



# El sistema de seguridad social en salud: logros y retos

---

## I. Introducción

La profunda crisis que atravesó la economía colombiana en los últimos dos años afectó a todos los sectores. Los logros de la reforma en salud, que varias veces se han documentado en esta revista, también se resintieron. El propósito de este análisis es examinar los indicadores recientes y señalar algunos ajustes que podrían contribuir a consolidar la reforma. La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha destacado el desempeño del sistema de salud en Colombia. La promoción de la cobertura universal de la población, la separación entre el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud y el mecanismo de solidaridad implementado son algunas de sus fortalezas. Desafortunadamente, estos avances se olvidan frecuentemente, frente a las dificultades cotidianas de poner en marcha tan ambiciosa reforma.

Como se ha documentado en otras ocasiones, los logros en ampliación de cobertura, rediseño institucional, incremento de recursos públicos y privados para el sector y focalización hacia los más pobres son incontrovertibles. Sin embargo

recientemente se ha venido presentando una preocupante reducción de los recursos de la cuenta de compensación del régimen contributivo. Adicionalmente, pese a diferentes comisiones para buscar una salida al ISS, todavía no hay acuerdo y su situación se agrava. Por su parte, en el régimen subsidiado se produce un estancamiento en la afiliación por la lentitud de la transformación de los recursos de oferta hacia el aseguramiento.

Persisten entonces algunas deficiencias, agravadas por los problemas de la crisis, que es necesario remover si se quiere avanzar en los objetivos de la Reforma. Con el propósito de identificar algunas alternativas, este análisis mostrará, en primer lugar, los principales aspectos del diseño del sistema de seguridad social. En seguida se presentarán los principales avances en términos de cobertura, cambio institucional e incremento de los recursos del sector. Se indicarán algunas señales de alerta en el régimen contributivo, la gravedad de la situación financiera del ISS y se examinarán en mayor detalle los problemas que afronta el régimen subsidiado. Finalmente, se presentan unas conclusiones y recomendaciones.

## II. El Sistema General de Seguridad Social en Salud

La ley 100 de 1993 cambió radicalmente el sistema de salud vigente hasta ese momento en el país. Se partió de dos principios básicos: el acceso universal a los servicios de salud y el aumento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios.

Para lograr estos dos objetivos se cambió el sistema anterior, que combinaba el aseguramiento de la población ocupada en el sector formal con el sistema público de asistencia, y se implementó un mecanismo de aseguramiento universal obligatorio en el que entran a participar, en forma coordinada, entidades públicas y privadas en un sistema de competencia regulada que garantizaría un aumento de la eficiencia y de la calidad en la prestación de los servicios.

El principio general es el siguiente: cada persona se afilia a una empresa aseguradora de salud, la cual debe elegir libremente, y pagarle una cotización, que sería el equivalente a la prima de aseguramiento. El pago de esta cotización lo hace conjuntamente con el patrono si es asalariado, en forma individual, si es trabajador independiente con un ingreso mensual de dos o más salarios mínimos legales, o mediante un subsidio del Estado, si es una persona pobre sin capacidad de pago. Esa cotización le da derecho, a él y a su familia, a acceder a un plan básico de salud, denominado Plan obligatorio de Salud, POS, el cual depende del régimen al que esté afiliado: contributivo o subsidiado. Los dineros recaudados por las cotizaciones pertenecen al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, quién paga a cada entidad aseguradora un dinero que cubre los costos promedios de ese POS. Esta suma

de dinero recibida por la aseguradora es la Unidad de Pago por Capitación, UPC. A su turno, las aseguradoras hacen contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, para lograr la atención médica de los afiliados y sus familias.

Los usuarios de los servicios de salud quedaron segmentados en dos: el grupo de personas con capacidad de pago y el de los más pobres. Los primeros, trabajadores dependientes o independientes pertenecen al denominado régimen contributivo. Estas personas se aseguran en una Empresa Promotora de Salud, EPS, que son las empresas aseguradoras y cotizan 12% de sus ingresos laborales. Si son trabajadores dependientes el patrono cotiza 75% de ese valor y el trabajador el 25% restante. Si son trabajadores independientes asumen solos su cotización. En este último caso, el salario base de cotización no puede ser inferior a dos salarios mínimos legales vigentes. Uno de esos 12 puntos de cotización va a la cuenta de solidaridad en el Fosyga, con la cual se cofinancia el aseguramiento de las personas pobres.

El régimen subsidiado de salud debe cubrir a la población pobre. En este nuevo esquema, el municipio selecciona a los beneficiarios del régimen subsidiado de salud mediante una encuesta realizada a la familia denominada "Sistema de Identificación de Beneficiarios" (que fue analizado en artículos publicados en el No. 21 de esta Revista). El Sisben indaga sobre las condiciones de la vivienda y de los ingresos del hogar. Las personas seleccionadas deben escoger libremente la entidad aseguradora, ARS, y se afilian como beneficiarios del régimen subsidiado de salud. Sin embargo, como se va a mostrar más adelante, en la práctica, apenas 30% de las personas



afiliadas declara haber escogido libremente la ARS. En los demás casos el municipio les asigna la ARS, lo que elimina la competencia entre las ARS.

La ARS recibe del municipio un dinero por cada beneficiario equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, que corresponde al costo de un paquete básico de salud POSS, incluida una ganancia básica para la ARS. El valor de UPC para las ARS que operan en el área rural es 25% mayor que aquella de las áreas urbanas. Además, el valor de la UPC varía según la edad y el sexo del beneficiario, lo que impide la selección adversa de los grupos con mayor riesgo.

A su turno, las ARS hacen contratos con las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, privadas o públicas. Estos contratos pueden ser hechos por servicios prestados o por capitación. En este último caso la ARS hace un contrato con la IPS para que le preste servicios a un cierto grupo de afiliados en un determinado nivel de atención. En este caso el exceso de utilización de los servicios sobre el cálculo inicial implica pérdida para la IPS y si la utilización es menor que la presupuestada le genera una ganancia extra.

Las ARS están autorizadas a descontar hasta 15% de la UPC para gastos de administración y 10%, obligatoriamente, para promoción y programas de prevención. El valor de la UPC incluye la ganancia de la ARS, la cual puede aumentar si reduce costos mediante aumentos de eficiencia.

Actualmente el Plan Obligatorio de Salud, POSS, del régimen subsidiado es inferior al del régimen contributivo, y no se cumplirá la meta

de igualar los dos POS en el año 2001. Sin embargo, el POSS se ha ido ampliando con respecto a las pretensiones iniciales de la ley 100. Inicialmente se pensó que debería cubrir solamente la atención básica de salud. Empero, rápidamente se llegó a la conclusión de que las enfermedades que requerían atención de tercer y cuarto nivel era muy costosa para las familias pobres y se obligó a las ARS a incluir en el POSS el tratamiento de las 20 enfermedades más comunes que requerían de esta atención especializada. Por tanto, las ARS compran un seguro colectivo para estas enfermedades. Esto significa que los casos de ocurrencia de estos tratamientos son cubiertos por la compañía aseguradora. Esto significó que en sus inicios el POSS cubría solamente la atención básica y las enfermedades de alto costo dejando sin cubrir el nivel medio. Luego se ha ido añadiendo al POSS la atención de niveles más complejos, pero aún faltan por incluir algunos servicios intermedios, que si están incluidos en el POS contributivo.

### III. Principales resultados de la Reforma en Salud

No obstante el impacto de la crisis, los avances en materia de cobertura logrados con la reforma son incontrovertibles: el aseguramiento, que cubre aproximadamente 60% de un paquete básico de servicios, alcanza 53% de la población total y 60% de la población más pobre. Se ha efectuado un importante cambio institucional, donde un numeroso grupo de "ARS" están hoy ofreciendo sus servicios de intermediación a la población pobre en el régimen subsidiado en el país y los recursos al sector se han incrementado (Cuadro 1), aunque se registre una desaceleración en los últimos dos años.



**Cuadro 1**  
**INDICADORES DEL SECTOR SALUD**

Indicadores	Antes de la Reforma (1993)	7 años después (2000)
% Población total afiliada	24	54
% Población pobre afiliada	0	55
Número de aseguradores régimen contributivo <sup>a</sup>	20	29
Número de aseguradores régimen subsidiado	0	237
Recursos Públicos totales para salud en millones de pesos corrientes de 1998	1'512.127	3'043.840
Recursos de demanda (% del total de recursos públicos para salud)	-	47

<sup>a</sup> Incluye el Seguro Social para los trabajadores del sector privado y las cajas públicas para empleados públicos  
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos de Fedesarrollo.

### A. Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El logro más importante ha sido el aumento de cobertura de seguridad social en salud, pasando de aproximadamente 20% en 1990 a 57% de toda la población sólo 7 años después<sup>1</sup>. El desempleo creciente afectó, sin duda, estos resultados, provocando una reducción de la cobertura a un porcentaje cercano a 54% en el año 2000 (Cuadro 2).

Por otro lado, en 1999 de los 15,6 millones de personas con NBI cerca de 60% (9,3 millones) se encontraba cobijado por el sistema de seguridad social en salud, lo que significa un avance muy importante teniendo en cuenta que las personas con necesidades básicas insatisfechas no estaban afiliados a ninguna entidad del sistema. Los resultados muestran también una reducción en la cobertura del régimen subsidiado que habría alcanzado 8,8 millones de personas en abril de 2000, última cifra disponible.

**Cuadro 2**  
**AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

	Contributivo	Participación (%)	Subsidiado	Participación (%)	Total	Población	Cobertura (%)
1996	13.728.117	69,7	5.981.774	70,0	19.709.891	39.295.797	50,2
1997	14.969.287	68,1	7.026.690	57,2	21.995.968	40.064.092	54,9
1998	16.090.724	65,4	8.527.061	60,7	24.617.785	40.826.815	60,3
1999	13.652.878	59,4	9.325.832	52,0	22.978.710	41.589.018	55,3
2000	13.898.337	62,0	8.505.241	47,0	22.403.578	42.321.386	52,9

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos Fedesarrollo.

<sup>1</sup> Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 (1998) Dane, Cuadro 1 y Cuadro 10.

De acuerdo con información más reciente del Ministerio de Salud, desagregada por departamentos, se observa que aunque la cobertura promedio del país supere 60% de la población, persisten grandes diferencias dependiendo del departamento. (Cuadro 3) Ello muestra la necesidad de analizar el efecto de la descentralización en salud, como otro de los elementos que deben tenerse en cuenta al analizar los avances de la Ley 100 de 1993.

Otras fuentes, distintas a la Superintendencia de Salud, ofrecen otras aproximaciones a la cobertura del Sistema. Según la Encuesta de Demografía y Salud del año 2000 realizada por Profamilia, la afiliación al sistema de seguridad social se mantendría en 58%. Así mismo, de acuerdo con el Módulo de marzo de 2000 de la Encuesta Nacional de Hogares la afiliación alcanzaría 52,6%. Por su parte, en la Encuesta So-

**Cuadro 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE COBERTURA CON RELACIÓN A LA POBLACIÓN NBI POR DEPARTAMENTO**  
**(1998-1999)**

Departamento	Población NBI 1998	Afiliados 1998	Cobertura específica 1998 (%)	Población NBI 1999	Afiliados 1999	Cobertura específica 1999 (%)
Amazonas	48.924	12.425	25,40	50.342	14.084	27,98
Antioquia	1.635.607	1.087.861	66,51	1.658.271	1.107.557	66,79
Arauca	119.262	51.502	43,18	123.705	57.839	46,76
Atlántico	644.380	266.115	41,30	658.710	305.923	46,44
Bogotá	1.057.410	937.646	88,67	1.085.822	964.856	88,86
Bolívar	1.038.008	384.818	37,07	1.057.381	447.872	42,36
Boyacá	523.768	427.956	81,71	526.601	433.481	82,32
Caldas	316.540	179.165	56,60	320.353	192.599	60,12
Caquetá	235.267	100.342	42,65	239.939	119.178	49,67
Casanare	140.352	92.117	65,63	144.535	94.841	65,62
Cauca	693.831	355.018	51,17	706.582	391.220	55,37
Cesar	519.587	243.364	46,84	532.543	270.339	50,76
Chocó	328.012	146.917	44,79	329.003	164.696	50,06
Córdoba	855.477	291.403	34,06	864.566	336.429	38,91
Cundinamarca	694.949	546.973	78,71	708.271	677.423	95,64
Guainía	34.740	7.909	22,77	35.964	9.554	26,57
Guajira	301.825	136.976	45,38	312.577	150.744	48,23
Guaviare	88.794	21.316	24,01	91.303	22.205	24,32
Huila	359.944	261.676	72,70	364.679	272.649	74,76
Magdalena	694.693	226.517	32,61	707.324	276.104	39,04
Meta	278.111	117.539	42,26	283.296	139.817	49,35
Nariño	882.753	470.984	53,35	898.696	509.635	56,71
Norte de Santander	534.774	253.560	47,41	545.708	272.284	49,90
Putumayo	250.009	110.260	44,10	257.145	111.581	43,39
Quindío	129.130	83.671	64,80	131.700	183.724	139,50
Risaralda	243.073	125.726	51,72	247.126	139.939	56,63
San Andrés	23.140	12.577	54,35	23.794	13.621	57,25
Santander	601.103	490.924	81,67	607.325	497.808	81,97
Sucre	495.687	188.738	38,08	504.970	212.864	42,15
Tolima	501.963	271.210	54,03	502.285	289.909	57,72
Valle	992.271	595.250	59,99	1.008.531	613.477	60,83
Vaupés	24.358	7.730	31,73	24.923	9.866	39,59
Vichada	69.437	20.876	30,06	72.266	21.724	30,06
<b>Total</b>	<b>15.357.179</b>	<b>8.527.061</b>	<b>55,52</b>	<b>15.626.236</b>	<b>9.325.842</b>	<b>59,68</b>

Fuente: Dirección General de Aseguramiento Régimen Subsidiado.

cial realizada por Fedesarrollo en el mes de septiembre de 2000, cuyos resultados se presentan en este número de Coyuntura Social, el aseguramiento en las ocho ciudades entrevistadas llegaría a 56,5%, siendo cercano a 60% en Bogotá, Medellín y Manizales, mientras que el de ciudades como Barranquilla y Cartagena sería de 40%. Es necesario advertir que las cifras de la Superintendencia de Salud, aún no exentas de duplicaciones, son las cifras oficiales de cobertura, que provienen de los reportes de las aseguradoras (EPS y ARS). Los resultados de las diferentes encuestas, que acabamos de presentar, constituyen aproximaciones a la cobertura del sistema.

## 1. Régimen contributivo

De acuerdo con la últimas cifras divulgadas por la Superintendencia de Salud, correspondientes

a noviembre de 2000, se aprecia una reducción en la cobertura en el régimen contributivo; hecho que además de reflejar la crisis indica problemas de sostenibilidad financiera del sistema. Adicionalmente, una parte de esta menor cobertura se explica por la sobreestimación que se había hecho del número de afiliados a las EPS, que se encuentra en proceso de depuración en la actualidad.

En diciembre de 1996 existían, de acuerdo con las estadísticas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 13,7 millones de afiliados, -6,6 millones de cotizantes y 7,1 millones de beneficiarios-, 80 % de los cuales eran afiliados al ISS (Cuadro 4). La situación es muy diferente en noviembre de 2000 cuando la participación total del ISS habría caído a 30,9%. Ello se explica por varias razones. En primer lugar, por la co-

**Cuadro 4**  
**EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

	1996	1997	1998	1999	2000 <sup>a</sup>
<b>Régimen contributivo</b>					
Cotizantes	6.632.249	6.991.962	5.865.123	5.631.268	5.508.060
Beneficiarios	7.095.868	7.977.316	10.225.601	8.021.610	8.390.277
Total	13.728.117	14.969.278	16.090.724	13.652.878	13.898.337
Beneficiario/cotizante	1,07	1,14	1,74	1,42	1,52
% cobertura población total	34,9	37,4	39,4	32,8	32,8
<b>EPS distintas al ISS</b>					
Cotizantes	988.000	1.959.019	2.101.454	3.280.906	3.679.156
Beneficiarios	1.578.900	3.288.094	3.420.380	5.319.229	5.922.747 <sup>b</sup>
Total	2.566.900	5.247.113	5.521.834	8.600.135	9.601.903 <sup>b</sup>
Beneficiario/cotizante	1,60	1,68	1,63	1,62	1,61 <sup>b</sup>
% cobertura régimen contributivo	18,7	35,1	34,3	63,0	69,1
<b>ISS</b>					
Cotizantes	5.644.249	5.032.943	3.763.669	2.350.362	1.805.891 <sup>b</sup>
Beneficiarios	5.516.968	4.689.222	6.805.221	2.702.381	2.490.543
Total	11.161.217	9.722.165	10.568.890	5.052.743	4.296.434
Beneficiario/cotizante	0,98	0,93	1,81	1,15	1,38
% cobertura régimen contributivo	81,3	64,9	65,7	37,0	30,9

<sup>a</sup> Hasta noviembre de 2000.

<sup>b</sup> Con base en relación Beneficiario/cotizante de abril de 2000.

Fuente: Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 1999-2000. Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos Fedesarrollo.



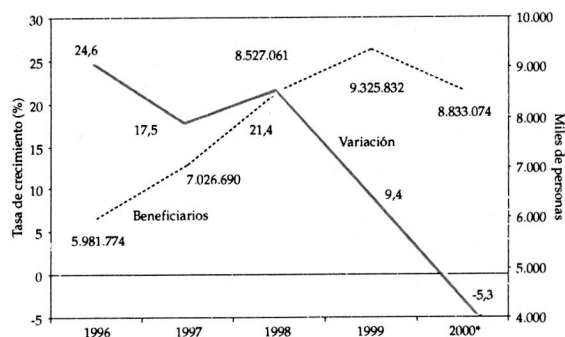
rección en la sobreestimación de su población afiliada. En segundo término, por la migración de afiliados desde el ISS hacia las EPS privadas. Finalmente, y en relación también con el anterior punto, por la sanción impuesta al ISS por la Superintendencia de Salud en julio de 1998, que le impide afiliar nuevos cotizantes.

El elevado desempleo y en especial el fuerte incremento de la informalidad que reporta la ENH de junio de 2000, analizada en el indicador de empleo de este número de Coyuntura Social, son consistentes con la reducción en el número de cotizantes al régimen contributivo que reporta la Superintendencia de Salud.

## 2. Régimen subsidiado

Por su parte en el régimen subsidiado se logró una cobertura de 9,3 millones de personas al finalizar 1999, cubriendo cerca de 60% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). De acuerdo con información aún preliminar de la Superintendencia de Salud, disponible solamente hasta el mes de abril de 2000, la cober-

**Gráfico 1**  
**EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO**



\* Hasta abril.

Fuente: Consejo Nacional de Salud.

tura del régimen subsidiado habría caído de 9,3 a 8,8 millones de personas (Cuadro 5 y Gráfico 1).

## B. Cambio institucional

Otro importante resultado de la reforma es el cambio institucional. Para garantizar el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud la ley 100 de 1993 creó un complejo marco institucional. En este sistema conviven las entidades que venían prestando los servicios

**Cuadro 5**  
**EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

	Beneficiarios	Variación	Población NBI	Cobertura %
1996	5.981.774	24,6	14.936.469	40,0
1997	7.026.690	17,5	14.938.470	47,0
1998	8.527.061	21,4	15.357.180	55,5
1999	9.325.832	9,4	15.626.327	59,7
2000 <sup>a</sup>	8.833.074	-5,3	15.900.191	55,6

<sup>a</sup> Información hasta abril de 2000.

Fuente: Consejo Nacional de Salud.

de salud en el régimen contributivo (ISS, Cajas de Previsión y Cajas de Compensación) con los hospitales públicos y el sector privado, todas conformando un sistema regulado por el Estado.

Se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, adscrito al Ministerio de Salud, que tiene por función definir los componentes del Plan Obligatorio de Salud, POS, y la unidad de pago por capitación para ambos regímenes y determinar los criterios de selección de la población beneficiaria del régimen subsidiado.

El control presupuestal y financiero de las entidades del sector salud le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y el control fiscal a la Contraloría General de la República.

Se creó, además, el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, administrada bajo la forma de fiducia, que tiene cuatro subcuentas:

- Una subcuenta de compensación interna del régimen contributivo que tiene por objeto evitar la selección adversa de los beneficiarios por parte de las EPS. Cada uno de los afiliados al régimen contributivo cotiza el 12% de su ingreso, por lo tanto, el monto de su cotización puede ser inferior, igual o superior al valor de la UPC. Si es inferior el Fosyga le reconoce a la EPS la diferencia entre el valor de la cotización y el valor de la UPC.
- La subcuenta de solidaridad con el régimen subsidiado que se alimenta de un punto de la cotización realizada por los afiliados al régimen contributivo más los aportes de las Cajas de Compensación y un *pari passu* aportado por el presupuesto nacional. La ley 100 de

1993 ordenó que durante los tres primeros años de funcionamiento del nuevo sistema (1994, 1995 y 1996) el presupuesto nacional debía girar al Fosyga una suma igual a los recaudos del 1% de la cuenta de solidaridad del régimen contributivo más el aporte de la Cajas de Compensación y que, a partir de 1997, el aporte del presupuesto nacional podía "llegar a ser igual" a dichos aportes (artículo 221). Es decir, que el aporte del presupuesto nacional a partir de 1997 puede ser cero y tiene como límite superior 100% de los aportes de solidaridad del régimen contributivo y de los aportes de las cajas. A pesar de esto, la Nación no giró a la cuenta del Fosyga todo lo que debía girar entre 1994 y 1996. La ley 344 de 1996 trató de cambiar el artículo 221 de la ley 100 y fijó al aporte de la Nación un rango entre 25% y 50% del aporte de solidaridad y el de las cajas. Este cambio fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional, quien además obligó a la Nación a pagar al Fosyga los recursos que le adeuda de los primeros tres años, que debían ser, como se dijo, iguales al 100% de los recaudos de solidaridad y de los aportes de las Cajas de Compensación. En este momento el aporte nuevo del presupuesto al Fosyga es cero y simplemente la Nación está pagando lo que debió aportar entre 1994 y 1996 y tiene plazo hasta el año 2005 para terminar de pagar esta deuda.

- La cuenta de promoción de la salud que se financia con los aportes del Ministerio de Salud y hasta 1% de los aportes al régimen contributivo y;
- La subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito que se financia con los recursos del seguro obligatorio de

accidentes de tránsito, SOAT, y con recursos de presupuesto nacional.

En este momento operan en el país más de 29 EPS para el régimen contributivo (Cuadro 6) y aunque el ISS sigue siendo la EPS con mayor número de afiliados, su participación se redujo de 50% en 1999 a 35% en abril y a 30% en los últimos informes divulgados por la Superintendencia de Salud para el mes de noviembre de 2000.

Por su parte, para el régimen subsidiado existen 237 Administradoras del Régimen Subsidiado conformadas por EPS, Cajas de Compensación y Empresas Solidarias de Salud (Cuadro 7). Así mismo, es de anotar que 60% de la población vive en áreas donde operan por lo menos

**Cuadro 6**  
**AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**  
**POR ENTIDAD (Noviembre de 2000)**

	Afiliados	Participación (%)
ISS	4.296.434	30,9
Saludcoop	2.426.070	17,5
Cajanal	689.504	5,0
Famisanar	641.427	4,6
Unimec	223.473	1,6
Coomeva	1.056.927	7,6
Susalud	723.786	5,2
Salud Total	673.640	4,8
Colmena	256.389	1,8
Cafesalud	546.587	3,9
Caprecom	133.118	1,0
Cruz Blanca	341.765	2,5
Compensar	410.501	3,0
Otras EPS	1.478.716	10,6
Total	13.898.337	100,0

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

**Cuadro 7**  
**AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO**  
**POR ENTIDAD (Abril de 2000)**

	Número de afiliados 2000	Número de entidades
Empresas Promotoras de Salud	3.418.512	17
Empresas Solidarias de Salud	3.592.411	176
Cajas de Compensación Familiar	1.680.181	41
Convenios Interinstitucionales	141.970	7
Total	8.833.074	241

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

3 EPS, dándose por lo menos parte de las condiciones que se requieren para que opere la competencia. Al mismo tiempo, una gran parte de los más de 800 prestadores públicos se han convertido en Empresas Sociales del Estado aumentando por este lado su autonomía financiera y su capacidad de gestión. Finalmente, el Ministerio ha empezado a dar algunas señales en el sentido de que la distribución de los recursos tendrá que responder cada vez más a una demostración de los servicios prestados a la población. Un claro ejemplo de lo anterior es el decreto 99 de 1998 que estipuló que la distribución de los recursos excedentarios de la subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito, ECAT de 117 mil millones de pesos tenía que hacerse en función de la producción y de los niveles de productividad alcanzados por los hospitales. Desafortunadamente, la recurrente financiación de crecientes déficit de los hospitales es una señal contraria a la consolidación de la reforma.

Por otra parte, de acuerdo con un estudio reciente de ANIF<sup>2</sup>, en la actualidad existen en el país

<sup>2</sup> ANIF (1999) "Organizaciones del Sector Salud: Evolución y Perspectivas".



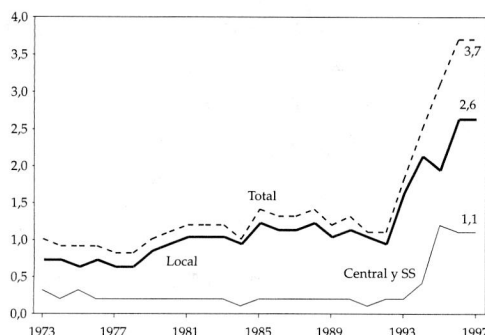
cerca de 33 mil instituciones que prestan servicios de salud. De éstas, 45,6% se encuentra en Bogotá, 9,4% en el Valle y 9% en Antioquia. La gran mayoría son de nivel uno y de naturaleza privada.

### C. Recursos del sector salud

Uno de los principales resultados obtenidos en la última década en el sector salud es el gran aumento de los recursos asignados del sector. En lo que a sector público se refiere, tanto en el nivel central como en el local, se presenta un notable incremento del gasto desde 1990. En 1998 los gobiernos locales realizaron un gasto en este sector equivalente a 2,5% del PIB y el nivel central de 1,1%, totalizando 3,6% de gasto del sector público total (Gráfico 2). Si a esto se agrega el hecho de que el gasto promedio de cada colombiano en salud es aproximadamente 12,5% de sus ingresos, el total de gasto público y privado en el sector ascendería a cerca de 8% del PIB.

Comparado con otros sectores sociales, el sector de la salud ha sido, además, el más pri-

**Gráfico 2**  
**GASTO PÚBLICO EN SALUD GOBIERNO**  
**CENTRAL Y LOCAL EN % DEL PIB**



Fuente: Dane 1973-1996 formularios F-400; DNP 1997-1998 con base en ejecuciones presupuestales. Ver Coyuntura Social No. 20 de mayo de 1999.

vilegiado en materia de recursos en la última década. Las transferencias municipales para salud y los recursos del Fosyga, que son recursos nuevos del sector y que empezaron a aplicarse al iniciarse la reforma, explican este comportamiento favorable. Este importante crecimiento de los recursos y las perspectivas fiscales actuales, posiblemente no permitirán que éstos sigan creciendo en forma significativa en los próximos años. El gasto en salud del gobierno central en Colombia se ubica por encima del promedio de los países de ingresos medios. Colombia ha sido, con Paraguay, el país donde más se ha incrementado en la década actual el capital social, en inversiones en educación y salud (Ocampo, 1997). El gasto per cápita en salud pasó de 20.891 pesos constantes de 1996 en 1980 a 85.526 en 1999, de acuerdo con el Informe sobre Desarrollo Humano de este último año.

### 1. Financiación del Régimen Contributivo

Como se explicó atrás, el régimen contributivo está dirigido principalmente a los trabajadores asalariados y a sus familias, y también a los independientes (con capacidad de pago) y sus familiares. Los recursos de este régimen se originan en las cotizaciones de empleadores y empleados y en los aportes individuales de los trabajadores independientes que deciden asumir el total de su cuota de afiliación al sistema. Los recursos provenientes de aportes a la seguridad social crecieron 230% luego de la ley 100 de 1993, como resultado del incremento en la tasa de cotización que pasó de 8% a 12% del salario, teniendo en la actualidad cobertura familiar.

Las cotizaciones obligatorias reportadas en las declaraciones de giro y compensación alcanzaron en 1999 una suma superior a los 3,6 billones

de pesos (equivalente a 2,4% del PIB). Los superávit de recaudo de estas cotizaciones que realizan los afiliados al régimen contributivo ingresan a la subcuenta de compensación del Fosyga, y alcanzaron en 1999 un total de 440 mil millones de pesos suma que conjuntamente con los excedentes financieros de 1998 por valor de 221 mil millones de pesos, permitieron realizar la ejecución del pago por proceso de compensación por 397,5 mil millones de pesos y contabilizar un excedente por compensación de 43 mil millones de pesos para el año 2000, evidenciando una importante tendencia decreciente (Cuadro 8).

Hasta abril del presente año el superávit por recaudo de cotizaciones alcanzó un valor de 107 mil millones de pesos, mientras los pagos por compensación fueron de 175 mil millones de pesos, con lo que se produjo un déficit de 68 mil millones de pesos. En los primeros seis meses de este año, el promedio mensual de afiliados cotizantes ha sido de 12,5 millones, mucho menor a los 15,1 millones de afiliados que reportan las EPS.

**Cuadro 8**  
**FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN**  
**CONTRIBUTIVO 1999**

	Miles de millones de \$
Cotizaciones obligatorias	3666,9
Cuenta de compensación del Fosyga	
Ingresos	661,33
Superávit de recaudo <sup>a</sup>	440,04
Excedentes financieros de 1998	221,29
Pagos	401,07
Pagos por compensación <sup>b</sup>	397,47
Otros pagos	3,6
Excedentes para 2000	263,86
Excedente por compensación <sup>a-b</sup>	42,69

Fuente: Fidusalud. Consorcio Financiero.

Un primer problema del SGSS reside en la posibilidad de lograr una expansión de la cobertura del régimen contributivo mediante el control de la evasión, así como mediante el diseño de subsidios parciales que incentiven el aseguramiento de los trabajadores del sector informal. Este sector, que había partido de una cobertura muy baja (21%) en 1992, realizó un incremento notable en el aseguramiento de los asalariados de las microempresas. De éstos la porción más dinámica en aseguramiento ha sido aquella que se afilia con aportes de la empresa. El trabajador independiente que debe asumir todo el valor de la cotización registra modestas tasas de afiliación (Lopez, 1999). Un estudio de Fedesarrollo y la Fundación Corona (Giedion y Morales 1998) mostró que la no afiliación del sector informal urbano y rural podrían estar ocasionando una pérdida de recursos que permitiría afiliar a cerca de 2,4 millones de pobres adicionales. Este mismo estudio identificó que por subdeclaración y no afiliación en el sector formal se estarían dejando de afiliar cerca de 800 mil pobres más.

La principal restricción para avanzar en el aseguramiento es la capacidad de las pequeñas empresas para realizar el aporte patronal que complementa el del empleado. Adicionalmente, los asalariados de microempresas tampoco pueden acceder al aseguramiento que ofrece el régimen subsidiado puesto que sus ingresos son superiores a 1 salario mínimo, ingreso que registran en promedio los que se benefician del subsidio (niveles 1 y 2 del Sisben), pero menores de dos salarios mínimos, ingreso básico para afiliarse al régimen contributivo. Como esta es una parte de la población vinculada que es atendida en la red hospitalaria pública, una posible reforma para la afiliación de los independientes sería la

de proponer unos subsidios parciales a cargo de los recursos de oferta que financian a los hospitales públicos y del ingreso del trabajador independiente.

## 1. El ISS

Aunque uno de sus negocios es la EPS del régimen contributivo, al que se hizo referencia en la sección anterior, el ISS se trata de manera independiente debido a los problemas de esta entidad para adaptarse al nuevo esquema de agentes aseguradores y prestadores de servicios. Sus problemas financieros derivados, entre otros, de un mayor gasto per capita del acordado en la unidad de pago por capitación, así como de un exceso en gastos de personal, repercuten en el resto del sistema.

Por el informe ejecutivo del ejercicio que realizó en 1998 la O.I.T. sobre esta entidad, se sabe que, no obstante la obligación legal de separar negocios, son aún frecuentes los cruces de cifras correspondientes a salud, pensiones y riesgos profesionales. En el ISS confluyen funciones de aseguramiento (EPS) y de prestación de servicios (IPS) no permitidas por la ley. Esta entidad es el mayor asegurador del régimen contributivo, cubre, como se analizó más atrás 30% de los asegurados y por ello es un agente cuya situación financiera concierne a otras EPS, y en especial a las IPS con las cuales contrata servicios. En el informe de la O.I.T. se presentan varias informaciones que han sido motivo de preocupación entre los agentes del sector. La primera es que los gastos de administración representen cerca de 26% de los gastos totales del ISS, porcentaje alto con respecto a 15% estimado por este concepto dentro de la UPC. La segunda es un valor de gasto por afiliado de \$255 mil en 1997,

que excede en más de cuarenta mil pesos el ingreso por afiliado (\$214 mil en 1997). Ambos valores tienen amplias diferencias con la UPC promedio, que en 1997 alcanzaba un valor de \$ 174.989. El alto gasto por afiliado se explica por el más costoso plan de servicios que ofrece, así como por falencias en el sistema de verificación de derechos, y por los mayores costos administrativos antes comentados. Con una estimación conservadora de 7,5 millones de afiliados la pérdida acumulada en el período 1995-1998 alcanzaría 575 mil millones de pesos (Uribe, 1998).

De acuerdo con las proyecciones contenidas en el Documento Conpes 3061 sobre Balance macroeconómico y perspectivas para el año 2000, se pronosticó una situación insostenible para el ISS para este año "por cuanto los recursos destinados a la compra de servicios médicos, según las cifras del presupuesto, ascienden a 256 mil millones y sólo alcanzan para cubrir las cuentas por pagar de esta vigencia (1999) de \$ 253 mil millones. Esto hace que el ISS no tenga recursos para nuevas compras de servicios médicos para atender a sus afiliados en el año 2000. ... el requerimiento por este concepto no es inferior a \$ 500 mil millones si se hiciera un ajuste importante en las compras de servicios, y a \$790 mil millones en caso contrario". Este problema de solvencia, junto con los problemas de calidad y oportunidad en la prestación del servicios, explican la sanción de la Superintendencia de Salud de prohibir nuevas afiliaciones.

Se señala además en este documento que el problema del ISS se origina, en primer lugar, en la falta de información sobre beneficiarios, afiliados, desafiliación, evasión y elusión. En segundo lugar, porque la forma de contratación por adscripción y libre escogencia derivó en un desbor-



damiento de los gastos al no ejercer una auditoría médica y financiera sobre las IPS contratadas. Finalmente, otro componente importante del déficit son los elevados costos de administración que pasaron de 25% en 1996 a más de 30% proyectados para el 2000 (Cuadro 9), cuando, como se comentó líneas atrás, el porcentaje de estos gastos dentro de la UPC es de 15%.

Por su parte, el Confis, en el Plan Financiero de 2000, proyecta un déficit de caja de la Unidad de Salud del ISS de \$ 100 mil millones que se duplicaría para el próximo año. Este es el resultado de un crecimiento de los ingresos de la Unidad de Salud de 15%, mientras que los pagos crecen 20% anual (Cuadro 10).

En los últimos meses el Conpes estudió diferentes alternativas para enfrentar la crisis del ISS hasta que, como resultado de la Comisión Permanente de Concertación de políticas laborales y salariales, se delegó en el Consejo Direc-

tivo del ISS, ampliado con una representación de sus sindicatos, la discusión sobre el salvamento y el fortalecimiento del Seguro Social. Se trabajaron cinco propuestas presentadas por el Presidente de la Institución, los pensionados, los sindicatos de los trabajadores del ISS y las centrales sindicales, los empleadores representados en el Consejo Directivo y el Ministerio de Trabajo. Estas contemplaban la privatización de las clínicas del ISS; la participación de los trabajadores del ISS como accionistas capitalizando sus acreencias; la división del ISS en dos empresas una encargada del aseguramiento de los riesgos de salud y pensiones y otra de la prestación de los servicios; convertirlo en una empresa solidaria o finalmente una completa reestructuración y un salvamento financiero a cargo del presupuesto nacional. Se aprobó finalmente una alternativa menos drástica que consiste en conseguir \$ 350 mil millones para cubrir sus deudas más urgentes y continuar con un proceso lento de ajuste. Esta solución de corto plazo no com-

**Cuadro 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS GASTOS EN LA UNIDAD DE SALUD DEL ISS EXCLUYENDO GASTOS GENERALES DE CLÍNICAS Y CAAS EN FUNCIONAMIENTO**

	Miles de millones de pesos (%)									
	1996		1997		1998		1999		2000 proyecto	
<b>Total Recursos - Salud</b>	1.376,2	100,0	1.743,1	100,0	1.994,1	100,0	2.245,1	100,0	1.914,3	100,0
Gastos de Funcionamiento o administración	339,5	24,7	463,5	26,6	543,9	27,3	554,5	24,7	581,2	30,4
Pensiones exfuncionarios	110,8	8,1	144,6	8,3	192,4	9,6	251,5	11,2	305,4	16,0
Cesantías	59,3	4,3	54,2	3,1	87,7	4,4	91,8	4,1	40,2	2,1
Plan de vivienda	4,3	0,3	7,5	0,4	9,0	0,5	11,2	0,5	11,3	0,6
Otro,	165,1	12,0	257,2	14,8	254,9	12,8	200,0	8,9	224,3	11,7
Costo personal médico y contratación civil médico	309,9	22,5	383,7	22,0	457,7	23,0	540,6	24,1	540,6	28,2
Materiales médicos y equipos médicos	187,1	13,6	202,4	11,6	241,9	12,1	313,4	14,0	335,2	17,5
Compra de servicios de salud	427,3	31,0	526,4	30,2	603,9	30,3	606,6	27,0	256,6	13,4
<b>Gastos Generales CAAS y Clínicas</b>	47,6	3,5	56,0	3,2	65,3	3,3	75,1	3,3	75,1	3,9
<b>Licencias e incapacidades - Fosyga</b>	21,2	1,5	30,0	1,7	29,1	1,5	99,5	4,4	87,6	4,6
Gastos de Inversión	43,6	3,2	81,1	4,7	52,3	2,6	55,4	2,5	38,0	2,0

Fuente: Documento CONPES 3061. Balance Macroeconómico y Perspectivas para el año 2000.

**Cuadro 10**  
**INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - UNIDAD DE SALUD**

Concepto	\$ miles de millones		Como % del PIB		Crecimiento %
	2000	2001	2000	2001	2001
<b>Ingresos totales</b>	1.814	2.090	1,0	1,1	15,2
Explotación bruta	134	148	0,1	0,1	8,8
Aportes del GNC	0	0	0,0	0,0	
Ingresos tributarios	1.642	1.898	0,9	1,0	15,6
Otros ingresos	38	45	0,0	0,0	18,0
<b>Pagos totales</b>	1.914	2.289	1,1	1,2	19,6
<b>Pagos corrientes</b>	1.876	2.248	1,1	1,1	19,8
Intereses	0	0	0,0	0,0	
Servicios personales	592	633	0,3	0,3	6,9
Transferencias	575	682	0,3	0,3	18,7
Gastos generales	709	933	0,4	0,5	31,6
Operación comercial	0	0	0,0	0,0	
<b>Pagos de capital</b>	38	41	0,0	0,0	8,0
FBKF	21	23	0,0	0,0	8,0
Otros	17	18	0,0	0,0	8,0
<b>(Déficit)/superávit real</b>	-100	-200	-0,1	-0,1	100,1
<b>Prestamo neto</b>	0	0	0,0	0,0	
<b>Ajustes por causación</b>	0	0	0,0	0,0	
<b>(Déficit)/superávit</b>	-100	-200	-0,1	-0,1	100,1

Fuente: Confis Plan Financiero 2001 y Revisión 2000. Julio 25 de 2000.

templaba aún la reciente decisión de aplicar el incremento salarial ordenado por la Corte Constitucional, que cobijaba a los empleados públicos, a todos los trabajadores del ISS, medida que tendrá una gran repercusión en el déficit de caja del 2001 y en el incremento de las prestaciones que tal medida acarreará en este año y en los siguientes.

## 2. Financiamiento del Régimen Subsidiado

Este régimen es una de las principales innovaciones en la estructura del sistema de salud, y es el mecanismo mediante el cual se inició el proceso,

hoy totalmente estancado, de pasar la tradicional financiación de la oferta de servicios de salud a un esquema de aseguramiento basado en un subsidio a la demanda de la población sin capacidad de pago.

Las fuentes de financiación del régimen subsidiado son recursos parafiscales y fiscales que corresponden a:

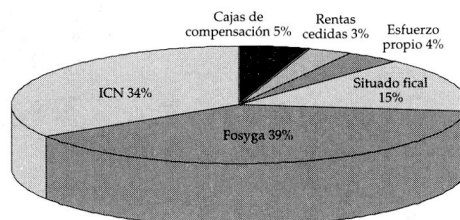
- un punto de cotización del régimen contributivo;
- un aporte del Gobierno Nacional. De acuerdo con la Ley 100 de 1993 el aporte del gobierno

debía ser un *pari passu* de lo que se recaudara por el punto de solidaridad en el contributivo. La Ley 344 de 1996 redujo este aporte a un equivalente a un cuarto de punto de cotización a partir de 1998. Una reciente sentencia de la Corte Constitucional, la C 1165 del 6 de septiembre del 2000 declaró inexecutable el artículo 34 de la Ley 344 de 1994 por la reducción que causa en el aseguramiento de los pobres.

- ❑ entre el 10 y 15% de los recursos parafiscales que manejan las cajas de compensación,
- ❑ los impuestos de remesas que pagan las compañías petroleras que explotan los pozos de Cusiana y Cupiagua
- ❑ los rendimientos que genere la Administración.
- ❑ Entre los recursos locales, están los departamentales asignados tradicionalmente a financiar la oferta (situado fiscal) pero que están obligados a transformarse en recursos de aseguramiento de acuerdo con un programa gradual aprobado por la Ley 344 de 1996.
- ❑ Los recursos municipales orientados al régimen subsidiado son el 15% de la participación en los ingresos corrientes de la Nación

Las fuentes de financiación del régimen subsidiado durante 1999 aportaron recursos por valor de \$ 1,2 billones, utilizados para la afiliación de población pobre. En su orden, la subcuenta de solidaridad del Fosyga aporta el 39%, le sigue con un 34% la participación en los ingresos corrientes de la Nación. La tercer fuente en importancia es el situado fiscal que aporta el 15% y el resto de rentas cedidas, propias y otras el 12% restante (Gráfico 3).

**Gráfico 3**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE DURANTE EL 2000**



Fuente: UDS-DNP.

El Cuadro 11 muestra la evolución de las principales fuentes en la financiación del régimen subsidiado de salud. Como se puede observar, los recursos del fosyga han caído dos años consecutivos, en razón del descenso en las cotizaciones de solidaridad del régimen contributivo en el 2000, como efecto del aumento del desempleo y a la caída en los aportes del presupuesto nacional a esta cuenta en 1999 y 2000. Cabe destacar el bajo peso que aún tiene el esfuerzo propio de las entidades territoriales en la financiación del régimen subsidiado de salud, lo que está indicando que no se han creado incentivos para que las regiones dediquen recursos crecientes a la afiliación de su población pobre (Cuadro 11).

El municipio utiliza sus propios recursos para asegurar a la población pobre y, además, le solicita al FOSYGA que le cofinancie el aseguramiento cuando sus propios recursos no son suficientes para financiar la afiliación. Inicialmente se fijó como criterio de cofinanciación por parte del FOSYGA la situación de pobreza de los municipios medida por el indicador de NBI. Sin embargo, en la práctica lo que ha ocurrido es que el FOSYGA cofinancia a los municipios que sean



**Cuadro 11**  
**SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

Fuentes de financiación del régimen subsidiado	Millones de pesos de 1999				Crecimiento real anual		
	1997	1998	1999	2000 <sup>a</sup>	1998	1999	2000
Situado fiscal	1.046.661	1.088.756	1.218.765	1.067.939	4,0	11,9	(12,4)
Participación ingresos corrientes	566.438	608.771	735.812	690.582	7,5	20,9	(6,1)
PICN transformado a demanda <sup>b</sup>	331.292	331.687	426.637	414.349	0,1	28,6	(2,9)
PICN destinado a oferta	235.146	277.084	309.174	276.233	17,8	11,6	(10,7)
Rentas cedidas	343.693	467.864	439.441	312.368	36,1	(6,1)	(28,9)
Cajas de compensación <sup>c</sup>	35.903	59.147	59.917	59.917	64,7	1,3	0,0
Fosyga-cuenta de solidaridad	530.435	661.382	563.900	456.529	24,7	(14,7)	(19,0)
Punto de cotización	303.332	305.948	336.363	298.400	0,9	9,9	(11,3)
Cajas de compensación	3.374	-	2.629	2.332	-	-	(11,3)
Aporte a la Nación (pago de la deuda) <sup>d</sup>	-	148.042	84.500	87.818	-	(42,9)	3,9
Impuestos a las armas, multas y sanciones	2.939	2.872	910	807	(2,3)	(68,3)	(11,3)
Rendimientos	21.955	46.806	75.718	67.173	113,2	61,8	(11,3)
Excedentes financieros <sup>e</sup>	198.835	157.714	63.780	213.448	(20,7)	(59,6)	234,7
Total recursos	2.523.129	2.885.920	3.017.834	2.587.335	14,4	4,6	(14,3)

<sup>a</sup> Preliminar.

<sup>b</sup> La Ley 100 estableció que el 15% del PICN debe destinarse a subsidios de demanda.

<sup>c</sup> Son los recursos de las Cajas de Compensación destinados a financiar subsidios a la demanda y que son manejados directamente por estas entidades.

<sup>d</sup> Esta información corresponde al monto de recursos previstos anulamente para el pago de la deuda del Paripasu de 1994-1996.

<sup>e</sup> Cada año se adiciona a este fondo los recursos recaudados en la vigencia anterior que el tope presupuestal no le permite incorporar.

Fuente: DNP-UDS.

más activos en la afiliación de su población pobre y le demanden más recursos, bien sea porque tengan más recursos propios o porque sus autoridades tengan una gran preocupación por afiliar a su población pobre. Antioquia y Cundinamarca tuvieron proporcionalmente una financiación mayor del Fosyga que departamentos muy pobres como Chocó, Sucre, Bolívar, Magdalena y Guaviare. Adicionalmente, el Fosyga le gira a las regiones los recursos antes de que éstas hayan terminado de afiliar con sus propios recursos, lo que ha fomentado la "pereza fiscal" en algunas de ellas (Jaramillo, 2000).

Simultáneamente con el esquema de aseguramiento en los subsistemas contributivo y subsidiado aprobado con la Ley 100 de 1993, la asignación de recursos públicos para el sector salud está definida por la ley 60 de 1993. La red pública hospitalaria se financia con i) el situado fiscal para salud; ii) las rentas propias derivadas de

venta de servicios; iii) rentas cedidas a los departamentos y distritos provenientes de los impuestos a los licores y a las cervezas; iv) una proporción de las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la Nación; v) otros aportes nacionales.

Actualmente 53% de los recursos del régimen subsidiado de salud son subsidios a la oferta, es decir, son directamente girados a los hospitales públicos por los gobiernos nacional, departamental y municipal y 47% restante va a asegurar población pobre mediante subsidios a la demanda, cuando se suponía que para el año 2001 todos los subsidios a la oferta debían estar convertidos en subsidios a la demanda.

Los recursos recibidos para la financiación de la red pública hospitalaria se duplicaron en 1999 con relación a aquellos de 1993, alcanzando una suma superior a los 3 billones de pesos.

Los problemas de financiación del régimen subsidiado y, por lo tanto de los avances en el aseguramiento de los más pobres, residen en el proceso de transformación de los recursos de oferta hacia subsidios de demanda. (Plazas, 1998, Giedion et al 1999, 2000). La expansión de cobertura requiere de mayores afiliados al régimen contributivo que, con el punto de solidaridad y el *pari passu* que debe aportar el Estado, permita la ampliación del aseguramiento de los más pobres. Este aseguramiento es el que promoverá que los hospitales públicos avancen hacia esquemas de financiamiento basados en venta de servicios y no a financiación inercial de la oferta.

Sin embargo, existe una gran inflexibilidad en los hospitales ligada a sus plantas de personal. En un estudio (Giedion, 1999) se determinó que el 80% de los ingresos de estos son para pagar nómina, pues el factor salarial promedio de los hospitales investigados llegaba a 1,93. A pesar de la caída de los ingresos de los últimos años, los costos salariales han seguido creciendo.

Las secretarías de salud no afilian más pobres porque sus recursos están comprometidos en la financiación de los hospitales y la justificación de estos es la existencia de población aún no asegurada. Hoy en Bogotá la red hospitalaria del Distrito sólo vende al mercado servicios por montos inferiores a 16% de toda su facturación, como se muestra en uno de los artículos publicados en este número de Coyuntura Social. (Giedion, Lopez, y Marulanda 2000). El resto de sus servicios son consumidos por población vinculada, y su gasto es financiado por la Secretaría Distrital de Salud. La más importante reforma del sector que desbloqueará los flujos de recursos y permitirá un avance hacia las coberturas universales es una política decidida en favor del aseguramiento.

Es probable que algunos hospitales públicos en regiones alejadas no puedan integrarse totalmente mediante la venta de servicios. La problemática de los hospitales de los municipios pequeños es diferente. Además de su ineficiencia y altos costos laborales y la inflexibilidad de la planta de personal, existe una baja utilización de su capacidad instalada debido a la baja demanda por ciertos servicios hospitalarios, lo que hace que no sean capaces de cubrir sus costos fijos sólo con contratos con las ARS y necesitan, de todas formas, que la entidad territorial les gire recursos bajo la forma de subsidios a la oferta.

Adicionalmente, por la vía de hecho se están eliminando los ejes básicos que garantizan la competencia y la eficiencia en el régimen subsidiado de salud. De un lado, sólo 30% de los beneficiarios ha escogido libremente la ARS. Esto se debe a que los alcaldes deciden a que ARS afiliar a la población, sin darle la posibilidad de escogencia, como lo exige la ley, creando una "manguala" entre las autoridades territoriales y la ARS que se ha prestado para la corrupción (Jaramillo, 2000).

De otro lado, se han venido creando ARS públicas y los alcaldes afilian a los beneficiarios a estas ARS sacando del mercado a las demás ARS y eliminando, *de facto*, la competencia entre las ARS. Además, estas ARS públicas contratan fundamentalmente con los hospitales públicos sin que se de el control que se suponía que las ARS tienen sobre la calidad de los servicios prestados por las IPS. Esto significa monopolización en el aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud, lo que elimina toda posibilidad de competencia y, por ende, de aumento en la eficiencia y en la calidad de los servicios.

Esta situación puede verse agravada por la actual inestabilidad regulatoria y el bajo aumento de la UPC que ha llevado ya a que las ARS de las cajas de compensación y de las EPS privadas estén manifestando su deseo de retirarse del sistema, caso en el cual, se fortalecerían las ARS públicas.

Si se hubiera mantenido la política definida en la ley 100 en materia de régimen subsidiado hoy podríamos contar con más de 11 millones de afiliados en lugar de los 8,5 millones con los que cuenta el sistema. Adicionalmente, es necesario recordar que esta afiliación se logró fundamentalmente mediante el congelamiento de la UPC, que compensó la caída de las otras fuentes de financiación de este sistema.

#### **IV. Principales desafíos del sector salud**

La consolidación de los logros obtenidos en el sector no parecen depender exclusivamente de un mejor crecimiento económico y de una recuperación en el empleo. Aunque son muchos los aspectos que es necesario superar, se hará referencia especialmente a algunos mecanismos que incidirían favorablemente en el aseguramiento. En primer lugar, en el régimen contributivo y en los efectos sobre el subsidiado que tiene la evasión del sistema, la subdeclaración de aportes y los trabajadores independientes de bajos salarios. En segundo término se mencionan también algunas políticas que favorecerían la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado.

La base de datos que ha venido consolidando la Superintendencia de Salud permitió conocer varias situaciones irregulares con fuerte impacto en la cuenta de compensación del régimen contri-

butivo: evasión al sistema, dobles afiliaciones en el sistema contributivo y en este y el subsidiado.

Estos registros se corroboran con la información de las Encuestas de Hogares que ha permitido realizar algunos cálculos sobre las personas con capacidad de pago no afiliadas, así como otras que no reúnen los requisitos para obtener el subsidio, pero tampoco los ingresos suficientes para afiliarse al contributivo. Con una población de 41,5 millones de personas en el 2000, se calcula que hay 15,6 millones de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas. Como consecuencia, habría 25,9 millones de personas que deberían cotizar 12% de sus ingresos al régimen contributivo. De estas, de acuerdo con las respuestas de los entrevistados, están afiliadas al sistema 13,3 millones, por lo que quedarían 12,6 millones de personas no pobres que no están afiliadas al sistema de salud. De acuerdo con los cálculos que viene haciendo Econometría para el Ministerio de Salud, de ellas hay 985.000 ocupados que tienen capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo, es decir, que tienen unos ingresos laborales superiores a dos salarios mínimos y no están afiliadas. Si se supone un tamaño promedio de hogar de 2,1 personas, habría 2,1 millones de personas con capacidad de pago que no están afiliadas y los 10.5 millones restantes serían la población "sandwich".

Este grupo de población que los expertos en salud han denominado "Población Sandwich", que no hace parte de la población con NBI, pero que tiene unos ingresos menores a dos salarios mínimos legales y son trabajadores del sector informal, les resulta muy costoso la cotización al contributivo y la evaden. Si una persona en estas condiciones se quisiera afiliar al régimen con-

tributivo tendría que cotizar mensualmente \$62.500 ya que, de acuerdo con la reglamentación del CNSS, el tope mínimo de afiliación al régimen contributivo para un trabajador independiente es dos salarios mínimos legales que son \$520.800 y debe cotizar 12% de ese valor. Esta suma es bastante alta para una persona que por ejemplo gana 1,5 salarios mínimos legales y tiene que sostener una familia de cuatro miembros, pues se gastaría 16% de su ingreso en salud. En consecuencia, esta población no estaría cubierta por el régimen subsidiado y tampoco cuenta con los ingresos suficientes para hacer dicha cotización a régimen contributivo.

Este grupo de trabajadores incluso si ganan el mínimo requerido para afiliarse al régimen contributivo (2 salarios mínimos), no tienen incentivos para hacerlo.

Algunas secretarías de salud están estudiando la posibilidad de establecer subsidios parciales para el aseguramiento de estos trabajadores de manera que los incentive a asumir una cotización menor de su salario. Esta sería complementada con recursos locales, que hoy financian la oferta en los hospitales públicos.

Por su parte, faltaría por cubrir aproximadamente 40% de la población con necesidades básicas insatisfechas. Este grupo de personas pobres que tienen derecho a pertenecer al régimen subsidiado de salud, pero que aún no han sido afiliados, son los que en caso de necesidad acuden a la red hospitalaria pública y reciben los servicios bajo la confusa categoría de "vinculados". Ellos, en principio, tienen derecho a que se les atienda en un hospital o centro de salud público y se les cobre un porcentaje del valor

de la atención. Sin embargo, no hay una reglamentación clara sobre cuáles son los servicios a los que tendrían derecho estas personas, incluso en algunas regiones sólo se les atiende con servicios de urgencia. Así mismo, el estudio de las características socioeconómicas, que permiten las encuestas de hogares, indica que la red hospitalaria pública también es usada por personas con capacidad de pago, no afiliadas al régimen contributivo.

Según cálculos de la Misión Social con base en la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, de los 7,8 millones de afiliados al régimen subsidiado de salud en 1997, 4,6 millones, o sea, 60% pertenecían al 30% más pobre de la población, 24% estaba ubicado en los deciles 4 y 5 y 17% restante estaba concentrado en los deciles altos. Esto significa que 2,8 millones de afiliados al régimen subsidiado estaban ubicados entre los deciles 4 y 7 y 381.000 personas, correspondientes al 5% de los afiliados pertenecían a los tres deciles superiores. O sea que para 1997 había 3,2 millones de afiliados "colados" al régimen subsidiado de salud, mientras que faltaban por cubrir seis millones de personas de los dos deciles inferiores.

En consecuencia, a pesar de que en ese momento la cobertura de los tres deciles inferiores por el régimen subsidiado era inferior a 40%, el sistema subsidiado de salud estaba cubriendo población de los deciles medios y superiores.

En el caso de la población sin capacidad de pago es necesario mejorar el diseño de otorgamiento de subsidios de manera que se evite que una persona que goza del subsidio lo mantenga cuando es afiliada al contributivo por su vinculación al mercado formal de trabajo.

## V. Conclusiones y recomendaciones

A raíz de la implementación de la ley 100 de 1993 se han logrado importantes avances en cobertura de la seguridad social en salud y, a través del régimen subsidiado de salud, se ha llegado a un porcentaje significativo de la población pobre.

Sin embargo, el sistema de seguridad social aún adolece de problemas graves que es necesario entrar a solucionar si se desea que el sistema logre los objetivos propuestos de cobertura universal y aumento de la eficiencia. Los problemas más importantes son los siguientes:

- ❑ Se ha frenado el proceso de conversión de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda debido a las presiones existentes para continuar financiando los hospitales públicos con base en presupuestos históricos, independientemente de la población atendida.
- ❑ A pesar de que se ha avanzado en la cobertura de la población más pobre, el régimen subsidiado de salud no está focalizando bien hacia la población más pobre. En 1997 estaban afiliados al régimen subsidiado de salud tres millones de personas de los deciles medios y altos, mientras que faltaban por cubrir seis millones de personas de los deciles uno y dos.
- ❑ Además de que no se ha logrado cubrir a la población más pobre, el sistema de seguridad social en salud implementado por la ley 100 de 1993 dejó por fuera a un grupo amplio de trabajadores independientes, que no son tan pobres como para ser cubiertos por el régimen subsidiado de salud, pero ganan menos de dos salarios mínimos que es el tope míni-

mo para cotizar como independientes al régimen contributivo. Este grupo de trabajadores y sus familias son aproximadamente 10 millones de personas.

- ❑ A pesar de que uno de los objetivos de la reforma era el aumento de la eficiencia, incluso se ha presentado un aumento de la ineficiencia de la red hospitalaria pública pues vía subsidios a la oferta están recibiendo cada vez más recursos, pero están atendiendo cada vez menos población pobre con estos recursos que antes de la ley 100, pues ya hay 9,3 millones de personas que son atendidas con subsidios a la demanda.
- ❑ Los problemas regulatorios y la competencia "desleal" de las ARS públicas han llevado a que las ARS de las cajas de compensación y de las EPS privadas estén planteando su retiro de la administración del régimen subsidiado de salud, lo que eliminaría la competencia necesaria para lograr eficiencia y transparencia en el sistema subsidiado de salud. El gobierno debe complementar las señales claras que han dado en el sentido de profundizar la reforma en salud, con acciones en la misma dirección. No puede hacer carrera la intención de eliminar el aseguramiento en salud a los más pobres y echar mano de los recursos del sistema subsidiado para seguir financiando los déficits de los hospitales públicos, porque con ello se paraliza la cobertura. Una mejor asignación de los recursos en salud se vería fortalecida por el cumplimiento de la sentencia en materia del *pari passu* del gobierno, que aunque costosa para las debilitadas finanzas públicas, permitiría la afiliación al régimen subsidiado de un gran número de colombianos que utilizarían



la red pública hospitalaria, siempre que mejore la calidad de sus servicios, y contribuiría finalmente a mitigar las crisis financieras de algunas de estas entidades que han absorbido voluminosos recursos en el último período.

Debe mostrarse claramente que el proceso sigue en marcha, aunque haya todavía diversos aspectos que corregir en materia de eficiencia y equidad. Los hospitales públicos deben acelerar su proceso de transformación y se deben liquidar la mayoría de las EPS públicas que no son sostenibles. El sistema alternativo ha demostrado ser capaz de hacer mejor las cosas.

Así mismo, deben corregirse los problemas de diseño del sistema de recaudo de cotizaciones para evitar las subdeclaraciones y las evasiones de aportes que le drenan cuantiosos recursos al sector. También urge el diseño de esquemas de aseguramiento para los trabajadores independientes y de verdaderos seguros para el pago de cotizaciones ante fenómenos eventuales de desempleo. La reforma pensional que será uno de los temas legisla-

tivos del 2001 contemplará este esquema en el caso de las contribuciones para pensiones. Conviene revisarlo también para los aportes de salud.

Sin embargo, puesto que es un hecho que el período de transición hacia la cobertura universal y la implementación total de la reforma tome más tiempo que el previsto, habría que pensar en esquemas de aseguramiento parcial para ciertos grupos de la población que hoy en día están por fuera del sistema. Hay que garantizar su atención mediante subsidios parciales a sus contribuciones que permitan asegurarlos en un régimen transitorio especial que obligue a la red hospitalaria pública del país a brindar servicios de calidad como resultado de los cuantiosos recursos que reciben todavía por el método tradicional de financiación de la oferta hospitalaria. Una forma de avanzar en la transformación hacia costeo per cápita es la de subsidiar en un porcentaje la afiliación de los trabajadores independientes con menos de dos salarios mínimos, que no son acreedores del subsidio completo de los más pobres.

## Bibliografía

- Acta de reunión de la Comisión permanente de concertación de políticas laborales y salariales. 12 de Octubre de 2000. Bogotá, DC, Colombia.
- Acta de reunión de la Comisión permanente de concertación de políticas laborales y salariales. 24 de Octubre de 2000. Bogotá, DC, Colombia.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. *Revista Hospitalaria*. Año 3, N°13.
- Asociación Nacional de Instituciones Financieras (1999), *Organizaciones del sector salud: evolución y perspectivas* 1999. Bogotá, DC., Colombia: Asociación Nacional de Instituciones Financieras.
- Bauerschmidt, A. "El hospital como un prototipo de organización". *Análisis de las organizaciones de salud*. 4: 31-38.
- Betancourt, J. y Giraldo, J. "Afectación del sistema general de seguridad social en salud y los usuarios por liberación de precios en medicamentos (segundo año consecutivo)". Bogotá, DC, Colombia.
- Bossert, T. (1997), "*Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance*", Data for Decision Making (DDM) Working Paper, Cambridge.
- Bustamante, M. y Pastrana, A. (2000), "Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud a las Comisiones Séptimas del Senado de la República y Cámara de Representantes 1999-2000". Bogotá, DC., Colombia.
- Chawla, M. et al. (1996) "*Mejoramiento del desempeño de los hospitales a través de políticas para aumentar la autonomía hospitalaria*", Data for Decision Making Working Paper, Cambridge.
- Colombia modelo mundial de salud. (2000), *Revista Dinero*. 104-110.
- Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas (1997), *El Saneamiento Fiscal: Compromiso de la Sociedad*. Tomo II y III, Bogotá, DC, Colombia.
- Consejo Superior de Política Fiscal, Confis (2000), "Plan financiero 2001 y revisión 2000".
- Departamento Nacional de Planeación (1999), "Balance macroeconómico y perspectivas para el año 2000". Documento Conpes. 23 de Diciembre. Bogotá, DC., Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación (1999), "Informe de Desarrollo humano para Colombia 1999". Bogotá, DC, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Fedesarrollo (1999), "¿Cómo va la descentralización en el país?". *Análisis Coyuntural Coyuntura Social*: 20 Mayo 59-80.
- Fundación Corona (1999), *Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano*. Bogotá, DC., Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.
- Fundación Corona (1999), *La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud en Colombia*. Bogotá, DC., Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.
- Gideon, Ursula y Acosta, Olga (1998), "Cómo reorientar el sector salud: Retos y Desafíos para los próximos 4 años" En *Debates de Coyuntura Social* No.11. Fedesarrollo.
- Giedion, U y Molina, C. (1994), "El Sector de la Salud: Desafíos Futuros". *Revista Coyuntura Social*, N°11. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo.
- Giedion, U. y Morales, L. (1997), "Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital", mimeo. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo, Secretaría Distrital de Salud.
- Giedion, Ursula; López, Raúl y Marulanda, John (2000), "Estructura política y organizacional del distrito capital de Santafé de Bogotá", Fedesarrollo. Mimeo
- Giedion, Ursula; Morales, Luis y Acosta, Olga (2000), "Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos", Fedesarrollo-BID.
- Harvard School of Public Health. 1995. La Reforma de Salud y el Plan Maestro de Implementación. Informe final. Mimeo. Bogotá, DC, Colombia
- Jaramillo, Iván (2000), "Evaluación del proceso de descentralización territorial, salud pública y seguridad social en salud", Documento no publicado. Proyecto Departamento Nacional de Planeación-GTZ, sobre la Evaluación de la Descentralización.
- Londoño, J. (2000), "Economía, salud y finanzas: ¿Qué esperar en estos tiempos difíciles?". *Vía Salud: gestión, calidad y logros*. 11: 6-12.
- López, H. "Las reformas al sistema de seguridad social en salud y los avances de la cobertura para los trabajadores informales urbanos". *Cuadernos del CIDE*.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público (1999), *El presupuesto de la verdad*. Bogotá, DC, Colombia: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Observatorio de la seguridad social en salud (2000), "Revisión general de la seguridad social en salud", Medellín, Colombia.

Uribe, J. (1998), "El ISS y el sector salud colombiano: signos y síntomas en el estudio de la O.I.T.". *Vía Salud: gestión, calidad y logros*. 5: 3-6.

Uribe, J. (2000), "Autonomía hospitalaria: reflexiones sobre la experiencia colombiana". *Revista Hospitalaria: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas*. Año 2. N°11: 3-10.

Zapata, Juan (1999), "Balance de la descentralización en el sector de la salud en Colombia (1984-1998)" Documento no publicado.