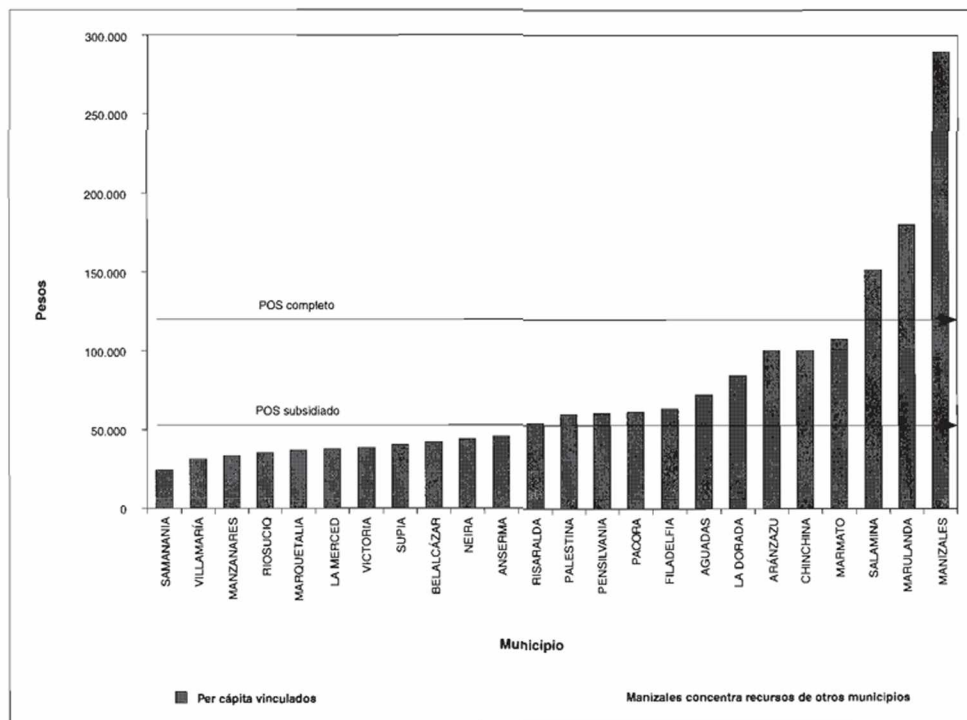
GRÁFICO 9
RECURSOS PER CÁPITA PARA VINCULADOS, POR MUNICIPIO, 1996



Se excluyen municipios con observaciones atípicas, per cápita por vinculado mayor de \$ 500.000.-

Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud.

GRÁFICO 10
 RECURSOS PER CÁPITA PARA LOS VINCULADOS DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS, 1996



Fuente: Sobre la base de información del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud.

4. LA EVASIÓN EN EL PAGO DE APORTES OBLIGATORIOS

En el régimen contributivo también se vislumbran dificultades por resolver. La principal de ellas está relacionada con la evasión de aportes obligatorios por parte de los empleadores y los trabajadores, que coloca en peligro la meta de cobertura universal del sistema y aún su equilibrio financiero, problemas que en buena parte tienen origen en los mecanismos 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 de toda lógica, 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 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, debido a que la inmensa mayoría de estos trabajadores no están ligados a un esquema económico regular, no tienen un patrono, sus ingresos derivan de ventas o servicios que hacen a personas individualmente y, nunca han declarado impuestos. Probablemente muchos de ellos pagan servicios públicos, tienen licencia de conducir o sus hijos asisten a establecimientos educativos, y pudiera pensarse que en todas estas instancias sería factible exigirles la afiliación a la seguridad social. Sin embargo, la experiencia en Colombia demuestra que estos mecanismos de "paz y salud"¹⁴ previos, son poco efectivos, en algunos casos ilegales y hasta 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

14. "Paz y salud" es una certificación expedida por el gobierno en la que se establece que el usuario no tiene obligaciones pendientes con el Estado.

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, por ejemplo, de la protección a los riesgos laborales. Adicionalmente esto hace que las EPS los rechacen como afiliados potenciales, ya que para éstas, por las razones señaladas, su afiliación resulta más costosa y riesgosa.

El segundo gran objetivo de la obligatoriedad en la afiliación es el de obtener los recursos suficientes para 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 los cuales el costo de los servicios sería un obstáculo importante en el acceso a la atención en salud. Esto, en esencia, viene a ser un claro objetivo de redistribución de ingresos inherente a la naturaleza de algunos impuestos. Sin embargo, si en el fondo tal es el objetivo que se persigue, la obligatoriedad sólo debiera aplicarse a quienes tienen capacidad para pagar un impuesto que se utilizaría para lograr una redistribución entre pobres y ricos, mecanismos conocidos en el sistema como solidaridad y compensación.

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 cuyo aporte ni siquiera 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, aún más, a no pagarlos en su totalidad.

Lo anterior muestra cómo 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 cual es subsidiada total o parcialmente en algunos casos y, el impuesto para hacer redistribución de ingresos hacia los más pobres, el que sólo deberían pagar los trabajadores de mayores ingresos, para quienes en promedio

sus aportes obligatorios, una vez restadas las UPC, generen excedentes, nivel que el autor denomina Ingreso Promedio de Equilibrio (IPE) (Ministerio de Salud/Universidad de Harvard, 1996). El recaudo de este impuesto podría hacerse mediante mecanismos de retención automática sobre los ingresos pagados a los trabajadores, conocidos en Colombia como retención en la fuente, y no a través de las EPS como se hace actualmente, a quienes su recaudación no sólo no les aporta ningún beneficio sino que representa un costo adicional no compensado.

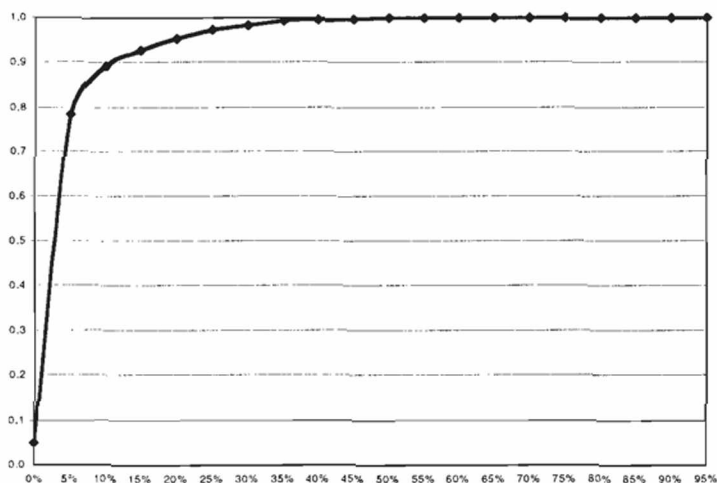
En este orden de ideas, para el sector informal de la economía y la pequeña empresa, los aportes a la seguridad social que son del 12% a salud, y 13,5% a pensiones, los aportes parafiscales (Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y Cajas de Compensación) 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 investigación (Vélez, 1995), que da una idea muy parcial del problema, muestra cómo la subdeclaración de ingresos en el ISS es mayor en los deciles más ricos de la población, representando para 1992 una cifra aproximada a los 100 millones de dólares.

Actualmente el autor, conjuntamente con otros investigadores realiza un estudio (Giedion, Morales y Plaza, 1996) 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 sólo un ejemplo, controlando a una persona de bajos ingresos se recuperaría un peso evadido frente a trece pesos en una persona de altos ingresos. Esto permite además suponer que el control de la masa de aportantes de medianos y bajos ingresos probablemente no se vería compensado en sus recaudos comparado con el costo necesario para hacerlo (véase el gráfico 11).

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. Lo que indica claramente que el nivel de ingresos de las EPS no depende de los recaudos que ellas hagan por concepto de

GRÁFICO 11
DISTRIBUCIÓN DE EVASIÓN POR DECILES DE INGRESO
(Decil de ingreso con respecto a porcentaje de evasión)



Fuente: Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (FEDESARROLLO), "La evasión al sistema de salud", Santafé de Bogotá, 1997.

aportes obligatorios, además de que esto tiene un costo que no se vería compensado por mayores recaudos. Tal circunstancia no crea incentivos a las EPS 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 EPS 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 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 son las mismas EPS, 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, y conduzca a hacer más eficientes 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.

5. LOS SEGUROS PARALELOS

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

Podría decirse que su manejo separado de las EPS no tiene sentido, dado que sólo se trata de fuentes de financiación diferentes para eventos de enfermedad que están descritos en el POS, circunstancias que en el fondo terminan afectando a 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, que se explica 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 no sea éste 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

- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (1993), *Encuesta de caracterización socioeconómica, CASEN*, Santafé de Bogotá.
 (1992), *Encuesta nacional de hogares de 1992*, Santafé de Bogotá.
- Giedon, Ursula, Luis Morales y Beatriz Plaza (1996), "La evasión en el pago de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social en Salud", Santafé de Bogotá.
- Ministerio de Salud/Universidad de Harvard (1996), "La reforma a la salud en Colombia. Informe final", Santafé de Bogotá, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud.
- Ministerio de Salud (1994a), "La salud en Colombia. Diez años de información", Santafé de Bogotá.
- (1994b), "La reforma a la seguridad social en salud: antecedentes y resultados", Santafé de Bogotá.
- (1990), "La salud en Colombia. Análisis sectorial", documento general, Santafé de Bogotá.
- República de Colombia (1991), *Constitución política de Colombia*, Santafé de Bogotá.
- Superintendencia Nacional de Salud (1995), "Estudio sobre las cajas de previsión en Colombia", Santafé de Bogotá.
- Vélez, C.E. (1995), "Costo social y desigualdad. Logros y extravíos", Santafé de Bogotá, Departamento Nacional de Planificación.