



**CUANTIFICACION FINANCIERA DE
UN SISTEMA
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**Estudio elaborado para el Programa para el Mejoramiento
de la Gestión Hospitalaria - GEHOS -**

Informe final

**FEDESARROLLO
Carlos Gerardo Molina
Ursula Giedi6n**

Santaf6 de Bogot6, Enero de 1993

**CUANTIFICACION FINANCIERA DE
UN SISTEMA
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**Estudio elaborado para el Programa para el Mejoramiento
de la Gestión Hospitalaria - GEHOS -**

Informe final

**FEDESARROLLO
Carlos Gerardo Molina
Ursula Giedión**

Santafé de Bogotá, Enero de 1993

**CUANTIFICACION FINANCIERA DE
UN SISTEMA
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	1
II.	ELEMENTOS CENTRALES DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	5
III.	COMPARACION DE LOS DIFERENTES PAQUETES DE SALUD . . .	25
	A. Comparación del contenido de los paquetes .	25
	B. Costos de los paquetes	30
	C. Consideraciones metodológicas para el cálculo de los paquetes	37
IV.	RECURSOS DISPONIBLES PARA EL SECTOR DE LA SALUD . . .	43
	A. Recursos actuales del sector salud y la seguridad social en salud	43
	B. La importancia del gasto en salud dentro del gasto social y el gasto público	49

V.	FACTIBILIDAD DE UN SEGURO UNIVERSAL EN SALUD - UNA EVALUACION DEL EQUILIBRIO DEL SISTEMA	52
	A. Recursos potenciales y costos de los paquetes con cobertura universal	53
	B. Equilibrio del sistema	64
	C. Factibilidad financiera de un paquete de salud integral y preventivo	66
	D. Otros elementos, no financieros, relevantes para el análisis	68
VI.	CONCLUSIONES	76
	BIBLIOGRAFIA	85

PRESENTACION

Este nuevo estudio que estamos entregando a todos los sectores, públicos y privados, interesados en los problemas de la seguridad social en salud, tiene su origen en el decidido empeño del programa "GEHOS", orientado y financiado por las Fundaciones Corona, Restrepo Barco y FES, en apoyar y colaborar en la búsqueda de las soluciones más acertadas y equitativas para la reforma de nuestra seguridad social en salud.

El estudio fue adelantado por FEDESARROLLO, con la participación de los investigadores Carlos Gerardo Molina y Ursula Giedion. En su estructuración y desarrollo participaron los profesionales Carlos Alberto Naranjo, Guillermo Olano y Antonio Ordoñez Plaja quienes siempre estuvieron dispuestos a entregar sus valiosos aportes.

Tanto el programa "GEHOS", como las Fundaciones que lo vienen guiando y auspiciando, consideran importante la realización de estudios que como éste apoyen y viabilicen los actuales esfuerzos de reforma del gobierno nacional, materializados tanto en el proyecto de reforma de la seguridad social como en los decretos que

modernizan al Estado, en particular los que atañen al ISS y Cajanal; y los que reestructuran el Ministerio de Salud y sus entidades adscritas.

Santafé de Bogotá, D.C., enero 18 de 1993

I. INTRODUCCION

El país deberá sufrir cambios importantes en sus sistemas de salud y de seguridad social. Esta ha sido una época rica en propuestas de reforma y en estudios que buscan dar luces sobre cómo enfrentar los múltiples problemas de estos sistemas. Con todo aún no se avanza con decisión en una misma dirección: si bien el horizonte hacia el que se quiere ir está mucho más despejado, aún subsisten algunas discrepancias menores y se advierten deficiencias en las propuestas, consecuencia de la complejidad misma de los problemas que se quieren abordar, los que exigen para llegar a su solución de una larga etapa de maduración que no se ha podido alcanzar.

En el momento de la redacción de este informe, las tres instituciones involucradas en el sistema de seguridad social -el Instituto de Seguros Sociales (ISS), el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación (D.N.P.)-, trabajaban en sendas propuestas de reformas y si bien a comienzos del año fue imposible ponerlas de acuerdo, hoy día ese consenso parecía posible. Se buscaba llegar por parte del ejecutivo a la presentación de una propuesta de reforma a la seguridad social en salud, ojalá única, que acompañara a la de pensiones que tanta polémica ha suscitado.

El estudio "La reforma a la seguridad social en salud. Una comparación de tres propuestas"^{1/}, preparado por Fedesarrollo para el programa GEHOS, destacó cómo eran más los puntos coincidentes de las propuestas, que los distanciadores. En efecto, una vez liberadas las instituciones de su carga emotiva, y cuando se lleva la discusión a un plano eminentemente técnico, no se observan divergencias importantes, salvo quizá en lo que atañe a la existencia de un único fondo recaudador.

Para avanzar hacia un acuerdo reforma ha sido necesario ahondar en algunos temas en los cuales en un comienzo no existió claridad, siendo uno de ellos el financiero. Este estudio apunta justamente hacia ello: aportar elementos de juicio sobre el impacto financiero de establecer un sistema de seguridad social en salud para Colombia.

La conclusión de este estudio tiene grandes implicaciones sobre el bienestar de la población colombiana: los recursos actualmente disponibles, complementados marginalmente con otros adicionales, son suficientes para ofrecer a toda la población un paquete de salud con un amplio alcance. Ello exige, sin embargo, que se mejoren los actuales niveles de eficiencia, que se canalicen

^{1/} Los elementos centrales de este estudio se retoman en el siguiente capítulo. Un resumen del estudio puede consultarse en la revista Coyuntura Social No.7, Fedesarrollo-Ser, noviembre de 1992.

los recursos fiscales hacia los más pobres y que la franja de la población más pudiente -los deciles 5 al 10- coticen regular y solidariamente al sistema. Mal se haría en dejar pasar la oportunidad para cambiar radicalmente nuestro sistema de seguridad social, del que ya se ha dicho que se ocupa tan sólo del 25% de la población y que tiene enormes deficiencias en su organización y eficacia.

Este estudio supuso tres actividades:

- establecer los costos de los paquetes básicos existentes, respetando sus metodologías y alcances, lo que se presenta en el capítulo 3 de este informe;
- establecer la financiación del sistema, según las fuentes fiscales actuales y parafiscales. Esto se aborda en el capítulo 4;
- cruzar la financiación, la que se estima según diferentes escenarios que consultan la capacidad de pago de los segmentos de la población, con los costos de poner en marcha el sistema con cualquiera de esos paquetes, estableciendo así distintos sus distintos puntos de equilibrio. Se presenta también una alternativa de paquete viable que respeta los principios teóricos que debe preservar todo sistema de seguridad social. Esto se presenta en el capítulo 5 de este informe.

Adicionalmente, en el segundo capítulo de este informe se retoman algunas consideraciones que sirven de marco teórico a un

sistema de seguridad social en salud. Estas provienen, en buena medida, de la revisión bibliográfica y de la comparación de las tres propuestas adelantada en el documento ya aludido. Finalmente, el último y sexto capítulo se resumen las conclusiones centrales de este estudio.

II. ELEMENTOS CENTRALES DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El país debe emprender una reforma integral de su seguridad social. Así lo exige la nueva Constitución que fija para este sector los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Esto lo han entendido las diferentes instituciones involucradas en el tema, las que a lo largo de este año han venido proponiendo diferentes reformas. Estas se han enriquecido de la extensa literatura y experiencia internacional que coloca a este tema como uno de los más asiduamente tratados en los últimos años, y que deja como conclusión que no existe un sistema de seguridad en salud perfecto y que, dentro de una extensa gama de posibilidades, lo más sensato es entresacar los elementos que resultan útiles y aplicables a nuestro medio, dándoles coherencia y respondiendo a los principios ineludibles que fija la Constitución.

Entre los puntos fundamentales que deben ser tenidos en cuenta en todo sistema de salud están: problemas en la moralidad de los agentes que participan en el sistema ("problema moral" o "moral hazard"); problemas de selección adversa por parte de aseguradores y asegurados; problemas en el manejo de la tecnología médica, que puede llevar a aumentos inusitados en los costos médicos; existencia de economías de escala en la función de aseguramiento que genera la necesidad de intervención pública en el mercado y su no excesiva atomización; determinación de la naturaleza de los

sistemas (públicos, privados o híbridos); existencia de sistemas y fondos únicos de aseguramiento; determinación de los sistemas óptimos de pago entre los agentes y determinación de las funciones de los agentes del sistema.

Un análisis de la extensa literatura que se ha ocupado de estos temas, basado fundamentalmente en la revisión bibliográfica que aparece en el segundo capítulo del estudio "La reforma de la seguridad social, una comparación de tres propuestas" y en los puntos centrales de dicha comparación, nos lleva a las siguientes conclusiones (su presentación esquemática aparece en el cuadro 1).

En primer término, se reconoce la conveniencia de no mezclar los problemas de la prestación de servicios económicos con los de salud. Su identidad, alcance y organización no son los mismos. Las pensiones suponen una redistribución entre generaciones que no está presente en los servicios de salud; admiten un tratamiento mucho más personalizado que involucra más tenuemente los elementos de solidaridad -al apuntar, por ejemplo, a la existencia de una pensión mínima para todos o en su defecto para los más necesitados-; se fundamenta en la disciplina de ahorro personal, inexistente en la salud, muy ligada con la capacidad de generación de ingresos de cada persona; y en cuanto a la organización, involucra tan sólo a dos agentes, los usuarios y los aseguradores, y no, a tres como en la salud, en donde además interviene un complejo grupo de

Cuadro 1
ESQUEMA PARA LA DISCUSION DE LA REFORMA DE SEGURIDAD SOCIAL

- * SEPARACION ENTRE PENSIONES Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
- * UNION ENTRE SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
- * EVOLUCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:
 - 1. riesgos catastróficos
 - 2. cobertura universal
 - 3. cobertura básica y de tres niveles, pero limitada
- * COBERTURA DE LOS PAQUETES DE SALUD
 - 1. salud básica y énfasis en prevención
 - 2. tres niveles de hospitalización, sin especializaciones
 - 3. por aparte, servicios complementarios
 - [4. disponibilidad de recursos define alcance]
- * UNIVERSALIDAD
 - 1. necesidad de la obligatoriedad
 - 2. ampliación cobertura no asalariados
 - ofrecer más beneficios que costos
 - especialización en las funciones (buena organización)
 - mecanismos coercitivos (ej. pago servicios)
- * EFICIENCIA
 - 1. Especialización funciones: usuario-aseguradores-proveedores
 - 2. Forma de contratación: Capacitación y pago por servicios
 - Control de costos
 - Control de tecnología
 - Solución al problema moral
 - Énfasis prevención
 - 3. Mejora de la gestión hospitalaria
 - 4. Competencia
 - 5. Economías de escala
- * PAPEL DEL ESTADO
 - 1. Control y regulación: evitar selección adversa
 - evitar escalada tecnológica
 - favorecer solidaridad
 - 2. Sus recursos hacia los más pobres (solidaridad fiscal)
 - 3. Discusión sobre la unicidad en el fondo recaudador
 - 4. Necesidad de combinar sector público y privado
- * EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ES DINAMICO Y CAMBIANTE

instituciones prestadoras de servicios; además, el dinero ahorrado en pensiones, dado su volumen, puede tener importantes implicaciones macro-económicas.

En segundo término, los sistemas de seguridad social en salud han evolucionado de manera importante, pasando de sistemas de aseguramiento limitados a riesgos catastróficos hacia unos con mayor cubrimiento, con oferta de paquetes con cobertura universal o, en su defecto, limitados a la cobertura de atención básica, pero amplia. Se puede decir que el alcance de estos paquetes se ha venido reduciendo con el tiempo, y la razón de ello es puramente financiera. Los sistemas de seguros de salud se han disparado en sus costos, y como el gasto público participa de manera importante en su financiación, los países se han visto obligados a desarrollar fuertes políticas de contención de gastos.

En todos los casos los sistemas de seguridad social marchan de la mano con los de prestación de servicios de salud, estos últimos generalmente en cabeza del correspondiente ministerio de salud. No se entiende que existan dos sistemas paralelos: uno en cabeza del ministerio de salud y otro, independiente, de seguridad social en salud, como es el caso colombiano. Ambos, en su parte correspondiente a la prestación de servicios, tienen las mismas funciones y no pueden estar duplicándose. El Ministerio de Salud, por su parte, debe mantener sus funciones de dirección, planeación

y seguimiento, y reservar también la posibilidad de adelantar campañas nacionales, de prevención y promoción, educación y de programas especiales, que no son necesariamente del resorte de la seguridad social.

Un sistema de seguridad social debe ofrecer, entonces, paquetes de salud "amplios". La dificultad surge de hasta dónde debe y puede llegar esa amplitud, dado que ningún sistema está en capacidad de ofrecer paquetes ilimitados. Es claro que en ellos debe incluirse la atención básica, en particular la prevención y la promoción, pues éste es el mejor mecanismo para asegurar la salud de la población. Se debe fomentar la prevención y no tanto la curación. Asimismo debe asegurar un mínimo de atenciones hospitalarias, en los tres niveles, entre las que cabe destacar la maternidad y un número de estancias hospitalarias, al igual que de cirugías simples, que deben estar de acuerdo con los estándares de uso de estos servicios. La inclusión de riesgos por accidentes, o catastróficos, no incrementa de manera importante el costo del paquete -siempre que se le asignen algunos topes- y por ello el cubrimiento de este tipo de eventualidades debe también quedar incluido en el paquete, aunque con algunas limitaciones.

La delimitación precisa del alcance del paquete de los servicios de salud es una labor de difícil consenso. Según el enfoque médico que se tenga se pueden privilegiar unos servicios

más que otros. Además, en un mismo país, el cuadro epidemiológico varía entre regiones y grupos de población, lo que hace que los énfasis en los paquetes no tengan por qué ser iguales. Probablemente, la mejor manera para abordar el problema es hablar de un paquete general básico, que incluya las categorías gruesas que se quieren cubrir, limitado por costos, y que sea flexible según las necesidades regionales.

Para que los sistemas de seguridad cobren verdadero sentido, deben tener cobertura universal o, en su defecto concentrarse en la cobertura de la población más pobre. El principio de universalidad, incluido en la Constitución, hay que volverlo realidad. Para lograrlo se requiere que exista obligatoriedad en la afiliación. Esta obligatoriedad debe estar amarrada a alguna forma de cobro, expedito y estable, siendo la nómina la mejor de ellos.

En países como el colombiano en donde los asalariados representan tan sólo del 36% de la población, hay que hacer esfuerzos importantes para captar la población no cautiva, en este caso la no asalariada. Una estrategia, que se apoya en una racionalidad económica, consiste en mostrar que los beneficios del servicio ofrecido son superiores a los costos en los que incurre el usuario. Esto debe ser particularmente claro para las clases menos favorecidas, las que como se verá más tarde, deben recibir un amplio subsidio por parte del Estado. Otro mecanismo está ligado

con la organización del sistema: ésta debe favorecer la especialización de funciones y, en particular, la capacidad de las agencias aseguradoras integrantes del sistema para atraer a los distintos grupos poblacionales. La organización debe favorecer la existencia de agencias que puedan llegar a las distintas asociaciones y cooperativas para, a través de ellas, afiliarse esos grupos poblacionales. Un tercer método, coercitivo pero necesario, es atar algunas de las principales actividades del ciudadano mayor de 18 años -por ejemplo, electorales, de búsqueda de trabajo o de créditos, el pago de servicios públicos, etc.-, a la demostración de la vigencia en su afiliación y puesta al día de sus pagos.

De otra parte, por razones tanto de cobertura como de eficiencia, resulta más conveniente que se promueva y, según lo anotado, que se obligue, que la afiliación sea familiar y no sólo individual.

Así mismo, y tal como lo prevé la Constitución, el sistema debe ser **solidario**. No todos tienen cómo pagar los costos del servicio y, el Estado tampoco tiene recursos suficientes para hacerse cargo de todos quienes no puedan cubrir sus propios gastos. Si se quiere llegar a la universalidad debe existir solidaridad de los más ricos hacia los más pobres y del Estado hacia la población por debajo de la línea de pobreza.

La primera de ellas encuentra un mecanismo idóneo en las cotizaciones por nómina puesto que al fijarse un porcentaje único del salario como cotización, con oferta de los mismos servicios de salud, hace que quienes ganan más subsidien a quienes ganan menos. Este subsidio se ve fortalecido por el hecho de que los empleadores aporten dos terceras partes de la cotización. Este esquema puede hacerse extensivo a toda la población, incluso la no asalariada -la cual, dado que no existe empleador, cotizaría tan sólo los aportes correspondientes al empleado, aunque quizá ligeramente incrementados a fin de impedir desviaciones como que los asalariados se presenten como no asalariados-.

Para darle mayor movilidad al sistema podría pensarse, en último caso, en remover la obligatoriedad de las cotizaciones al sistema, si se continua cumpliendo con la cuota de solidaridad. Esa libertad puede dársele al usuario siempre y cuando mantenga unos aportes correspondientes a la diferencia entre el valor de su cotización y el costo real unitario del paquete. Si la persona mantiene esos aportes, queda en libertad de procurarse, por sí misma pero de manera totalmente independiente, su propio sistema de seguro. Este esquema es, sin embargo, difícil de controlar y tiene otros efectos adversos sobre el funcionamiento del sistema. Entre ellos cabe mencionar que el retiro supone mayores costos para el usuario (debe mantener sus aportes y además procurarse su propio servicio de salud) y mayores costos para el sistema (p. e., un

retiro masivo disminuye sus niveles de operación, que como se verá luego son definitivos). Este retiro es un mecanismo para mantener ineficiencias, no para entrar a combatir las estructuralmente.

De otra parte, la fijación de una prima única, propia de la medicina prepagada, está íntimamente ligada con el problema de la selección adversa. Si se fija una prima única, ésta podría no ser sostenible en el largo plazo, ya que a través de ella se daría una redistribución ex-ante de los recursos recaudados entre las personas con menores riesgos hacia aquellas con mayores riesgos, de tal forma que las primeras evaluarían el costo del seguro con respecto a su posible demanda por seguros de salud y seguramente encontrarían que sería mejor no asegurarse. Los únicos incentivados a comprar el seguro serían aquellos cuya futura demanda de salud fuera mayor, o por lo menos igual, al costo de la prima pagada por el seguro. La única manera para mantener un sistema de prima única, sin que se presente un problema de selección adversa por los compradores sería, entonces, hacer el seguro obligatorio para todos. El sistema de fijación de primas adivinando el riesgo del comprador tampoco es recomendable, ya que hace que el sistema sea supremamente injusto, imprevisible y potencialmente inestable.

El mercadeo competitivo de los aseguradores privados lleva a una gran variedad de primas de aseguramiento por grupo, basadas en el tipo de riesgo del grupo. Esta diferenciación de primas no es

propiamente una falla del mercado, aunque termina creando un problema social. Muchos de los posibles compradores serán dejados por fuera del mercado (selección adversa por parte del proveedor), ya que les quedará imposible pagar la prima que corresponde a su tipo de riesgo. Un mercado privado y voluntario de seguros es, por lo tanto, incapaz de lograr el objetivo de universalidad de los sistemas de salud. El caso más claro en este sentido es el modelo de los Estados Unidos. Esa competencia debe, por tanto, limitarse a la oferta de los servicios complementarios excluidos en la conformación del paquete básico inicial.

La existencia de información imperfecta y asimétrica entre el comprador y el vendedor del seguro, característica de la imperfección de los mercados de salud, juega también papel importante en la selección adversa. En la práctica, la selección adversa no extingue el aseguramiento privado, aunque lleva a una erosión de sistemas de tasación comunitaria y a un nivel de cobertura que no logra la universalidad, tanto de la población a ser cubierta como de los servicios básicos. Los mercados privados de seguros tienden a evolucionar hacia sistemas de cobertura de grupos con primas tasadas de acuerdo a la experiencia, en especial grupos de personas empleadas bajo la condición de que todo, o casi todo el grupo, acepte el aseguramiento, y hacia grandes deducibles médicos o políticas de cobros directos a los usuarios. En el largo plazo, hay consenso en que, en un sistema de aseguramiento privado

la competencia incontrolada entre aseguradores lleva a la lucha por identificar aquellos grupos más saludables y que presentan menores riesgos, dejando a los grupos de más alto riesgo descubiertos, o cubiertos pero a altos costos para el usuario.

El Estado debe subsidiar tan sólo a los más pobres, asegurando una adecuada asignación de sus recursos a los más necesitados. Este es el otro tipo de solidaridad que debe existir y encuentra su punto crítico en la consecución de mecanismos certeros para reconocer a los más pobres. Esta selección es muy difícil de adelantar en la práctica. Otra dificultad menor consiste en lograr afiliarlos y mantenerlos adscritos al sistema.

Es importante anotar que para combatir la selección adversa es necesario impedir que los aseguradores estén interesados en discriminar a sus usuarios. Esto se obvia en buena medida cuando hay un único asegurador y supone, cuando hay múltiples aseguradores, que se desarrollen mecanismos fuertes por parte del Estado para controlar la manera como los aseguradores hacen su selección. Así mismo, cuando hay múltiples aseguradoras y prestadoras de servicios, la redistribución solidaria de los recursos exige de importantes mecanismos de control, la que resulta mucho más expedita cuando hay un solo recaudador.

Estos hechos han estado en la base para proponer que exista un fondo único recaudador y de aseguramiento, puesto que así, de manera inmediata e interna a ese fondo, se daría la solidaridad y se obviaría la selección adversa. La existencia de ese fondo facilita que se den estos dos hechos, pero no es una condición obligada. Si éste no existiera, deben existir mecanismos importantes de control y seguimiento por parte del Estado a las agencias aseguradoras y, además, debe existir un fondo de reaseguro, con características de solidaridad y de cubrimiento de excedentes. Ello representa un reto más a la organización del sistema.

La organización del sistema está en la base para alcanzar la eficiencia. En la revisión de la literatura se reconocen los siguientes elementos centrales en la organización del sistema: la especialización de funciones de quienes intervienen en el sistema, y dentro de ella la forma de contratación de los servicios médicos; la posibilidad de incentivar la competencia entre las agencias que intervienen en el sistema; su tamaño y su forma de control, ésta última muy relacionada con la participación que debe tener el sector público.

En cuanto a lo primero, varios autores han planteado que todo esquema de seguros de salud debe especializar e independizar las funciones de dos de sus agentes básicos: los aseguradores o

administradores y los proveedores de servicios. La experiencia inglesa es muy ilustrativa al respecto. Después de muchas reformas han encontrado que el sistema requiere de una serie de pesos y contrapesos, que incentiven tanto a aseguradores como a proveedores a ser eficientes y al mismo tiempo a no actuar inmoralmente ni a seleccionar adversamente a los usuarios (Van de Ven, 1991; Cichon 1992).

En el caso colombiano es particularmente importante el esfuerzo que hay que adelantar en la modernización de los prestadores de servicios, volviéndolos más competitivos y empresariales. El caso de los hospitales y particularmente de los públicos es sintomático. Para que ellos subsistan en este esquema deberán operar con otros esquemas, con presupuestos en función de sus servicios prestados y no de carácter histórico. Ello no excluye que reciban un subsidio complementario destinado a apoyar la investigación que estén realizando.

Es así como todo sistema debe ser desagregado en tres relaciones fundamentales: administradores-usuarios, proveedores-usuarios y administradores-proveedores. Cada relación opera de manera diferente, ya que poseen diversas fuerzas a ser sopesadas. En la relación entre administradores-usuarios surgen los problemas de selección adversa, solidaridad del sistema y de cobertura. En la relación entre administradores-proveedores, el problema fundamental

es del comportamiento inmoral de los proveedores y los sistemas óptimos de contratación. Por último, entre proveedores-usuarios el problema es el del comportamiento inmoral de los usuarios y el establecimiento de sistemas de copago o franquicias. Un esquema de seguros de salud debe tener una forma triangular, donde la buena relación entre cada vértice implica la operatividad y viabilidad del sistema.

En cuanto al diseño de un sistema óptimo de pagos en el área de la salud, éste sólo puede ser abordado cuando se reconozcan instrumentos de pago, tanto en el lado de la oferta como de la demanda, para lograr las metas sociales de eficiente utilización del servicio y minimización del riesgo financiero del usuario. La evidencia empírica muestra que las prácticas de pago del lado de la demanda y de la oferta influyen la utilización del servicio. El sistema óptimo se logra sólo con políticas mixtas: en el lado de la oferta, de control a los proveedores con parte de pago prospectivo (pago por capitación o por tarifas de servicios); en el lado de la demanda, basada en control en el uso de los servicios por parte de los usuarios. Una política de franquicias y deducibles en el lado de la demanda sería, pues, deseable como parte del sistema de pago.

Un sistema de contratación de tipo retrospectivo (pago a los proveedores basado en los costos efectivamente incurridos), envía una clara señal al sector de Investigación y Desarrollo (I&D):

"desarrolle nuevas tecnologías que aumenten la calidad del servicio de salud sin importar los efectos en los costos". Un sistema de pagos de este tipo explica, según Fuchs (1986), "la rápida e indiscriminada adopción de innovaciones médicas" y (Nelson, 1972) "la propensión de médicos y hospitales para adoptar casi cualquier nueva cosa -drogas, métodos de cirugía, equipos- que aumente la capacidad en cualquier dimensión... sin importar los costos". En un sistema de pago prospectivo, en el cual los pagos al proveedor del servicio es exógeno a los costos incurridos por él, el mensaje es totalmente diferente: "desarrolle nuevas tecnologías que reduzcan los costos, sin que la calidad del servicio sufra mucho". Ambas señales son totalmente diferentes. Mientras que en un sistema de aseguramiento basado en pagos retrospectivos, el incentivo se dará para el desarrollo de tecnologías intermedias que aumentan la calidad del servicio sin importar su costo, en un sistema prospectivo los incentivos al sector de I&D estarán centrados en el desarrollo de altas tecnologías, que reduzcan los costos sin sacrificar la calidad.

Este mecanismo mixto de control tanto de oferta como de demanda, es idóneo para combatir el problema moral, uno de los problemas más frecuentes en este tipo de sistemas. Soluciones posibles al problema moral como el cobro directo al usuario, a través de franquicias o la reducción del cubrimiento del seguro (cubrimiento incompleto), han tenido efectos positivos en el corto

plazo, pero no eliminan el problema en el largo plazo. Estas franquicias deben consultar el origen socio-económico del usuario y el tipo de servicio -nivel de atención- ofrecido. Otras soluciones como la monopolización de la función de aseguramiento, como en el caso canadiense, se ha tenido como exitosa al lograr controlar la utilización y la escalada de precios, aunque su éxito no puede atribuirse exclusivamente al hecho de monopolizar en una entidad pública la función de aseguramiento, sino en su capacidad de controlar tanto a los proveedores como a los usuarios. Así mismo, la forma de pago de los médicos a través de contratos de capitación (o pago por persona asignada) ha demostrado ser efectiva en limitar el problema moral en el lado de la oferta.

Este planteamiento se refleja claramente en los resultados encontrados por Selden (1990) y Ellis y McGuire (1990). Ambos llegan a una misma conclusión: un sistema óptimo de seguros de salud es aquel en el cual existe una cobertura total del seguro ofrecido (ninguna franquicia o copago) y un sistema de contratación que es en parte prospectivo (capitación, por ejemplo) y en parte retrospectivo. Un sistema de este tipo favorece tanto los mecanismos que buscan contener problemas de comportamiento inmoral de los usuarios, así como aquellos que permiten e incentivan un servicio eficiente y de calidad por parte del proveedor. Sin embargo, los supuestos de cada modelo óptimo son bastante fuertes y si se introduce una función de demanda por servicios médicos que

tiene en cuenta la conclusión fundamental del trabajo de Stoddart y Barer (1981), de demanda por episodios, se vuelve necesaria la introducción de franquicias o copagos como mecanismo de control de demanda.

La escogencia entre el sistema prospectivo (capitación) y el retrospectivos (pago por servicios) tiene sus ventajas y sus desventajas, aunque la utilización de los sistemas retrospectivos parece ser cosa del pasado. La utilización de cada uno corresponde a las prioridades presentes en un momento determinado. La utilización de sistemas retrospectivos responde a una sociedad profundamente preocupada por la calidad de los servicios suministrados, ya que como se vio, un sistema como éste envía señales a los productores de tecnología médica y a los médicos, de que pueden incorporar cualquier tecnología que mejore en algo la calidad sin importar su costo. Estos sistemas promueven esencialmente el desarrollo de las llamadas tecnologías intermedias, que son altamente costosas, y que muchas veces no agregan a la calidad de vida del usuario y atacan el problema cuando éste ya ha surgido (medicina curativa). No es gratuito, que EE.UU. tenga el sistema de tecnología médica más desarrollado del mundo. Los sistemas prospectivos, por el contrario, le dan un mayor peso a los problemas de contención de costos, sacrificando a veces la calidad. Este tipo de sistemas prospectivos como el de capitación, promueven el desarrollo de campañas de promoción y

prevención de la salud, que son poco costosas y muy efectivas en los índices de salud de la población.

La competencia se reconoce también como un mecanismo definitivo para mejorar la eficiencia del sistema. Por ello en las relaciones antes mencionadas usuario-agencia aseguradora, usuario-prestadora de servicios y aseguradora-prestadora de servicios, debe existir el juego de la libre elección de a dónde poder dirigirse, fomentándose así la sana competencia.

Ella, sin embargo, encuentra dos restricciones. Una primera tiene que ver con la existencia de economías de escala en el aseguramiento, lo cual se sustenta en los siguientes hechos: los costos de operación son menores a mayores economías de escala, lo que lleva a que se cobren mayores primas en los sistemas donde existe mayor competencia y menor tamaño en las agencias aseguradoras; en un sistema con mayor competencia una parte sustancial de los costos administrativos se va en gastos de mercadeo y comisiones a los agentes de seguros (en un sistema de monopolio público estos costos son prácticamente nulos); existen deseconomías escondidas para los proveedores de servicios en un sistema más competitivo, debido a que tienen que negociar con un mayor número de agencias aseguradoras; y existe ahorro de recursos al centralizarse la recaudación de las primas, el pago a los médicos y el manejo de la información. Es decir conviene promover

la competencia pero no se debe llegar a una atomización del sistema que llevaría a aumentar los costos del sistema.

Una segunda razón tiene que ver con las necesidades de control y seguimiento que deben existir. El Estado es el llamado a ejercerlas, y su acción se dificultaría con una excesiva atomización. El control estatal es también importante para impedir una escalada de costos como consecuencia del espiral ascendente de costos propio de sistemas donde la tecnología influye tan decisivamente en ellos y donde ésta es juez y parte en los esquemas médicos por adoptar. Como se verá es el Estado quien mejor puede actuar para contrarrestar, con su control, el efecto perverso de la espiral de costos promovido por la tecnología.

En efecto, el problema moral de los seguros puede causar que los usuarios y los médicos sobre-utilicen los recursos dedicados al sector salud y que, por lo tanto, el gasto agregado en salud sea mayor cuando existe el aseguramiento, pero esto no explica el por qué el gasto en salud crece más rápida o aceleradamente. Un sistema de seguros de salud en expansión podría explicar en parte este misterio, pero no el por qué de la expansión del sistema de aseguramiento. "Algo tenía que estar cambiando y ese algo es el estado de la tecnología" (Weisbrob, 1991).

El crecimiento de los gastos médicos y de los seguros de salud, tanto públicos como privados, sugiere que en Colombia nos encontremos en un estado o etapa en la que prima el desarrollo de tecnologías intermedias. Como lo muestra Weisbrod(1991), "la cantidad de recursos que entran en el proceso de I&D, y su dirección durante algún intervalo, depende parcialmente de los mecanismos que se espera utilizar para financiar la provisión de servicios médicos en períodos futuros, cuando los frutos de la I&D se hagan comercializables". Esto quiere decir que el sistema de aseguramiento y financiamiento de la salud afecta los incentivos que enfrenta el sector de I&D para desarrollar nuevas tecnologías médicas." La demanda que enfrenta el sector de I&D es derivada de la demanda que enfrentan los proveedores de los servicios de salud, sistemas alternativos de seguros y financiamiento tendrán efectos diferentes en el largo plazo en la demanda por innovaciones. En particular, los mecanismos de aseguramiento pueden diferir en los incentivos implícitos para la reducción de costos relativos al aumento de la calidad". No obstante, la relación entre el estado de la tecnología y el sistema de aseguramiento no es de una sola vía. El estado de la tecnología también influye en el sistema de aseguramiento adoptado (Weisbrod).

Así mismo y en cuanto a la participación que debe tener el Estado, en la literatura existen tres modelos básicos de aseguramiento en salud, ninguno de ellos perfecto: modelo

mayoritariamente privado (EE.UU.), modelo mayoritariamente público (Beveridge), y modelo híbrido (Bismark).

Existe consenso en que un buen sistema de salud nunca podrá ser exclusivamente privado o público. En el primer caso se desconocen elementos fundamentales de protección social que caracterizan el bien "salud" y conducen a situaciones que no son ni económica ni socialmente deseables, debido a protuberantes fallas del mercado. En el segundo, se presentan problemas de eficiencia en la asignación de los recursos y en la calidad de los mismos. El problema está en cuál debe ser la mezcla correcta.

Finalmente, hay que reconocer que todo sistema de seguridad social en salud es dinámico en el tiempo. Ya se observó la dificultad de mantener, en el largo plazo, los valores de las cotizaciones o la estructura de los paquetes. Estos deben irse ajustando con las disponibilidades y necesidades. La misma organización del sistema debe ir ajustándose a las necesidades y condiciones de desarrollo del país. Un ejemplo de ello es la necesidad de adecuar las futuras estructuras del sistema a los esquemas descentralizadores que empiezan a desarrollarse en el país. Sin ello sería como ir contra la corriente.

III. COMPARACION DE LOS DIFERENTES PAQUETES DE SALUD

En este capítulo se analizan los contenidos, costos y metodologías de los diferentes paquetes de salud. Algunos de estos paquetes se están aplicando en la actualidad en el país, otros son propuestas que surgieron en el marco de la reforma de la seguridad social en salud. El costo de cada uno de ellos constituye un punto de referencia obligado para los análisis que se seguirán a lo largo de este estudio. Además, la comparación de los costos sirve como punto de partida para el cálculo del costo promedio por persona tanto en el sector urbano como en el rural.

A. Comparación del contenido de los paquetes

En el cuadro 2 se presentan los contenidos de los paquetes relevantes en el análisis de las diferentes alternativas de reforma. Los paquetes analizados son: el de atención básica propuesto por el anterior vice-ministro de salud Carlos Alberto Agudelo, que bien puede decirse que representó, en su momento, la propuesta del Ministerio de Salud; el de Hernando Guerrero Moreno, que da otro punto de referencia para la propuesta del Ministerio; el de Compensar, que es el paquete que ha servido de base a la propuesta del D.N.P.; el de los servicios ofrecidos por el Instituto de Seguros Sociales; el de la Sociedad Colombiana de Actuarios (S.C.A.), que ha intentado conjugar parte de los

Cuadro 2
COMPARACION DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS

	AGUDELO atención básica	Guerrero	COMPENSAR	Sociedad Colombiana de Actuarios	I S S	MEDICINA PREPAGADA (CAPESALUD)
PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN						X (8)
1. Estim.al desarr.			X			
2. Agud. Visual	X		X			
3. Citología	X	X	X			X
4. Planificación	X		X			
5. Prevencion oral	X	X	X			X
6. Educ.alim.y comun.	X	X	X			
7. Complementacion alim. embarazada y niño	X					
8. Vacunación infantil	X	X	X			X
9. Control de enfermedades sexualmente transmisibles		X				
CONSULTAS						X (12)
1. Crec./Desarrollo	X		X		X	X
1. Medicina general	X (1)	X	X	X		X
2. Pediatría			X			X
3. Enfermería	X					X
4. Odontología básica	X	X	X	X	X (9)	X
5. Prim.Auxil./Urg.bas.	X	X	X	X		X
SERV.DE APOYO A CONSULTAS						X
1. Medicamentos no especial.	X	X	X (4)	X (7)	X (10)	X (13)
2. Laboratorio bas.		X	X	X	X (11)	X
2.1 Cuadro hemático	X					
2.2 Coprológico	X					
2.3 Parcial de orina	X					
3. Radiología básica	X	X	X			X
SERVICIOS EPIDEMIOLOGICOS	X (2)					
REFERENCIA DE PACIENTES	X					
ADMINISTRACION E INVERSION EN DOTACIONES	X				X	
ATENCIÓN HOSP. (I,II,III)						
1. Embarazo		X (3)	X (5)	X (5)	X (5)	X
1.1 Parto normal	X	X				
1.2 Cesárea	X					
2. Accidentes	X					
3. Enfermedad	X					
4. Otros	X					
MEDICINA ESPECIALIZADA			X (6)	X	X	X

- (1) No se desagregan consulta médica general y pediatría.
- (2) Los servicios epidemiológicos incluyen: planeación, control de factores de riesgo, detección masiva, servicios sanitarios, servicios nutricionales, y riesgos laborales.
- (3) Guerrero considera únicamente servicios intramurales (hospitalarios) de baja complejidad. Los desagrega por las enfermedades más frecuentes: desnutrición, enteritis y enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, neumonía y maternidad.
- (4) No se desagregan medicamentos básicos y especiales.
- (5) Los servicios hospitalarios cubren los tres niveles, pero no con las mismas categorías del cuadro.
- (6) Los servicios ofrecidos son: Consultas de medicina especializada, laboratorio especializado, imagenología especializada, otros exámenes especiales, medicamentos especializados y terapias.
- (7) No se precisa si son medicamentos especializados o únicamente básicos o promedio.
- (8) En la descripción de este paquete integral del nivel básico aparecen nutricionistas y trabajadores sociales lo que permite suponer que incluye servicios de prevención y educación.
- (9) Incluye odontología general y especializada.
- (10) Incluye medicamentos de toda índole.
- (11) Incluye exámenes básicos y especializados.
- (12) Incluye consultas de psiquiatría y psicología (con restricciones).
- (13) No incluye droga en tratamiento ambulatorio.

anteriores paquetes buscando obtener uno viable financieramente; y, el paquete "cereza" de Cafesalud, como ejemplo de la medicina prepagada.

En el cuadro se separan los servicios ofrecidos en tres categorías: atención básica, atención hospitalaria de los tres niveles, y servicios de medicina especializada. Para conocer el alcance de cada una de estas categorías se han detallado los servicios más importantes que las componen. En el caso de la atención básica aparecen, por ejemplo, las subcategorías de prevención y educación, consultas y sus servicios de apoyo, servicios epidemiológicos y administración.

Como se observa, en la atención básica es donde mejor se pueden establecer las comparaciones pues es la categoría para la cual los paquetes son explícitos en sus coberturas. La parte hospitalaria se maneja, en cambio, de manera genérica y no es fácil deducir el alcance real propuesto en cada caso.

Hay que anotar que esta clasificación busca ofrecer una comparación de las líneas gruesas de los paquetes y no de cada uno de sus innumerables componentes. Esto último es una ardua labor, no siempre posible de adelantar, entre otras cosas porque los servicios muy detallados no son a veces comparables, y porque, a más de la presentación genérica de cada uno de los servicios,

habría que entrar a detallar la cobertura y la "letra menuda" de cada uno de ellos. Esto es útil para análisis que busquen precisar, el alcance de un paquete, pero tiene el inconveniente de desviar la atención sobre los puntos centrales por discutir. Se ha preferido, para mantener centrada la discusión, mostrar tan sólo las líneas gruesas ofrecidas por los paquetes que son bastante coincidentes.

Con excepción de la propuesta de Guerrero, todos los paquetes son integrales, con cobertura en los tres niveles, y se preocupan por incluir un conjunto de servicios preventivos, esenciales para contribuir a la mejora de la salud de la población. La importancia atribuida a la atención básica por los diferentes paquetes se ve claramente cuando se observa el porcentaje del costo de la atención básica en el costo total del paquete (estos porcentajes resultarán claros una vez se aborde, en la próxima sección, el tema de los costos (Cuadro 3a)). Para Agudelo, la atención básica constituye el 60% del costo total del paquete mientras que, por ejemplo, Compensar le asigna tan sólo el 26% del costo. Guerrero no se puede comparar con los demás paquetes ya que él se limita casi que exclusivamente a los servicios de atención básica, incluyendo tan sólo algunas hospitalizaciones de baja complejidad. En la propuesta de la S.C.A están ausentes los servicios de prevención y educación pero los otros servicios de atención básica, consultas y apoyo diagnóstico, constituyen el 50% del costo total del paquete urbano.

El paquete del ISS es, en teoría, de alcance ilimitado y por tanto el que tendría mayor número de servicios ofrecidos. Sin embargo, es conocido que en la práctica se hacen algunos recortes en la oferta, causados fundamentalmente por las limitaciones financieras del Instituto. Estos recortes no son explícitos, y tampoco operan del mismo modo para toda la población, de modo que no se pueden conocer a ciencia cierta. Se puede afirmar, sin embargo, que operan sobre todo a nivel de las hospitalizaciones de alta complejidad y de los complementarios. En cuanto a la "Atención Integral Médico-Odontológica del Nivel Básico", el ISS tiene una propuesta integral, de amplia cobertura y cuyo alcance sí se respeta. En ésta se da énfasis a los servicios de promoción y prevención.

Para calcular el costo total del paquete del ISS se tomó el valor por año y por beneficiario actual. El costo del paquete de atención básica integral sí lo tiene calculado el ISS. La diferencia entre el costo unitario del modelo de nivel básico y el costo total por beneficiario puede representar, teóricamente, lo que se asigna a hospitalizaciones y medicina especializada. Con esta metodología, la atención básica absorbe más que el 40% del costo total.

Se puede afirmar, entonces, que todas las propuestas le dan gran importancia a la atención básica, siendo los servicios

epidemiológicos los únicos que sólo son contemplados por Agudelo. El costo asignado a la atención básica resulta muy significativo, representando entre el 25 y el 60% del costo total de los paquetes.

Desafortunadamente, por deficiencias en la información, la misma comparación no se puede adelantar para los servicios de educación y prevención, los que son de primordial importancia si se busca un paquete que tenga el mayor impacto sobre la salud de la población colombiana.

En la categoría de las hospitalizaciones existe todavía poca claridad en cuanto a su alcance. Su importancia, vista como su participación en el costo total del paquete, varía inversamente con la importancia asignada a la atención básica. Mientras en el paquete de Compensar para asalariados el gasto en hospitalizaciones constituye el 50% del costo total, en el de Agudelo esa proporción es menor al 40%.

En cuanto a la medicina especializada -consultas médicas y laboratorios especializados, terapias, etc.-, sólo Compensar y la medicina prepagada, sin contar claro está el alcance "ilimitado" del paquete ISS, parecen ofrecer servicios de esa categoría.

En resumen, se puede afirmar que los paquetes analizados (con excepción de Guerrero) coinciden en su esfuerzo de ofrecer paquetes

integrales, con cobertura de los tres niveles, y con servicios, en términos gruesos, coincidentes salvo para la atención especializada. Todos privilegian la atención básica cuyo análisis comparativo es posible adelantar gracias a la desagregación de la información, muestra gran cantidad de similitudes. En cuanto a las hospitalizaciones, es poco lo que se puede afirmar pues los paquetes las presentan, en general, de manera muy agregada. Los paquetes se distinguen en el peso asignado a los diferentes niveles de amparo, lo que se ve claramente cuando se analizan los costos de cada una de las categorías (Cuadros 3 y 3a).

B. Costos de los paquetes

En el cuadro 3 se presenta un resumen de los costos de los diferentes paquetes analizados. En él se han querido respetar las categorías de servicios presentadas en el cuadro anterior (siempre que la información financiera así lo permita).

El costo total del paquete por persona y por año varía entre 21 mil pesos para el paquete de la S. C. A. para el sector rural y 137 mil pesos para el paquete más barato que ofrece Cafesalud, en pesos de 1.992.

Vale la pena hacer un comentario respecto al costo de medicina prepagada. Ese costo puede estar sobre-estimado por varias razones.

Cuadro 3
COSTO DE DIFERENTES PAQUETES DE ATENCION EN SALUD POR GRUPOS DE AMPARO Y POR HABITANTE

	Guerrero (Minsalud)	AGUDELO (Minsalud)	COMPENSAR (Indigentes)	COMPENSAR (Asalariados)	ISS	SCA (Urbano)	SCA (Rural)	MED. PREPAG. (Cafesalud)*
A. PAQUETE BASICO								
Prevención y educación	7,538		2,886	4,572				
Consultas	4,255		1,954	4,052	7,303	5,446	1,221	
Servicios de apoyo a consultas	9,660		3,229	4,289	12,531	10,378	6,497	
Administración/inversión en dotaciones					1,983			
Atención ambulatoria del parto normal								
SUBTOTAL ATENCION BASICA	21,453	17,523	8,069	12,913	21,817	15,825	7,719	
B. HOSPITALIZACIONES								
Hospitalizaciones de baja complejidad	1,229							
- Prim.Auxil./Urg.bas.			2,000	2,000		2,247	2,247	
- Partos normales		1,346	2,190	4,380		1,303	1,303	
Servicios hospitalarios de mayor complejidad		10,007	13,404	21,280		9,771	9,771	
SUBTOTAL HOSPITALIZACIONES		11,353	17,594	27,660		13,321	13,321	
SUBTOTAL ATENCION BASICA Y HOSPITALIZACIONES		28,876	25,663	40,572		29,146	21,040	
C. MEDICINA ESPECIALIZADA								
		-	4,070	8,210				
COSTO X PERSONA	22,682	28,876	29,733	48,782	51,498	29,146	21,040	137,800
COSTO X HOGAR (4.85 famil.)	81,615	125,838	144,200	236,593	249,765	119,547	69,709	387,240

Fuente: Cálculos Fedesarrollo. Los costos de Guerrero, Agudelo y ISS, que estaban en pesos del 91 fueron actualizados a precios del 92 con base en la inflación del sector de salud entre junio/91 y junio/92.

* Es el plan más barato que ofrece Cafesalud. El promedio de la tarifa para 5 programas y para un usuario es de 225 mil pesos.

Cuadro 3a
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL COSTO DE LOS DIFERENTES PAQUETES DE ATENCION EN SALUD

	Guerrero (Minsalud)	AGUDELO (Minsalud)	COMPENSAR (Indigentes)	COMPENSAR (Asalariados)	ISS	SCA (Rural)	SCA (Urbano)
A. PAQUETE BASICO							
Prevención y educación	33.2		9.7	9.4			
Consultas	18.8		6.6	8.3	14.2	5.8	18.7
Servicios de apoyo a consultas	42.6		10.9	8.8	24.3	30.9	35.6
Administración/inversión en dotaciones					3.9		
Atención ambulatoria del parto normal							
SUBTOTAL ATENCION BASICA	94.6	60.7	27.1	26.5	42.4	36.7	54.3
B. HOSPITALIZACIONES							
Hospitalizaciones de baja complejidad	5.4						
- Prim.Auxil./Urg.bas.			6.7	4.1		10.7	7.7
- Partos normales		4.7	7.4	9.0		6.2	4.5
Servicios hospitalarios de mayor complejidad.	0.0	34.7	45.1	43.6		46.4	33.5
SUBTOTAL HOSPITALIZACIONES		39.3	59.2	56.7		63.3	45.7
C. MEDICINA ESPECIALIZADA	0.0	0.0	13.7	16.8			
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Cálculos de Fedesarrollo y cuadro anterior.

En primer lugar, se trata de tarifas y no de los costos de la medicina prepagada. Esas tarifas incluyen costos administrativos y de mercadeo del orden del 35%. Además, las entidades que ofrecen servicios de medicina prepagada están operando todavía a pequeña escala lo que aumenta considerablemente sus costos de operación.

Excluyendo a Guerrero, dado que él no incluye servicios hospitalarios del nivel II y III, y a la medicina prepagada por tener un enfoque diferente, se obtiene un costo promedio de los paquetes de 34 mil pesos por persona y por año, costo que se ubica entre el valor unitario del paquete de Compensar para los indigentes y el de los asalariados.

En este contexto hay que explicar las diferencias que existen entre los costos unitarios de Compensar para indigentes y para asalariados y entre el paquete de la SCA para el sector rural y urbano. Compensar buscó establecer dos paquetes con costos diferentes pero con el mismo contenido médico. Así, se considera que en el rubro de las hospitalizaciones la diferencia de 10 mil pesos entre el paquete barato y el caro se explica únicamente por un entorno "hotelero" diferente y no por la calidad del servicio prestado. Hasta cierto punto, esta argumentación es criticable pero indica que hay posibilidades para bajar costos sin afectar la calidad. Eso es importante no sólo por la escasez de recursos financieros sino también por el gran peso que se le quiere dar a

los servicios preventivos. Una reasignación de recursos de este rubro de hospitalizaciones hacia la prevención, sin afectar la calidad de los servicios, puede tener importantes consecuencias sobre la salud de la población. Aunque la propuesta de Compensar se destaca por su transparencia, hay que tomar con reserva algunas de sus cifras: tanto las frecuencias de uso como los costos unitarios están basados, en su gran mayoría, en la experiencia propia de Compensar. Esta experiencia tiene su origen en un contexto urbano.

La propuesta de la Sociedad Colombiana de Actuarios se puede entender como una propuesta a este problema. Ellos hacen un valioso aporte al panorama general de los paquetes considerados al incluir una diferenciación entre costos para el sector rural y para el sector urbano. Como se desprende del cuadro 3, los costos para el sector rural son un 30% más bajos que para el sector urbano. La SCA argumenta que ésto es debido a frecuencias de uso y a costos unitarios más bajos en el área rural. Sin embargo, no parece existir consenso respecto esta importante diferenciación entre costos urbanos y rurales. En un reciente estudio de Agudelo, por ejemplo, la relación es inversa, principalmente por los mayores costos de transporte en el campo rural^{2/}. Consideramos que sería importante estudiar con profundidad en un trabajo posterior, este aspecto de los costos.

^{2/} C.A. Agudelo, "Sistema de atención familiar y comunitaria", Minsalud, Bogotá 1990.

Los costos de los servicios de cada nivel de amparo varían de manera importante pero, de todas formas, se pueden sacar algunas conclusiones. La atención básica cuesta entre 7 mil pesos para el sector rural en la propuesta de la S.C.A. y de 21 mil pesos en el paquete del ISS. Aislado los paquetes de la SCA, que no incluye servicios de prevención y educación, parece existir consenso alrededor del costo de la atención básica: Agudelo, el ISS y Guerrero para quienes la prevención y la educación es de mayor importancia, indican costos entre 17 y 21 mil pesos para ese nivel amparo. Compensar, cuyo enfoque es un poco menos preventivo y más curativo, sitúa este costo entre los 8 y los 13 mil pesos.

A nivel de las hospitalizaciones se presentan grandes divergencias. El costo más bajo en esta categoría lo presenta Agudelo con 11 mil pesos. Para el paquete de Compensar para los asalariados este costo sube a 27 mil pesos.

Es difícil adelantar comparaciones a nivel de la medicina especializada, puesto que ninguno desagrega el costo de esos servicios, excepción hecha de Compensar, y porque varios de los paquetes no los consideran.

Estos paquetes que fluctúan entre 21 mil pesos y 51 mil pesos por familia y por año (excluyendo la medicina prepagada) son, como

se mostrará, factibles sin que para ello haya que cambiar radicalmente, la carga que representa el gasto en salud para el Estado y para el individuo.

1. Un acercamiento al costo promedio³

Con la idea de acercarse a lo que se podría llamar un "costo estándar para un paquete integral básico en salud", se trató de establecer un costo promedio por paquete tanto para el sector urbano como para el sector rural. En teoría, el establecimiento de un costo estándar, urbano o rural, presupone un trabajo mucho más profundo que el simple cálculo de un costo promedio a partir de los costos de unos pocos paquetes. Tal costo requeriría un análisis detallado de los elementos básicos que determinan el costo: una definición detallada de la canasta de servicios que se quiere ofrecer, frecuencias de demanda estandarizadas (es decir no basadas en experiencias específicas) y, tal vez lo más complicado, costos unitarios para cada uno de los servicios (que son diferentes de los costos unitarios históricos).

Los problemas para determinar tales elementos es una tarea complicada: los servicios ofrecidos requieren definiciones muy detalladas, las frecuencias varían a través de las regiones y están

³Esta sección se basa en su mayor parte en información elaborada por Carlos Alberto Naranjo, presidente de la Asociación Colombiana de Actuarios.

influenciados por el contexto institucional en el cual se prestan y los costos unitarios disponibles son en su mayoría históricos lo que implica distorsiones importantes. En ausencia de un trabajo de "ingeniería" de este estilo se considera que unos promedios de los diferentes niveles de amparo para los paquetes analizados, junto con una muestra de varios paquetes integrales, constituyen un punto de partida para la eventual elaboración posterior de un estudio de costos estándar.

Utilizando la información desagregada disponible sobre costos de los diferentes paquetes y haciendo algunos supuestos para los rubros de los que no se dispuso de información completa se construyeron los cuadros 3b y 3c. Estos cuadros merecen las siguientes observaciones: se calcularon dos costos promedios, uno para el sector rural y otro para el sector urbano considerando que tanto frecuencias de uso como los costos unitarios son diferentes en las dos áreas. El costo por persona y por año es de 37 mil y de 30 mil pesos respectivamente, cifras que están, como se verá más adelante, bastante cerca al costo del paquete compuesto A. El costo por hogar se sitúa en 123 mil pesos para el sector rural y en 151 mil pesos para la ciudad. El costo por hogar del paquete rural se puede asimilar al costo indicado por Agudelo mientras que el mismo costo para el sector urbano está algo por encima del costo del paquete de Compensar para los asalariados.

Cuadro 3b
CALCULO DE COSTOS PROMEDIOS PARA EL SECTOR URBANO

	Guerrero (Minsalud)	Compensar (Asalariados)	Compensar (Indigentes)	ISS	SCA (Urbano)	Agudelo (Minsalud)	PROMEDIO	DISTRIBUCION PORCENTUAL (%)
Prevención	7,538	4,572	2,886				4,999	13.22
Consultas gen.		4,052	1,954					
Consultas Med. esp.		2,864	1,317					
Total Consultas 1)	4,255	6,916 2)	3,271 2)	7,303 3)	5,446		5,438	14.38
Medicamentos		4,844 2)	3,349 2)	4,289 3)			4,161	11.00
Servicios de Apoyo (especializados y generales)	5,499 4)	4,791 2)	2,633 5)	5,226 3)	6,217 4)		5,434	14.37
PROMEDIO SERVICIOS EXTRAMURALES							20,032 6)	
Atención hospitalaria primer nivel								
-Parto normal	1,229	4,380	2,190		1,303	1,346	2,090	
-Urg. básicas		2,000	2,000		2,247		2,082	
Total		6,380	4,190		3,550		4,172	11.03
PROMEDIO ATENCION BASICA							24,204	
Atención hospitalaria de mayor complejidad 7)		21,280	13,404		9,771	10,007	13,616	36.00
COSTO ANUAL PROMEDIO								
-POR PERSONA							37,819	100.00
-POR HOGAR (5 personas)							151,277	

1) A diferencia del cuadro anterior se agregaron servicios de medicina especializada y general.

2) Ver anexo 3.

3) Ver anexo 4.

4) La información original de Guerrero y de la Asociación Colombiana de Actuarios sobre los servicios de apoyo, se abrió en dos conceptos : Medicamentos y servicios de apoyo, suponiendo un costo en medicamentos igual al promedio.

5) No se incluyó en el promedio el dato de Compensar/Indigentes por presentar una desviación estándar demasiado grande.

6) La información de Agudelo se utilizó en el cálculo de los promedios tan solo para la atención hospitalaria del primer nivel.

7) Sólo se incluyen los servicios básicos. Se suponen no incluidos los siguientes conceptos : Investigación y desarrollo, tratamiento psiquiátrico, tratamiento del cáncer, sida, diálisis, transplantes, catástrofes.

8) El costo por hogar se calculó utilizando un factor de economías de escala. Se supone entre otras consideraciones, que el costo promedio por persona se refiere a un adulto. El costo por persona para los menores de edad del grupo familiar es menor, lo cual se refleja en un factor inferior al 100%.

Cuadro 3c
CALCULO DE COSTOS PROMEDIOS PARA EL SECTOR RURAL

	Compensar (Indigentes) 1)	SCA (rural)	PROMEDIO	DISTRIBUCION PORCENTUAL (%)
Prevención	2,886		2,886	9.53
Consultas generales.	1,954	1,221	1,588	
Consultas Med. esp.	1,317		1,317	9.59
Medicamentos	3,349	3,349	3,349	11.06
Servicios de Apoyo (especializados y generales)	2,633	3,148	2,891	9.54
Atención hospitalaria primer nivel				
-Parto normal	2,190	1,303	1,747	5.77
Otros servicios 2)			2,891	9.55
PROMEDIO ATENCION BASICA			16,668	
Atención hospitalaria de mayor complejidad 3)			13,616	44.96
COSTO ANUAL PROMEDIO				
-POR PERSONA			30,284	100.00
-POR HOGAR (6 personas)			123,106	

- 1) Como aproximación al costo rural se ha tomado la estimación de algunos costos para el sector rural, por parte de la Asociación Colombiana de Actuarios, y la información correspondiente a "Compensar Indigentes".
- 2) En "Otros Servicios" se incluye un margen adicional para gastos tales como las urgencias y el transporte a cargo de la "institución de seguridad social".
- 3) Sobre la base de considerar el costo del transporte hasta la institución hospitalaria a cargo del nivel básico y del usuario, no existen claros motivos para diferenciar el costo de estos servicios entre el sector urbano y el rural. Por lo tanto se supone un costo igual al promedio urbano.

2. Confenalco Antioquia:

Adicionalmente, existen en el país otros paquetes de salud. Entre ellos vale la pena destacar el aplicado por Confenalco/Antioquia^{4/} a los 25.000 educadores de ese departamento. Este paquete tiene un alcance prácticamente ilimitado y podría, entonces, compararse al del ISS. Se financia con una cotización del 8% (5% a cargo de los docentes y 3% a cargo del Fondo Prestacional del Ministerio), lo que significa un aporte promedio de \$141.600 anual por usuario.

Este paquete cubre a la familia del educador. No opera ninguna restricción para él y los hijos menores de 2 años, aunque sí se limita para el cónyuge y los hijos mayores^{5/}. Es de destacar que el costo del paquete por año y por educador asciende a \$96.200 (Anexo 1), que resulta superior al del ISS. El peso dado a los medicamentos, en este paquete, es muy superior al de los otros, representado el 28% de su valor total. El costo del paquete una vez que se incluyen los demás miembros del hogar (con sus respectivas restricciones), se incrementa así: para el cónyuge: 24.000 pesos; para el hijo menor de 2 años: 19.000 pesos; para cada hijo de 2-12 años: 30.000 pesos. Así, el costo anual de este paquete por familia

^{4/} Con base en la información suministrada por Confenalco/Antioquia, en diciembre de 1.992.

^{5/} Para el cónyuge hay cobertura total en maternidad y eventos de urgencias, hospitalización y cirugía. Para los hijos entre 2 y 12 años se limita a urgencias, hospitalización y cirugía. Los servicios ambulatorios son subsidiados en un 50% para estos grupos de población.

de 4 personas se ha estimado en 168.900 pesos, que dado el alcance en servicios no debe sorprender su alto costo. Este paquete es interesante pues ha logrado decantar para este grupo de población los costos y frecuencias de uso de los servicios, lo que lo convierte en un buen punto de referencia.

C. Consideraciones metodológicas para el cálculo de los paquetes

Los costos de los paquetes están basados en diferentes metodologías que es importante conocer para poder profundizar en algunos aspectos del cálculo de los costos de un seguro universal en salud. Hay dos elementos básicos que sirven de apoyo para el cálculo de los costos unitarios del paquete por persona y por año. Estos son:

1) Costos unitarios por servicio o, alternativamente, costo de la operación de los equipos de salud (esencialmente humanos y técnicos) necesarios para brindar los servicios de atención a una población objetivo (Anexo 2).

2) Frecuencias de demanda por servicio, por año y por habitante. Con excepción de la medicina prepagada donde no se disponía de la información necesaria, todos los paquetes utilizaron una combinación de esos elementos para llegar a su costo unitario. La metodología de Compensar es tal vez la más transparente, y sirve

de ejemplo para mostrar cómo se combinaron estos dos elementos para obtener los costos del paquete (para mayor detalle ver anexo 3):

A partir de los distintos grupos etéreos se establece la población potencial que podría hacer uso de los diferentes servicios. Esa población potencial sirve, a su vez, para determinar la población objetivo que es la población que realmente va a utilizar los servicios. Esta última se establece con base en los niveles ideales o teóricos de cobertura y, también, en la experiencia acumulada sobre la forma como cada grupo etéreo acude a los correspondientes servicios. Por ejemplo, se puede establecer que el 50 % de las mujeres en edad fértil utilizarán realmente los servicios de citología. Multiplicando esa población potencial por la frecuencia de uso, se obtiene la demanda estimada. Es de destacar que las frecuencias de uso de cada servicio se obtienen de la experiencia de la Institución y, en algunos pocos casos donde Compensar no disponía de una experiencia propia, del Instituto de Seguros Sociales. La demanda estimada, multiplicada por los costos unitarios reales de cada servicio, da el costo total por uso de ese servicio por año. El costo por habitante de ese servicio se obtiene de dividir ese costo total por la población que se quiere cubrir. La suma de los diferentes costos define el costo unitario, por habitante y por año, del paquete en cuestión. Para llegar al costo del paquete familiar se debe multiplicar por el tamaño de la familia.

El paquete familiar de "Atención Integral Médico-Odontológica del Nivel Básico" del ISS sirve como ejemplo de una combinación de frecuencias de demanda y de costos de operación de los equipos de salud definidos para la atención básica de mil beneficiarios^{6/} (para mayor detalle ver anexo 4). En una primera etapa se estiman las acciones de salud necesarias para mil beneficiarios según tipo de responsabilidad médica implicada (p.e. 1.74 consultas por año y por beneficiario para el médico). Así se determina la demanda anual total por tipo acción de salud. En una segunda etapa se hizo uso del recurso humano y técnico necesario para atender esa demanda. Su valoración da lugar a los costos de funcionamiento de ese servicio en, por ejemplo, un mes. Estos costos totales divididos por las frecuencias de uso antes anotadas, dan lugar a los costos unitarios, esta vez obtenidos a través del costo del equipo médico necesario para atender una cierta demanda.

Todas las propuestas hicieron uso de una de las metodologías ilustradas en estos dos ejemplos: Agudelo, la S. C. A. y Guerrero utilizaron esencialmente la misma metodología, de multiplicación de los costos unitarios por las frecuencias de uso. El ISS, en este contexto, es el único que utilizó la metodología del "costo del recurso humano" aunque sólo para su paquete de atención básica.

^{6/} I.S.S.: "Atención integral médico-odontológica del nivel básico". Seguro de medicina Familiar.

No todos elaboraron, sin embargo, con la misma precisión, el cálculo de los costos para todos los niveles. Para todos los paquetes, los costos hospitalarios se presentan de una forma muy agregada. Agudelo es el que mayor esfuerzo hace para desagregar estos costos. Por esa razón se presentan en el anexo 5 un resumen del cálculo de costos de este nivel de amparo para ese paquete. Ese costo se obtuvo con base en datos sobre frecuencias de hospitalizaciones por causas del Estudio Nacional de Salud y de frecuencias de atención en cuidados intensivos y en medicina general. A partir de estas frecuencias, de costos unitarios por día hospitalizado y de promedios de estancia por causa de hospitalización, se llega al costo total para ese nivel de amparo.

Los paquetes estudiados presentan algunas dificultades debidas, tanto a las metodologías empleadas como la información utilizada para llegar al costo total. A continuación se señalan algunos de estos problemas: A nivel de la población objetivo existe el problema de la heterogeneidad de la población considerada. No es lo mismo, por ejemplo, trabajar con un grupo poblacional urbano que con uno rural. También parecen existir diferencias en el patrón epidemiológico y en los costos entre diferentes regiones. La consideración de estos elementos sería importante si se quisiera ganar en precisión en el cálculo de los costos. Así, es conveniente tomar en cuenta patrones epidemiológicos diferentes según regiones y poblaciones consideradas, diferencias en los costos según el

entorno (por ejemplo, altos costos de transporte en el área rural) y economías de escala a nivel familiar pues las frecuencias de utilización de servicios de cada miembro de un grupo familiar son, por lo general, más bajos que los de un individuo tomado como unidad.

Respecto a los dos primeros problemas mencionados, el esfuerzo de la Sociedad Colombiana de Actuarios por distinguir entre costos unitarios y frecuencias de demanda en el área rural y en el área urbana, es de gran importancia. Compensar hace esfuerzos por tomar en cuenta diferencias entre los costos de atención según el entorno ya que distingue entre los costos de atención de los "indigentes" y de los asalariados. No toma en cuenta, sin embargo, diferencias entre el nivel urbano y el rural. El problema de las economías de escala a nivel familiar está considerado de alguna forma por todos los paquetes -excepción hecha de Guerrero- aunque cada paquete utiliza un criterio diferente para integrar ese aspecto : Compensar considera que sus costos unitarios ya incluyen elementos de economía de escala y por lo tanto simplemente multiplica el costo por persona por el tamaño familiar considerado para llegar al costo del hogar. Agudelo calcula el costo para a atención básica para un grupo familiar y no para un individuo y así ya está integrando elementos de economía de escala. Para las hospitalizaciones de nivel II y III aplica un factor de ajuste de 0.7419 para calcular el costo familiar. La Sociedad Colombiana de Actuarios utiliza

factores de ajuste diferenciados según se trate de atención básica o de hospitalizaciones y según se trate del área urbana o rural. Para la atención básica utilizó un factor de ajuste de 0.8 para las ciudades y de 0.7 para el campo; para la atención hospitalaria del nivel II esos factores son de 0.9 para la ciudad y de 0.6 para el campo; y, para las hospitalizaciones de nivel III, esos factores son de 0.9 y de 0.7 respectivamente.

IV. RECURSOS DISPONIBLES PARA EL SECTOR DE LA SALUD

A. Recursos actuales del sector salud y la seguridad social en salud

En este capítulo se presentan los recursos actuales, fiscales y parafiscales, disponibles para la atención en salud. Ellos servirán de punto de referencia para establecer la viabilidad financiera de la instauración de un sistema de seguridad social universal en salud.

Se pueden distinguir tres fuentes principales de recursos para la salud: los aportes fiscales a los servicios seccionales de salud y a los programas nacionales de atención en salud; los recursos que las cajas de previsión y de compensación familiar destinan a la salud; y los recursos del Instituto de Seguros Sociales por concepto del seguro general por enfermedad y maternidad (EGM) y por accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP). Estos aparecen en el cuadro 4. Es de destacar, como hecho novedoso, que aquí se han reunido todos los recursos para la salud, incluyendo los de seguridad social, en el entendido de que se habla de la financiación de un sistema que integre los dos servicios.

Se excluyeron de los recursos, los que van al sector central y a las instituciones especializadas que no ofrecen atención

Cuadro 4
 CUADRO RESUMEN DE RECURSOS
 (millones de pesos corrientes)

FUENTES	1990	1992	Distribución Porcentual 1992
<hr/>			
A. Servicios seccionales de salud			
1. Aportes nacionales	93.027	216.655 (1)	19.91
1.1 Situado fiscal	90.197	168.459	
1.2 Programas nacionales	2.875	5.296	
1.3 ECOSALUD		12.900	
1.4 SOAT		30.000	
2. Rentas secc+venta serv.	97.631	177.650 (1)	16.33
2.1 Impuesto licores etc.	59.726	97.000	
2.2 Aportes dpto., munic.	4.723	13.839	
2.3 Venta servicios	33.182	66.811	
B. Cajas	59.077	223.275	20.52
3.1 Cajanal	19.892	35.167 (2)	
3.2 Cajas Secc.Prev.Soc.	14.786	140.020 (2)	
3.3 Cajas de Compensación	24.399	48.088 (3)	
C. ISS	251.299	470.493	43.24
4.1 Ingresos EGM	208.188	394.194 (4)	
4.1.1 Cotizaciones EGM	173.408	309.960 (5)	
4.2 Ingresos ATEP	43.111	76.299	
4.2.1 Cotizaciones ATEP	30.234	50.350	
<hr/>			
TOTAL	501.034	1.088.073	100.00

Fuente: (1) Ministerio de Hacienda
 (2) Minsalud y cálculos propios
 (3) Superintendencia de las Cajas de Compensación
 (4) ISS
 (5) ISS y proyecciones propias

directa en salud, como por ejemplo el Instituto Nacional de Cancerología o el Instituto Nacional de Salud. Nuestro interés se concentra sólo en los recursos que se podrían destinarse a la atención directa y que servirían de base de financiación para un sistema de un seguro universal de salud.

Tampoco se incluyó el gasto privado en salud, excepción hecha del que ingresa a las seccionales de salud por venta de servicios. Este gasto privado es de enorme importancia en el país y se ha estimado en 3.9% del PIB, según el promedio que sugiere el Dane para el período 1965-1986.

Una manifestación de ese gasto en los sectores no pobres, es el importante incremento de los últimos años de los sistemas privados de salud, siendo la medicina prepagada el más significativo de ellos. Esta ampara actualmente más de 1.5 millones de personas.

Los niveles central y descentralizado representan el 36% de los recursos totales destinados a la atención en salud. Estos recursos provienen esencialmente de dos fuentes: de los aportes y transferencias de la nación y de los recursos propios de las seccionales que tienen origen en las rentas seccionales y en la venta de servicios (Cuadro 4).

Los aportes de la nación a las seccionales de salud están compuestos, a su vez, por cinco fuentes: la más importante de ellas es el situado fiscal que es transferido a los servicios seccionales de salud y representa el 15% de los recursos. Luego se tienen los recursos destinados a los programas nacionales especiales (por ejemplo, el programa nacional contra el cólera), pero que tienen poco peso en el conjunto de los aportes de la nación.

El tercer componente lo constituyen los recursos de la empresa colombiana para la salud (ECOSALUD). Estos recursos tienen su origen en la ley 10 de 1990 que autorizó al gobierno nacional para constituir una sociedad de capital público cuyo objeto es la explotación monopólica, de todas los juegos de azar en beneficio del sector salud excluyendo las loterías y apuestas permanentes ya existentes. ECOSALUD que tiene como socios la Nación y las entidades descentralizadas. Las expectativas parecen haber sobreestimado esta fuente^{6/} y para 1992 se estiman unos ingresos de aproximadamente 12.900 millones de pesos.

Finalmente, están los ingresos del Seguro Obligatorio de Tránsito (SOAT), reglamentados por el Decreto-Ley 32 de 1991, que

^{6/} Según el Ministerio de Salud los recursos provenientes de las rentas de ECOSALUD se estimaron en 48,000 millones de pesos para 1992. Fuente: MINSALUD, "La revolución de la salud", Bogotá enero de 1992.

deberían asignarse principalmente a la atención de urgencias. Su manejo eficiente es de gran importancia ya que se trata de una suma considerable de recursos: se estiman en 30.000 millones de pesos para 1.992.

Las rentas cedidas del nivel departamental y la venta de servicios por parte de los servicios seccionales de salud constituyen el 16% del total. Se considera que estos recursos van a aumentar considerablemente en los próximos años como consecuencia de la ley 10 de 1990. Esta ley consagra la descentralización del sistema nacional de salud y se espera que con ella se mejorarán las asignaciones y recaudos que hagan las loterías, cerveceras y el impuesto de registro de anotaciones. Además, se considera que en los próximos años se producirán cambios importantes en la asignación del situado fiscal a los municipios, como consecuencia de los recientes procesos descentralizadores. Se concluye que la composición de los rubros de aportes de la nación, rentas seccionales y venta de servicios va a cambiar profundamente en los años que vienen aunque, de manera gruesa, el monto total de recursos destinados a la salud puede pensarse que se mantendrá.

Las cajas de previsión nacionales, municipales, distritales, intendenciales, comisariales o departamentales, así como las cajas de compensación y el Instituto de Seguros Sociales, contribuyen con 63% de los recursos disponibles.

En el caso de Cajanal los empleados aportan 5.5% para seguridad social y prestaciones sociales y los patronos aportan los restantes 8%. Se estima que el 90% de estos recursos (de una cotización total del 13.3%) se destinan a servicios de salud. Esto correspondería a una "cotización" efectiva empleador-empleado para salud de aproximadamente 12.15%. Esta "cotización" es bastante alta, incluso mayor a la familiar que opera para el ISS: en él, el trabajador y patrono cotizan conjuntamente para salud el 7% en el sistema tradicional y el 12% en el familiar.

Las cajas de compensación obtienen sus recursos para salud de las cotizaciones del 4% que aportan los patronos. De 151.000 millones de pesos que recaudaron en 1.991^{7/}, el 24% se destinó a la salud. Este monto correspondería, entonces, al equivalente de una "cotización complementaria" del 1% para la salud. Según Asocajas, en 1991 las cajas de compensación cubrieron, entre empleados afiliados, trabajadores beneficiarios y personas a cargo, 6.450.000 personas lo que corresponde a un 20% de la población.

El Instituto de Seguros Sociales es el que dispone de más recursos para la atención en salud. El Instituto participa con más del 40% de los recursos totales y cubre el 15% de la población^{8/}.

^{7/} ASOCAJAS, "Cifras básicas sobre subsidio familiar", año 1991, Bogotá, septiembre de 1992.

^{8/} Fedesarrollo, Coyuntura Social No. 7, Noviembre 1992.

La baja cobertura y los amplios recursos contrastan fuertemente con las responsabilidades y recursos del sector oficial. Según datos del Ministerio de Salud, el sector oficial cubre al 39% de la población y dispone del 36% de los recursos totales. Si se asignaran todos los recursos provenientes de los aportes nacionales y de las rentas seccionales y venta de servicios al 39% de la población más pobre, el subsidio por persona sería de 24.800 pesos.

Vale la pena subrayar el gran desequilibrio que hay entre recursos y coberturas del sector oficial y del Instituto de Seguros Sociales. Así mismo, la importancia que tienen los recursos totales disponibles de un sistema de salud: sumando los recursos de las cuatro fuentes principales se obtienen, para el año 1992, más de 1 billón de pesos para la atención en salud, lo que como se verá a continuación es una cifra importante dentro del esfuerzo fiscal de la Nación (cuadro 4).

Es de observar que entre 1990 y 1992 se dieron importantes aumentos en el monto de recursos destinados a la salud. Esto es válido tanto para los recursos fiscales, que se ven ayudados por el crecimiento del situado fiscal y por la introducción de nuevas fuentes como Ecosalud y Soat, como y muy especialmente para los recursos de las Cajas y del ISS. Los de las Cajas de Previsión aumentan como consecuencia de un mejor registro de sus aportantes; los del ISS del aumento en las cotizaciones.

Los datos de 1990 son reales, basados en ejecuciones. Los del 92 son, en su mayoría, estimaciones que dado el gran aumento que presentan hacen temer en una sobreestimación. Se han dejado los dos años, como puntos de referencia. Estas diferencias, como veremos, son importantes en las participaciones que pueda estar teniendo el gasto en salud en el esfuerzo fiscal de la Nación.

B. La importancia del gasto en salud dentro del gasto social y el gasto público

En esta sección se mira la importancia relativa de los recursos de salud frente al PIB y al gasto social desde diferentes ángulos. En los gráficos 1 y 2 se ve el esfuerzo de la Nación, para la década de los ochenta. Es de observar que en seguridad social se incluyen tanto los gastos por pensiones como por salud. Los segundos representan alrededor del 40% de los gastos en seguridad social. Se ve que el esfuerzo que está haciendo directamente la nación en el campo de la salud es realmente pequeño. Aún así, los recursos son suficientes para ofrecer a un buen porcentaje de la población pobre servicios aceptables de salud. Los análisis se refieren, inicialmente, a 1990, año para el cual las cifras son confiables.

Si se comparan los gastos del gobierno en atención en salud (Cuadro 4) frente a su gasto social total (Cuadro 5) para 1.990 - incluyendo en él los recursos fiscales dirigidos a educación,

Cuadro 5
GASTO PUBLICO SOCIAL COLOMBIA

Funcionamiento e Inversión
(miles de pesos corrientes de 1990)

Gasto Social por Sectores	Gasto Público total (1)	Participación sobre PIB (%)	Distribución % del gasto social	Gasto Fiscal (2)	Participación sobre PIB (%)	Distribución del gasto social
Educación	522.507	2.53	33.2	373.431	1.81	39.3
Salud	255.890	1.24	16.3	163.791 157.476 (3)	0.79 0.76	17.2
Seguridad Social	720.847	3.49	45.8	340.165	1.65	35.8
Vivienda	73.812	0.36	4.7	73.812	0.36	7.8
Gasto Social	1.573.056	7.62	100.0	951.198	4.61	100.0

Fuente : Cálculos Fedesarrollo, Controlaría, Leyes de Presupuesto.

(1) Para educación incluye sector central, universidades y SENA, para salud incluye sector central, ICBF, Instituto de Cancerología, Instituto Nacional de Salud; para seguridad social -pensiones y salud- incluye sector central, ISS, Cajanal; para vivienda sector central e Inscordial.

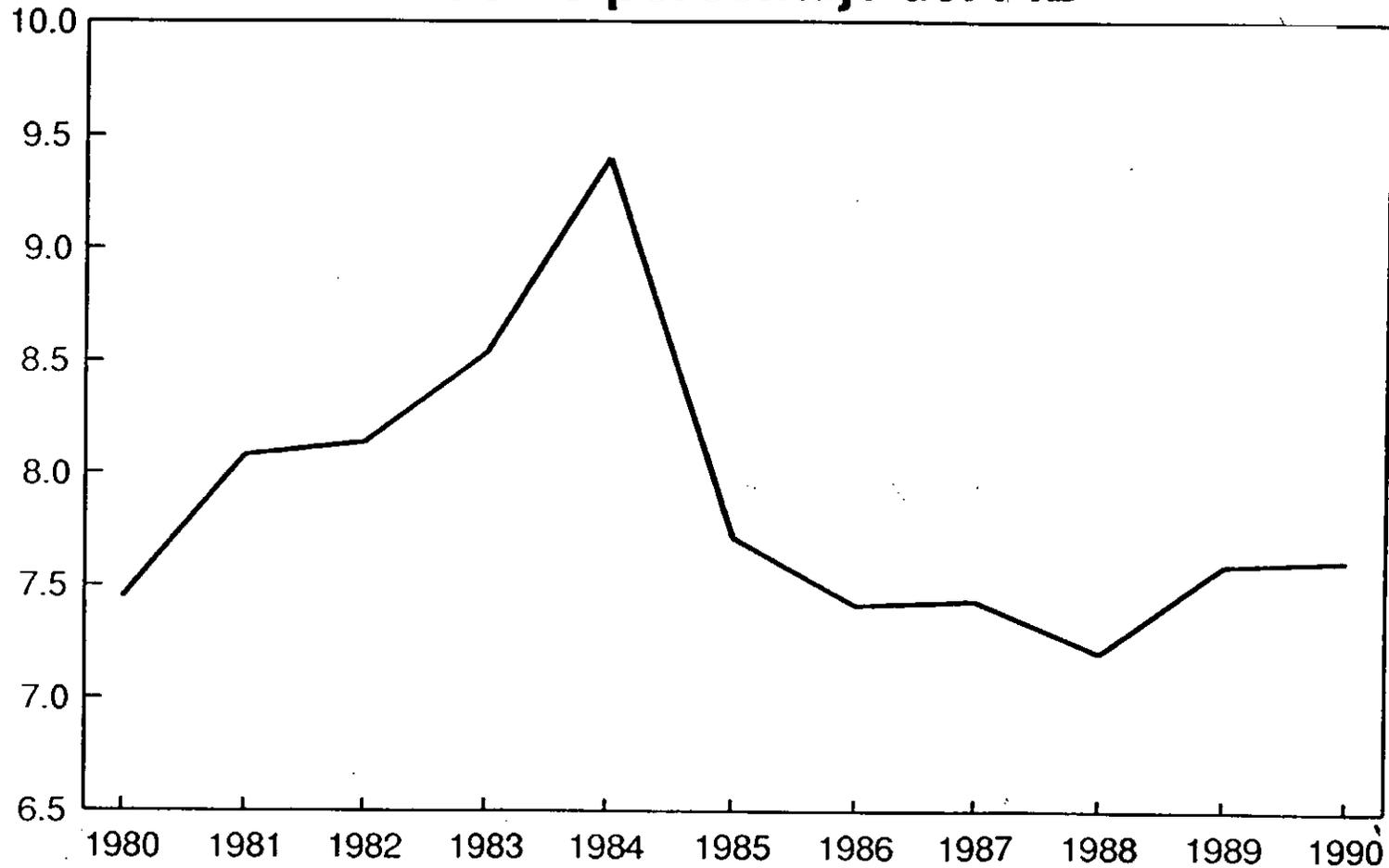
(2) Representa el esfuerzo del Estado. Por esto se excluyeron en todos los sectores los aportes que no corresponden a esfuerzos de la Nación. Se excluyeron, por ejemplo los recursos ISS, SENA, ICBF, que no tienen origen en la Nación.

(3) Incluye los aportes departamentales pero excluye los gastos que no se destinan a la atención directa en salud. Representa, entonces, los aportes nacionales y departamentales para los servicios seccionales de salud.

Gráfico 1

Gasto Social Total 1980-1990

Como porcentaje del PIB

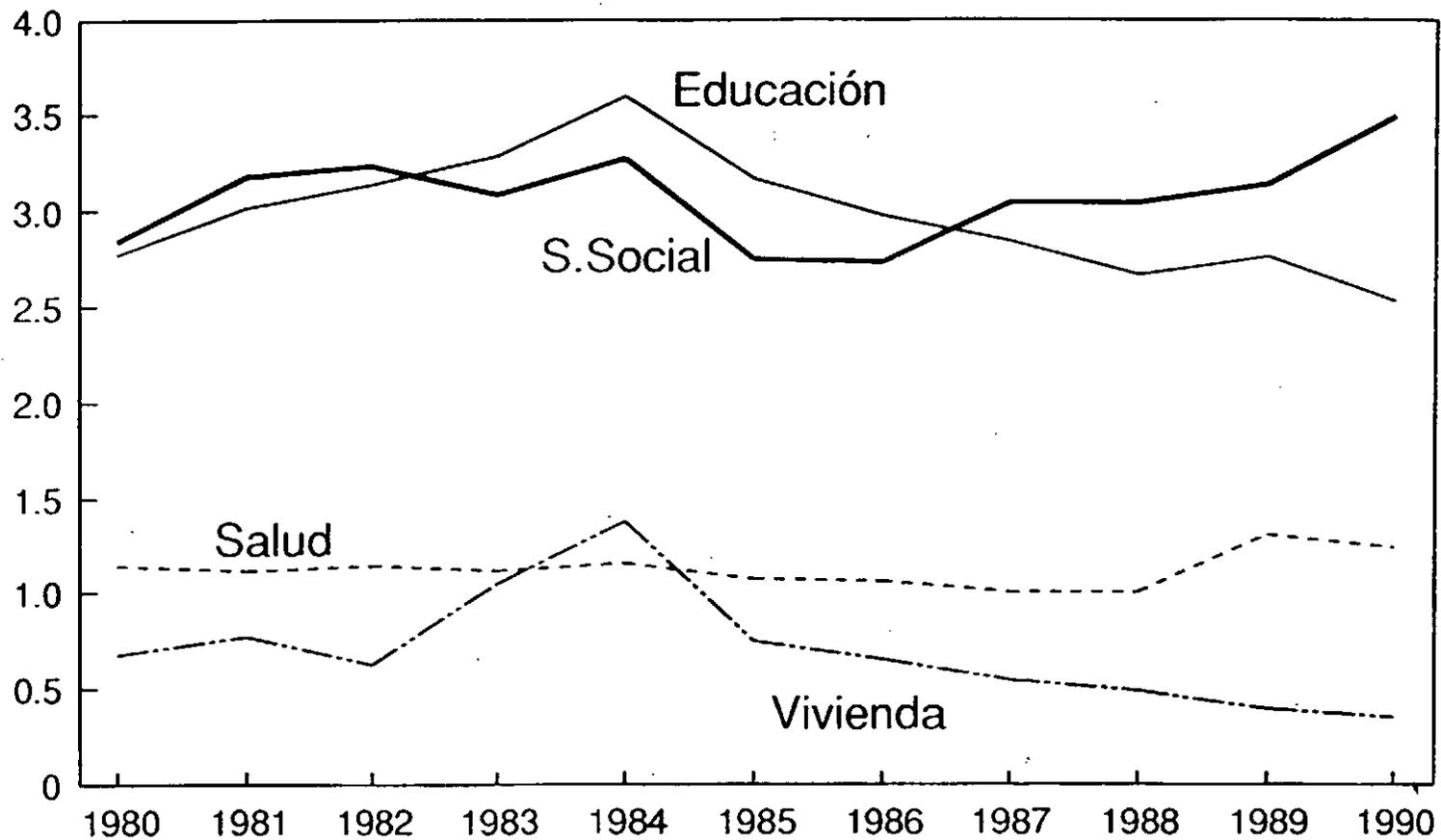


Fuente: Coyuntura Social No.6, FEDESARROLLO

Gráfico 2

GASTO SOCIAL POR SECTORES 1980-1990

Como porcentaje del PIB



Fuente: Coyuntura Social No.6, FEDESARROLLO

salud, seguridad social y vivienda-, se observa que los ingresos para atención en salud constituyeron un 16% del gasto social total.

Comparando el gasto del gobierno en salud en atención directa con respecto al PIB de 1990 (20.650.000 millones), éste se sitúa alrededor del 0.76 %, porcentaje que resulta muy bajo frente a los estándares internacionales. Si además del gasto total en salud del gobierno central se añade el de algunas entidades descentralizadas, como el ICBF, esta proporción sube al 1.24 %. Esa cifra sigue siendo baja comparada con los datos que indica el PNUD que es de 2% para América Latina y de 8.3 % para los países desarrollados.

Ahora bien, si se toma en cuenta el total de recursos destinados a salud, lo que supone incluir no sólo los gastos del nivel central sino también los de las instituciones descentralizadas y los que van para la salud a través del sistema de seguridad social, que como se vio son muy importantes, la situación mejora sensiblemente: este porcentaje, en estas condiciones, representa el 2.43% el PIB. Esto sin incluir el gasto privado en salud que, ya se dijo, representa alrededor de 3.9% del PIB.

Ahora bien, para 1992 el panorama pudo haber cambiado de manera apreciable. Con base en las estimaciones del PIB de ese año puede pensar que el gasto total en salud alcanzó el 3.8%. Ese

incremento -que seguimos creyendo que está sobreestimado- es debido a que entre 1990 y 1992 las participaciones en el PIB de las fuentes principales del sistema cambiaron así: los recursos fiscales pasaron de representar el 0.76% del PIB en el 90 al 1.17% del PIB; los recursos de las Cajas pasaron del 0.28% al 0.79% del PIB y, finalmente, el ISS pasó de 1.22% al 1.67% del PIB.

V. FACTIBILIDAD DE UN SEGURO UNIVERSAL EN SALUD - UNA EVALUACION DEL EQUILIBRIO DEL SISTEMA

La evaluación financiera de la puesta en marcha de un seguro universal de salud supone la confrontación de los recursos disponibles del sistema de salud con los costos que implicaría la universalización de este seguro. Los recursos disponibles se basan en buena medida en los recursos actuales del sistema, presentados en el capítulo anterior, que se corrigen según diferentes esquemas de cotización obligatorios, tanto para asalariados como para no asalariados. Los costos incurridos al generalizar a toda la población cada uno de los paquetes son los que se presentaron en el capítulo III. Con base en ellos se puede determinar el nivel de cotización que de el punto de equilibrio entre los recursos potenciales y los costos de cada uno de los paquetes discutidos.

El resultado de este ejercicio es interesante: se mostrará que con pocas modificaciones en el nivel actual de cotizaciones y con una asignación eficiente de los recursos existentes, la universalización de un paquete de atención médica de considerable alcance es posible.

En la última parte de este capítulo se mostrará la viabilidad de un paquete hipotético, con un enfoque eminentemente preventivo, resultado de una combinación de los paquetes analizados. Su

cobertura universal es posible siempre que se aumenten ligeramente las cotizaciones individuales, pero a un nivel aún inferior al de las cotizaciones familiares actuales, y que se den pasos importantes hacia una asignación más eficiente de los recursos.

A. Recursos potenciales y costos de los paquetes con cobertura universal

Los criterios para estimar los recursos disponibles del sistema son mantener, al menos, el monto de recursos fiscales actuales y universalizar el esquema de cotizaciones a toda la población, excluyendo de ella a la población pobre y diferenciando las cotizaciones por hogar según si se trata de población asalariada o no. Complementariamente, se generan algunos recursos por venta de servicios estimados como un porcentaje de los costos de los servicios que se quieren moderar en su uso.

La información de base para calcular los aportes potenciales de la población, bajo el esquema de cotizaciones a los ingresos, es la estructura de la población colombiana según sus niveles de ingreso (cuadro 6). Conviene separar los hogares con ingresos salariales de los demás puesto que solamente a los primeros se le pueden exigir cotizaciones obligatorias sobre la nómina en la que participan tanto el empleado como el empleador. A la población no asalariada (independientes, informales, etc.), que genera sus

Cuadro 6
 HOGARES COLOMBIANOS SEGUN NIVEL DE INGRESOS
 -Cuatro áreas metropolitanas; 1990-

Deciles	Porcentaje de hogares		Población asalariada			Tamaño del hogar
	Con ingresos salariales	Sin ingresos salariales	Salarios (número de salarios mínimos)	Otros Ingresos (número de salarios mínimos)	Total Ingresos	
1	51.1	48.9	0.95	0.14	1.09	6.55
2	69.6	30.4	1.29	0.19	1.48	5.65
3	71.3	28.7	1.49	0.27	1.76	5.20
4	78.8	21.2	1.83	0.44	2.27	5.42
5	76.0	24.0	1.96	0.50	2.46	4.81
6	78.3	21.7	2.42	0.58	3.00	4.82
7	78.7	21.3	2.68	0.78	3.46	4.45
8	79.1	20.9	3.09	1.13	4.22	4.21
9	76.3	23.7	4.18	1.45	5.63	3.94
10	76.2	23.8	7.55	3.73	11.28	3.47
Total	73.5	26.5	2.74	0.92	3.665	4.85

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares, en Hugo López "Reforma de la Seguridad Social en Salud", Bogotá, abril de 1992. El salario mínimo en 1992 es de 65.410 pesos.

ingresos bajo otros esquemas, se le puede cobrar un cotización menor por cuanto no existiría el aporte del empleador. Esta última cotización encuentra sus mayores dificultades en lograr reconocer los ingresos reales de esta población y porque no hay, en la práctica, los mecanismos⁶ directos para hacerla efectiva.

Se consideró que el 40% más pobre de los hogares colombianos no dispone de recursos suficiente para cotizar a un sistema de seguridad social en salud, aunque, como se mencionará más adelante, el gasto privado en salud de este grupo de población corresponde el 25.5% de sus ingresos. La estratificación en deciles de la población permite excluir a la población pobre de estos aportes y limitar, por tanto, los aportes por cotizaciones a los deciles 5 a 10 (de allí que el cuadro 7 se haya dividido en dos bloques, el primero de ellos para la población pobre, el segundo para la no pobre). Esto no significa, sin embargo, que la población más pobre quede liberada totalmente de contribuir al sistema . Como se verá, la utilización de algunos servicios médicos será controlada por la imposición de franquicias.

La información contenida en el cuadro 6 sirvió para poder calcular tanto los costos como las contribuciones potenciales de cada decil bajo diferentes esquemas de cotización. Los costos por decil son el resultado de la multiplicación del número de familias

por decil por el costo por familiar^{9/} de cada paquete. Estos costos son los que aparecen consignados en las últimas columnas del cuadro 7.

Las contribuciones por cotizaciones se obtienen de aplicarle la cotización que se fije al ingreso promedio del hogar en el decil correspondiente multiplicada por el número de familias del decil. Estas contribuciones aparecen en la parte baja de la columna correspondiente, de recursos, del cuadro 7. La cotización de los hogares sin ingresos salariales corresponde a una tercera parte de la utilizada para los hogares con ingresos salariales ya que los "independientes" no disponen de un patrono que podría cotizar las dos terceras partes restantes. Al no disponer de una información desagregada de la estructural salarial de este grupo, se utilizaron los ingresos salariales del grupo de los asalariados para calcular los aportes.

Esa forma de calcular los aportes potenciales da lugar a los siguientes interrogantes: si bien es fácil calcular los aportes con el esquema que procede, puede ser complicado determinar la forma organizativa del recaudo de los aportes, particularmente para los

^{9/} Este es el mecanismo para tener en cuenta las diferencias en el tamaño familiar de cada decil y también las economías de escala que operan sobre los costos de una atención integral de la familia. En efecto, el costo por familias, que resulta de dividir el costo del paquete por el número de miembros de la familia, es más bajo que el costo individual.

Cuadro 7
RECURSOS POTENCIALES Y COSTOS POR DECILES
 -Nivel de cotización asalariados 9%, no asalariados 3%-
 (millones de pesos de 1992)

	RECURSOS	Costos			
		Agudelo	Compensar B	Compensar A	(ISS)
1. Aportes nacionales	216.655				
1.1 Situado fiscal	168.459				
1.2 Programas nales.	5.296				
1.3 ECOSALUD	12.900				
1.4 SOAT	30.000				
2. Rentas seccionales + venta serv.	141.915				
2.1 Impuesto licores etc.	97.000				
2.2 Aportes dpto., munic.	13.839				
2.3 Venta servicios (1)	31.076				
Subtotal recursos y costos para el 40 % de la población mas pobre.	327.494	409.966	469.801	770.797	813.716
Faltantes		-82.472	-142.307	-443.303	-486.222
INGRESOS POTENCIALES					
1. Cotizaciones asalariados y familiares :					
Decil 1 - 4		274.113 *	314.114 *	515.374 *	544.070 *
Decil 5 - 6	164.864	133.475	152.953	250.954 *	264.927 *
Decil 7	102.741	62.917	72.098	118.293 *	124.880 *
Decil 8	119.061	59.826	68.556	112.482	118.745
Decil 9	155.359	54.007	61.888	101.542	107.196
Decil 10	280.245	47.502	54.434	89.312	94.285
Total asalariados	822.271	631.841	724.044	1187.956 *	1254.103 *
2. Aportes de informales y familiares :					
Decil 1 - 4		135.853 *	155.687 *	255.423 *	269.646 *
Decil 5 - 6	16.165	39.530 *	45.298 *	74.321 *	78.460 *
Decil 7	9.269	17.028 *	19.513 *	32.016 *	33.798 *
Decil 8	10.486	15.807 *	18.114 *	29.720 *	31.375 *
Decil 9	16.086	16.776 *	19.224 *	31.541 *	33.297 *
Decil 10	29.177	14.837	17.002	27.895	29.449 *
Total no asalariados	81.183	239.830 *	274.838 *	450.917 *	476.024 *
TOTAL INGRESOS POTENCIALES	1262.024				
TOTAL COSTOS		871.671	998.882	1638.872	1730.127
TOTAL EXCEDENTES (FALTANTES)		390.353	263.142	-376.848	-468.103

Fuente : Cálculos Fedesarrollo con base en cuadros anteriores

- (1) Se supusieron franquicias del 10% sobre el costo anual de medicamentos, del apoyo diagnóstico y de las consultas y medicina especializada, con base en los costos del paquete Compensar B.
- (2) Las cifras que aparecen con asterisco indican que para el paquete relevante y el decil correspondiente, los costos exceden los aportes lo que implica una transferencia hacia este decil.

y lo cierto es que se debe acudir a diferentes racionalidades para poder hacerse a estos recursos. En primer término, los servicios que se ofrecen deben ser claramente mayores a los costos incurridos por el usuario. Es decir, debe resultar económicamente interesante para el independiente afiliarse al sistema, lo que es el caso puesto que la cotización exigida es muy inferior a los costos del paquete en todos los casos. En segundo término, deben buscarse mecanismos sistemáticos para poder hacer cierta la obligatoriedad de afiliación al sistema por parte de los informales. Al respecto se han propuesto esquemas en los cuales el cobro del aporte para los "informales" se haría a través de las facturaciones de los servicios públicos, o a través de sus cuotas de participación en las cooperativas a las que pertenece. Otros mecanismos coercitivos son, por ejemplo, los de no asignar créditos o subsidios de ninguna especie hasta tanto el usuario no demuestre su afiliación al sistema. Por otro lado, no está muy claro como se podrían determinar las cotizaciones por hogar si hay más de un contribuyente en este grupo familiar tomado en el sentido amplio.

Otro tema relacionado tiene que ver con la dificultad para determinar la capacidad de pago de cada decil, en especial para el sector de los informales. Este tema, de manera más amplia, se relaciona con la necesidad que tiene el país para avanzar en mecanismos más certeros para determinar los ingresos de sus habitantes y para evitar, por ejemplo, su evasión impositiva.

Soluciones a este problema superan el alcance de este estudio pero en ellas, en otros contextos, se viene trabajando.

El cuadro 7 presenta un resumen de los recursos potenciales bajo un esquema de cotización del 9% sobre los ingresos/hogar para el 60% no-pobre de los asalariados y de una cotización del 3% sobre los ingresos/hogar para el 60% de los no asalariados.

Los ingresos generados por cotizaciones alcanzarían un poco más de 900 mil millones de pesos, que significan casi las dos terceras partes del total de recursos potenciales. Un poco más de una tercera parte del total de recursos (327 mil millones) se obtendría de aportes nacionales, impuestos locales y aportes departamentales y municipales.

El cuadro 7 merece la siguientes aclaraciones:

i) Los aportes fiscales del Estado se mantendrían invariables. Estos aparecen en la parte alta del cuadro 7 y son tomados de los aportes fiscales del cuadro 4. El cuadro muestra que los recursos de la nación por sí solos no son suficientes para cubrir totalmente al 40% de la población más pobre. Bajo el rubro "Subtotal recursos y costos para..." se indican los costos de cada paquete para el 40% de la población más pobre. Estos se pueden comparar con los recursos del Estado destinados a salud: aún con el paquete "barato"

de Compensar, los recursos oficiales no alcanzarían para cubrir la totalidad de la población pobre. Ese hecho puede servir de argumentación para exigir que los recursos fiscales de la nación se eleven, hasta ser suficientes para cubrir la totalidad de las necesidades de los más pobres. Complementariamente, esto muestra que si bien la solidaridad fiscal es definitiva, pues con ella se logra cubrir buena parte de los costos de incurridos por la población más pobre, debe también existir como elemento central el de la solidaridad para-fiscal. Esta apoyaría tanto los costos no cubiertos de la población más pobre como también los de los ingresos intermedios quienes, con sus aportes, tampoco, alcanzan a cubrir todos sus costos.

ii) El 40% de la población más pobre participa en la financiación a través de unas franquicias que aparecen con el nombre de "venta servicios". Estas franquicias corresponden al 10% costo anual de los servicios que más se prestan a un abuso por parte del usuario. Se supone que todo usuario pagará un 10% del costo real de las consultas, medicamentos y servicios de apoyo que utilice. Para establecer el valor de estas franquicias se calculó 10% del costo de estos servicios con base en los costos unitarios del paquete Compensar B. Los ingresos por este concepto serían de aproximadamente 31 mil millones que, sin embargo, son inferiores a los actualmente recaudados por venta de servicios.

El valor unitario anual del cobro de estas franquicias por estos servicios resulta de \$925^{10/} por persona o de \$4.488 por hogar, lo que representa poco, aún para la población de los deciles 1 a 4. Ellos gastan, en promedio, el 25.5% de sus ingresos en salud -la mayoría en medicamentos-, lo que significa un gasto de 28 mil pesos.

iii) La importancia de la solidaridad aparece también al nivel de la población con capacidad de pago: la diferencia entre los recursos generados por cada decil y sus costos para diferentes paquetes indica la dimensión de esta solidaridad. Mientras que, por ejemplo, para el paquete "B" de Compensar todos los deciles de los asalariados se "autofinancian", ninguno de los deciles de los no-asalariados generaría suficientes recursos para cubrir sus costos. Los excedentes de los asalariados ayudarían a financiar los faltantes de los no-asalariados.

iv) En este contexto vale la pena mencionar un problema relacionado con las bajas contribuciones de los "no-asalariados". Podría darse que la tercera parte de la cotización que estaría pagando este grupo daría lugar a una evasión por parte de los

^{10/} Este costo corresponde al 10% del costo anual por persona para servicios de consultas (medicina general, pediatría, odontología básica), servicios de apoyo diagnóstico y servicios de medicina especializada que indica Compensar en su paquete para indigentes. El valor de estos servicios es de \$9.253 por año y por beneficiario.

asalariados. Los asalariados (o más bien sus empleadores) podrían verse tentados a no declarar sus ingresos como ingresos salariales sino como ingresos no salariales y así poder disfrutar de las bajas cotizaciones de los no-asalariados. Para limitar tal efecto se podría pensar en una cotización superior a la correspondiente a la tercera parte de los asalariados. En el esquema del 9% se les podría cobrar a los no asalariados una cotización no del 3 sino del 5% de sus ingresos. Como se muestra en el cuadro 7a, aumentando las cotizaciones de los "independientes" en dos puntos, los recursos totales aumentarían de 1.25 billones a 1.32 billones y los recursos generados por este sector pasarían de 81 mil millones a 135 mil millones. Aunque estas cifras no son muy grandes, ellos permitirían, sin embargo, que la alta transferencia del sector formal al informal disminuyera en más que en un 30%. Así mismo que se redujera, de manera importante, la cuestionable transferencia que aparece en favor de los deciles superiores de los deciles superiores.

v) La solidaridad también podría interpretarse de otra forma. Los deciles que estarían generando excedentes podrían salirse del sistema pagando una cotización que correspondiera solamente a esos excedentes de solidaridad. Así, quedarían en libertad de escoger el sistema de atención médica que más les convenga. Ese concepto del "peaje" ha dado lugar a muchas discusiones. En favor de tal concepto está la libertad del usuario de escoger el sistema que más

Cuadro 7a
RECURSOS POTENCIALES Y COSTOS POR DECILES
 -Nivel de cotización asalariados 9%, no asalariados 5%-
 (millones de pesos de 1992)

	RECURSOS	COSTOS			
		AGUDELO	COMPENSAR B	COMPENSAR A	(ISS)
A. SSS					
1. Aportes nacionales	216.655				
1.1 Situado fiscal	168.459				
1.2 Programas nales.	5.296				
1.3 ECOSALUD	12.900				
1.4 SOAT	30.000				
2. Rentas seccionales + venta serv.	141.915				
2.1 Impuesto licores etc.	97.000				
2.2 Aportes dpto., munic.	13.839				
2.3 Venta servicios	31.076				
Subtotal recursos y costos para el 40 % de la población mas pobre.	327.494	409.966	469.801	770.797	813.716
Faltantes		-82.472	-142.307	-443.303	-486.222
INGRESOS POTENCIALES					
1. Cotizaciones asalar.					
Decil 1 - 4		274.113 *	314.114 *	515.374 *	544.070 *
Decil 5 - 6	164.864	133.475	152.953	250.954 *	264.927 *
Decil 7	102.741	62.917	72.098	118.293 *	124.880 *
Decil 8	119.061	59.826	68.556	112.482	118.745
Decil 9	155.359	54.007	61.888	101.542	107.196
Decil 10	280.245	47.502	54.434	89.312	94.285
Total cotizaciones y costos de los asalariados	822.271	631.841	724.044	1187.956	1254.103
2. Cuotas fijas para informales y depend.					
Decil 1 - 4		135.853 *	155.687 *	255.423 *	269.646 *
Decil 5 - 6	26.942	39.530 *	45.298 *	74.321 *	78.460 *
Decil 7	15.448	17.028 *	19.513 *	32.016 *	33.798 *
Decil 8	17.477	15.807	18.114 *	29.720 *	31.375 *
Decil 9	26.809	16.776	19.224	31.541 *	33.297 *
Decil 10	42.628	14.837	17.002	27.895	29.449
Total cuotas y costos	135.304	239.830 *	274.838 *	450.917 *	476.024 *
INGRESOS POTENCIALES					
TOTAL INGRESOS POTENCIALES	1316.146				
TOTAL COSTOS		871.671	998.882	1638.872	1730.127
TOTAL EXCEDENTES O FALTANTES		444.475	317.264	-322.726	-413.981

Fuente: Cálculos Fedesarrollo con base en cuadros anteriores.

(1) Se supusieron franquicias del 10% sobre el costo anual de medicamentos, del apoyo diagnóstico y de las consultas y medicina especializada, con base en los costos del paquete de Compensar B.

le convenga. Existen, sin embargo, varios argumentos que cuestionan la bondad de tales peajes. Su instauración significa un reconocimiento a la existencia de ineficiencia en la prestación de los servicios de salud. Si no fuera así, el usuario con suficiente capacidad de pago, preferiría complementar su seguro con servicios adicionales más que cambiar de sistema. Además, un eventual retiro masivo podría implicar aumentos en los costos del seguro universal por la pérdida de economías de escala. Por último existe un peligro que la dualidad que se crearía en los sistemas de salud podría resultar en una dualidad de calidades, con un servicio ineficiente para los pobres y servicios de alta calidad para los ricos.

vi) Los ingresos potenciales se calcularon sobre los ingresos de toda la población, asalariada o no, perteneciente al sector público o al privado. Se incluyen las personas que hoy en día están cotizando bajo alguna forma a las cajas de previsión, al ISS o a las cajas de compensación. Por esta razón no se separan los ingresos según "ingresos cajas" o "ingresos ISS", como se hizo en el cuadro 4. En estos cálculos se está, por tanto, suponiendo la eliminación de la doble afiliación en salud y la tasa de cotización en la que se ha trabajado es la única y total que habría que aportar al sistema. Así, el 1% de los aportes a las cajas de compensación que hoy en día en promedio para salud, se podría deducir para formar una sola cotización al sistema de salud. Por otro lado, las cotizaciones se calcularon no sobre los ingresos de

cada asalariado o no asalariado sino sobre los ingresos de los hogares. No está claro, como se mencionó antes, como se podría determinar una cotización por hogar si en un mismo hogar hay más de un asalariado. Se puede estimar sin embargo, que la tendencia de la evolución de la familia colombiana va hacia la sustitución de los hogares en el sentido amplio por los núcleos familiares reducidos que tienen una sola persona que genera ingresos y como dependientes la esposa y uno o dos hijos.

vii) Para elaborar el cuadro 7 se utilizó una tasa hipotética de cotización familiar del 9% para los asalariados y del 3% para los "informales". Esta tasa no se escogió por azar: se considera que un aumento de 2% respecto a las cotizaciones actuales al ISS para EGM y bajo el sistema individual (7%) no exige esfuerzos adicionales al usuario, y sí implica transformaciones radicales en cuanto a la posibilidad de alcanzar coberturas universales. Considerando que el sistema daría cobertura familiar^{11/}, esta cotización es, por lo demás, inferior a la actual (12%) de menor cobertura. Así mismo, debe recordarse que con este esquema se está buscando obviar la doble afiliación.

En los cuadros 7b y 7c se muestran otros esquemas de cotizaciones, del 7% y 12%, correspondientes a las cotizaciones

^{11/} Cobertura familiar en el sentido amplio, es decir, que tal seguro cubre 4.85 personas en promedio por hogar.

Cuadro 7b
 RECURSOS POTENCIALES Y COSTOS POR DECILES
 -Nivel de cotización asalariados 12%, no asalariados 4%-
 (millones de pesos de 1992)

	RECURSOS	COSTOS			
		AGUDELO	COMPENSAR B	COMPENSAR A	(ISS)
A. SSS					
1. Aportes nacionales	216.655				
1.1 Situado fiscal	168.459				
1.2 Programas nales.	5.296				
1.3 ECOSALUD	12.900				
1.4 SOAT	30.000				
2. Rentas seccionales + venta serv.	141.915				
2.1 Impuesto licores etc.	97.000				
2.2 Aportes dpto., munic.	13.839				
2.3 Venta servicios	31.076				
Subtotal recursos y costos para el 40 % de la población mas pobre.	327.494	409.966	469.801	770.797	813.716
Faltantes		-82.472	-142.307	-443.303	-486.222
INGRESOS POTENCIALES					
1. Cotizaciones asalar.					
Decil 1 - 4		274.113 *	314.114 *	515.374 *	544.070 *
Decil 5 - 6	219.819	133.475	152.953	250.954 *	264.927 *
Decil 7	136.989	62.917	72.098	118.293	124.880
Decil 8	158.749	59.826	68.556	112.482	118.745
Decil 9	207.146	54.007	61.888	101.542	107.196
Decil 10	373.660	47.502	54.434	89.312	94.285
Total cotizaciones y costos de los asalariados	1096.362	631.841	724.044	1187.956 *	1254.103 *
2. Cuotas fijas para informales y depend.					
Decil 1 - 4		135.853 *	155.687 *	255.423 *	269.646 *
Decil 5 - 6	21.553	39.530 *	45.298 *	74.321 *	78.460 *
Decil 7	12.359	17.028 *	19.513 *	32.016 *	33.798 *
Decil 8	13.982	15.807 *	18.114 *	29.720 *	31.375 *
Decil 9	21.448	16.776	19.224	31.541 *	33.297 *
Decil 10	38.903	14.837	17.002	27.895	29.449
Total cuotas y costos	108.244	239.830 *	274.838 *	450.917 *	476.024 *
INGRESOS POTENCIALES					
TOTAL INGRESOS POTENCIALES	1563.175				
TOTAL COSTOS		871.671	998.882	1638.872	1730.127
TOTAL EXCEDENTES O FALTANTES		870.108	564.294	-75.697	-166.952

Fuente: Cálculos Fedesarrollo con base en cuadros anteriores.

(1) Se supusieron franquicias del 10% sobre el costo anual de medicamentos, del apoyo diagnóstico y de las consultas y medicina especializada, con base en los costos del paquete de Compensar B.

Cuadro 7c
 RECURSOS POTENCIALES Y COSTOS POR DECILES
 -Nivel de cotización asalariados 7%, no asalariados 2.3%-
 (millones de pesos de 1992)

	RECURSOS	COSTOS			
		AGUDELO	COMPENSAR B	COMPENSAR A	(ISS)
A. SSS					
1. Aportes nacionales	216.655				
1.1 Situado fiscal	168.459				
1.2 Programas nales.	5.296				
1.3 ECOSALUD	12.900				
1.4 SOAT	30.000				

2. Rentas seccionales + venta serv.	141.915				
2.1 Impuesto licores etc.	97.000				
2.2 Aportes dpto., munic.	13.839				
2.3 Venta servicios	31.076 (1)				

Subtotal recursos y costos para el 40 % de la población más pobre.	327.494	409.966	469.801	770.797	813.716
Faltantes		-82.472	-142.307	-443.303	-486.222

INGRESOS POTENCIALES					
1. Cotizaciones asalar.					
Decil 1 - 4					
		274.113 *	314.114 *	515.374 *	544.070 *
Decil 5 - 6	128.228				
Decil 7	79.910	133.475 *	152.953 *	250.954 *	264.927 *
Decil 8	92.603	62.917	72.098	118.293 *	124.880 *
Decil 9	120.835	59.826	68.556	112.482	118.745
Decil 10	217.968	54.007	61.888	101.542	107.196
		47.502	54.434	89.312	94.285
Total cotizaciones y costos de los asalariados	639.544	631.841	724.044 *	1187.956 *	1254.103 *
2. Cuotas fijas para informales y depend.					
Decil 1 - 4					
		135.853 *	155.687 *	255.423 *	269.646 *
Decil 5 - 6	12.573	39.530 *	45.298 *	74.321 *	78.460 *
Decil 7	7.209	17.028 *	19.513 *	32.016 *	33.798 *
Decil 8	8.156	15.807 *	18.114 *	29.720 *	31.375 *
Decil 9	12.511	16.776 *	19.224 *	31.541 *	33.297 *
Decil 10	22.693	14.837	17.002	27.895 *	29.449 *
Total cuotas y costos	63.142	239.830 *	274.838 *	450.917 *	476.024 *

TOTAL INGRESOS POTENCIALES	1.061.256				
TOTAL COSTOS		871.671	998.882	1.638.872	1.730.127
TOTAL EXCEDENTES O FALTANTES		181.757	54.547	-585.444	-676.699

Fuente: Cálculos Fedesarrollo con base en cuadros anteriores.

(1) Se supusieron franquicias del 10% sobre el costo anual de medicamentos, del apoyo diagnóstico y de las consultas y medicina especializada, con base en los costos del paquete Compensar B.

actuales al ISS. Estos cuadros sirven de referencia para las implicaciones que supone el cambiar los niveles de cotización, en particular en lo que tiene que ver con los cambios en los niveles de recaudo.

viii) Sumando los recursos fiscales, los de venta de servicios y los de cotizaciones, se obtienen los ingresos potenciales del sistema. Con un esquema de 9% de cotizaciones se generarían 1.2 billones de pesos. Vale la pena anotar la importancia de la universalización de las cotizaciones en este contexto. Mientras que en la actualidad, los ingresos generados por aportes suman aproximadamente 690 mil millones (cuadro 4), con una cotización universal del 9% se podrían generar más de 900 mil millones.

Los costos para los diferentes paquetes aparecen en las columnas siguientes. Los recursos generados serían insuficientes para el paquete "caro" de Compensar y para el paquete (teóricamente) ilimitado del ISS. Para todos los demás, sin embargo, el sistema generaría excedentes. Eso significa que con una cotización que estaría en dos puntos por encima de lo que están cotizando empleador y empleado al ISS hoy en día se cobijaría a la familia completa.

La conclusión, por demás con grandes implicaciones, es que sin cambios mayores en las cotizaciones actuales, habría recursos

suficientes para ofrecer a toda la población colombiana un paquete de salud integral con gran alcance. El problema es entonces no tanto financiero sino, ante todo, en alcanzar una asignación eficiente de los recursos existentes. Los temas de organización cobran gran importancia y hacen ver la necesidad de estudios que apunten a mejorar estos aspectos.

B. Equilibrio del sistema

Utilizando la lógica del cuadro 7 se determinó el nivel de cotizaciones necesario para que los recursos generados fueran suficientes para cubrir los costos para los paquetes discutidos. Las cotizaciones que aparecen como de equilibrio en el cuadro 8 son las que generan recursos suficientes para cubrir los costos de los paquetes permitiendo algún margen para costos imprevistos.

Como se desprende del cuadro, las cotizaciones de equilibrio para los paquetes de Compensar "B", de Agudelo y de la Sociedad Colombiana de Actuarios son iguales o inferiores a las cotizaciones que se están aplicando hoy en día en el Instituto de Seguros Sociales. Es cierto que estos paquetes son limitados en sus alcances, pero con esta cotización se cubre a las familias enteras y a toda la población colombiana. Los paquetes del ISS y de Compensar "A" requerían un mayor esfuerzo de cotización. Para estos últimos la cotización de equilibrio oscila entre 13 y 14%.

Cuadro 8
COTIZACION DE EQUILIBRIO PARA LOS DISTINTOS PAQUETES
(Pesos 1992)

Paquetes	Costo X Hogar	Costo Cobertura Universal (Millones de pesos)	Cotización de equilibrio esquema A 1/	Cotización de equilibrio esquema B 2/	Recursos Generados (Millones de pesos) Esquema A	Recursos Generados (Millones de pesos) Esquema B
SCA (urbano) (*)	119,521	579,305				
SCA (rural)	69,695	144,773				
SCA (total)		724,077	4.5%	4.0%	810,397	784.153
AGUDELO (MINSALUD)	125,838	871,671	6.0%	5.5%	960,973	943.747
COMPENSAR CALIDAD B	144,200	998,882	7.0%	6.5%	1,061,356	1,050.143
COMPENSAR CALIDAD A	236,593	1,638,197	13.0%	12.5%	1,663,658	1,680.512
ISS	249,767	1,730,127	14.0%	13.5%	1,764,043	1,794.913
MEDICINA PREPAGADA (CAFESALUD, "CEREZA")	387,240	2,681,297	25.0%	24.5%	2,868,264	2,965.267
PAQUETE COMPUESTO A	190,057	1,316,521	10.0%	9.5%	1,331,331	1,369.336
PAQUETE COMPUESTO B	252,361	1,748,099	14.5%	14.0%	1,783,059	1,848.111

Fuente: Cálculos Fedesarrollo, cuadros anteriores.

(*) Se supone que el 30% de la población es rural y el 70% urbana.

1/ Los asalariados aportan la cotización completa mientras que los no asalariados tan sólo una tercera parte de ella.

2/ Los asalariados aportan la cotización completa mientras que los no asalariados un poco más de la mitad (55.5%) de ella.

Considerando que la actual cotización familiar es del 12% para el ISS y que la cotización de equilibrio estimada, 14%, también cubriría a la familia completa y a toda la población, el esfuerzo adicional tampoco parece tan importante. Más aún, éste se ve compensado por la reducción que debería operarse en la contribución paralela a las cajas de compensación, reducción que se estimó en un 1%, dado que todos los recursos para el sistema se canalizan a través de una sola forma de cotización.

El paquete de medicina prepagada es el que supone la cotización más exigente. No se considera factible imponer cotizaciones del orden del 25%. Si se consideraran disminuciones en los costos totales de este paquete del orden del 30%, como consecuencia de la introducción en el análisis de los costos reales y no de tarifas como se hizo, y de suponer una reducción importante en sus costos de administración que hoy día dada la novedad del sistema y del bajo volumen de operación puede estar entre el 30 y el 45% de los costos, las tasas de equilibrio seguirían siendo altas y del orden del 16%. Este nivel de cotización es todavía muy elevado.

En resumen, se considera que con pocas modificaciones en los niveles actuales de las cotizaciones se puede llegar a la población colombiana total con un paquete de un alcance satisfactorio como lo parece ser el paquete de Compensar "B". Paquetes ilimitados como lo

es teóricamente el del ISS, parecen más difíciles de generalizar dadas las limitaciones que existen sobre los recursos de la salud. Si bien es cierto que los recursos alcanzarían para un paquete integral pero limitado, también aparece la necesidad de mejorar los niveles de eficiencia y de ir con el tiempo evaluando médicamente los alcances paquetes dados los cambios en las condiciones de la población.

En la siguiente sección se sugerirá un paquete integral, combinación de los anteriores, viable y que le asigna gran importancia a la prevención y de la educación en salud.

C. Factibilidad financiera de un paquete de salud integral y preventivo

Con la información de cada paquete en cuanto a costos y servicios ofrecidos se construyeron dos paquetes compuestos, con cobertura en los tres niveles de atención, en los que se enfatiza su carácter preventivo (cuadro 9).

Para el nivel de atención básica se tomaron los servicios y los costos indicados por Guerrero para el paquete "B"; para el paquete "A" se escogió el paquete de atención básica de Agudelo. Ello puesto que los dos paquetes son los que le asignan el mayor énfasis a los servicios preventivos y educativos y porque fueron

Cuadro 9
 COSTOS DE DOS PAQUETES COMPUESTOS ALTERNATIVOS
 (miles de pesos de 1992)

	Paquete Compuesto A	Paquete Compuesto B
A. PAQUETE BASICO		
Prevención y educación		7.358
Consultas		4.255
Servicios de apoyo a consultas		9.660
Administración/inversión en dotaciones		
Atención ambulatoria del parto normal		
SUBTOTAL ATENCION BASICA	17.523	21.453
B. HOSPITALIZACIONES		
Hospitalizaciones de baja complejidad		
- Prim.Auxil./Urg.bas.	2.000	2.247
- Partos normales	2.190	4.380
Servicios hospitalarios de mayor complejidad	13.404	21.280
SUBTOTAL HOSPITALIZACIONES	17.594	27.907
SUBTOTAL ATENCION BASICA Y HOSPITALIZACIONES	35.117	49.360
C. MEDICINA ESPECIALIZADA	4.070	8.210
COSTO X PERSONA	35.117	57.570
COSTO X HOGAR (*)	190.057	252.361

Fuente: Cálculos Fedesarrollo

(*) Para calcular el costo/hogar se nutiplicó por 4.85 miembros y se utilizaron algunos factores de ajuste para tomar en cuenta las economías de escala.

diseñados con el fin de satisfacer las necesidades esenciales de la población así como las patologías más frecuentes^{12/}.

A nivel de las hospitalizaciones, se tomaron las dos versiones de Compensar para asignar los costos a los dos paquetes propuestos. Ello porque los paquetes de Compensar son representativos de paquetes con buena cobertura hospitalaria, en un caso sin mucha oferta "hotelera" (paquete A), en el otro con mayor énfasis hotelero (paquete B). De esta manera el paquete compuesto "A" no se diferenciaría del paquete B en la calidad sino en el entorno hospitalario del servicio prestado.

Se agregaron, además, los servicios de medicina especializada puesto que se considera necesario mantener la integralidad en la oferta de los paquetes. Los costos para este rubro corresponden a los de Compensar "A" y "B".

El costo/hogar para estos paquetes fue estimado en 173 mil pesos para el paquete barato y en 252 mil pesos para el paquete caro (cuadro 9). El costo para el paquete compuesto "A" es intermedio entre los dos de Compensar, mientras que el costo para el paquete compuesto "B" está muy cerca del costo del paquete del ISS.

^{12/} Ministerio de Salud y OPS, "Desarrollo del sistema de salud en Colombia", Serie Debate No. 1, Bogotá, julio de 1991.

Las tasas de cotización de equilibrio son, si se repite el ejercicio que se mostró en la sección anterior, del 10% para el primero de los paquetes y del 14.5% para el segundo. La cotización del paquete compuesto "A" es viable puesto que está entre lo que se está cotizando hoy en día al ISS para el sistema tradicional (7%) y el sistema familiar (12%). Con tal cotización se lograría ofrecer a toda la población un amplio paquete de salud de tres niveles. Además, con la posible homogenización de las entidades que hoy en día prestan servicios de salud, se eliminarán algunas dobles cotizaciones, lo que facilitaría el aporte propuesto.

La cotización del 14.5% que requería el paquete compuesto "B", parece más complicado de instaurar ya que necesitaría un esfuerzo bastante mayor al que actualmente se da para el ISS. Este paquete podría ofrecerse, sin embargo, como una opción voluntaria al que quiera con pagos complementarios cubrir los sobrecostos.

D. Otros elementos, no financieros, relevantes para el análisis

En esta sección se mencionarán algunos aspectos del sistema de seguridad social en salud que, dado el alcance de este estudio y las limitaciones de información sólo pudieron ser abordados marginalmente en este estudio.

Un punto importante es el análisis diferencial de necesidades y uso de servicios de salud de poblaciones heterogéneas y más especialmente desagregando por grupos de edad y por área rural y urbana. Mientras algunos consideran que los costos unitarios y las frecuencias son más bajos en el campo, otros opinan que los altos costos de transporte de los servicios de salud en el área rural significan mayores costos para el campo. Si bien puede ser cierto que la frecuencia de uso de los servicios médicos es menor en el campo, también es cierto que ofrecer servicios médicos a una población apartada implica mayores costos de transporte. El patrón epidemiológico puede también ser distinto en las dos áreas y se podría pensar en el diseño de dos paquetes con diferente contenido para los dos áreas.

Otro tema concierne a la capacidad de pago de los distintos grupos poblacionales. En este sentido se hizo un intento al trabajar por deciles de ingresos. Desafortunadamente no se pudo obtener información sobre la estructura de ingresos que diferencie zonas y regiones, en particular que avance sobre la estructura salarial del campo y la ciudad. Los ingresos potenciales con los que se ha trabajado pueden estar sobre-estimados ya que la capacidad de pago del sector rural es probablemente menor a la del sector urbano en el cual están basados nuestros cálculos.

Otro punto interesante por profundizar es el de la cobertura de la población pobre. En este estudio se mostró que los recursos del Estado no son suficientes para cubrir al 40% más pobre de los hogares y que algunos mecanismos de solidaridad parafiscal son necesarios si se quiere cubrir a esta parte de la población con paquetes integrales en salud. Una forma para hacer que los recursos fiscales lleguen directamente a los más pobres es a través de los subsidios de la demanda^{13/}. Asignando los 327,4 mil millones de pesos de que dispone el Estado en 1992 para la prestación de salud, se podría ofrecer a cada uno de los 2,8 millones de hogares de los deciles 1 a 4 un subsidio de \$119.000 al año. Comparando esta cifra con los costos por hogar de los distintos paquetes (cuadro 3), se pueden hacer varios comentarios: para un paquete como el de Agudelo, los recursos son prácticamente suficientes. La diferencia podría cubrirse con un pequeño esfuerzo fiscal adicional o simplemente entenderse como un aporte anual por parte de los beneficiarios. Este esfuerzo privado significaría cerca de \$7.000 hogar/año que comparado con el gasto privado actual estimado para salud resulta muy bajo. Según un estudio del Instituto Nacional de Salud^{14/}, el gasto en salud representa en promedio el 12.1% del

^{13/} El proyecto de ley de reforma de la seguridad social en lo referido a salud, presentado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo, hace uso extenso de este concepto. Esto está en plena concordancia con la estrategia que quiere operacionalizar el actual Plan de Desarrollo.

^{14/} Instituto Nacional de Salud, "Gasto Privado en Salud", Bogotá, octubre 1986.

ingreso familiar anual, proporción que difiere sustancialmente según el nivel de ingresos del hogar. La propensión de gasto en salud tiende a descender en forma marcada a medida que se aumenta el nivel de ingreso de los hogares. Los hogares con ingresos bajos gastan en promedio el 25.5% de sus ingresos en salud. Según la información contenida en el cuadro 6, los hogares situados en los deciles 1 a 4 ganan, en promedio, 1.65 salarios mínimos mensuales, o en términos del 92, \$108.000. El 25.5% de estos ingresos representan un gasto mensual en salud de \$28.000. Es evidente, entonces, que un aporte anual de \$7.000 sería viable para los beneficiarios.

El panorama cambia si se trata de ofrecer paquetes más costosos. La diferencia entre el costo anual por hogar del paquete Compensar "B" y el subsidio por parte del Estado es en este caso de \$26.000 lo que representa casi todo el gasto privado actual de un mes. Como se ve, el espacio para gastos complementarios o medicamentos no cubiertos por el paquete empieza a reducirse. Utilizando el costo del paquete compuesto "A", el esfuerzo privado (o fiscal) sería de \$72.000 hogar/año que representa una parte muy importante para los ingresos de los estratos bajos.

Otra forma de aproximarse a este problema es la de ofrecerle a la población pobre gratuitamente los servicios del nivel básico y entregar subsidios a la demanda para los demás niveles. Así,

ofreciendo al 40% de los hogares más pobres gratuitamente los servicios de atención básica, con un costo de \$85.000 por hogar para el paquete de Agudelo sobrarían \$33.000 por hogar para subsidios para la atención de los niveles II y III. Para el mismo paquete, el costo por hogar para estos servicios se estimó en \$40.000 así que \$7.000 irían por cuenta del usuario.

La descentralización es otro tema de gran actualidad que ha sido tratado, entre otros, en la ley 10 de 1990 y en el proyecto de ley de competencias y transferencias de recursos que busca reglamentar los artículos 356 y 357 de la Constitución. Según ellos, la nación impulsará y coordinará las campañas y programas nacionales mientras que el departamento contará con los servicios de los hospitales regionales, universitarios y especializados. Los municipios se encargarán de los servicios del nivel básico en atención en salud y de la prestación de servicios hospitalarios a través de los hospitales locales.

Dados los costos para los diferentes paquetes, se puede evaluar de forma muy aproximada cuáles deberían ser los recursos que destinados a los municipios y cuáles a los departamentos. En el cuadro 3A se mostró el peso relativo de cada nivel dentro de los costos totales. Los paquetes fuertemente preventivos y con énfasis en la atención básica implicarían un mayor traslado a los municipios que aquellos que enfatizan en la atención hospitalaria.

En un paquete preventivo como el de Agudelo, la atención básica más el servicio de parto normal absorben más del 65% del costo total, proporción que da una idea general de los recursos que deberían ir a los municipios. Un paquete más curativo, como el de Compensar "A", exigiría una transferencia hacia los municipios del 40% de los recursos, y una del 60% para los departamentos.

Según datos de Planeación Nacional^{15/}, el 60% de los recursos para salud provienen del situado fiscal, 36% de las rentas departamentales y 3.6% de las transferencias municipales^{16/}. Haciendo unos supuestos muy gruesos, se considera que el 50% del situado fiscal se distribuye entre los municipios^{17/} y que la totalidad de los "recursos departamentales" y transferencias municipales se asignen a las entidades correspondientes. Utilizando estos supuestos, el 34% de los recursos para salud va a los municipios y 66% a los departamentos. Comparando estos datos con la relación de costo de los diferentes niveles, se muestra que si se quiere ofrecer a la población paquetes basados en la prevención y la educación, habría un desequilibrio, pues los dineros fiscales

^{15/} DNP, "Proyecto de ley por medio del cual se reglamentan los artículos 356 y 357 de la Constitución", Bogotá, agosto de 1992.

^{16/} Se excluyeron los recursos de Ecosalud.

^{17/} Según el artículo 34 de la ley 10 de 1990 por lo menos el 50% de los recursos que le correspondan por concepto de situado fiscal para salud tiene que ser distribuido entre los municipios. En la práctica esa transferencia puede ser, en promedio, del 35%.

asignados a los municipios resultarían bajos para que éstos puedan cumplir con el paquete de atención básica y preventiva. Aún con paquetes menos preventivos como lo son los de Compensar, las transferencias a los municipios por salud deberían constituir por lo menos el 40%.

Los aspectos organizativos del sistema de seguridad social en salud no han sido objeto de este estudio pero deberán ser profundizados. Deberá ahondarse, por ejemplo, en la forma como se pueden recaudar los aportes y, sobre todo, afiliar a los diferentes grupos de población, en especial los informales y las zonas rurales. Sin la universalización del sistema, las tasas de cotización de equilibrio propuestas dejarán de ser válidas. Resulta definitivo que se instauren mecanismos que en la práctica permitan una adecuada exención de los hogares situados en los deciles 1 a 4. Esto supone que exista algún tipo de evaluación socio-económica de la población, probablemente una acreditación o carnetización según sus ingresos. Complementariamente deberá avanzarse en la delimitación del paquete de servicios ofrecidos, alcance que como se ha venido diciendo está en función de la población atendida y que puede ser cambiante con el tiempo.

No sobra destacar la importancia de avanzar en la mejora de eficiencia del sistema. Sin ella, tampoco tendrían sentido las cotizaciones propuestas. En la actualidad, el ISS cubre con un 31%

de los recursos totales^{18/} a un 15% de la población. Para las pocas personas que son beneficiarios de este sistema se gasta, en promedio \$55.000 al año. Esta cifra es alta no sólo comparada con los costos de los demás paquetes sino también dado que el alcance real de este paquete no parece ser muy grande. Al mismo tiempo, el sector oficial cubre, con un 37% de los recursos (recursos fiscales) a cerca de un 40% de la población. Para cada una de estas personas se dispone de tan solo de \$24.800. Al contrario de lo que está pasando en el ISS, esta cifra es baja y indica una necesidad de aumento de recursos para poder ofrecer paquetes integrales a esta franja de la población.

^{18/} No se utilizaron los ingresos sino solamente los gastos totales en salud que, en 1991, eran de 199.578 millones. A este valor se le aplicó la tasa de crecimiento 90/91 de estos gastos para obtener el valor proyectado para 1992.

VI. CONCLUSIONES

Este estudio se propuso mostrar el impacto financiero de ofrecer a toda la población colombiana un paquete de salud con un amplio alcance en sus servicios. El resultado central tiene hondas repercusiones para el bienestar de la población colombiana puesto que, desde la perspectiva financiera, es posible la universalización a toda la población de un paquete con alcance en los tres niveles de atención.

Se vio que manteniendo los aportes estatales actuales y adoptando una cotización familiar obligatoria, del 10% para los asalariados y algo inferior al 4% para los no-asalariados, es posible ofrecer a todos los colombianos un paquete integral que enfatiza en la atención básica y que le da un peso importante, aunque no ilimitado, a las hospitalizaciones de mayor complejidad. Se estimó que el costo de un paquete de este estilo asciende a \$35.100 persona/año, cifra que es cercana al promedio de los costos de los diferentes paquetes analizados.

El monto total de recursos involucrado en el sistema asciende, con una cotización del 10%, a \$ 1.330 miles de millones, lo que representa el 4.7% del P.I.B. Esta proporción es superior a la estimada para el gasto total en salud -incluyendo tanto recursos del sistema de salud como de seguridad social en salud-, que

asciende, para 1.992, a 3.9% del P.I.B. Esta última, sin embargo, era del 2.4% del P.I.B. para 1.990, con base en la ejecución real de los gastos totales. La gran diferencia entre las participaciones de estos dos años deja ver que el aumento real que se ha operado en los gastos de salud puede estar sobre-estimado.

Como sea, es de observar que el incremento de la participación entre los gastos propuestos y los estimados es producto del aumento en los ingresos por cotizaciones y no de aportes fiscales adicionales. Los primeros financian el 26% del sistema, en tanto que los segundos el 72%. El 2% restante proviene de las franquicias. La puesta en funcionamiento del sistema propuesto no tiene, entonces, implicaciones adicionales en el gasto público, que podrían estar en la base de su imposibilidad de puesta en ejecución.

Para alcanzar la universalización hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

i) El sistema nacional de salud y de las distintas formas de seguridad social en salud deben converger hacia un único sistema de seguridad social de salud.

ii) El Estado debe mantener, como mínimo, su nivel actual de aportes y debe focalizarlos en la población más pobre del país. Si

se quisiera cubrir con suficiencia al 40% más pobre de la población, el Estado deberá incrementar en un 43% sus aportes fiscales. En su defecto, es necesario que exista solidaridad de la población con mayores ingresos hacia la población pobre.

iii) La población pobre contribuye al sistema bajo la modalidad de franquicias, con sólo el 10% del costo de los servicios de consulta externa, medicamentos, de apoyo diagnóstico y medicina especializada, que son los que más se prestan al abuso por parte del usuario. Estos aportes más que una fuente de financiación para el sistema, son un mecanismo para impedir el uso exagerado de estos servicios y, con ello, evitar una escalada de costos. Estas franquicias son muy inferiores al gasto privado en salud que actualmente hacen estos deciles de la población, que representa cerca del 25% de sus ingresos. Además, dada la amplitud del alcance del paquete, se espera que la población disminuya significativamente sus gastos en salud. Este mecanismo de franquicias debe aplicarse a toda la población.

iii) Toda la población asalariada no pobre (deciles de ingreso 5 al 10, es decir el 60% no pobre de la población) debe cotizar al sistema. Se trata de una cotización obligatoria y con cobertura para todo el hogar, repartida entre el empleador (dos terceras partes) y el empleado (una tercera parte). La tasa de cotización está en función del alcance que se le quiera asignar al paquete.

En efecto, para los paquetes propuestos, en los que se han querido enfatizar los elementos preventivos y de atención básica, la cotización de equilibrio para el primero de ellos es del 10%. Para el segundo es del 14.5%, y su aumento se debe fundamentalmente al mayor peso dado en éste a las hospitalizaciones y particularmente a su "oferta hotelera".

Las mayores contribuciones por parte de los usuarios son posibles dado el nivel actual de gasto privado de la población colombiana y porque las tasas de cotización no se estarían realmente aumentando en demasía: pasar de un 7% de cotización individual a un 10% con cobertura de hogar, inferior a la actual cotización familiar del 12%, no parece difícil, máxime cuando también podría pensarse en que uno de estos puntos adicionales se puede generar con los aportes actuales a las cajas de compensación. Además el hecho de ofrecer un paquete de amplia cobertura debe permitir liberar buena parte del gasto privado actual en salud.

Para los paquetes analizados, esta cotización varía del 6% para el paquete menos costoso, centrado fundamentalmente en la atención del primer nivel, hasta el 14% para el paquete del ISS; para la medicina prepagada, la cotización ascendería a una cifra que oscila entre el 18% y 24% en función del paquete ofrecido y la estimación que se haga de sus costos.

iv) Toda la población no asalariada y no pobre (ubicada en los deciles de ingreso 5 al 10) debe cotizar al sistema. Como en este caso no existe empleador, la cotización de este grupo se reduce en dos terceras partes, correspondientes a los aportes patronales. Por ello se ha afirmado que la cotización familiar de este grupo de población, no-asalariada y no-pobre, para el paquete propuesto resulta algo inferior al 4%.

El sistema bajo este esquema de financiación es ampliamente solidario. De una parte están los aportes fiscales del Estado que permiten cubrir en un 60% los servicios de la población pobre del país. De otra, como se observó en el cuadro 7, los deciles superiores de los asalariados generan importantes excedentes de recursos frente a los costos de su atención, que permiten financiar las diferencias negativas entre ingresos generados y costos de atención de los otros grupos de población. Estos excedentes son los que permitirían fijar, si se optara por esta alternativa, los montos exigibles, como porcentaje de sus ingresos, a quienes se quieran retirar del sistema. Si éstos no se exigen en la debida cuantía el sistema resultará deficitario. Este retiro tiene, además, otras consecuencias, como la de no solucionar los problemas de eficiencia del sistema, simplemente eludiéndolos, al dejar en libertad a quienes puedan pagar por salirse de la ineficiencia. Esto, a su vez, aumenta sus gastos privados en salud al favorecer contribuciones a otros sistemas de salud.

De otra parte, si bien existe un espectro amplio en los costos de los paquetes de salud propuestos, la misma comparación de éstos permite sustraer sus puntos débiles o fuertes, y llegar, con ello, a estimativos de los costos de los servicios básicos. Los diferentes paquetes son bastante coincidentes en sus servicios fundamentales, lo que indica consenso alrededor de lo que sería un paquete integral básico. Las diferencias surgen en los detalles que, aunque no despreciables, deben dejarse de lado en una primera instancia.

En todos los paquetes es clara la importancia de los tres niveles de atención y, sobre todo, del nivel de atención básica. Se ha sugerido que los costos del paquete por hogar/año, una vez que se incluye el rubro por medicina especializada, sean de \$190.000 para el primer paquete propuesto y de \$252.000 para el segundo.

Finalmente, este estudio dio una visión macro del impacto de la puesta en marcha un sistema de seguridad social en salud. Dejó de lado aspectos importantes como la precisión de los detalles del paquete por ofrecer o el análisis desagregado según distintos grupos poblacionales, por ejemplo por zonas o por edades. Así mismo, dejó ver la necesidad de avanzar en una mejor organización, que signifique un cambio radical de los actuales esquemas. Sin ellos cualquier tipo de financiación que se adopte resultará insuficiente. Al respecto, vale mencionar: la necesidad de

especializar las funciones, separando entre instituciones afiliadoras y prestadoras de servicios, y que las relaciones entre cada los agentes del sistema se den de forma más moderna. Así, por ejemplo, la forma de contratación de los proveedores de servicio debe hacerse como una combinación entre pago por familia atendida (en especial para el primer nivel) y pago por servicios (para los niveles superiores); la necesidad de fomentar la descentralización y la competencia a todos los niveles, lo que implica que existan diferentes oferentes -públicos o privado-, tanto en la afiliación como en la prestación del servicio; y que el Estado mantenga su papel en el control y regulación de funcionamiento general del sistema, en particular asegurando que los mecanismos de solidaridad operen.

En el momento de la redacción de este documento, el Ministerio de Salud presentó un proyecto de ley para la reforma de la seguridad en salud. El sistema propuesto está basado en la constitución de tres bloques para la prestación de los servicios de salud: la medicina prepagada para quienes quieren y puedan afiliarse a dicho sistema; la atención en salud a través de los diferentes sistemas existentes de seguridad social; y un sistema subsidiado de prestación de servicios de salud para la población de bajos ingresos. Un principio fundamental de esta propuesta es la libertad de elección del sistema para quienes pueden pagar.

Por otro lado, tomando en cuenta la insuficiencia de los recursos fiscales para la población más pobre del país, se propone el establecimiento de un fondo de solidaridad. La necesidad de tal fondo coincide con la conclusión de este estudio que mostró que, indistintamente del paquete integral de salud que se adopte, los recursos del Estado no alcanzan para cubrir a esta franja de la población.

El proyecto de ley optó por la separación de los sistemas de salud y utiliza un mecanismo de solidaridad de "peajes" no como los descritos en este informe sino en forma de cotizaciones obligatorias adicionales para quienes no están afiliados al sistema subsidiado: los usuarios de los seguros privados tienen que hacer un aporte equivalente al 10% de la prima anual; los afiliados a cualquier entidad de seguridad social cotizan un punto adicional al ya establecido; además, para la población mayor, se destinará al sistema subsidiado medio punto de la cotización de las Cajas de Compensación. El hecho de que el aporte de las personas afiliadas a la medicina prepagada no se haga en relación directa con los ingresos puede reducir la capacidad redistributiva del sistema ya que son precisamente estas personas quienes más pueden aportar a la solidaridad del sistema. Se puede criticar también la separación del sistema en bloques la que puede afectar la calidad relativa de los dos sistemas.

Al igual que en este estudio, la población pobre no queda completamente liberada de toda contribución. En el proyecto de ley se optó por la constitución de franquicias, no como un porcentaje pagado sobre algunos servicios, como aquí se propuso, sino a través de unas franquicias sobre todos los servicios prestados y en función de la capacidad socio-económica del usuario, esto último positivo. Toda la población, excepción hecha de los usuarios a seguros privados, paga estas franquicias. Es interesante observar que se propone entregar el subsidio directamente a la población, y no a través de la oferta como históricamente ha operado en el país.

En cuanto al paquete propuesto para el sistema subsidiado, se notan similitudes con las conclusiones de este estudio. Se habla de un conjunto integral de servicios de tres niveles que comprende un conjunto de elementos que se parece mucho a la propuesta de Agudelo y se subraya la importancia de los servicios de educación y prevención. Por otro lado se menciona la necesidad de adaptar este paquete al patrón epidemiológico de la población beneficiaria que tiene bajos ingresos.

Los meses siguientes serán definitivos para el curso que tome la reforma de seguridad social en salud. Tenemos la certeza que se avanzará hacia una profunda reforma que ofrezca un seguro universal, solidario y con un paquete de atención en los tres niveles. Esto es, desde la perspectiva financiera, viable.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, C.A., "Sistema de atención familiar y comunitaria", mimeo, Ministerio de Salud, 1992.
- Compensar, "Seguridad Social Universal, Solidaria y Eficiente", mimeo, Bogotá, Marzo de 1992.
- Fedesarrollo/SER. Coyuntura Social No.6 (Junio/92) y No.7 (Diciembre/92). Bogotá.
- Fundaciones FESCOL, FES, FRB, Corona, "Reforma de la Seguridad Social en Salud", Bogotá, Abril de 1992.
- Instituto Nacional de Salud, "Gasto Privado en Salud", Bogotá, Octubre de 1986.
- ISS, Informes Estadísticos 1980 - 1991.
- ISS, "Atención Integral Médico - Odontológica del Nivel Básico - Seguro de Medicina Familiar", Bogotá, Julio de 1992.
- ISS, "Atención Integral Médico - Odontológica del Nivel Básico - Tarifa para un Grupo de 1000 Afiliados", Bogotá, Julio de 1992.
- ISS - OIT - PNUD, "Elementos Conceptuales para una Reforma Integral a la Seguridad Social en Colombia", Bogotá, Agosto de 1992.
- Ministerio de Salud, "Metodología para el Cálculo de Costos en Salud", mimeo, Bogotá, Abril de 1988.
- Ministerio de Salud - DNP, "Estudio Sectorial de Salud", Yepes L. director, 2 v., Bogotá 1990.
- Ministerio de Salud, "Desarrollo del Sistema de Salud en Colombia", Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Serie Debate No. 1, Bogotá, Julio de 1991.
- Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud, "Encuesta Nacional sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas en Salud : 1986 - 1989, Demanda y Utilización de Servicios de Salud", Bogotá, Octubre de 1991.
- Ministerio de Salud, "Análisis financiero del Sector Salud", Años 1987 - 1990, Bogotá.

Molina C.G. y Trujillo J.P. , "La Reforma del Sistema de Seguros de Salud : Una Comparación de Tres Propuestas", Fundaciones Corona, FES y Restrepo Barco, Bogotá, Abril de 1990.

Naranjo C.A., "Atención Institucional Básica en Salud - Metodología para el Análisis de Costos", mimeo, Bogotá marzo de 1991.

Proyecto de Ley para la Reforma de la Seguridad Social en Salud, publicado en : "La República", Martes 8 de diciembre 1992.

Urrutia M. y Gutiérrez, C., "Una Política para el Sector Salud en Colombia", PNUD-Fedesarrollo, Bogotá, Noviembre de 1991.

ANEXO 1
 COSTOS UNITARIOS, FRECUENCIAS Y COSTOS TOTALES PARA EL PAQUETE DE COMPENALCO
 (en miles de pesos de 1992)

	Costos unitarios	Frecuencias de uso año	Costo educador año
A. PAQUETE BASICO			
SERVICIO DE APOYO			
Medicamentos	10.148	3.52	27.836
Laboratorio	6.673	0.39	2.567
Rayos X, imagenología y otros	23.305	0.18	4.681
Lentes, monturas y aparatología	17.544	0.14	2.458
CONSULTAS			
Medicina general	1.751	3.10	5.525
Odontología	42.890	0.31	13.2
Medicina especializada	6.244	0.68	4.292
HOSPITALIZACIONES, CIRUGIAS Y URGENCIAS	313.041	0.14	35.662
TOTAL			96.220

Fuente: Compenalco, Antioquia. Subdirección Servicios de Salud. Medellín, 1992.

ANEXO 2
COSTOS UNITARIOS DE LOS SERVICIOS

	Guerrero (1)	Agualeo	COMPENSAR B (11)	Compensar A (11)	SCA rural	SCA urbano	ISS (12)
A. PAQUETE BASICO							
PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN							
Crec./Desarrollo		*	2,533	3,618			
Estim.al desarr.			717	1,024			
Aguad. Visual		*	650	650			
Citología	12,483	*	1,200	1,200			
Planificación			7,770	7,770			
Prevención oral	1,959		2,160	3,600			
Educ.alim.y comun.	2,896 (2)	*	500	500			
Complementación alim. embarazada y niño							
Vacunación infantil	391 (3)	*	581	830			
Control de enfermedades sexualmente transmisibles	17,963 (4)						
SERVICIOS DE APOYO							
Medicamentos no especial.	2,603 (5)		3,135	3,135	961	961	
Laboratorio bas.	1,953		1,027	1,141	635	635	
-Cusidro hemático							
-Coprológico							
-Parcial de orina							
Radiología básica	6,242		10,000	12,500	2,884	2,884	
CONSULTAS Y SERVICIOS HOSP. DE BAJA COMPLEJIDAD							
Medicina general, consulta	1,861	*	1,967	2,810	601	1,522	
Pediatría, consulta			1,967	2,810			
Enfermería, consulta		*					
Odonatología, consulta	1,516 (6)		3,500	5,800	201	961	
Pris.Auxil./Urg.bas., consulta	4,061 (7)	*	20,000	20,000			
Parto en atención ambulatoria	34,360	*					
Casos de deshidratación	70,753						
Serv. de apoyo a hospitalizaciones de baja complejidad.							
-Exámenes de laboratorio	1,953						
ANEXO 2 (Continuación)							
-Radiografías simples	3,905						
-Medicamentos básicos	6,509						
TOTAL SERVICIOS BASICOS		17,523 (8)					
B. SERVICIOS ADICIONALES							
ATENCIÓN HOSP. (II, III)							
Atención en medicina general			280,000	400,000			
-Parto normal con estancia		92,254 (9)	115,000	230,000	57,681	57,681	
-Cesárea en medicina general		98,763 (9)					
-Accidentes en medicina general		305,056 (10)					
-Enfermedad en medicina general		294,297 (10)					
-Otros en medicina general		163,639 (10)					
Atenc. en cuidados intensivos							
-Cesárea en cuidados intensivos		321,822 (10)					
-Accidentes en cuidados intensivos		1,240,666 (10)					
-Enfermedad en cuidados intensivos		830,876 (10)					
-Otros en cuidados intensivos		665,523 (10)					
Indicadores básicos para el costo de hospitalización							
-Costo cama/día med. general		182,704					
-Costo cama/día cuid. intensivos		25,253					
-Atención de parto solamente (sin estancia)	29,439	19,526					
-Cesárea sin estancia		26,834					
MEDICINA ESPECIALIZADA							
Consulta Med. especializada			3,120	3,800			
Laboratorio especializado			4,973	5,325			
Imagenología especializada			48,000	60,000			
Otros exámenes especiales			9,600	12,000			
Medicamentos especializados			6,270	6,270			
Terapias			2,880	3,600			

Fuente: Cálculos de Fedesarrollo con base en los distintos paquetes. Los precios de 1991 se actualizaron con base en la inflación entre junio/91 y junio/92 que fué de 30-07%.

ANEXO 2 (Continuación)

Notas:

- Guerrero calculó los costos a partir de dos esquemas; el primero calculó el costo a partir del costo unitario de cada servicio y el segundo calculó el costo a partir de los costos de personal necesario para atender un grupo poblacional. Aquí aparece el costo obtenido a partir de la primera metodología.
- Guerrero incluye varios servicios con carácter de prevención y educación. Se agregaron los costos unitarios de: Información y educación (\$774), promoción familias (\$260), prevención (\$1861).
- Vacunación en general.
- Control de enfermedades sexualmente transmisibles a través de 20 exámenes.
- Subsidio de medicamentos por consulta médica.
- Únicamente exodoncias.
- El paquete tiene servicios que se podrían asimilar al grupo de primeros auxilios y urgencias básicas: Curetajes y Obturaciones. Se sumó el costo unitario de cada uno de éstos.
- Este paquete incluye los servicios señalados con * y además los de referencia de pacientes, de administración y de difusión.
- Se obtiene sumando el costo de la atención de parto o de cesárea, el costo de la estancia.
- Es el costo total incluido la estancia. Para obtener este costo se multiplicó el costo diario en medicina general/cuidados intensivos por los días de estancia.
- Compensar diferencia costos para los indigentes y para los asalariados suponiendo la misma calidad médica pero diferentes "entornos".
- El ISS utiliza otra metodología (en el paquete básico) que no permite establecer costos unitarios por servicio.

A. Cuadro-resumen del paquete de Compensar para los asalariados y sus familiares:

SERVICIOS	Población potencial	Meta	Población objetivo	Frecuencia	Demanda estimada	Costo medio	Costo total (Millones)	Costo persona
SERVICIOS EDUC. Y PREV.								
Crec./Desarrollo	2,940,799	0.30	1,293,952	2.00	2,587,904	3,618	9,363	498
Estim.al desarr.	1,293,952	0.10	129,395	6.00	776,371	1,024	795	42
Agud. Visual	2,214,927	0.30	664,478	1.00	664,478	650	432	23
Citología	6,141,606	0.50	3,070,803	1.00	3,070,803	1,200	3,685	196
Planificación	6,141,606	0.50	3,070,803	1.00	3,070,803	7,770	23,850	1,269
Prevención oral	18,809,389	0.40	7,523,756	1.00	7,523,756	1,600	12,046	1,440
Educ.alim.y comun.	14,212,694	1.00	14,212,694	1.00	14,212,694	500	7,106	378
Vacunación	1,176,320	1.00	1,176,320	14.00	16,468,480	830	13,669	727
SUBTOTAL EDUC Y PREV.							85,996	4,572
MEDICAMENTOS								
Medic.no espec.	17,079,664	1.00	17,079,664	0.93	15,884,088	3,125	49,797	2,647
MEIOS DIAGN.								
Laboratorio bas.	17,079,664	1.00	17,079,664	0.73	12,468,155	1,141	14,226	756
Radiología básica	17,079,664	1.00	17,079,664	0.08	1,332,214	12,500	16,653	885
ATENCIÓN DIRECTA								
Medicina general	13,119,794	1.00	13,119,794	0.66	8,659,064	2,810	24,332	1,294
Pediatría	5,689,595	1.00	5,689,595	1.48	8,420,601	2,810	23,662	1,258
Odontología (solo diagnóstico)	18,809,389	0.30	5,642,817	1.00	5,642,817	5,000	28,214	1,500
HOSPITALIZACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD								
Prim.Auxil./Urg.bas.	18,809,389	1.00	18,809,389	0.10	1,880,939	20,000	37,619	2,000
Parto normal	4,651,627	1.00	4,651,627	0.08	358,175	230,000	82,380	4,380
SUBTOTAL ATENCIÓN BÁSICA							362,878	
ATENCIÓN HOSP.								
NIVEL I, II, III	18,809,389	1.00	18,809,389	0.05	1,000,659	400,000	400,264	21,280
SUBTOTAL ATENCIÓN BÁSICA Y HOSP. NIVELES I, II, III							763,142	40,572
MEDICINA ESPECIALIZADA								
Med. especializada	17,079,664	1.00	17,079,664	0.83	14,176,121	3,800	53,869	2,864
Laboratorio esp.	14,176,121	1.00	14,176,121	0.87	1,034,857	5,525	5,718	304
Ingeniería esp.	14,176,121	1.00	14,176,121	0.02	331,721	60,000	19,903	1,058
Otros exámenes esp.	14,176,121	1.00	14,176,121	0.10	1,375,084	12,000	16,501	877
Medic.esp.	14,176,121	1.00	14,176,121	0.46	6,591,896	6,270	41,331	2,197
Terapias	31,255,786	1.00	31,255,786	0.25	4,750,879	3,600	17,103	909
Subtotal Medicina especializada							154,425	
TOTALES							917,567	48,782

B. Cuadro-resumen del paquete de Compensar para los indigentes y sus familiares

SERVICIOS	Población potencial	Meta	Población objetivo	Frecuencia	Demanda estimada	Costo total (Millones)	Costo persona	
EDUC. Y PREV.								
Crec./Desarrollo	2,406,030	0.30	1,058,653	1.00	1,058,653	2,533	2,682	174
Estim.al desarr.	1,058,653	0.10	105,865	3.00	317,596	717	228	15
Agud. Visual	2,812,155	0.30	843,647	0.50	271,823	650	177	11
Citología	5,024,787	0.50	2,512,394	0.50	1,256,197	1,200	1,507	98
Planificación	5,024,787	0.50	2,512,394	1.00	2,512,394	7,770	19,521	1,259
Prevención oral	15,389,000	0.40	6,155,600	0.50	3,077,800	2,160	6,648	432
Educ.alim.y comun.	11,628,190	1.00	11,628,190	1.00	11,628,190	500	5,814	378
Vacunación	962,412	1.00	962,412	14.00	13,473,768	581	7,828	589
SUBTOTAL EDUC. Y PREV.						44,405	2,886	
MEDICAMENTOS								
Medic.no espec.	11,179,053	1.00	11,179,053	0.93	10,396,519	3,125	32,593	2,118
MEIOS DIAGN.								
Laboratorio bas.	11,179,053	1.00	11,179,053	0.73	8,160,709	1,027	8,381	545
Radiología bas.	11,179,053	1.00	11,179,053	0.08	871,966	10,000	8,720	567
CONSULTAS								
Consulta medicina general	10,734,028	1.00	10,734,028	0.53	5,667,567	1,967	11,148	724
Pediatría	4,654,972	1.00	4,654,972	1.18	5,511,486	1,967	10,841	704
Odontología (diagnóstico)	15,389,000	0.30	4,616,700	0.50	2,308,350	3,500	8,879	525
SUBTOTAL EDUC., PREV., CONSULTAS Y APOYO						124,167	8,069	
HOSPITALIZACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD								
Prim.Auxil./Urg.bas.	15,389,000	1.00	15,389,000	0.10	1,538,900	20,000	30,778	2,000
Parto normal	3,805,753	1.00	3,805,753	0.08	293,043	115,000	33,700	2,190
SUBTOTAL ATENCIÓN BÁSICA						188,645	12,258	
ATENCIÓN HOSP. NIVEL I, II, III								
15,389,000	1.00	15,389,000	0.05	736,671	280,000	206,268	13,404	
SUBTOTAL ATENCIÓN BÁSICA Y HOSP. I, II, III						394,913	25,662	
MEDICINA ESPECIALIZADA								
Med. especializada	11,179,053	1.00	11,179,053	0.58	6,495,030	3,120	20,264	1,317
Laboratorio especializado	6,495,030	1.00	6,495,030	0.07	474,072	4,973	2,358	153
Ingeniería esp.	6,495,030	1.00	6,495,030	0.02	151,964	48,000	7,295	474
Otros exámenes esp.	6,495,030	1.00	6,495,030	0.10	630,018	5,600	6,048	393
Medic.esp.	6,495,030	1.00	6,495,030	0.47	3,020,189	6,270	18,937	1,231
Terapias	17,674,083	1.00	17,674,083	0.15	2,686,461	2,880	7,737	503
Subtotal Medicina Especializada						62,639	4,070	
TOTALES						457,552	29,732	

ANEXO 3

A. Cuadro-resumen del paquete de Compensar para los asalariados y sus familiares:

	Población potencial	Meta	Población objetivo	Frecuencia	Demanda estimada	Costo medio	Costo total (Millones)	Costo persona
SERVICIOS								
EDUC. Y PREV.								
Crec./Desarrollo	2,940,799	0.30	1,293,952	2.00	2,587,904	3,618	9,363	498
Estim.al desarr.	1,293,952	0.10	129,395	6.00	776,371	1,024	795	42
Agud. Visual	2,214,927	0.30	664,478	1.00	664,478	650	432	23
Citología	6,141,606	0.50	3,070,803	1.00	3,070,803	1,200	3,685	196
Planificación	6,141,606	0.50	3,070,803	1.00	3,070,803	7,770	23,860	1,269
Prevención oral	18,809,389	0.40	7,523,756	1.00	7,523,756	3,600	27,086	1,440
Educ.alim.y comun.	14,212,694	1.00	14,212,694	1.00	14,212,694	500	7,106	378
Vacunación	1,176,320	1.00	1,176,320	14.00	16,468,480	830	13,669	727
SUBTOTAL EDUC Y PREV.							85,996	4,572

MEDICAMENTOS								
Medic.no espec.	17,079,664	1.00	17,079,664	0.93	15,884,088	3,135	49,797	2,647
MEDIOS DIAGN.								
Laboratorio bas.	17,079,664	1.00	17,079,664	0.73	12,468,155	1,141	14,226	756
Radiología básica	17,079,664	1.00	17,079,664	0.08	1,332,214	12,500	16,653	885
ATENCION DIRECTA								
Medicina general	13,119,794	1.00	13,119,794	0.66	8,659,064	2,810	24,332	1,294
Pediatría	5,689,595	1.00	5,689,595	1.48	8,420,601	2,810	23,662	1,258
Odontología (solo diagnóstico)	18,809,389	0.30	5,642,817	1.00	5,642,817	5,000	28,214	1,500
HOSPITALIZACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD								
Prim.Auxil./Urg.bas.	18,809,389	1.00	18,809,389	0.10	1,880,939	20,000	37,619	2,000
Parto normal	4,651,627	1.00	4,651,627	0.08	358,175	230,000	82,380	4,380
SUBTOTAL ATENCION BASICA							362,878	
ATENCION HOSP. NIVEL I,II,III								
	18,809,389	1.00	18,809,389	0.05	1,000,659	400,000	400,264	21,280
SUBTOTAL ATENCION BASICA Y HOSP. NIVELES I, II, III							763,142	40,572

HOSPITALIZACIONES DE BAJA COMPLEJIDAD								
Prim. Auxil./Urg. bas.	15,389,000	1.00	15,389,000	0.10	1,538,900	20,000	30,778	2,000
Parto normal	3,805,753	1.00	3,805,753	0.08	293,043	115,000	33,700	2,190
							188,645	12,258
SUBTOTAL ATENCION BASICA								
ATENCION HOSP. NIVEL I, II, III								
	15,389,000	1.00	15,389,000	0.05	736,671	280,000	206,268	13,404
SUBTOTAL ATENCION BASICA Y HOSP. I, II, III								
MEDICINA ESPECIALIZADA								
Med. especializada	11,179,053	1.00	11,179,053	0.58	6,495,030	3,120	20,264	1,317
Laboratorio especializado	6,495,030	1.00	6,495,030	0.07	474,072	4,973	2,358	153
Imagenolog. esp.	6,495,030	1.00	6,495,030	0.02	151,984	48,000	7,295	474
Otros exámenes esp.	6,495,030	1.00	6,495,030	0.10	630,018	9,600	6,048	393
Medic. esp.	6,495,030	1.00	6,495,030	0.47	3,020,189	6,270	18,937	1,231
Terapias	17,674,083	1.00	17,674,083	0.15	2,686,461	2,880	7,737	503
Subtotal Medicina Especializada							62,639	4,070

TOTALES							457,552	29,732

ANEXO 4
 ISS: ATENCION INTEGRAL MEDICO-ODONTOLOGICA DEL NIVEL BASICO
 (SEGURO DE MEDICINA FAMILIAR)
 (\$ de 1992)

	COSTO X 1.000 habitantes
RECURSO HUMANO	
Médico	1.888.554
Odontólogo	3.001.514
Sicólogo	165.295
Optómetra	93.200
Enfermero	285.549
Trabajador social	99.255
Nutricionista	83.985
Higienista dental	461.054
Aux.Serv.Asist. (Enfermería)	272.441
Aux.Serv.Asist.(Odontología)	951.889
TOTAL	7.302.736
RECURSO TECNICO Y DE MATERIAL	5.054.762
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO	2.354.165
ESTUDIOS RADIOLOGICOS	832.965
MEDICAMENTOS	4.289.100
TARIFA DE LA ATENCION	19.833.728
ADMINISTRACION (10% sobre la atención)	1.983.373
TARIFA TOTAL	21.817.101
TARIFA X BENEFIC.	21.817

Fuente: ISS. "Atención integral médico - odontológica del nivel básico - Seguro de Medicina Familiar". Santafé de Bogotá, Julio de 1.992.

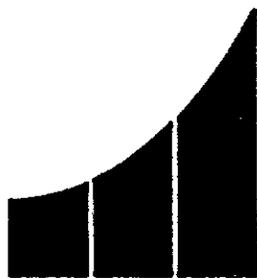
ANEXO 5

AGUDELO: COSTO DE HOSPITALIZACIONES DEL NIVEL II y III

(pesos de 1992)

COSTO TOTAL X 1'000 habitantes	Embarazo	Accidentes	Enfermedad	Otros	Costos Totales
Atendidos en medicina general		1.497.123	5.904.356	446.163	
Atendidos en cuidados intensivos		320.469	1.236.846	95.503	
Cesárea en medicina general	408.877				
Cesárea en cuidados intensivos	70.801				
Servicio parto normal	1.345.987				
Costos por 1.000 habitantes y por causa	1.825.665	1.817.587	7.168.202	541.665	11.353.119
Costos x habitante y por año	1.825	1.817	7.168	542	11.353
Costos x familia (con un factor de ajuste de 0.7419)	7.043	7.012	27.654	2.090	43.798

Fuente: C.A. Agudelo en: "Desarrollo del Sistema de Salud en Colombia", Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, Julio de 1991.



FEDESARROLLO

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO

FEDESARROLLO es una entidad colombiana, sin ánimo de lucro dedicada a promover el adelanto científico y cultural y la educación superior, orientándolos hacia el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de sus objetivos, adelantará directamente o con la colaboración de universidades y centros académicos, proyectos de investigación sobre problemas de interés nacional.

Entre los temas de investigación que han sido considerados de alta prioridad están la planeación económica y social, el diseño de una política industrial para Colombia, las implicaciones del crecimiento demográfico, el proceso de integración latinoamericana, el desarrollo urbano y la formulación de una política petrolera para el país.

FEDESARROLLO se propone además crear una conciencia dentro de la comunidad acerca de la necesidad de apoyar a las Universidades colombianas con el fin de elevar su nivel académico y permitirles desempeñar el papel que les corresponde en la modernización de nuestra sociedad.