

JAIRO NÚÑEZ  
JUAN GONZALO ZAPATA

CARLOS CASTAÑEDA  
SANDRA MILENA FONSECA  
JAIME RAMÍREZ

# LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

---

DINÁMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS DE CARA AL FUTURO  
JULIO DE 2012



# LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

## -DINÁMICA DEL GASTO Y PRINCIPALES RETOS DE CARA AL FUTURO\*-

---

### INVESTIGADORES PRINCIPALES

JAIRO NÚÑEZ  
JUAN GONZALO ZAPATA

### INVESTIGADORES

CARLOS CASTAÑEDA  
MILENA FONSECA  
JAIME RAMÍREZ

\* Se agradece el apoyo de funcionarios del Ministerio de Salud, en especial de Orlando Gracia, director en su momento de la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Así mismo de funcionarios de la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Salud y los distintos actores del sistema que fueron consultados durante el trabajo de campo. La Dirección de presupuesto del Ministerio de Hacienda facilitó valiosa información sobre el flujo de los recursos públicos al interior del sector de la salud.

**La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano**  
**-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro-**

Castañeda, Carlos; Fonseca, Milena; Núñez, Jairo; Ramírez, Jaime;  
Zapata, Juan Gonzalo.

La Imprenta Editores S.A., Bogotá, D.C., 2012

ISBN: 978-958-57092-3-2

Formato: 18 x 23 | Páginas: 218

---

**La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano**

**-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro-**

ISBN: 978-958-57092-3-2

Primera edición: julio 2012

Derechos reservados.

Esta publicación no puede ser utilizada de manera total o parcial. No puede ser registrada ni reproducida en ninguna forma ni por ningún medio, sea éste mecánico, fotoquímico, electrónico o magnético, o cualquier otro, sin el permiso previo y escrito de los autores.

© 2012 FEDESARROLLO

**Fedesarrollo**

Bogotá D.C., Colombia

[www.fedesarrollo.org.co](http://www.fedesarrollo.org.co)

Coordinador: Jairo Ernesto Castillo

Diseño y Diagramación: Consuelo Lozano | [mconsuelolozano@gmail.com](mailto:mconsuelolozano@gmail.com) | Formas Finales Ltda.

Diseño de portada: Formas Finales Ltda.

La Fundación Suramericana aportó los recursos para financiar el presente estudio. Las opiniones y conceptos expresados en este documento son de responsabilidad estricta del grupo de investigadores de Fedesarrollo.

Impresión y encuadernación: La Imprenta Editores S.A.

Impreso en Colombia | Printed in Colombia

## CONTENIDO

	PAG.
CONTEXTO	1
I. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN COLOMBIA	13
I.A. DESCRIPCIÓN GENERAL	13
I.B. ANTECEDENTES EN LA CONSOLIDACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SALUD	18
I.C. CONSOLIDADO FINANCIERO DE LA SALUD EN COLOMBIA	21
I.D. CONCLUSIONES	29
II. RÉGIMENES ESPECIALES	31
II.A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	31
II.B. ADMINISTRACIÓN	33
II.C. PLAN DE BENEFICIOS POR RÉGIMEN ESPECIAL	36
II.D. RECURSOS	39
II.E. GASTO PER CÁPITA POR AFILIADOS	41
II.F. CONCLUSIONES	44
III. RÉGIMEN SUBSIDIADO	49
III.A. AFILIACIÓN	50
III.B. LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	52
III.C. RECURSOS	53
III.D. PLAN DE BENEFICIOS	57
III.E. RETOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO	59
III.E.1. NIVELACIÓN DEL POS	59
III.E.2. TRABAJO EN REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR DISPOSICIÓN DE LA LEY 1438	61
III.E.3. DEBILIDADES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	63
III.A.4. VULNERABILIDAD FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA	64
III.F. CONCLUSIONES	68

IV. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	71
IV.A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	71
IV.B. AFILIACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	73
IV.C. DINÁMICA RECIENTE	74
IV.D. PROBLEMAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	75
IV.D.1. PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL MERCADO LABORAL	75
IV.D.2. LA DINÁMICA DEL GASTO No POS - RECOBROS DE LOS CTC Y TUTELAS AL FOSYGA	77
IV.D.3. LA AUSENCIA DE UNA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS PARA EL SECTOR PÚBLICO	88
IV.D.4. DEFINIR EL PAPEL, LOS ALCANCES Y LOS LÍMITES DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	92
IV.D.5. MALA CALIDAD Y POCO USO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SECTOR	97
IV.E. CONCLUSIONES	99
V. CADENA DE VALOR Y RENTABILIDAD DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA	101
V.A. INTRODUCCIÓN	101
V.B. ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD EN OTROS PAÍSES	103
V.C. CADENA DE VALOR DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA	106
V.C.1. COMPOSICIÓN DEL GASTO POR ACTIVIDADES CUPS	110
V.C.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR ACTIVIDADES CUPS	116
V.C.3. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PRESTACIONES	119
V.C.4. PRECIOS UNITARIOS	121
V.D. RENTABILIDAD DEL SECTOR SALUD	124
V.E. CONCLUSIONES	134
VI. MODELO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN COLOMBIA	137
VI.A. DISEÑO BÁSICO	139
VI.B. SENSIBILIDADES	140
VI.B.1. INFORMALIDAD	142
VI.B.2. CRECIMIENTO ECONÓMICO	142
VI.B.3. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO	143
VI.B.4. LEY 1438 DE 2011 Y ASOCIADAS	143
VI.C. CONCLUSIONES	144
VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	147
VII.A. RÉGIMENES ESPECIALES	149
VII.B. RÉGIMEN SUBSIDIADO	150
VII.C. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	150
VII.C.1. LA DINÁMICA DEL GASTO No POS - RECOBRO DE LOS CTC Y TUTELAS AL FOSYGA	151
VII.C.2. DEFINIR EL PAPEL, LOS ALCANCES Y LOS LÍMITES DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	151
VII.C.3. LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL SECTOR DE LA SALUD	152
VII.C.4. CADENA DE VALOR Y RENTABILIDAD POR SUBSECTORES	153
VIII. BIBLIOGRAFÍA	157
IX. ANEXOS	161

## CONTEXTO<sup>1</sup>

La puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se convirtió en uno de los principales hitos de la política pública colombiana. El gran paso para que el sector de la salud se administrara en forma radicalmente distinta a como se ejecutó a lo largo del siglo XX representó una modificación sin precedentes para este importante sector dentro del gasto social. La reforma era muy ambiciosa pues buscaba crear un Sistema General de Seguridad Social en el cual primara un enfoque de demanda que buscaba dejar de lado el tradicional modelo de oferta de la salud. El nuevo Sistema de Salud representaba un cambio radical en la medida que obligaba a la creación de nuevas entidades promotoras de salud (EPS) y la modificación de anteriores hospitales públicos y privados en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), al mismo tiempo que se buscaba incorporar a los entes territoriales en su gestión. La radicalidad de la reforma fue objeto de un profundo y largo debate público. Los detractores, más que defender el anterior modelo, se concentraron en deslegitimar el nuevo argumentando que la participación activa de los privados en el manejo de los recursos de la salud se traduciría en una privatización de la misma. Los defensores de la reforma, respaldados en los malos resultados del anterior modelo, defendían su necesaria

<sup>1</sup> Fedesarrollo desde hace varios años desarrolla una línea de investigación sobre la Salud en Colombia. A lo largo de los últimos años se han adelantado investigaciones sobre el desarrollo institucional del sector salud, los efectos de las reformas de la última década, el equilibrio financiero del sector y sus determinantes, entre otros. Las publicaciones más recientes incluyen: *El sector salud en Colombia: impactos del SGSS después de más de una década de la reforma*, Coyuntura social No. 38; Santa María et. al., 2009; **El sector salud en Colombia: riesgo moral y selección adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud**, Coyuntura económica Vol. XXXIX, No. 1; González, 2009; **Equilibrio del régimen contributivo de aseguramiento en salud 2010-2050**, Coyuntura económica Vol. XXXIX No. 2; García, 2009; "Los determinantes de la calidad en salud: el caso del control prenatal"; Coyuntura económica Vol. XXXIX, No. 2; Forero de Saade M., Santa María M. y Zapata J. 2009; **Salud: una visión desde los departamentos**, Fedesarrollo y Federación Nacional de Departamentos; Santa María M. (editor) *Efectos de la Ley 100 en Salud - propuestas de Reforma*, Fedesarrollo. Bogotá. 2011, entre otros. Zapata J., Molina A., y Fonseca M., **IGUALACIÓN DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD EN CUNDINAMARCA: ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LA RED DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL DEPARTAMENTO**, para la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Julio. 2011, entre las más importantes.

implementación con el fin de mejorar la gestión de los recursos y, en especial, aumentar la cobertura del sistema, uno de los mayores limitantes del modelo de oferta utilizado en Colombia.

Así mismo, en medio de la discusión aparecían voces que buscaban defender el anterior status quo en sectores estatales que habían logrado unas condiciones de servicios de salud que estaban muy por encima de las ofrecidas al resto de la población. En general, se puede afirmar que estos regímenes especiales mantuvieron estas condiciones favorables con la Ley 100, pues al no ser parte del nuevo sistema se les consideró regímenes exceptuados. Estos regímenes son en su gran mayoría trabajadores estatales del nivel nacional que tienen un amplio abanico de beneficios, que incluye una mayor cobertura de medicamentos y procedimientos si se compara con la cobertura del POS del contributivo. Se podría afirmar que en Colombia hay tantos sistemas o modelos de atención como regímenes especiales se encuentran: los maestros, los militares y policías, los profesores de universidades públicas, los trabajadores de Ecopetrol y del Banco de la República, son los más representativos. Para estos, más de 2,3 millones de afiliados entre trabajadores, pensionados y familiares cobijados, la Ley 100 y el SGSSS son poco importantes; sin embargo, su financiamiento proviene principalmente de recursos del presupuesto nacional y/o de recursos de las empresas o entidades en donde trabajan y de sus cotizaciones.

Frente a la reforma muchos expertos consideraban que Colombia no tenía la capacidad fiscal para asumir los retos del nuevo modelo. La exposición de motivos de la Ley 100 fue muy osada al prometer una cobertura universal de la salud, máxime si entre los afiliados al Instituto de Seguros Sociales (ISS), las Cajas Públicas de previsión y de la medicina prepagada apenas se cobijaba cerca del 33% de la población a comienzo de la década de los años noventa. Los recursos necesarios para financiar el restante 67% de la población eran desproporcionados de acuerdo con la realidad fiscal del país. Si bien la Constitución Nacional de 1991 incrementó las transferencias intergubernamentales para la salud, se consideraba que estos recursos no alcanzarían; de este modo, la reforma podría generar agudos problemas fiscales para su cumplimiento o convertirse en letra muerta. Había escepticismo frente a un escenario distinto a los dos anteriores. Además, algunos consideraban improbable que el régimen contributivo se expandiera a un nivel que cubriera el 60% y 70% de la población total y que el gobierno nacional tuviera recursos adicionales para financiar los no cotizantes y afiliados a los regímenes especiales mediante subsidios o recursos principalmente del



Presupuesto Nacional. Es así como grupos de interés del sistema anterior continuaron trabajando de manera habitual mientras esperaban el fracaso del naciente sistema de salud.

Hoy, más de 15 años después de la expedición de la Ley 100, los resultados muestran que el sector de la salud ha tenido logros importantes desde la perspectiva de cobertura y resultados a la población, principalmente la más vulnerable; no obstante, el SGSSS se encuentra en una coyuntura especialmente difícil. Esto ha puesto en entredicho no solamente la sostenibilidad financiera del sector, sino también el modelo puesto en marcha hace ya más de tres quinquenios. Los planteamientos que abogan por eliminar tanto las EPS como el aseguramiento vienen de tiempo atrás y, en realidad, las posiciones entre los que defienden y atacan el actual modelo, que siempre han sido irreconciliables, quedaron en evidencia una vez se manifestaron los problemas financieros y de liquidez actuales del sector. No obstante, la coyuntura no puede ocultar el gran esfuerzo financiero que se adelantó en la última década para garantizar el acceso a la mayoría de la población.

Ahora bien, acusar al modelo de aseguramiento de los problemas del sector es un propósito que confunde más de lo que ayuda a solucionar. Baste mencionar que los elementos centrales del sistema estuvieron en funcionamiento durante más de diez años y no se presentaron los problemas que se manifestaron en los últimos años. El régimen contributivo mostró por el contrario que las tasas de cotización eran suficientes para financiar su propio funcionamiento y, además, ser solidario con el resto del sistema mediante transferencias de ley al régimen subsidiado y a la Salud Pública. Durante cerca de diez años el régimen contributivo generó excedentes financieros en su operación, los cuales se acumularon en su momento al interior de la subcuenta de compensación administrada por el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.

Una forma de poder separar la paja del trigo en esta compleja discusión puede ser retomar las ideas centrales de la reforma y puesta en marcha del modelo, en cabeza de su principal impulsor, Juan Luis Londoño, quien publicó un artículo en el año 2003 en donde hace una defensa del modelo de aseguramiento colombiano, enumerando los retos que tenía aún pendientes con un importante énfasis en mostrar las grandes dificultades que el nuevo modelo de salud tuvo que enfrentar para entrar en funcionamiento. La defensa que hace del SGSSS es vehemente, ya que reseña las buenas calificaciones que obtuvo el modelo colombiano de aseguramiento cuando se compara con otros modelos en su eficiencia

y cobertura. Igualmente resalta el gran aumento de la cobertura, una de las principales deficiencias del anterior modelo de salud. Según Londoño, los logros más importantes del nuevo sistema de salud fueron: la movilización de recursos, el desarrollo institucional, la expansión de la cobertura, la mejora de la equidad y una mayor eficiencia en el sistema. En el mencionado artículo se presentan resúmenes de trabajos de la OMS, en los que se muestra como Colombia era en ese momento uno de los países con más alto gasto en salud de la región y, al mismo tiempo, su sistema de salud, en algunos casos, estaba entre los mejores calificados. Lograr aumentar la cobertura y llegar a 24 millones en sólo 7 años fue poco menos que sorprendente.

Antes de la Ley 100 la afiliación era muy baja, pues la población afiliada al ICSS (luego ISS) apenas llegaba al 18%, cuando esta cobertura era superior al 50% en la mayoría de los países de la región para institutos similares. En Colombia al interior del sector público se desarrolló un sistema de 28 Cajas públicas, con lo cual los trabajadores públicos afiliados se atendían por fuera del ICSS y sus cotizaciones no entraban a la tesorería del mencionado Instituto; los recursos los administraba cada caja. Al mismo tiempo, las Cajas de Compensación Familiar (CCF), creadas principalmente para entregar un subsidio financiero a los afiliados de menores recursos, destinaron parte de su gestión y recursos para ofrecer programas de salud a sus afiliados. Estos esfuerzos eran importantes pero duplicaban el gasto en salud, no se tenía control sobre la calidad de estos servicios, carecían de regulación y generaban una gran segmentación, con lo cual en el país no había un sistema de salud como tal. A comienzo de la década de los años noventa existían 50 de estas cajas, que tenían cerca del 12% de la población afiliada para un total de afiliados que apenas superaba el 30%. A su vez, la población de mayores recursos se afiliaba a empresas privadas, conocidas como empresas de medicina prepagada, y llegaron a cubrir hasta el 7% de la población. Así, a comienzos de la década de los años noventa el 37% de los colombianos estaba afiliado y el 63% restante sólo podía acceder a la salud a través de la red de hospitales públicos, que eran alrededor de 1.000.

Londoño recuerda en 2003 los agudos problemas a los que se enfrentaba la administración de la salud antes de la Ley 100:

*"En términos generales, la reducida cobertura y el alto costo de los servicios para los sectores más pobres de la población eran esencialmente el resultado de la ineficacia e*

*inequidad general del sistema público de salud. El Ministerio de Salud se concentraba en el financiamiento directo y en la administración de un sistema de hospitales de atención secundaria y terciaria, pero estas instituciones tenían una tasa de ocupación de menos del 50 por ciento y un nivel muy bajo de productividad. El ministerio también había desarrollado una extensa cadena de centros y puestos de salud que no eran utilizados ni aceptados por un gran porcentaje de la población. Los doctores, laboratorios y farmacias del sector privado proveían muchos servicios y medicinas para los pacientes ambulatorios más pobres. Además, los recursos públicos no se orientaban hacia la población más pobre: alrededor del 40 por ciento de los subsidios oficiales para los hospitales públicos beneficiaban al 50 por ciento más próspero de la población. En realidad, los estudios sobre el impacto del gasto público de salud indicaban que Colombia en esa época, tenía el sistema más regresivo en toda América Latina. Esta regresividad emanaba de la concentración del gasto en las grandes ciudades, la falta de consistencia entre las prioridades públicas y las enfermedades que más afectaban a los pobres, y el uso sin costos de los hospitales públicos por aquéllos con habilidad para pagar. Los esfuerzos para transformar el sistema público a través de la transferencia de los centros de salud a los gobiernos municipales originaron enormes problemas técnicos y políticos (...) Más del 80 por ciento de la población no tenía seguro y más del 25 por ciento no tenía acceso alguno a servicios de salud. Si se hubiera mantenido este anticuado sistema público, y el altamente disperso y segmentado sistema privado, la provisión de cobertura para todos los colombianos hubiera conllevado también un esfuerzo demasiado grande y un desafío institucional muy complejo (pág. 152)<sup>2</sup>*

Se concluye que la necesidad de reforma era inaplazable. La lectura muestra además cómo la discusión del nuevo sistema fue un proceso muy largo y complejo, donde se convirtieron en principios del nuevo modelo temas que fueron objeto de un gran debate tanto en Colombia como en otros países: el seguro, la equidad, la competencia y la libertad de elección. Al mismo tiempo, se relacionan los problemas a los que se enfrentó su puesta en marcha, el grado de complejidad que se requirió en el debate de estos principios y en su

<sup>2</sup> Londoño J. L. (2003) *Activar el pluralismo en el trópico. Reforma de la atención de la salud en Colombia*, en Molina C. y Nuñez J. editores. (2003) **Servicios de salud en América Latina y Asia** Instituto interamericano para el Desarrollo Social - BID. Washington.

manifestación institucional para que las decisiones que se tomaran fueran consistentes entre sí. Baste mencionar el debate sobre el balance financiero de los planes de cobertura para los afiliados al contributivo y los afiliados al sistema como población subsidiada; el diseño de una cotización adecuada y el costo de atender a la población no afiliada, que nunca antes había materializado su derecho a la salud en una afiliación a una agencia o empresa que respondiera por su salud en forma integral; así como la puesta en marcha de las entidades promotoras de salud (EPS), el mínimo de población que debían afiliar y la cobertura geográfica de las mismas.

Finalmente, Londoño reconoce que a comienzos de la década anterior, el sector tenía problemas por resolver, al tiempo que indica aquellos que ya se han solucionado y otros que aún están pendientes por resolver<sup>3</sup>. En la actual coyuntura del sector la lectura de Londoño es esclarecedora. Tal vez, lo más importante a tener en cuenta es el grado de complejidad que tiene este tipo de reformas, la necesidad de su coordinación entre los diversos actores del sistema y tener claridad sobre la relevancia de preservar la sostenibilidad financiera e institucional del modelo puesto en marcha. Al autor le preocupaba la dinámica del gasto que, de crecer en forma desordenada, podía afectar la sostenibilidad del sistema, y hace referencia a la presencia de actos corruptos que deben atajarse y atenderse con prontitud.

Años después Glassman et. al. (2009) analizan los avances de la salud en Colombia e identifican sus debilidades desde una perspectiva de largo plazo. Así, hacen un balance exhaustivo de la puesta en marcha de la reforma colombiana a finales de la década anterior. El trabajo profundiza los temas de impacto del aseguramiento, revisa los principales indicadores de salud, la situación de los hospitales públicos diez años después de la reforma y los mecanismos de su financiamiento, entre otros. En general, los autores reconocen:

*"Diez años después de la reforma de 1993 en materia de atención de la salud en Colombia, los resultados muestran una notable mejora en el nivel, la distribución y la composición relativa del financiamiento de la salud. En promedio, todos los grupos*

<sup>3</sup> Debe recordarse que la puesta en marcha de la reforma de la salud en Colombia se hizo a partir de las ideas que desarrollaron Londoño y Frenk (1997), que se conocen como el pluralismo estructurado. Ver Londoño, J. y Frenk J. 1997. **"Pluralismo estructurado: Hacia un nuevo modelo de reforma de salud en América Latina"**, Health Policy.

*de la población se beneficiaron de la reforma, pero los más beneficiados fueron los pobres. La evidencia apoya la teoría de que la ingeniería financiera del sistema de salud colombiano ha tenido un importante efecto redistributivo, que tanto permitió reducir la desigualdad del ingreso como proveyó de protección financiera a una vasta porción de la población.*

*La experiencia colombiana pone de manifiesto que cambiar de un sistema de subsidios a la oferta a un sistema de subsidios a la demanda es beneficioso para los pobres, dada la capacidad redistributiva del sistema y su metodología de asignaciones (pág. 197)<sup>4</sup>.*

El desarrollo del modelo de aseguramiento colocó a Colombia ad portas de la universalización, una de las metas que se creyó imposible de cumplir cuando inició su camino la Ley 100. El legislador tuvo la capacidad de generar el marco normativo apropiado para canalizar los recursos necesarios para financiar desde el gobierno nacional y los entes territoriales el incremento del gasto en salud; recientemente dos leyes, a saber la Ley 1393 y la 1438, generaron nuevos recursos para el sector. El gasto en salud se encuentra en su más alto nivel histórico y supera con diferencia al resto de países de la región si se le compara en términos de PIB. Sin embargo, los autores mencionados encuentran algunos problemas en el cambio de modelo:

*"la transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda fue más lenta de lo esperado y requirió un apoyo mayor que la reforma de hospitales contenida en la Ley 100/1993... la voluntad política, las complejas negociaciones con los gobiernos locales y la inversión extranjera han conformado algunos de los ingredientes que apoyaron el proceso necesario, altamente complejo y continuo de los hospitales públicos (pág. 197)<sup>5</sup>.*

Finalmente, y de gran interés, a pesar de estos logros sobre el financiamiento también se encuentran problemas que deben ser atendidos. De acuerdo con los autores: "A pesar de

<sup>4</sup> Glassman A. et. al. (2009). **Salud al alcance de todos - Una década de expansión del seguro médico en Colombia**. BID - Brookings. Washington.

<sup>5</sup> Glassman et.al. *ibíd.*

las bondades del sistema actual de financiación, éste no parece sostenible en el mediano plazo" demostrando que la complejidad del sistema entorpece el flujo de recursos y dificulta la planeación. Los recursos necesarios para universalizar la cobertura e igualar el paquete de salud del régimen contributivo y el subsidiado son, a todas luces, inciertos. Se afirma además:

*"i) el sistema promueve la informalización de la economía, limitando el crecimiento esperable de los recursos provenientes de las contribuciones; ii) ni los trabajadores ni las empresas aseguradoras tienen ningún incentivo en reportar adecuadamente la base de cotización, con lo cual se presenta sub-recaudo; iii) el envejecimiento de la población en el régimen contributivo reducirá muy pronto el número de contribuyentes; y iv) el paquete de servicios parece muy generoso y se ha prestado para abusos y excesos. A esto se debe sumar la tendencia global al aumento en los costos de la tecnología médica"<sup>6</sup>.*

En la actual coyuntura hay que reconocer que aún persisten problemas tanto estructurales como coyunturales que afectan y amenazan las finanzas del sector de la salud. Lo anterior, a pesar que se demostró cómo el sector público logró movilizar los recursos adicionales para financiar la ampliación del régimen subsidiado e inclusive para financiar gran parte del aumento del gasto No POS de los últimos años. En el subsidiado, el esfuerzo de los entes territoriales fue notable puesto que se destinaron, además de los recursos propios y las rentas cedidas, parte de las regalías. Recientemente, inclusive, se ha financiado la igualación del POS contributivo y subsidiado para grupos vulnerables y personas en condición de debilidad manifiesta -como los menores de 18 años (Enero 2010) y los mayores de 60 años (Noviembre 2011), que son los grupos poblacionales más costosos.

Así mismo, hay problemas estructurales del sistema de salud que han avanzado y no han sido atendidos oportunamente, lo que ha generado un impacto creciente que hoy amenaza la viabilidad financiera del SGSSS; quizás el más importante es la no actualización periódica, oportuna y adecuada del Plan Obligatorio de Salud (POS). Por tal razón, se ha dado un crecimiento progresivo y desmedido de las prestaciones y servicios No POS que han sido asumidas por las EPS -principalmente las del régimen contributivo- y recobradas parcialmente al Fosyga. En otras palabras, el POS se congeló pero la demanda por servicios

<sup>6</sup> Glassman et. al. *Ibíd.* Capítulo 6.

siguió creciendo sin que las autoridades lo advirtieran. Hay que recordar que en el 2010 el valor de las prestaciones y servicios No POS de las EPS del régimen contributivo superó los \$2,4 billones, cerca de 120 veces más que ocho años atrás. Este es un factor crítico que contribuye en gran parte a la grave crisis financiera y que ha puesto en duda la sostenibilidad financiera de las EPS del contributivo desde el año 2009 en adelante.

Para el 2011 ya se habían adelantado algunos correctivos como techos a los precios de las medicinas más recobradas al Fosyga y se ha mejorado el control sobre el diligenciamiento de los recobros. Sin embargo, estas medidas son necesarias pero no suficientes frente al gran problema subyacente que es la inadecuada actualización del POS, que se dio a comienzos de este año con la inclusión de algunos medicamentos que anteriormente eran objeto de masivos recobros, entre muchos cambios más.

No es posible que absolutamente todas las prestaciones queden incluidas en Colombia, pues ningún país del mundo está en capacidad de sostener planes ilimitados de salud para toda su población. Por lo tanto, el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud<sup>7</sup>, además de garantizar una juiciosa y periódica actualización técnica del POS, deberá diseñar mecanismos adicionales para permitir el acceso justo, equitativo y coherente a las prestaciones que han de quedar por fuera del plan de beneficios, ya sea porque corresponden a enfermedades muy raras (llamadas enfermedades huérfanas), porque amerita la concentración de los pacientes en centros especializados que funcionen ceñidos a guías nacionales e internacionales científicamente aceptadas o porque debido a su alto costo puedan obtenerse ventajas significativas para las finanzas del país, a través de negociaciones que contemplen todos los pacientes de Colombia (eficiencias por compras masivas de medicamentos e insumos directamente a las compañías productoras).

Si bien la coyuntura actual del sistema de salud es muy importante, no hay que perder de vista que la atención se debe centrar en los problemas estructurales del sector y en el futuro que este debe afrontar. Una vez más se hace presente la discusión de la validez y la

<sup>7</sup> El Ministerio de Salud se mantuvo como tal hasta el año 2002, cuando se fusionó con el Ministerio de Trabajo para dar origen al Ministerio de Protección Social. No obstante, éste último se dividió nuevamente mediante la Ley 1444 de 2011, por lo que el sector salud quedó a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. En este orden de ideas, a lo largo de este documento se emplearán indistintamente las diferentes denominaciones para hacer referencia a esta institución.

viabilidad del modelo actual de prestación de servicios de la salud en Colombia; sin embargo, el escenario es radicalmente distinto. A nuestro entender el gran problema se concentra en ajustar el actual modelo de aseguramiento, pues el país carece de opciones serias o modelos alternos diferentes a asumir directamente el aseguramiento de toda la población colombiana, lo cual a nuestro entender no proporcionaría ventajas sobre el modelo actual para los usuarios ni para los profesionales de la salud, ya que ambos perderían la capacidad de elección, unos para su aseguramiento y gestión de riesgo, y otros como posibles empleadores. Para las IPS un aseguramiento único estatal, tal como fue el modelo del ISS hace dos décadas, representa tener el monopolio de un pagador único con la asimetría que esto implica a la hora de negociar, tanto esquemas de prestación de servicios, como tarifas y volúmenes. Así, en la medida que Colombia está destinando anualmente más de \$45 billones al sector de la salud, nuestro deber y responsabilidad como sociedad es garantizar el buen manejo de estos recursos en el muy largo plazo, para enfrentar las presiones del incremento aritmético de gasto médico al que estará sujeto el país y el resto del mundo.

El presente trabajo analiza cuál ha sido el desarrollo del financiamiento de la salud en Colombia a lo largo de los últimos años, e implícitamente busca entender la evolución de los diferentes regímenes que se han consolidado en este proceso. Por tal razón, se describe el desarrollo de los tres regímenes identificados: contributivo, subsidiado y regímenes especiales. Más que concentrarse en el deber ser que impuso la Ley 100 y su desarrollo esperado, se quiere entender cuál ha sido su desarrollo real y las implicaciones que esto conlleva; por lo tanto, el análisis será más positivo que normativo<sup>8</sup>. En la actualidad prácticamente la totalidad de los colombianos son beneficiarios de alguno de los tres regímenes y esta situación tendrá muy pocas modificaciones en un futuro cercano, dado que estos regímenes muestran una relativa estabilidad en el número de afiliados y en el volumen de recursos que administran en los últimos años. Sin embargo, la unificación de los planes de beneficios subsidiado y contributivo, ordenada por la Corte Constitucional en la sentencia T 760 de 2008 y por la Ley 1438 de enero de 2011, necesariamente acarreará una recomposición de la distribución del número y tipo de afiliados entre las diferentes EPS. Además de esto, algunas EPS han

<sup>8</sup> *Es decir, se estudia el sistema de salud 'como es', de forma más descriptiva, en vez de hacer énfasis en como 'debería ser' (carácter normativo). Aun así, esto no representa un impedimento para que el presente documento ponga sobre la mesa algunos temas clave que deban ser tenidos en cuenta para mejorar el funcionamiento sistema de salud.*



sido intervenidas por diversas razones, buscando garantizar la solidez futura del sistema de aseguramiento mediante una depuración técnica basada en principios de calidad, capacidad y responsabilidad financiera. Se promueve desde el Ministerio de la Salud la idea que es mejor un grupo menor de EPS, pero con una mayor capacidad gerencial y músculo financiero, que garantice una mejor gestión del riesgo de la población afiliada; esta posición parece más adecuada que retroceder hacia un sistema inequitativo como el que funcionaba hace 20 años.

En primer lugar, se presenta el consolidado financiero del sector de la salud y una descripción de sus principales dinámicas y tendencias, por lo que también se describe la metodología que permitió consolidar las cuentas fiscales y financieras de la salud en Colombia. Este análisis incluye la estructura organizacional y las fuentes de recursos del sector de la salud en Colombia, es decir, su mapa financiero. Segundo, se describirán los tres regímenes de la salud, identificando sus principales características, fortalezas de financiamiento y los problemas coyunturales que deben enfrentar. Se busca no sólo entender las fortalezas del modelo de financiamiento, sino la sostenibilidad en el largo plazo de cada uno de los regímenes en que, para efectos prácticos, se divide este análisis.

En la tercera sección, se presenta un análisis de la cadena de valor de la salud y de la rentabilidad de los diferentes actores del sistema. Hay una gran preocupación no sólo por el ritmo del gasto de la salud en Colombia -el cual no es ajeno a la problemática que enfrenta el resto de los países del mundo- sino también por la manera como finalmente se distribuye esta expansión del gasto entre los diferentes actores o agentes del sector. Se quiere contrastar la hipótesis que algunos sectores se afectaron más que otros y esto comprometió su viabilidad financiera; no obstante, es claro que al afectarse un eslabón de la cadena productiva de la salud, invariablemente la cadena se afectará con el impacto respectivo sobre cada uno de sus componentes. En general, para que un sistema mantenga el equilibrio y la sostenibilidad en el largo plazo, se hace necesario evitar que algunos agentes sean claramente ganadores en términos financieros, en detrimento de los demás; y por el contrario es tarea fundamental, tanto del gobierno como de todos los actores participantes, garantizar utilidades distribuidas a lo largo de la cadena productiva.

En el cuarto apartado, Fedesarrollo presenta el Modelo Contable y Financiero de las finanzas de la salud en Colombia. A partir de este modelo se hacen proyecciones financieras del

sector, para lo cual se modelan diferentes escenarios de política macroeconómica y sectorial, así como las implicaciones que tendrían las decisiones que puedan tomar las autoridades. Por último, se presentan recomendaciones y conclusiones.

# I. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN COLOMBIA

En esta sección se consolidan los recursos que destina la sociedad colombiana para el financiamiento del sector de la salud, una tarea compleja dada la gran cantidad de actores (empresas, instituciones y gobiernos), fuentes e intermediarios que participan en su gestión y distribución. Para ello, es necesario entender en primera instancia el organigrama del sector salud con el objetivo de no dejar por fuera fuente alguna de recursos y al mismo tiempo evitar que los mismos sean contabilizados dos veces. Este capítulo comienza con una descripción general del sector, en el que se muestra su alto nivel de complejidad. En segundo lugar, se revisan algunos estudios previos que se han hecho para estimar el gasto en salud consolidado. En tercer lugar, se presentan los resultados del ejercicio consolidado y finalmente se describen las tendencias encontradas.

## I.A. DESCRIPCIÓN GENERAL

Es necesario hacer un resumen de la manera como el sector de la salud llegó a esta compleja red de actores, fuentes de recursos y procesos que la conforman. El actual modelo de salud colombiano es fruto de un proceso que se inició hacia la década de los años noventa, con de la Constitución Política de 1991, cuando la descentralización se convirtió en un herramienta básica en el Estado y gran parte de los recursos transferidos del Gobierno Nacional a los territorios, departamentos y municipios, se destinaron a financiar el sector de la salud. Teniendo en cuenta que en términos normativos ha habido un largo recorrido sobre este tema, en el Gráfico 1 se recoge de forma concisa el trayecto que se ha seguido hasta hoy para consolidar el financiamiento de la salud en Colombia.

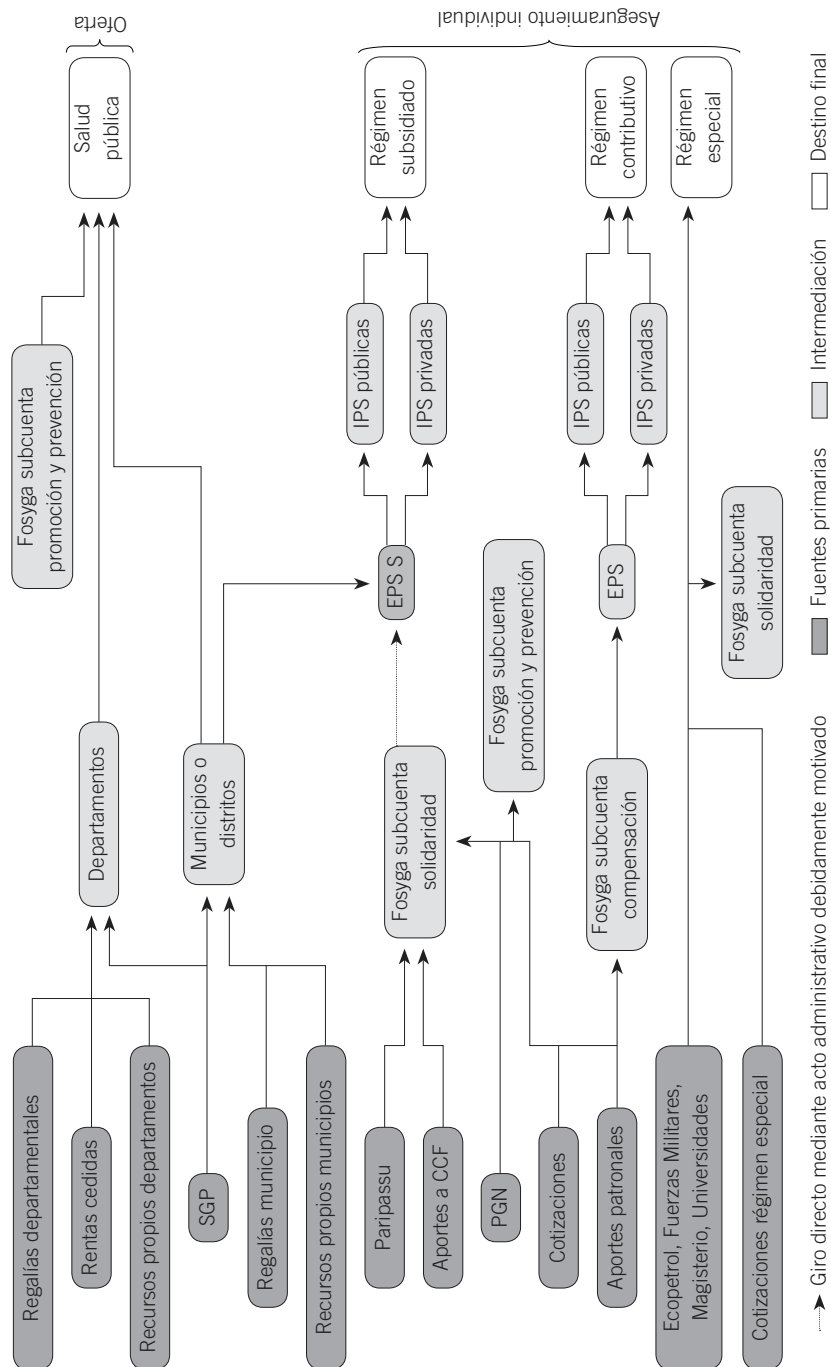
Este gráfico presenta el flujo de los recursos de la salud en Colombia. Como se puede observar, un alto número de entidades, empresas, fondos, cajas de compensación y cooperativas trabajan en la salud en el país. Este mapa es bastante complejo, razón por la cual en varias ocasiones se han referido a él como un laberinto institucional. El esquema muestra las fuentes de financiación en color gris oscuro, las entidades que los intermedian en color gris claro y el destino final de los recursos, por tipo de régimen o mercado, en color blanco.

Las agencias, fondos, empresas y entidades territoriales son las encargadas de canalizar estos recursos (resaltadas en gris claro en el Gráfico 1). El principal fondo que canaliza recursos es el Fosyga, el cual además de garantizar la financiación de los afiliados a las EPS del sistema contributivo, administra tres subcuentas más: la de solidaridad, la de promoción/prevención y la de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). En orden importancia son los departamentos y municipios los que canalizan un alto monto de recursos propios y transferidos para financiar la salud en los territorios; estos incluyen las rentas cedidas, las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) para la salud, las regalías directas y recursos propios de estas entidades territoriales. Las EPS y las IPS completan este amplio listado de agencias que intermedian recursos de la salud, ya que solamente tomando en cuenta a las primeras se encuentran 66 entidades para los dos regímenes a Diciembre de 2011 -44 del subsidiado y 22 del contributivo-; así mismo, todos los regímenes especiales tienen su propio modelo de asistencia para sus afiliados. Por último, se encuentran las IPS, que según el Ministerio de Protección Social (MPS) cuentan con 30.000 entidades registradas, en las que se incluyen desde grandes clínicas u hospitales, y consultorios de especialistas que prestan servicios en el país, hasta los laboratorios farmacéuticos y los de imágenes diagnósticas, entre otros.

Por su parte, el Gráfico 2 muestra la forma como se distribuyen los recursos del sistema entre los distintos agentes del sector, razón por la cual la primera columna de este gráfico corresponde a la última del Gráfico 1. Así entonces, para que las IPS (tanto públicas como privadas, en sus distintos niveles de atención) reciban los medios necesarios para atender a los pacientes, primero éstos deben llegar a las EPS en su calidad de promotoras de servicios de salud o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). El SGSSS tiene una amplia red de actores que incluye cerca de 66 EPS, 30.000 IPS y más de 30.000 profesionales independientes.

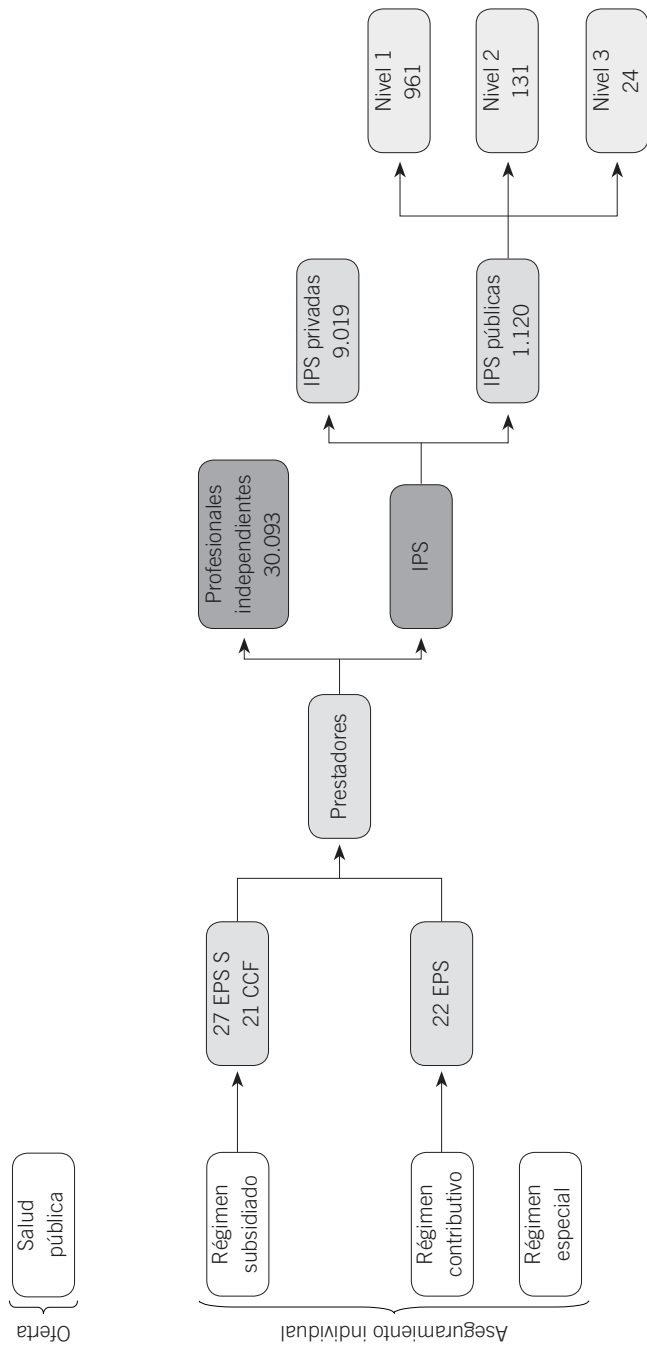
Las principales fuentes de recursos de la salud son públicas, de las cuales se destacan las correspondientes a las cotizaciones de trabajadores y los aportes patronales -que obligatoriamente se deben hacer para todo trabajador afiliado al régimen contributivo-, a los recursos del presupuesto nacional y a las rentas cedidas. Igualmente, se encuentran aportes de otras cargas parafiscales, como los de las Cajas de Compensación Familiar para financiar el régimen subsidiado. Para la financiación de la atención a este régimen, también se destinan recursos propios de departamentos y municipios, las regalías y otros recursos de libre destinación de las entidades territoriales. En este trabajo se considera que los recursos de las cotizaciones de los trabajadores son públicos; específicamente, son una carga o aporte parafiscal de empleadores y empleados,

GRÁFICO 1. FLUJO DE RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: Elaboración de los autores.

GRÁFICO 2. PRESTADORES DE SERVICIOS 2010



Fuente: Elaboración de los autores.

que son administrados y distribuidos por el Ministerio de Salud a través del Fosyga. Ahora bien, vale la pena mencionar que gran parte de las cotizaciones corresponden a empleados públicos, pues corresponden a cerca 2 millones de los 8,8 millones de cotizantes del régimen contributivo.

El Presupuesto Nacional canaliza la mayoría de los recursos del sector a través de los Ministerios de Protección Social, Educación y Defensa. El Ministerio de Salud administra los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, recursos para la ampliación del POS subsidiado para menores de 12 años a nivel nacional, la ampliación de la renovación del régimen subsidiado en la subcuenta de solidaridad del Fosyga, las transferencias a los departamentos, municipios y FONPET, los provenientes de juegos de suerte y azar (Ley 643 de 2001), el programa ampliado de inmunizaciones (PAI), la implantación de proyectos para la atención prioritaria en salud nacional y la protección de la salud pública en el ámbito nacional. Además, financia con estos recursos una red de institutos que realizan actividades de vigilancia y control, o prestan servicios de atención especializados en el sector salud (Instituto Nacional de Salud, el INCI y el Cancerológico, como los más importantes).

A su vez, el Ministerio de Educación tiene a su cargo las cuentas de salud que están dirigidas al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, que se dividen entre los aportes patronales de la Nación, los aportes de los afiliados, los aportes de los afiliados provenientes del SGP y otros. Mientras tanto, el Ministerio de Defensa Nacional maneja los recursos que van al Sistema de Salud de las Fuerzas Públicas y de la Policía Nacional (SSMP) y las transferencias al Hospital Militar, principalmente.

Por su parte, las fuentes privadas son el gasto privado o propio de empresas y familias (hogares) en salud. Los hogares pueden comprar pólizas de salud, planes complementarios y/o planes de medicina prepagada adicional a la afiliación obligatoria que exige la Ley 100. Igualmente, efectúan gasto en salud con sus recursos, lo que se conoce como gasto de bolsillo y resulta de gran importancia, pues de acuerdo con estimaciones a través de las Encuestas de Hogares y Calidad de vida en 1997 llegó a explicar cerca del 30% del total del gasto en salud de la población colombiana. Ahora bien, este porcentaje es mucho menor si se utiliza la ECV del 2007, debido a que el aumento del gasto del sector público reemplazó en gran medida el gasto privado, por lo que en este año menos del 15% del total del gasto fue de bolsillo. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, el gasto de bolsillo ha venido disminuyendo porcentualmente en Colombia hasta ubicarse como el más bajo de América Latina. Por último,

las empresas también ejecutan gasto en salud diferente a las cotizaciones de ley pero es poco significativo dentro del total.

Es importante tener en cuenta que, los recursos públicos, bien sea a través del presupuesto nacional o de otras fuentes de empresas o entidades públicas, financian en gran parte los regímenes especiales: el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, las universidades públicas, Ecopetrol y Banco de la República.

## **I.B. ANTECEDENTES EN LA CONSOLIDACIÓN DE LOS RECURSOS DE LA SALUD**

Las cuentas de salud son una forma de contabilizar el gasto de salud de un territorio, de tal forma que se identifiquen las fuentes y el destino final de los recursos. Estas cuentas son importantes porque permiten estimar tanto el gasto en salud, público y privado, como el estado actual del SGSSS. Sin embargo, existen diferentes metodologías que comparten ciertas características comunes pero que no permiten tener una comprensión unificada del gasto en salud. Las tres principales metodologías son: las cuentas de salud utilizadas principalmente en Estados Unidos, las cuentas satélites de salud que utilizan la metodología de las Naciones Unidas y el sistema de cuentas de salud de la OCDE.

Han sido varios los esfuerzos por clasificar y ordenar el gasto en salud. En 1989 el Ministerio de Salud ordenó los ingresos y gastos por fuentes, encontrando que el gasto en salud en Colombia se acercaba al 4,2% del PIB en el año 1986. Esta estimación no incluía el gasto privado y el gasto de bolsillo<sup>9</sup>. De acuerdo con estas estimaciones, las dos principales fuentes de financiamiento de la salud eran las cotizaciones al ISS, Cajanal, las cajas departamentales y municipales, y las empresas públicas municipales. Estas agencias o entidades se conocían como el sector descentralizado de la salud y representaban el 63% del total de los recursos del sector, con \$195,4 mil millones de 1986. Le seguía en importancia el sector oficial, básicamente toda la red de agencias, fondos e institutos que junto con la red pública de hospitales administraba

<sup>9</sup> Ver, Ministerio de Salud (1989). **Análisis Financiero del Sector Salud**. Oficina de Planeación - división financiera. Bogotá.



recursos por \$119 mil millones, el 35% del total de los recursos del sector. Básicamente el financiamiento de esta oferta de la salud del sector público se hacía con recursos del presupuesto nacional, aportes parafiscales y rentas cedidas. A su vez, se estimó que los recursos privados representaban poco más del 2% del total de los recursos.

De lo anterior se puede concluir que los recursos se encontraban mal asignados, pues la mayoría de estos eran administrados por el sector descentralizado, que se financiaba con las cotizaciones y apenas cobijaba a sus afiliados; en tanto que con los recursos del presupuesto nacional se debía atender, mediante el sistema de oferta, a la mayoría de la población colombiana. Era un sistema inequitativo, ya que mientras una gran parte de los empleados públicos tenían asegurado su servicio de salud, el resto de la población era atendido por el ineficiente sistema público hospitalario.

Posteriormente, Morales (1997) hace un balance del desarrollo del financiamiento del nuevo modelo de salud puesto en marcha a partir de la Ley 100. En general, encuentra que en los primeros dos años se presentaron avances importantes en las coberturas del sistema y presta especial atención a la necesidad de arbitrar para financiar el aumento de la cobertura del régimen subsidiado. Aún en 1997 se esperaba que con la puesta en marcha de la Ley 100 aumentara la cobertura del contributivo, lo cual se consideraba básico para financiar la expansión del subsidiado mediante el novedoso mecanismo de solidaridad entre regímenes<sup>10</sup>.

Recientemente Gonbaneff et.al. (2005) estudiaron en detalle el laberinto financiero de las cuentas de la salud en Colombia y afirman que el sistema de la salud es muy complejo, puesto que su desarrollo lo llevó a diferenciarse en cuatro circuitos de los recursos que tienden a ser independientes y no guardan una mayor relación entre sí. Estos circuitos son: dos de los regímenes de atención (el régimen contributivo y el régimen subsidiado), la Red pública de las IPS que atienden a los ciudadanos no afiliados a ninguno de los dos regímenes básicos del sistema y finalmente, el circuito de recursos correspondiente a la Salud pública<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Ver, Morales L. G. (1997). **El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia**. CEPAL. Santiago de Chile.

<sup>11</sup> Gonbaneff Y., Torres S., Gómez C., Cardona J. y Contreras N. **Laberinto de recursos en el sistema de salud, según proyecto 052**. Estudio de la Universidad Javeriana. DNP -documento 287. Julio de 2005. Serie Archivos de macroeconomía. Bogotá.

Más adelante Barón (2007) hizo un esfuerzo más comprensivo. Su trabajo es pionero al utilizar el sistema de cuentas de salud de Estados Unidos, conocidas como *National Health Accounts* (NHA). Este sistema está basado en un conjunto de matrices que permite identificar los gastos por fuentes de financiación, por funciones específicas y tipos de gasto<sup>12</sup>. Para utilizar esta metodología se necesita una comprensión de los flujos de fondos entre las diversas partes del sistema.

El trabajo de Barón es importante porque presenta información del gasto en salud de una manera clara, comparable, estandarizada y para varios años (1993-2003). Este trabajo comprende un esfuerzo institucional por parte del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de Protección Social e inicialmente del Departamento Nacional de Planeación (DNP). Este trabajo junto con el del DANE sobre las cuentas de salud utiliza la metodología de las Naciones Unidas. Una de las ventajas que tiene la metodología empleada por el DANE es que se adapta para diferentes países y sus sistemas de salud, al tiempo que permite una lectura similar a las cuentas nacionales de las Naciones Unidas. Las dos metodologías tienen como principio evitar la doble contabilización de recursos mediante la agregación adecuada de estos.

Las principales conclusiones del trabajo de Barón son que el país destinó en promedio 8,5% del PIB para la salud durante el periodo 1998-2002, pasando de 6,2% en 1993 a 9,6% en 1997 y bajando de nuevo a 7,7% entre los años 2000 y 2003. De otra parte, después de 1997 se disminuyó el gasto de bolsillo y este se reemplazó por las fuentes del aseguramiento individual, es decir, los aportes tanto de empleados como de empleadores, y en otra buena proporción el gasto público, explicado por los subsidios a la demanda del régimen subsidiado. En concreto, el financiamiento proveniente de las familias fue en promedio un 37,4% del total durante el periodo 1996-2003, el proveniente de las empresas fue del 22%, mientras que el de los fondos públicos (Presupuesto general de la nación y entes territoriales) alcanzó una participación del 27,2%.

Por su parte, Paredes (2009) realizó una estimación de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud, donde se da especial atención a la descripción de las cuentas que se destinan a la prestación del servicio por tipo de población: régimen contributivo, régimen subsidiado, régimen especial y la población vinculada. De manera complementaria, el trabajo

<sup>12</sup> Barón. G. (2007). **Cuentas de la Salud en Colombia 1993 -2003 - gasto de salud en Colombia y su financiamiento**. Ministerio de Salud. Bogotá.

presenta los gastos que se encuentran por fuera del aseguramiento individual: gasto de bolsillo, salud pública, SOAT, planes complementarios y el funcionamiento del Ministerio de Protección Social. El principal resultado es que en total se destinaron \$36,7 billones a la salud en Colombia en el año 2009, lo que equivale a 7,5 puntos del PIB de ese año.

En general se encuentra que, sin importar la metodología utilizada, las cifras muestran un crecimiento sostenido del gasto en salud a lo largo del tiempo, ya que desde finales de la década de los años noventa el gasto en salud estaba en niveles superiores al 8% del PIB. Se encuentra además que se modificaron radicalmente las fuentes de financiamiento, con lo cual cayó el gasto de bolsillo y fue remplazado por recursos públicos, tanto de presupuesto nacional como de mayores cotizaciones.

"La composición del financiamiento en Colombia es hoy similar a la de los países que son parte de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (Organisation for Economic Cooperation and Development) OECD; el gasto público, incluyendo la seguridad social, cuenta más del 80% del gasto total en salud, mientras que el gasto de bolsillo es de los más bajos del mundo"<sup>13</sup>.

## **I.C. CONSOLIDADO FINANCIERO DE LA SALUD EN COLOMBIA<sup>14</sup>**

A continuación, se muestran las cifras de recursos por fuentes. En primer lugar, se presenta el consolidado, luego con mayor detalle se analizan los recursos que provienen del Gobierno Nacional, en especial los que provienen del Presupuesto General de la Nación, los administrados por el Ministerio de la Salud, así como los de las entidades territoriales distintos a las transferencias del Sistema General de participaciones.

El Cuadro 1 resume la estimación de recursos destinados a la salud de acuerdo a los datos disponibles. En la primera columna se presenta la entidad encargada de administrar los

<sup>13</sup> Glassman A. et al. (2009). *Salud al alcance de todos - una década de expansión del seguro médico en Colombia*. BID - Brookings. Washington.

<sup>14</sup> Toda la relación de las distintas fuentes de información, así como su descripción, se puede observar en el Anexo 2.

**CUADRO 1. CONSOLIDACIÓN RECURSOS DDESTINADOS A LA SALUD**  
(MILLONES DE PESOS - PRECIOS CONSTANTES DE 2010)

Entidad ejecutora	Fuentes	Variación %								
		2007	2008	2009	2010	2011	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
1. Min Protec. Social, CONPES social	Presupuesto General de la Nación	5.536.826	5.425.538	6.348.956	7.707.259	8.074.357		-0,90	17,30	17,50
2. Entidades territoriales	Recursos de las entidades territoriales	3.759.139	3.468.631	3.569.739	3.500.732 *	3.399.992 *	-7,70	2,90	-2,40	-2,40
3. Fosyga	Cotizaciones, paripassu, impuesto a las armas, cajas de compensación	13.204.498	14.536.807	17.505.600	20.006.514	22.987.485 *	10,10	20,40	14,30	14,90
4. Regimenes especiales	Recursos regimenes especiales		1.503.813	1.569.782	1.680.765 *	1.777.409 *		4,40	7,10	5,80
5a. Otros	Recursos salud privados Medicina prepagada	1.908.801	2.121.389	2.547.351	2.657.506	2.765.298 *	11,10	20,10	4,30	4,10
	GRAN TOTAL 1+2+3+4+5+6	24.409.263	27.056.177	31.541.427	35.552.777 *	39.004.540 *	10,80	16,60	12,70	9,80
	Como porcentaje del PIB	5,00	5,40	6,20	6,70	7,10	7,00	14,90	8,00	6,60
5b. Otros	Gasto de bolsillo**		6.513.884	6.513.884 *	6.513.884 *	6.513.884 *				
	Total + Gasto de bolsillo	24.409.263	33.570.061	38.055.311	42.066.661 *	45.518.424 *		13,40	10,50	8,20
	Como % del PIB	5,00	6,70	7,50	7,90	8,30	32,80	11,70	5,90	5,10

\* Proyecciones.

\*\* El gasto de bolsillo se calculó a partir de la ECV 2008.

Fuente: Cálculos propios con datos del DNP, Ministerio de Hacienda, Fosyga, Superintendencia Financiera, Ecopetrol, Sanidad Militar, FOMAG, Banco de la República, Unisalud.

recursos, mientras que en la segunda se muestran las fuentes. Como se puede observar, los recursos destinados a la salud han tenido un crecimiento de manera sostenida, si se incluye la estimación del gasto de bolsillo<sup>15</sup>. Dentro de estas entidades, la que maneja mayores recursos es el Fosyga, ya que por ejemplo, para 2010, administraba alrededor del 50%, de los cuales el 66,4% se encontraban en la subcuenta de compensación -es decir, se destinaron a la atención del régimen contributivo. Ahora bien, es de esperar que la participación en el gasto de esta subcuenta aumente, puesto que en el 2011 se resolvió la disminución del porcentaje de transferencias de las cotizaciones a la subcuenta de solidaridad.

A su vez, hay que destacar que desde el 2007 los ingresos del Fosyga han crecido a una tasa anual promedio de 14,9% en términos reales, que como se discutirá más adelante, hizo posible que a nivel interno este fondo presentara cifras superavitarias hasta 2008, año en el cual los recobros de gasto No POS cambiaron el panorama dentro de la subcuenta de compensación. Como se ha afirmado con anterioridad, estos resultados muestran un aumento sostenido del gasto en salud en el país, explicado por el esfuerzo para alcanzar la universalización del servicio, el notable aumento de los recobros al Fosyga y el aumento inercial de los costos en salud.

Así mismo, los recursos que destinan las entidades territoriales (que corresponden a las regalías, los recursos propios y el endeudamiento), aparte de lo girado por el gobierno mediante el SGP, son un poco menos del 10% de la financiación y en promedio han disminuido levemente en los últimos años. Igualmente, la destinación de recursos a medicina prepagada ha aumentado en los últimos años, pero aún es una proporción pequeña del total del gasto. Dadas las anteriores tendencias, los recursos del sector, incluyendo los gastos de bolsillo, se han incrementado considerablemente durante el periodo estudiado, ya que hubo un crecimiento del 35% real entre el 2007 y el 2011.

El Cuadro 2 muestra la composición de los recursos destinados a salud según su fuente: los recursos públicos, que son los recursos administrados por el Fosyga (incluyendo cotizaciones), entidades territoriales, SGP, Presupuesto General de la Nación, los regímenes especiales; y los recursos privados, que corresponden tanto al gasto de bolsillo como a la medicina prepagada. Como se ve, los recursos privados han perdido participación en los últimos años, lo que se debe

<sup>15</sup> Esta estimación se realizó para el 2008. Adicionalmente se debe suponer que ha permanecido constante desde el 2008, donde se encontró que esta cifra era cercana a los \$6,5 billones (precios constantes de 2010).

tanto al gran crecimiento de los recursos públicos para financiar la universalización, como al aumento de las cotizaciones.

CUADRO 2. COMPOSICIÓN DE LOS RECURSOS DESTINADOS A SALUD  
(MILLONES DE PESOS DE 2010)

	2008	2009	2010
Recursos privados	23,90	21,20	19,50
Cotizaciones	27,80	26,90	26,50
Recursos públicos	48,30	51,90	54,0
Total recursos	33.570.061	38.055.311	42.066.661 *
Porcentaje del PIB	6,70	7,50	7,90

\* Proyección.

Fuente: Cálculos propios con datos del DNP, Ministerio de Hacienda, Superintendencia Financiera, Ecopetrol, Sanidad Militar, FOMAG, Banco de la República, Unisalud.

A continuación se analizan cada uno de los componentes que financian el sistema de salud en Colombia, por lo que en el Cuadro 3 se muestran los recursos que se destinan a la salud por parte del Gobierno Nacional. Como se observa, el SGP ha crecido en promedio 9,5% en términos reales en el periodo 2007-2011, con un repunte en el año 2009 donde asciende a \$5,15 billones. En ese orden, el Ministerio de Protección Social ejecutó otra buena parte de los recursos y mostró un gran aumento desde el 2010 en su gestión general, en el funcionamiento del Instituto Nacional de Cancerología y los sanatorios de Contratación y Agua de Dios. De otra parte, el Ministerio de Defensa destinó \$1,3 billones para los programas de salud del ejército, la policía nacional y el hospital militar. Adicionalmente, el Cuadro 3 muestra el gasto para el funcionamiento de otras entidades del sector a cargo del presupuesto público: Invima, CRES, la Supersalud, Etesa y el Instituto Nacional de Salud, entre las más importantes. En total, los gastos descritos anteriormente ascienden a \$9,4 billones en 2011. A su vez, el Cuadro 4 muestra los gastos en la gestión general del Ministerio de Protección Social cuyo incremento está explicado por las transferencias para la Red Pública Hospitalaria y por nuevos gastos, como la unificación y ampliación del POS del régimen subsidiado, programas de atención prioritaria en salud y el programa ampliado de inmunizaciones.

**CUADRO 3. GOBIERNO NACIONAL RECURSOS DESTINADOS AL SECTOR SALUD**  
(MILLONES DE PESOS - PRECIOS CONSTANTES DE 2010)

Concepto	Variación %								
	2007	2008	2009	2010	2011	2007-08	2008-09	2009-10	2010-11
Sistema General de Participaciones	4.684.152	4.681.567	5.145.189	5.402.416	5.527.694	-0,10	9,90	5,00	2,30
ISS	138.250			300.000	196.490				-34,50
ESE y Caprecom	88.389	61.449	183.482			-30,50	198,60		
Ministerio de Defensa	1.082.651	1.132.241	1.343.354	1.332.907	1.333.277	4,60	18,60	-0,80	0,00
(Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Hospital Militar)									
Ministerio de Protección Social	505.217	544.270	850.464	1.812.078	2.166.870	7,70	56,30	113,10	19,60
ETESA	7.376	7.268	8.002	8.263	5.094	-1,50	10,10	3,30	-38,30
Instituto Nacional de Salud	42.605	36.685	47.622	57.003	45.588	-13,90	29,80	19,70	-20,00
Superintendencia Nacional de Salud	28.502	52.047	43.834	49.057	42.936	82,60	-15,80	11,90	-12,50
Invima	42.336	40.961	59.426	63.438	74.288	-3,20	45,10	6,80	17,10
CRES		1.291	10.936	15.004	15.397		747,40	37,20	2,60
Total	6.619.477	6.557.779	7.692.310	9.040.167	9.407.633	-0,90	17,30	17,50	4,10
Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.									

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

CUADRO 4. EJECUCIONES PRESUPUESTALES DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL  
(MILLONES DE PESOS - PRECIOS CONSTANTES DE 2010)\*

	2007	2008	2009	2010	2011
Funcionamiento	177.094	178.471	437.464	894.652	724.303
Gastos de personal	58.470	59.153	61.236	68.083	67.665
Gastos generales	13.016	13.478	15.356	15.260	14.992
Transferencias	105.609	105.840	360.872	811.309	641.645
Inversión	247.252	295.632	320.117	836.323	1.359.972
Infraestructura	1.660	3.899	5.365	4.342	5.327
Unificación POS Subsidiado	0	0	0	0	797.749
Ampliación POS Subsidiado	0	0	0	180.000	0
Programa Ampliado Inmunizaciones	0	0	0	115.367	176.182
Atención prioritaria en Salud	0	52.620	0	315.000	161.122
Protección de la Salud Pública	161.270	153.374	195.596	126.183	123.968
Mejoramiento Red Pública Hospitalaria	41.714	33.677	31.262	24.000	48.140
Pago enfermedades de alto costo	0	10.524	46.429	30.000	0
Otros	42.609	41.538	41.464	41.431	47.485
Total	424.346	474.103	757.581	1.730.975	2.084.275

\* No incluye las transferencias al Fosyga.

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

A partir del 2010, se asignan recursos para cumplir con el mandato de la Corte Constitucional de igualar inmediatamente los Planes Obligatorios de Salud del régimen contributivo y subsidiado para los menores de 18 años, para lo cual se asignaron \$812 mil millones en el 2011, lo cual representa 4,5 veces el valor del 2010. Este valor inclusive aumentó mas en 2011, pues solamente para la nivelación del POS de los mayores de 60 años tiene un valor de \$2,3 billones anuales. Si bien parte de este gasto se financia con los recursos de la Ley 1393, igualmente son necesarios recursos adicionales que se deben arbitrar. Por su parte, el Ministerio de Educación tiene como apropiaciones para salud \$237 mil millones como aporte patronal para el FOMAG, \$144 mil millones como aporte de los afiliados al Magisterio y \$134 mil millones del SGP para los afiliados al Magisterio, de acuerdo con cifras del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Para el año 2011 las apropiaciones del Ministerio de Protección Social llegaron a los \$5 billones para el componente de salud del SGP, \$812 mil millones para la ampliación del POS subsidiado para menores de 12 años, \$724 mil millones de pesos para la renovación de la afiliación del



régimen subsidiado de la subcuenta de solidaridad del Fosyga y para los demás programas mencionados anteriormente se destinaron recursos por \$1,26 billones de pesos. En este mismo año, las apropiaciones del Ministerio de Protección Social contabilizaron un poco más de \$9 billones, de los cuales \$5,6 billones se asignan a los entes territoriales a través del SGP y \$858 mil millones de pesos para la renovación de la afiliación del régimen subsidiado mediante la asignación a la subcuenta de solidaridad del Fosyga. El monto correspondiente al SGP ha crecido un 36% desde 2007, mientras que los recursos destinados a la subcuenta de solidaridad tuvieron una caída drástica de 2007 a 2008 al pasar de \$1,8 billones a tan sólo \$682 mil millones, y desde entonces se observa un crecimiento sostenido hasta alcanzar \$858 mil millones en 2011.

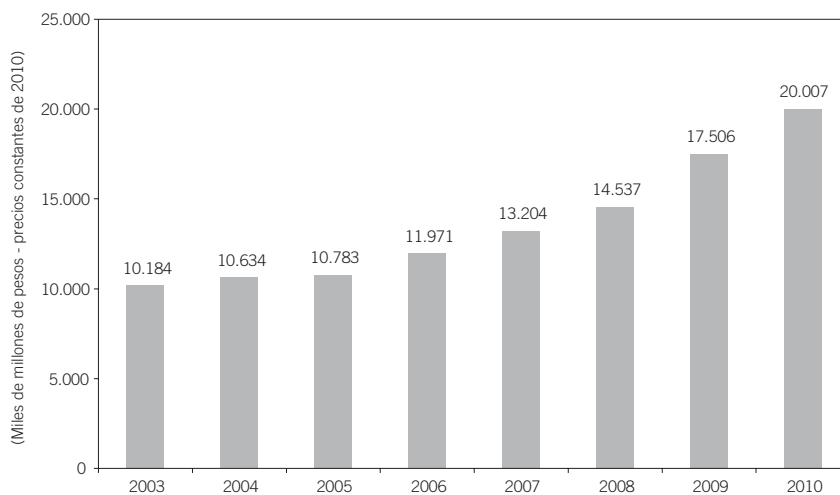
De otra parte, una de las entidades que maneja más recursos es el Fosyga. En el marco de la Ley 100, se da la creación de esta institución bajo la dirección del Ministerio de Salud, con el objetivo administrar los recursos del sector, garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos del régimen contributivo (Forero de Saade M., Santa María M. y Zapata J.), y encaminar los ingresos a las distintas subcuentas establecidas por el artículo 2 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996:

- De compensación interna del régimen contributivo
- De solidaridad del régimen de subsidios en salud.
- De promoción de la salud.
- Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT)

Los ingresos del Fosyga tienen diversas fuentes, siendo las principales los recaudos de cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y al régimen especial, los recursos de la nación y los rendimientos financieros de las subcuentas. El Gráfico 3 muestra la evolución del recaudo total de las subcuentas, que en 2010 ascendió a \$20 billones, mientras que para el año 2003 correspondía apenas a un total de \$10,18 billones (a precios constantes de 2010). De este modo, se puede observar que el crecimiento acelerado de estos recursos se presenta desde el año 2006.

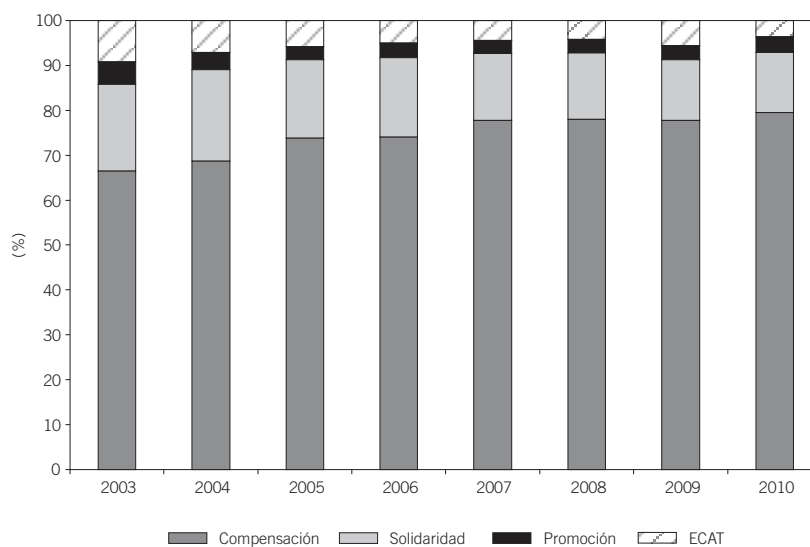
La composición del total de ingresos del fondo se encuentra en el Gráfico 4. Como se observa, en 2010 la participación más importante la tuvo la subcuenta de Compensación, la cual representó un 66,4%, mientras que la subcuenta de solidaridad participó con un 19,4% y las subcuentas ECAT y Promoción con un total de 9,2% y 4,9% respectivamente. Dentro del periodo

GRÁFICO 3. INGRESOS DEL FOSYGA  
(MILES DE MILLONES DE PESOS - PRECIOS CONSTANTES DE 2010)



Fuente: Fosyga.

GRÁFICO 4. PARTICIPACIÓN DE LAS SUBCUENTAS EN EL RECAUDO TOTAL DEL FOSYGA



Fuente: Fosyga.

observado, se tiene una disminución del peso de la subcuenta de Compensación que ha sido remplazado por la participación de la subcuenta de Solidaridad.

## **I.D. CONCLUSIONES**

En primera instancia, vale la pena mencionar que a pesar del grado de comparabilidad y continuidad que se ha logrado en los trabajos realizados previamente sobre el financiamiento del sector salud, son necesarios más esfuerzos para la consolidación de un sistema único de cuentas nacionales de salud, que sirva como fuente de información para la caracterización del estado actual del sistema de salud colombiano y como guía para los responsables del sector. A su vez, dicho sistema debería encargarse de contabilizar el gasto en salud, de forma tal que pueda dar cuenta del crecimiento del mismo y hacer proyecciones con respecto a la sostenibilidad del sistema en su conjunto.

Con los anteriores resultados queda claro que el aumento del gasto en salud en el país se ha financiado a través de recursos públicos, bien sea con el presupuesto general de la nación, las regalías, los recursos propios de las entidades territoriales, las cotizaciones de los trabajadores, etc. Por tanto, es correcto afirmar que el nuevo modelo permitió liberar parcialmente a los hogares del gasto de bolsillo, que era muy importante en el modelo anterior.

Sin embargo, también queda claro que bajo las tasas de crecimiento que se observaron en los últimos años, el modelo no es sostenible debido a varias razones: en primer lugar, la tasa de crecimiento de los recobros al Fosyga pone en riesgo la sostenibilidad del régimen contributivo y de paso, con la reducción de la solidaridad, la misma sostenibilidad del régimen subsidiado; en segundo lugar, el aumento de los cupos en el régimen subsidiado y la ampliación de su POS implica una expansión en el gasto, que significa una mayor carga fiscal; y finalmente, el crecimiento inercial de los costos en salud con las nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de la cobertura del SGSSS, son temas que presionan el costo de atención en ambos regímenes. En particular, se debe recordar que estos mismos problemas los poseen los regímenes especiales, mediante un aumento en el costo de prestación de servicios a sus afiliados.

De otro lado, la igualación de los POS crea un desincentivo para que los trabajadores realicen sus contribuciones a la salud dada la posibilidad de recibir los mismos beneficios en el régimen

subsidiado, por lo que se podría pensar en un eventual estancamiento del crecimiento de las afiliaciones al régimen contributivo o, en el peor de los casos, una reducción en las mismas, lo cual también puede traer problemas al régimen subsidiado al disminuirse el monto de la solidaridad.

## II. RÉGIMENES ESPECIALES

En esta siguiente sección se presentan las principales características y el análisis de los regímenes especiales contemplados por el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, que trata de las excepciones dentro del Sistema General de Seguridad Social Integral. En el mismo artículo se establece que las poblaciones que se encuentran exceptuadas son los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Magisterio, los trabajadores y pensionados de Ecopetrol, los trabajadores de las empresas que en el momento de entrar en vigencia la Ley 100 se encontraban en concordato preventivo y obligatorio que pactaban sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones.

Precisamente, los argumentos planteados en las discusiones en el Congreso para la aprobación del artículo 279 de la Ley 100 incluían la necesidad de reconocer las conquistas laborales, para mantener las prerrogativas obtenidas por estos estamentos. En términos jurídicos, la sentencia C 173 de 1996 estableció que el artículo era exequible, ya que el diseño de regímenes especiales se halla dentro de las potestades del legislador, siempre que estos resguarden bienes constitucionalmente protegidos y no resulten discriminatorios con respecto a lo dispuesto en el régimen general, como según la Corte Constitucional es el caso de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

El análisis de los regímenes especiales quiere confirmar si estos regímenes conforman un sistema de salud fragmentado y con diferencias notables entre ellos con respecto a su cobertura, financiamiento y sostenibilidad en el largo plazo. Así mismo, se quiere analizar si sus planes de beneficio son más amplios y en qué medida lo son, comparados con los trabajadores afiliados al régimen contributivo. Igualmente, se analizan sus fuentes de financiamiento y la dinámica de las mismas en los últimos años. Para lo primero, se entrevistaron a los gerentes de los principales fondos y agencias encargadas de estos regímenes y se recopiló información del número de afiliados y de su financiamiento.

### II.A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional fue creado por el Decreto 1795 de 2000 y tuvo como misión prestar el servicio de salud para los afiliados a las Fuerzas

Militares, la Policía Nacional y sus beneficiarios. El sistema de salud está conformado por el Ministerio de Defensa, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), los subsistemas de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los afiliados y los beneficiarios. La existencia de este estamento como un régimen especial responde al mayor riesgo en términos de salud que tiene esta población, en razón del alto peligro en incurren en sus actividades cotidianas.

Por otra parte, y bajo el principio de autonomía universitaria declarado en el capítulo VI de la Ley 30 de 1992, ratificado por la Ley 647 de 2001, las instituciones de educación superior estatales u oficiales definieron su propia seguridad social en salud para atender a los miembros del personal académico, empleados y trabajadores, a los pensionados y jubilados de la respectiva Universidad, así como los familiares beneficiados por estos sistemas. Por ejemplo, en el caso de la Universidad Nacional, este sistema se denomina Unisalud y atiende a sus afiliados en las 4 sedes principales (Bogotá, Medellín, Manizales y Palmira) y otras presenciales (Orinoquía, Amazonía, Caribe y Tumaco).

Así mismo, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (FOMAG) fue creado por la Ley 91 de diciembre 29 de 1989 como cuenta especial de la Nación sin personería jurídica administrada por una fiducia estatal o de economía mixta. Actualmente, esta cuenta es administrada por Fiduprevisora y está a cargo del Ministerio de Educación. Este fondo se encarga de pagar las prestaciones sociales de los afiliados, garantizar la prestación de los servicios médicos -los cuales son contratados con entidades a nivel regional- y velar por los recursos que la Nación debe aportar. El FOMAG es dirigido por el Consejo Directivo del Fondo, que está formado por el Ministro de Educación o el Viceministro, el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado, el Ministro de Salud o su delegado, dos representantes del magisterio designados por los docentes y el gerente de la sociedad fiduciaria.

A su vez, los trabajadores y pensionados de Ecopetrol cuentan con uno de los mejores sistemas de salud y de mayor gasto per cápita dentro de los regímenes especiales. El plan de beneficios de Ecopetrol está contemplado en el Reglamento de Servicios de Salud, que es expedido por la Unidad de Servicios de Salud de Ecopetrol.

En lo que respecta al Banco de la República, su servicio es una muestra del modo en el que funciona la prestación de servicios de salud para una entidad que se asemeja a una pública

que mantiene una convención colectiva con sus trabajadores y pensionados. La convención colectiva del Banco de la República, por ejemplo, establece las condiciones bajo las cuales se organiza el servicio de salud prestado a los trabajadores y pensionados de esta institución. Dado que el Banco no quedó como régimen exceptuado y no se organizó bajo la modalidad de Entidad Adaptada al Sistema, el servicio de salud se rige por las mismas normas del sistema general; sin embargo, el servicio de salud garantiza un Plan Adicional de Salud, según lo establece la convención colectiva del Banco. En el 2007, el Banco inició el proceso de contratación de un servicio de medicina prepagada que diera un servicio mejor o igual al que antiguamente prestaba el Banco directamente a sus funcionarios y pensionados, por lo que de las diversas propuestas enviadas a empresas de medicina prepagada resultó elegida Colsanitas S.A. Compañía de Medicina Prepagada.

Finalmente, las Entidades Adaptadas al Sistema (EAS) son casos especiales contemplados en el artículo 236 de la Ley 100 de 1993. Estas entidades actúan como EPS pero son exclusivas de un ente o empresa pública, como lo son las Empresas Públicas de Medellín o el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales. Las EAS, por tanto, no pueden afiliar a personas que no sean trabajadoras de las respectivas entidades; sin embargo, un trabajador público puede elegir entre la respectiva EAS o una EPS. Las EAS deben financiarse, al igual que una EPS, por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) correspondiente a sus afiliados y contribuir a la cuenta de solidaridad del Fosyga.

Como se observa, cada entidad se acoge a las disposiciones nacionales, pero establece su propia reglamentación en la organización de sus sistemas de salud; y esto, como se discutirá más adelante, conlleva a un sistema heterogéneo con distintos paquetes de beneficios, con distinta organización administrativa, con recursos per cápita bien diferenciados y por ende, con una distinta cobertura para sus trabajadores.

## **II.B. ADMINISTRACIÓN**

Para su atención, el servicio de salud de Ecopetrol funciona tanto a manera de EPS como de IPS. Específicamente, en la actualidad hay 1.800 contratistas que conforman la red de servicios a nivel nacional. Ecopetrol también tiene centros de servicios en Barrancabermeja, Orito y Tibú; de hecho, en el primero se encuentra la infraestructura más compleja -que atiende 17.000 usuarios

con procedimientos de segundo nivel-, mientras que la tercerización se hace primordialmente con IPS de tercer y cuarto nivel.

Así mismo, el FOMAG contrata por medio de una licitación de dos años de plazo y uno opcional de prórroga para cada una de las regiones en las cuales divide el territorio nacional (las cuáles se muestran en el Cuadro 5). Como criterios para la adjudicación de la licitación se tiene la asignación de por lo menos dos adjudicatarios por región, cuando el número de proponentes lo haga factible, los cuáles deben garantizar por lo menos la atención en el primer nivel. Además, se debe mantener por lo menos una UPCM que sea igual a 1,4832 veces la UPC del contributivo<sup>16</sup>. Se contrata por capitación los niveles I, II, III y IV de atención y asistencial de salud ocupacional.

Por el lado del Ministerio de Defensa, el Sistema se financia con los aportes de la Nación y por las cotizaciones sobre los ingresos de los miembros activos, retirados y jubilados de las Fuerzas Armadas. En el artículo 38 del Decreto 1795 de 2000, se mencionan los siguientes aportes del Presupuesto Nacional: el aporte patronal del 8,5% del ingreso básico mensual, la diferencia entre la UPC y el Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD) por cada afiliado que cotice, la PPCD para los afiliados no cotizantes, el aporte para riesgos profesionales que deberá ser como mínimo igual al 2% del valor de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional y los costos para la adecuación y construcción tanto de los hospitales militares como de la Policía. Es importante destacar que el sistema tiene solidaridad con el Fosyga y destina el 1,5% de las cotizaciones a este. De otra parte, el gasto de la Policía Nacional en salud ha crecido constantemente para el quinquenio, pasando de \$383 mil millones en 2005 a \$555 mil millones en 2010, lo que significa un crecimiento de 44,8% para el periodo y un crecimiento promedio anual de 8,9%.

A su vez, para garantizar la atención en salud de sus afiliados, los servicios de Salud de las Universidades Estatales cuentan en su mayoría con sedes de prestación directa en consulta general y algunas especialidades, contratando con terceros la prestación de servicios más complejos<sup>17</sup>. En especial, la Universidad Nacional cuenta con un centro de atención en cada sede

<sup>16</sup> Ver Pliegos de Licitación 001 julio de 2008, pág. 9.

<sup>17</sup> Fuente: <http://www.capruis.gov.co>; <http://www3.udenar.edu.co/portafolio/fonsalud.aspx>; <http://www.unicauca.edu.co/unisalud/>



CUADRO 5. AFILIADOS AL FOMAG POR REGIONES

Región	Departamento	Cotizantes	Beneficiarios	Total	Total región
1	Arauca	2.565	4.649	7.214	106.032
	Cesar	9.472	17.090	26.562	
	Norte de Santander	11.469	16.243	27.712	
	Santander	18.871	25.673	44.544	
2	Bogotá	39.178	35.946	75.124	75.124
3	Caquetá	4.579	5.928	10.507	74.949
	Huila	10.084	14.143	24.227	
	Tolima	12.683	17.660	30.343	
	Putumayo	4.118	5.754	9.872	
4	Antioquia	45.834	57.834	103.668	118.909
	Chocó	6.488	8.753	15.241	
5	Cauca	12.725	20.991	33.716	125.692
	Valle del Cauca	25.285	28.753	54.038	
	Nariño	15.853	22.085	37.938	
6	Boyacá	13.918	23.677	37.595	105.349
	Cundinamarca	21.559	22.128	43.687	
	Casanare	3.324	4.347	7.671	
	Meta	7.217	9.179	16.396	
7	Atlántico	13.791	22.755	36.546	179.233
	Bolívar	17.254	21.964	39.218	
	Córdoba	13.398	20.873	34.271	
	Guajira	5.240	9.130	14.370	
	Magdalena	12.947	17.294	30.241	
	Sucre	9.168	14.119	23.287	
	San Andres	694	606	1.300	
8	Caldas	10.734	13.441	24.175	56.937
	Quindío	5.614	8.083	13.697	
	Risaralda	8.600	10.465	19.065	
9	Amazonas	807	1.060	1.867	6.854
	Guainía	423	405	828	
	Guaviare	862	832	1.694	
	Vaupés	415	683	1.098	
	Vichada	682	685	1.367	
	Total	365.851	483.228	849.079	
					849.079

Fuente: FOMAG. Cifras Para 2008.

principal que presta servicios ambulatorios de primer nivel. De estos centros, la sede Bogotá es el único con laboratorio, tiene 18 consultorios y cuenta con 12 médicos y 8 profesionales de apoyo. A nivel nacional, la universidad tiene en su nómina 100 personas y 200 contratistas, entre personal médico y administrativo. Los trabajadores del resto de sedes y los que requieren servicios que no prestan estos centros son atendidos mediante una red prestadora, compuesta por 240 IPS, entre naturales y jurídicas, que son contratadas previamente bajo la modalidad de pago por evento y con una previa negociación tarifaria. Dentro de la estructura de tarifas, las más costosas son las IPS de Medellín y Manizales, puesto que se rigen bajo el manual tarifario del SOAT. Relacionado con lo anterior, existen convenios con universidades de otras ciudades para compartir la red prestadora de servicios, lo cual puede en cierta medida disminuir los costos de atención de la población afiliada en otras ciudades; por otra parte, para el pago de procedimientos o medicinas intrahospitalarias que se quedan por fuera del contrato, y que en ocasiones requieren los pacientes atendidos por las IPS, el cobro se realiza bajo el valor de costo debidamente facturado más un porcentaje con el que se queda la IPS, lo cual permite un control sobre posibles sobrecostos.

## **II.C. PLAN DE BENEFICIOS POR RÉGIMEN ESPECIAL**

El plan de beneficios de Ecopetrol se renueva cada cinco años en promedio, debido a la negociación de la convención colectiva entre la USO y la empresa. El último plan de beneficios fue establecido en 2008 (Cuadro 6). Este plan de beneficios es mucho más amplio que cualquier régimen exceptuado, diferenciándose en que: son posibles las remisiones al exterior de ciertos procedimientos, no hay exclusiones de ningún tipo exceptuando las de cirugía estética reconstructiva, implantes dentales y procedimientos de ortodoncia. Dentro de la afiliación de beneficiarios del grupo familiar es posible la afiliación simultánea de padres y de hijos dependientes económicamente. El sistema también cobra cuotas moderadoras en los servicios de mayor demanda tales como urgencias y medicina general. Igualmente, hay auxilios de transporte y de estadía en caso que un paciente requiera moverse de su sitio de trabajo o residencia para optar por un procedimiento. Igualmente, no hay períodos de carencia, lo cual diferencia este régimen del contributivo, pero no de los otros regímenes especiales.

Por otra parte, el FOMAG garantiza un plan integral a sus afiliados exceptuando cirugías estéticas, medicamentos que no hayan sido autorizados por el Invima y gastos de operaciones

fuera del país, tratamientos de ortodoncia y prótesis dentales (Anexo 5 Plan de Atención en Salud del Pliego de Condiciones 001 de 2008); sin embargo, sí financia el transporte dentro del país para la realización de cualquier procedimiento. En todo caso, el nivel de cobertura es muy alto si se compara con el del régimen contributivo.

Los trabajadores de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional reciben un plan de beneficios que está delineado por el CSSMP. También pueden crearse planes complementarios de salud que deben estar financiados totalmente por los beneficiarios, pero administrados por las respectivas Direcciones de Sanidad Militar y de la Policía Nacional (Cuadro 6). Este sistema de salud no excluye a sus afiliados de los Planes de Atención Básica que define el artículo 165 de la Ley 100 de 1993. Los Planes de Atención Básica los especifica el MPS y cobijan a todos los colombianos porque, por lo general, incluyen planes de vacunación y de salud pública. En la práctica no hay planes complementarios sino un único plan que atiende a todos los usuarios. Tampoco hay comités técnico-científicos y la formulación de medicamentos es exclusiva del médico.

El contrato que maneja el Banco de la República, especifica el pago de una prima anual por cada usuario del servicio de salud. Debido al alcance del plan de beneficios de este servicio, se puede comparar al servicio de la medicina prepagada y a sus costos. El Banco tiene una política de medicamentos que cubre 1.300 presentaciones de diversas moléculas y cuenta con un comité que elige cuáles medicamentos deberían entrar a tal lista; así, los médicos del Plan Adicional de Salud se deben acoger a este reglamento. Es importante señalar aquí que el listado de medicamentos se estableció en primer lugar por convención colectiva.

Así mismo, los planes de beneficios que reciben los cotizantes de Unisalud comprenden una serie de medicamentos y procedimientos, alguno de ellos estipulados bajo soporte normativo y otros que se basan en la tradición o costumbre. Comparado con el POS del régimen contributivo, los afiliados a Unisalud reciben un plan más completo, ya que se incluyen más beneficios o se extienden algunos. A manera de ejemplo, sus afiliados reciben sicoterapias sin límite de tiempo y habitación individual sencilla, entre otras prestaciones adicionales al POS del contributivo. Respecto a los medicamentos, se proveen innovadores y de patentes, pero bajo un estudio de bioequivalencia soportado. Aunque los beneficiarios en principio no reciben este mismo plan de beneficios, el cotizante puede pagar un plan complementario por cada beneficiario para que reciba el mismo paquete.

CUADRO 6. PLANES DE BENEFICIO POR RÉGIMEN ESPECIAL

	Fuente	Paquete de servicios
Ecopetrol	REGLAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD Versión: 03 VICEPRESIDENCIA DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍA. Unidad de Servicios de Salud	POS más: Ortodoncia, Monturas, Prótesis, Remisiones al exterior, Medicamentos de alto costo Habitaciones sencillas, entre las más importantes. <a href="http://www.ecopetrol.com.co/documentos/42883_Reglamento_Salud_Unificado_Versión_Definitiva.pdf">Link: http://www.ecopetrol.com.co/documentos/42883_Reglamento_Salud_Unificado_Versión_Definitiva.pdf</a>
BanRep	CIRCULAR REGLAMENTARIA INTERNA DMSO - 13	Equivalente a un plan de medicina prepagada (Sanitas)
Unisalud	Acuerdo número 013 de 2002 del Consejo Superior Universitario	POS más: Algunos medicamentos, Buen plan odontológico, Lentes y monturas, Prótesis, Escleroterapias, Psicoterapias sin límite de tiempo, Habitación individual sencilla. <a href="http://168.176.162.15/unisalud/archivos/acuerdos/Acuerdo_013_Del_2002_Del_CSU.pdf">http://168.176.162.15/unisalud/archivos/acuerdos/Acuerdo_013_Del_2002_Del_CSU.pdf</a>
Fuerzas Militares	Resolución 12 de Enero de 2011 Ministerio de Defensa	Manual único de Medicamentos y Terapéutica para el SSMP <a href="http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/?idcategoria=1012">Link: http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/?idcategoria=1012</a>
Magisterio	Anexo 5 Plan de Atención en Salud del Pliego de Condiciones 001 de 2008	Todo menos: Cirugías estéticas, medicamentos que no hayan sido autorizados por el Invima, Operaciones fuera del país (incluye transporte internacional), Tratamientos de ortodoncia, prótesis dentales <a href="http://www.fomag.gov.co/documents/GERENCIA%20DE%20SERVICIOS%20DE%20SALUD/Adenda%20No%203%20Salud.zip">Link: http://www.fomag.gov.co/documents/GERENCIA%20DE%20SERVICIOS%20DE%20SALUD/Adenda%20No%203%20Salud.zip</a>

Fuente: Páginas web y entrevistas con Gerentes de Fondos y Agencias de los regímenes especiales.

Las mayores apropiaciones para salud del Presupuesto General de la Nación corresponden a los gastos de los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El Cuadro 7 muestra las apropiaciones de los distintos estamentos pertenecientes a los regímenes especiales, en precios constantes de 2010. También se observa que el presupuesto de 2011 administrado por la Empresa Colombia de Petróleos, para la atención de salud de sus trabajadores, ha crecido en un 61% en términos reales desde el 2007; mientras que entre 2008 y 2009 el presupuesto aumentó el 24%, con un promedio de crecimiento anual del 13% en los tres años.

## II.D. RECURSOS

Por su parte, los recursos que destina el FOMAG para salud están regidos por la Ley 813 de 2003, según el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 y por el Decreto 2341 de 2003. Esta ley estipulaba que las contribuciones que se hagan a salud desde el fondo deberían igualarse a las del Sistema General progresivamente y a partir de 2008 serían iguales. Actualmente, los trabajadores adscritos cotizan el 4% de su ingreso básico mensual y el aporte patronal de la Nación es de 8,5%, que es girado a través del Sistema General de Participaciones (SGP); para el año 2011 la proyección de ingresos por cotizaciones y aporte patronal era de \$859.693 millones. Vale la pena mencionar que el sistema se financia exclusivamente de las cotizaciones y no existen cuotas moderadoras o copagos. Para 2011, el Presupuesto General de la Nación apropió para este fondo \$237 mil millones, el aporte de los afiliados al fondo fue de \$144 mil millones y el aporte de los docentes que proviene del SGP fue de 134 mil millones. Hay que destacar que para 2011 el sistema era superavitario y el Consejo Directivo del fondo asignó parte de estos recursos cotizados al pago de pensiones.

Así mismo, los ingresos del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional tienen como principal fuente el Presupuesto Público Nacional, que es programado cada año en el Presupuesto General de la Nación. De una parte, el presupuesto de salud del Ministerio de Defensa Nacional para el año 2011 fue de \$598 mil millones. A su vez, el presupuesto de la Policía ha tenido un crecimiento de 44,8% entre el 2007 y 2010 con un crecimiento promedio anual de 8,9%. Por su parte, los gastos de funcionamiento presentaron un crecimiento de 32,5% en el período 2007-2010; mientras que los gastos de inversión han crecido 19,9% en el mismo período.

En Unisalud, el presupuesto disponible para la atención de todos los afiliados en 2011 fue de casi \$60.000 millones (ver Cuadro 7), lo cual es preocupante debido a que su crecimiento, en términos reales, fue del 11,5% con respecto al 2010 y de 12,9% el año inmediatamente anterior, tasas muy superiores al crecimiento del IPC -que fue de 3,2% para 2010 y 2% para 2009. Las explicaciones dadas por los funcionarios de la entidad son tres: en primer lugar, las tarifas de las IPS crecen por encima de la inflación; en segundo lugar, la población atendida de mayor edad crece, puesto que el relevo generacional de los profesores es lento y muchos profesores solteros afilian a sus padres, lo que conlleva a un mayor gasto en la prestación del servicio en la medida que se aumenta la población de alto costo; y tercero, la implementación de nuevas tecnologías en salud genera mayores costos.

Por otra parte, Unisalud es responsable de administrar la prestación de servicios a todos sus afiliados y el financiamiento se realiza mediante las cotizaciones del mismo sistema, que representa en promedio un 64% de los ingresos y el excedente corresponde a los rendimientos

CUADRO 7. RECURSOS DE LOS RÉGIMENES ESPECIALES  
(MILLONES DE PESOS - PRECIOS CONSTANTES DE 2010)

Entidad	2007	2008	2009	2010	2011
Empresas Públicas de Medellín		17.293	20.018		
Ferrocarriles Nacionales		115.863	117.324		
Ecopetrol	177.133	191.813	238.007	282.116	284.997
Fuerzas Militares	488.665	514.506	594.136	601.263	598.733
Policia Nacional	426.848	452.310	549.168	534.799	537.663
Magisterio	650.378	682.725	634.875	818.989	859.693
BanRep	54.497	48.753	49.334	67.943	81.192 *
Universidad Industrial de Santander		12.385	14.060		
Universidad de Cartagena		6.900	8.936		
Universidad de Nariño		3.314	3.759		
Universidad del Cauca		6.149	6.740		
Universidad de Antioquia		29.394	22.568		
Universidad del Atlántico		7.869	8.298		
Universidad Pedagógica		2.544	3.112		
Universidad Nacional de Colombia			47.551	53.000	59.857
Total	1.797.521	2.091.818	2.317.886	2.358.110	2.340.943

\* Proyecciones hechas por Fedesarrollo.

Fuentes: Superintendencia Financiera, Ecopetrol, Sanidad Militar, FOMAG, BanRep.

de los excedentes financieros. En particular, el mecanismo de cotización es igual al del régimen contributivo, puesto que un 4% de la base de cotización lo aporta el empleado y el 8,5% de la base de cotización la aporta el empleador, en este caso la Universidad Nacional.

En general, se observa un alto crecimiento de los recursos disponibles año a año en términos reales (ver Cuadro 7). En promedio, con un crecimiento anual del 7%, estas entidades tienen que destinar una mayor proporción de sus cotizaciones, que provienen del Presupuesto Nacional, a la prestación de servicios médicos, en parte explicado por el aumento de la población de alto costo y el incremento de las tarifas de los prestadores del servicio.

## **II.E. GASTO PER CÁPITA POR AFILIADOS**

Todos los regímenes especiales ofrecen un plan de beneficios más amplio que el del régimen contributivo, esto significa que necesariamente tienen un gasto per cápita mucho mayor (teniendo en cuenta que la UPC promedio del régimen contributivo para el año 2011 fue de \$505.627<sup>18</sup> y para el régimen subsidiado fue de \$302.040). A continuación se describen los gastos per cápita y el total de usuarios de los distintos regímenes especiales. En primer lugar, los usuarios en Ecopetrol en el año 2010 llegaron a 61.329, que se dividen en 12.905 pensionados y 7.140 trabajadores afiliados y el resto, mas de 41 mil personas, corresponde a la población beneficiaria. Al estimar el costo per cápita de un usuario del sistema de salud de Ecopetrol es de \$4.600.000.

En el FOMAG, tal y como está establecido en los pliegos de la licitación, la UPC del Magisterio debe ser por lo menos un 48,3% mayor que la UPC del contributivo, y en el 2011 esta diferencia fue de 61,3%. En el año 2011, el fondo cuenta con 405.000 cotizantes de los cuales 60.000 son pensionados, 279.000 son activos y 66.000 son activos pensionados. El fondo también cubre los gastos de salud del grupo familiar de los afiliados entre los que se incluyen los hijos que no hayan cumplido los 19 años de edad, los hijos que no hayan cumplido 26 años de edad y que se encuentren estudiando, los hijos discapacitados de los afiliados, el hijo de la hija hasta el primer mes de nacido, los padres del afiliado sin hijos y los padres que no estén trabajando o no pertenezcan al sistema general. Igualmente, hay otras figuras como la del matrimonio pedagógico que se compone de una pareja de maestros, donde uno afilia a los hijos y el otro

<sup>18</sup> Según el Acuerdo 19 de 2010 de la CRES.

a sus padres. La UPC efectiva del magisterio fue de \$68.000 mensuales en el 2011, lo que equivale a un total de \$816.000 anuales. El sistema se financia exclusivamente de los aportes patronales y las cotizaciones, tal como lo demuestra el Cuadro 8; adicionalmente, se observa que no existen cuotas moderadoras o copagos.

CUADRO 8. COMPOSICIÓN DE LOS INGRESOS DEL FOMAG  
(MILLONES DE PESOS DE 2010)

Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	Aprobado 2011
Ingresos	673.533	607.966	709.474	823.116	859.693	969.545
Aportes Nación	462.923	400.724	444.397	499.985	503.174	583.998
Aporte patronal - Ley PND	289.426	257.384	273.489	291.131	298.337	330.234
Aporte patronal - Sgp (ley 91/89)	173.496	143.340	170.907	208.854	204.837	253.764
Rentas parafiscales	210.610	207.242	265.077	323.130	356.519	385.547
Aporte de afiliados - SGP	210.610	207.242	265.077	155.614	166.687	185.860
Aporte de afiliados PND				167.516	189.832	199.687

Fuente: FOMAG.

En las Fuerzas Militares y Policía Nacional, por cada afiliado y beneficiario el sistema de sanidad militar se paga una unidad UPC, llamada Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD), que debe ser como mínimo un 20% mayor a la UPC del contributivo. El número de cotizantes en el 2011 fue de 472.548 de los cuales 225.360 pertenecen a las Fuerzas Armadas y 247.188 a la Policía Nacional. Por cada cotizante hay 1,42 beneficiarios en el subsistema de las Fuerzas Armadas, 1,45 beneficiarios en el subsistema de la Policía Nacional y 1,44 beneficiarios en el sistema total. Con lo anterior se llega a 1,3 millones de beneficiarios en el sector Defensa.

Así mismo, al analizar los afiliados que atiende el sistema de Salud del Banco de la República y su clasificación por grupo etario se encuentran resultados interesantes (ver Cuadro 9). El número de personas que tienen más de 65 años corresponden a un 21% de la población afiliada al plan de salud del Banco, lo que adquiere gran relevancia si se tiene en cuenta que la UPC de una persona de este grupo poblacional puede ser 3,9 veces superior al beneficiario promedio. Además, cerca del 30% es mayor de 45 años con lo cual, a mediano plazo el sistema de salud del Banco tendrá un alto número de mayores de 60 años. Finalmente, el Cuadro



10 muestra la evolución del gasto per cápita del Banco de la República; como se observa, los gastos totales han crecido un 36% en el período 2006-2010, lo que equivale a un crecimiento real anual promedio de 7,6%. Hay que resaltar en este punto que el incremento en el gasto per cápita fue 49,8% desde el 2006.

CUADRO 9. AFILIADOS AL PLAN DE SALUD DEL BANCO DE LA REPÚBLICA POR GRUPO ETARIO

Grupo etario	Rango de edad	Cantidad de usuarios	Participación (%)
A	Menores de un año	46	0
B	De 1 a 4 años	293	2
C	De 5 a 14 años	1.778	12
G	De 15 a 19 años-hombres	617	4
H	De 15 a 19 años-mujeres	559	4
I	De 19 a 44 años-hombres	1.418	10
H	De 19 a 44 años-mujeres	1.707	12
K	De 45 a 49 años	1.289	9
L	De 50 a 54 años	1.510	11
M	De 55 a 59 años	1.310	9
N	De 60 a 64 años	956	7
O	De 65 a 69 años	801	6
P	De 70 a 74 años	673	5
Q	De 75 años y mayores	1.366	10
	Total	14.323	100

Fuente: Banco de la República. Febrero de 2011.

CUADRO 10. COSTOS Y GASTOS POR SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD - BANCO DE LA REPÚBLICA  
(MILLONES DE PESOS DE 2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Empleados	2.408	2.333	2.323	2.243	2.190
Pensionados	3.748	3.724	3.759	3.851	4.038
Beneficiarios	9.585	9.133	8.852	8.416	8.034
Total usuarios	15.741	15.190	14.934	14.510	14.262
Gasto total	50.046	54.497	48.753	49.334	67.943
Gasto per cápita	3,18	3,59	3,26	3,4	4,76

Fuente: Banco de la República. Abril de 2011

Finalmente, Unisalud atiende entre 18.000 y 19.000 personas, incluyendo a los beneficiarios y los cotizantes. Ahora bien, es importante resaltar que este número se ha mantenido estable en la última década. Los beneficiarios pueden ser los hijos menores de 18 años, los cónyuges o los padres, en caso de ser solteros. Tal como ocurre en el régimen contributivo, existe la figura de beneficiario adicional bajo la cual, si hay dos personas cotizantes en el núcleo familiar, uno de los dos puede afiliarse a los padres en caso de que estos dependan económicamente del cotizante, mediante el pago de una UPC adicional que en este caso es igual a la existente en el régimen contributivo.

En resumen, para el año 2011 se estimaba una población de 2.354.332 usuarios de los regímenes especiales, la cual representa el 5% de total de la población colombiana (ver Cuadro 11). El gasto promedio de los regímenes es mucho más alto que la UPC del contributivo, lo que puede ser explicado por dos razones: la primera, que el paquete de beneficios es en todos los casos mayor que el aprobado dentro del plan obligatorio de salud (POS); o segunda, alguna de las entidades se encargan de prestar directamente el servicio de salud, en especial la consulta general, lo cual puede acarrear sobrecostos e ineficiencias en el sistema, al no ser el objetivo misional de la entidad y al no promover la competencia en estos niveles.

## II.E. CONCLUSIONES

Hay alrededor de 2,4 millones de afiliados --pensionados, cotizantes y su familiares beneficiados - que hacen parte de alguno de los regímenes especiales que se encuentran vigentes en Colombia. Gran parte de estos afiliados son pensionados y a largo plazo, se estima que este número aumente marginalmente ((con excepción de las fuerzas militares), puesto que estos regímenes abarcan a los trabajadores públicos anteriores a la Ley 100. El análisis encontró que no existe una única reglamentación que establezca un plan de beneficios estándar, o límites a la cobertura de los planes de beneficio, que deban recibir sus afiliados. Cada uno de estos regímenes, en negociación entre los trabajadores y las directivas de las entidades, establece el listado de procedimientos y medicamentos al que tienen derecho. Las diferencias son notables tanto si se comparan entre regímenes especiales, como si se comparan con el resto de los colombianos.

Por un lado, se encuentran planes muy completos como el de los trabajadores y beneficiarios de Ecopetrol o el Banco de la República y, por otro lado, se encuentran casos como el del

CUADRO 11. RECURSOS PER CÁPITA DE LOS DISTINTOS REGÍMENES ESPECIALES EN 2010

Entidad	Ingresos	Tipo de usuario	No. de afiliados	Gasto per cápita
Ecopetrol	\$282.116.184.000	Trabajadores	7.140	\$4.600.045
		Familiares de trabajadores	18.040	
		Jubilados	12.905	
		Familiares de jubilados	23.244	
		Total	61.329	
BanRep	\$67.943.000.000	Cotizantes	2.190	\$4.763.918
		Beneficiarios	8.034	
		Pensionados	4.038	
		Total	14.262	
Unisalud	\$53.000.000.000	Total	18.000	\$2.944.444
Fuerzas Militares	\$649.588.958.000	Pensionados	43.418	\$947.418,50
		Retirados	37.782	
		Activos	133.101	
		Civiles	11.059	
		Beneficiarios	320.869	
		No cotizantes	139.412	
		Total	685.641	
Policía	\$584.378.325.064	Pensionados	25.520	\$910.184
		Retirados	88.874	
		Activos	128.004	
		Civiles	4.790	
		Beneficiarios	358.022	
		No cotizantes	36.834	
		Total	642.044	
Magisterio	\$818.989.000.000	Cotizantes	405.734	\$884.294,10
		Beneficiarios	520.416	
		Total	926.150	
Total	\$2.456.015.467.064	Total	2.354.332	

Fuente: Superintendencia Financiera, Ecopetrol, Sanidad Militar, FOMAG, BanRep, Entrevista Unisalud.

servicio de salud de la Universidad del Atlántico, donde existe una gran insatisfacción por parte de los usuarios debido a la ineficiencia y mala prestación de servicios en salud. Las diferencias se explican en su mayoría por la cobertura de los medicamentos incluidos y de las prestaciones médicas a que tienen derecho, entre las más importantes. En este punto se encuentra una desigualdad en el sistema de salud, pues mientras un grupo de población -como la de estos regímenes- recibe los mejores tratamientos financiados con recursos públicos, otros apenas reciben subsidios parciales para la atención prioritaria. Como consecuencia, la destinación de recursos per cápita es superior a la UPC del régimen contributivo (\$4.763.918 para el Banco de la República, \$4.600.045 para Ecopetrol, \$ 2.944.444 para Unisalud, etc.) y su única conexión con el resto del sistema es la destinación de 1,5 puntos de las cotizaciones (de sus afiliados y los aportes patronales, que en este caso vienen del Presupuesto Nacional) a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

En el ámbito administrativo, existen entidades que realizan la tercerización en la prestación de servicios de salud mediante la contratación de una empresa especializada en la gestión y organización de los recursos, como es el caso del Magisterio y del Banco de la República; mientras que hay algunos casos en los que la entidad administra directamente los centros de prestación de servicios médicos o contrata a las IPS. En el primer caso, la entidad transfiere esa responsabilidad mediante una licitación, con lo que se puede dedicar a su objeto de funcionamiento principal, y en el segundo caso, se pueden encontrar situaciones como la de Ecopetrol, que también administra los prestadores de servicios, aun cuando cuya gestión no es su especialidad. En este sentido, en este régimen se encuentran actores totalmente distintos a los existentes en los demás, pues los centros que atienden a la población están administrados por empresas públicas. De este modo, no se promueve la competencia, que era uno de los principios en la promulgación de la Ley 100 de 1993.

Un aspecto preocupante es que la destinación de recursos para la prestación de servicios médicos de estas entidades crece en términos reales en un promedio de 10,5% anual. Esta cuestión merece especial atención, ya que una parte muy importante de la financiación corresponde a los aportes patronales, que en este caso corresponden a recursos públicos nacionales por el carácter de estas entidades. Como se observó, las explicaciones a este fenómeno pueden ser tres: en primer lugar, que las tarifas de las IPS crecen por encima de la inflación; en segundo lugar, que mientras la población de mayor edad, es decir de alto costo, aumenta año a año significativamente, la dinámica de los nuevos cotizantes no logra compensar este impacto sobre

los costos; y por último, que la implementación de nuevas tecnologías en salud genera mayores costos, ya que los usuarios exigen que se esté a la vanguardia en términos de procedimientos y medicamentos (que tal como se ha discutido suelen ser más costosos que los tradicionales). De seguir así, aunque desde el gobierno central se destinen más recursos para garantizar la sostenibilidad del sistema, las diferencias con el resto del mismo se amplían cada vez más si se mide desde el gasto per cápita que realizan estas entidades.

En la búsqueda de una mayor equidad, principio promulgado en la Ley 100 de 1993, sería muy importante aplicar una regulación más estricta a estas entidades, de tal manera que busque una convergencia en el paquete de beneficios que deben recibir las poblaciones cobijadas por los regímenes especiales. Por ejemplo, se puede poner un límite máximo del gasto per cápita, con el fin de controlar el crecimiento de los últimos años en los recursos públicos que se destinan a su financiamiento. En el estado ideal, se debería encontrar que todos los trabajadores recibieran los mismos beneficios obtenidos, como un derecho explicado por su condición de ciudadanos y aseverado por los aportes que realizan al sistema.

Así entonces, no se puede hablar de insostenibilidad del ritmo del gasto en sentido estricto, puesto que por su condición de regímenes especiales no se guarda una correspondencia entre lo que se cotiza y lo que se gasta per cápita en los planes de beneficio; sin embargo, sigue siendo objeto de preocupación el eventual impacto fiscal que dicho gasto pueda generar. Si bien por razones históricas y legales es muy difícil lograr que una alta equidad en las prestaciones de todos los regímenes, se debería propender por la existencia de una convergencia entre los distintos planes de beneficio del SGSSS y el gasto que se destina al mismo.



### III. RÉGIMEN SUBSIDIADO

A continuación se analizan las principales características del régimen subsidiado, donde se incluye una descripción general de las empresas que lo integran, los recursos financieros que maneja, su dinámica reciente y los retos que enfrenta en la actual situación. De acuerdo con la Ley 100 de 1993, la naturaleza del régimen subsidiado es la promoción de la afiliación a la salud, garantizando el acceso a los servicios de salud para toda la población, especialmente aquellos que se encuentran en situación de pobreza.

En este sentido, la ley buscaba aumentar la cobertura del aseguramiento individual de la población más vulnerable mediante su afiliación al SGSSS. Para tal fin era necesario definir de una manera técnica la población que podía acceder a este subsidio de salud, lo que condujo a la creación del SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) en el año 1993. El SISBEN busca focalizar los subsidios de salud, mediante la identificación de las familias que requieren el subsidio total o parcial para recibir el servicio de salud. De acuerdo con la ley, son beneficiarios del régimen subsidiado toda la población pobre y vulnerable, clasificada en los niveles I y II del SISBEN, siempre y cuando no estén afiliados en el régimen contributivo; también hace parte de este grupo la población clasificada en el nivel III del SISBEN, en los términos de la ley, así como las poblaciones especiales registradas en los listados censales y las prioritarias que defina el gobierno nacional, según lo establece el literal a) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007<sup>19</sup>.

La expansión de la cobertura del régimen subsidiado durante la primera década no fue muy alta, pero durante la década siguiente este creció de forma sostenida, contribuyendo de manera importante a lograr cerca del 95% de cobertura en Colombia al año 2010; de este modo, el sistema de salud se acerca a la universalización, una de sus principales metas. Hoy existen departamentos de Colombia donde la cobertura es cercana al 100%, tales como La Guajira, Huila, Casanare, Cesar y Antioquia; sin embargo, persisten retos grandes como lograr la igualdad en la prestación de servicios a toda la población.

<sup>19</sup> Acuerdo 415 de 2009. Ministerio de Salud.

Existen varios hechos que necesariamente conducirán a la homologación o nivelación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. El más importante quizás sea el conjunto de fallos emitidos por la Corte Constitucional, de los cuales el de mayor relevancia es la sentencia T-760 de 2008, que explícitamente y con fechas de cumplimiento obliga a nivelar los POS de ambos regímenes<sup>20</sup>. Esto con el fin de garantizar el cumplimiento de las metas planteadas en la Ley 100 de 1993, en relación con la igualdad en los servicios de salud ofrecidos a toda la población. De una parte, la nivelación por grupos poblacionales ya se hizo para los grupos etarios de mayor costo; en el 2010 para los niños menores de 18 años y a finales de 2011 para los hombres y mujeres mayores de 60 años. De otra, se debe dar el paso final para lograr que todos los colombianos estén afiliados al SGSSS, pues se estima que tan sólo el 4% de la población colombiana no tenía ningún tipo de afiliación hasta finales de 2011.

A su vez, la Ley 1438 que reformó el SGSSS, declara nuevos principios del sistema, adicionales a los planteados en la Ley 100 y del mismo modo, introduce los mecanismos de transición hacia un escenario de igualación de los POS del régimen subsidiado y contributivo, como la desaparición de los planes de beneficios parciales y nuevos mecanismos de administración de recursos como el pago directo a las EPS-S desde el Gobierno Central a nombre de las entidades territoriales (artículo 29).

De tal forma, la igualación o nivelación de los planes de beneficio junto con la cercanía a la universalización en la cobertura son metas importantes que se deben consolidar en los próximos años, teniendo en cuenta que los retos son financieros y de gestión.

### **III.A. AFILIACIÓN**

Como se observa en el Cuadro 12, el régimen subsidiado cubre actualmente a 21 millones de afiliados activos, es decir, casi el 60% del mercado de la salud en Colombia. Por consiguiente, cuenta también con un gran número de empresas aseguradoras, cuya participación en el mercado se muestra también en el Cuadro 12. Como se observa, EMSSANAR E.S.S., ASMET, COOSALUD E.S.S., EMDISALUD E.S.S., MUTUAL SER E.S.S., AMBUQ E.S.S. y ECOOPSOS

<sup>20</sup> En efecto, para el segundo semestre de 2012 se espera que la unificación de los POS del régimen contributivo y subsidiado esté implementada en su totalidad.



(afiladas a Gestarsalud), tienen la mayor participación en el mercado, ya que la sumatoria de sus afiliados alcanza el 40% del total. No obstante, de manera individual Caprecom tiene el mayor número de afiliados activos, con el 14% de la población total subsidiada. Posteriormente, se encuentran algunas cooperativas o empresas solidarias, seguidas por cajas de compensación familiar, que en conjunto participan con el 46% del mercado.

CUADRO 12. PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO DE LAS EPS-S

Entidad	Afiliados activos	Participación en el mercado (%)
Caprecom EPS	2.955.868	14
Cooperativa de Salud Comunitaria-Comparta	1.412.013	6
Emssanar E.S.S.	1.278.457	6
Asociación Mutua la Esperanza Asmet Salud	1.273.203	6
Coosalud E.S.S.	1.236.703	6
Cafesalud E.P.S. S.A.	1.232.692	6
Solsalud E.P.S. S.A	1.212.724	6
Emdisalud Ess	947.396	4
Asociación Mutua Ser Empresa Solidaria de Salud ESS	877.343	4
Saludvida S.A .E.P.S	869.303	4
Asociación Mutua Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	625.844	3
Ecoopsos	542.469	2
Humana Vivir S.A. E.P.S.	485.182	2
Caja de Compensacion Familiar de Antioquia Comfama	482.735	2
Caja de Compensación Familiar del Huila "Comfamiliar"	449.209	2
Salud Total S.A. E.P.S.	439.236	2
Selvasalud S.A. E.P.S	411.815	2
E.P.S. Condor S.A.	411.458	2
EPS Convida	378.243	2
Caja de Compensacion Familiar Cajacopi Atlántico	376.702	2
EPS Programa Comfenalco Antioquia	354.804	2
Total	21.876.948	

Fuente: RUAF, 2011.

En el año 2010 se contrataron 21,8 millones de cupos para la atención a la población del régimen subsidiado, tal como se puede observar en el Cuadro 13; de esta población, 283 mil personas recibieron un subsidio parcial y el resto el subsidio pleno. Si bien el crecimiento desde el año 2004 fue de un 40,4%, en el año 2010 se realizó un cruce de datos con la BDUA

que generó la identificación de 1.533.022 personas menos respecto al año 2009. Además, se evidencia cómo la población que recibía subsidios parciales se mantuvo alrededor de un millón ochocientos para los años 2004, 2005 y 2006, pero a partir del 2007 esta cifra ha caído significativamente.

CUADRO 13. CUPOS CONTRATADOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Subsidios Plenos	13.735.405	16.576.712	18.264.692	20.373.977	22.485.211	22.995.513	21.557.933
Subsidios parciales	1.818.069	1.861.301	1.885.316	1.232.835	1.115.789	378.400	282.958
Total	15.553.474	18.438.013	20.125.263	21.606.812	23.601.000	23.373.913	21.840.891

Fuente: Ministerio de la Salud.

### III.B. LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Este mercado está compuesto por tres tipos de empresas: aquellas de carácter privado pertenecientes tanto al régimen contributivo como al subsidiado, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud. En cuanto a las cajas de compensación familiar, su participación en el régimen subsidiado se explica porque la Ley 100 les exigió la *"cobertura hacia poblaciones pobres, no empleadas en el sector formal, a través de la obligación de destinar recursos y/o administrar servicios sociales a través del régimen subsidiado de salud y la atención de niños menores en condiciones de pobreza"*. Hay que recordar que las cajas de compensación desde mucho antes de la Ley 100 le ofrecen a sus afiliados servicios de recreación, hotelería y agencias de viajes además de los de salud. Por ejemplo, Comfama en Antioquia, con presencia en ese departamento desde 1954, comenzó a desarrollar desde la década de los 70's servicios de salud subsidiados que luego fueron consolidando a medida que se incrementaba su número de afiliados. Con la Ley 100 simplemente adecuaron su oferta de servicios a lo que ésta les exigía. En el 2011, Comfama contaba con cerca de 430 mil afiliados al régimen subsidiado, lo que representa el 2,21% de participación en el mercado y el 1% del total de los beneficiarios en ambos regímenes<sup>21</sup>.

<sup>21</sup> Fuente: <http://websvr.sispro.gov.co/RUAF/Cliente/Web/Consultas/A15NumeroAfiliadosSL.aspx>, cálculos Grupo consultor.

Por otro lado, algunas empresas solidarias en salud se crearon antes de la Ley 100, pero su auge se explica a partir de la misma. Éstas buscan *"promover la autogestión y participación comunitaria en salud organizando los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad"*. Varias empresas solidarias crecieron desde la región, como es el caso de Selva Salud, que opera desde 1997 y cuyos socios mayoritarios son un grupo de Empresas Sociales del Estado (ESE) del sur del país. Si bien su sede principal es en el Putumayo, tiene oficinas en Cauca, Valle, Córdoba, Nariño, Atlántico, Sucre, Chocó, Antioquia, Amazonas y Guajira. Selva Salud cerró el 2008 con 364 mil afiliados al régimen contributivo y una participación en el mercado de 1,9%.

Por su parte, Asmet Salud se crea a partir de organizaciones comunitarias en el Tambo (Cauca). Para el 2001, incluye en su organigrama a 12 ESE del Cauca, Caquetá, Tolima, Risaralda y Huila, con presencia en 14 departamentos y 133 municipios. Así mismo, tiene más de 1,1 millón de afiliados, con una participación en el mercado del 5,7%. Otra empresa de igual desarrollo es Emssanar, que consolida su presencia en Nariño, Putumayo, Cauca y Valle con una cobertura de en 89 municipios. Además, ésta se constituye como una empresa de economía solidaria, que extiende sus servicios al Centro de estudios Emssanar, servicio farmacéutico, IPS Emssanar y una Fundación, entre otras. En el momento tiene más de 1,1 millón de afiliados sólo al subsidiado con una participación del 5,5% en el total de afiliados al régimen subsidiado.

Un caso especial es Caprecom, que actualmente cubre al 16% de la población a nivel nacional y tiene presencia en 32 departamentos y 720 municipios. Es una empresa industrial y comercial del Estado, vinculada al MPS y establecida como promotora de salud en el marco de la Ley 100. Igualmente, Caprecom ha ampliado su red de servicios a muchas actividades, además de ser EPS del subsidiado. En general, las EPS de este régimen son empresas sociales del estado que se desarrollaron a partir de la Ley 100, seguidas en importancia por las Cajas de compensación.

### **III.C. RECURSOS**

Antes que nada, es necesario entender cuáles son las entidades y agencias que participan en la gestión de los recursos, así como en la prestación de los servicios de los afiliados al SGSSS

Ley 1438 de 2011  
(En período de transición)



por este régimen. El Gráfico 5 muestra el flujo de recursos en el régimen subsidiado, donde se destacan principalmente, las numerosas fuentes de financiamiento. Por parte del nivel nacional vale la pena mencionar las transferencias del sistema general de participaciones y las transferencias del Fosyga, correspondientes al paripassu que administra el fondo o subcuenta de solidaridad. Estos recursos son canalizados a través de las entidades territoriales, las cuales a su vez contratan con estos recursos a las EPS o directamente a las IPS. El papel fundamental lo desempeñan las 973 IPS públicas, dado que estas son las que contratan los servicios con las EPS y los gobernantes de alcaldías y departamentos.

En el Cuadro 14 se observan los recursos que financian el régimen subsidiado en el año 2011. Se puede ver que a nivel regional, los departamentos y ciudades que destinan más recursos al suministro de subsidios para la salud son Antioquia, Valle, Atlántico, Bolívar y Bogotá D.C.; en total, se destinarán \$6,9 billones en el año. Para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados las EPS reciben una UPC-S de \$302.040 en el 2011. Esta cifra ha venido aumentando por efecto de la nivelación con el régimen contributivo, en donde el valor de la UPC se ha incrementado para los grupos etarios en donde se efectuó la igualación. La última gran decisión fue el Acuerdo 27 de la CRES de 2011, en donde se nivelan los planes de beneficio de los mayores de 60 años. La homologación completa de planes de beneficios representa importantes retos financieros y de gestión en los próximos meses (Fedesarrollo, 2011).

Aunque no se conoce todavía el valor de la nivelación para las poblaciones pendientes, es posible que este gasto adicional a ejecutarse en los dos años siguientes sea de unos \$1,5 billones al año, con lo cual el gasto para atender esta población llegue a los \$8,5 anuales. Esto significa que la UPC promedio para esta población sea de \$420 mil anuales, es decir un 20% menos que el valor de la UPC del régimen contributivo.

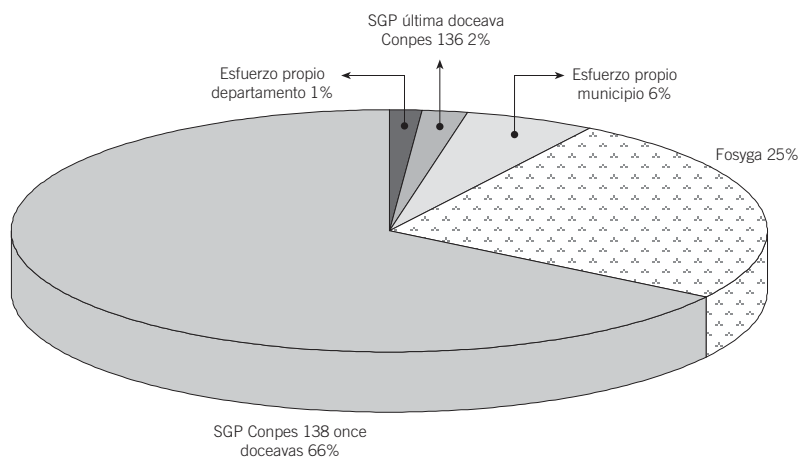
A su vez el Gráfico 6 muestra la composición porcentual de estos recursos. El Sistema General de Participaciones es el más importante con el 69% del total, seguido por los recursos del Fosyga correspondientes al 24%; dentro de este rubro (como ya se mencionó anteriormente) se encuentran las transferencias del régimen contributivo. Al respecto, la resolución 0477 de 2011 del Ministerio de la Salud, determina que para este año el monto de las cotizaciones que se transfieren a la solidaridad es de 0,017 puntos, lo cual es sensiblemente menor a la transferencia de 1,5 puntos porcentuales de años anteriores.

CUADRO 14. RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR DEPARTAMENTOS 2011  
(MILLONES DE PESOS)

Departamento	SGP última doceava Conpes 136	SGP Conpes 138 once doceavas	CCF	Departamentos	Municipios	Fosyga	Total
Amazonas	789	10.798	0	151	288	3.207	15.232
Antioquia	42.201	491.937	23.398	58.064	62.957	71.145	749.701
Arauca	3.167	39.693	0	7.988	6.152	4.913	61.913
Atlántico	19.572	251.237	1.499	9.932	20.971	125.918	429.131
Bogotá D.C.	28.097	284.806	27.759	0	60.910	21.143	422.715
Bolívar	21.722	273.998	1.174	8.294	29.973	89.792	424.953
Boyacá	14.096	152.760	2.810	18.914	12.179	15.028	215.787
Caldas	8.714	99.704	0	6.503	2.999	21.380	139.299
Caquetá	4.728	62.201	0	1.270	524	23.223	91.946
Casanare	4.086	45.822	0	14.483	1.294	5.260	70.945
Cauca	15.340	200.473	0	6.444	6.161	53.775	282.192
Cesar	12.460	159.737	0	28.906	748	29.952	231.802
Chocó	6.729	81.440	0	2.321	2.349	32.611	125.452
Córdoba	18.634	247.716	1.972	5.975	12.315	72.325	358.937
Cundinamarca	17.783	178.188	43.750	32.239	4.914	14.865	291.738
Guainía	595	8.224	0	464	16	3.363	12.662
Guaviare	1.335	14.353	0	504	926	4.947	22.066
Huila	12.342	156.042	2.015	26.708	10.263	12.140	219.510
La guajira	9.532	120.649	1.531	22.967	9.725	23.699	188.103
Magdalena	13.385	181.160	0	3.859	5.874	65.723	270.001
Meta	7.128	80.285	0	11.791	8.151	11.868	119.223
Nariño	19.249	242.231	1.789	4.753	5.829	62.057	335.908
Norte de Santander	14.905	175.288	2.892	8.456	18.304	24.261	244.106
Putumayo	4.295	53.804	0	2.807	2.671	22.500	86.076
Quindío	4.719	57.845	0	3.609	1.146	10.293	77.613
Risaralda	6.375	74.602	0	4.517	3.544	16.593	105.633
San Andrés	456	5.014	0	539	71	1.426	7.506
Santander	17.494	195.157	6.347	12.055	10.736	31.109	272.898
Sucre	11.568	159.452	1.021	3.586	12.262	56.842	244.732
Tolima	12.709	156.125	1.600	9.009	6.327	31.725	217.496
Valle	29.578	345.017	0	28.071	14.668	95.164	512.497
Vaupés	435	4.691	0	105	392	1.793	7.415
Vichada	951	12.340	0	252	262	9.446	23.252
Total general	385.170	4.622.789	119.555	345.535	335.899	1.069.491	6.878.439

Fuente: Ministerio de la Salud.

GRÁFICO 6. RECURSOS QUE FINANCIAN Y COFINANCIAN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO, 2011



Fuente: Elaboración de los autores.

### III.D. PLAN DE BENEFICIOS

El Cuadro 15, muestra el plan de beneficios para el régimen subsidiado. Este incluye los servicios de atención básica o de baja complejidad (nivel 1), urgencias, promoción y prevención en salud, atención del proceso de gestación, parto y puerperio, oftalmología, ortopedia, traumatología, procesos quirúrgicos de complejidad baja o moderada, rehabilitación funcional y atención de algunos servicios de alto costo. Las atenciones adicionales que requieran los pacientes subsidiados, se cobran en el sistema como servicios No POS-S y el departamento o entidad territorial correspondiente debe responder por el pago a los hospitales o instituciones prestadoras de servicios de salud.

En relación con la cobertura del plan básico de atención en el régimen contributivo y en el régimen especial, es claro que el plan de beneficios del subsidiado tiene una menor cobertura y, en algunos casos, una menor calidad en la prestación de servicios o menor acceso a éstos, lo que viola los principios de universalidad e igualdad, promulgados en la Ley 100 de 1993. En concordancia, esta ley junto con la Ley 1438, buscan promover una mayor integralidad en el sistema, garantizando igualdad de acceso, calidad y cobertura entre los diferentes regímenes.

CUADRO 15. PLAN DE BENEFICIOS VIGENTE DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

	UPC promedio	Afiliados	Marco legal	Paquete de servicios
Régimen subsidiado	\$302.040,00	Afiliados activos 21.876.948	Acuerdo No. 19 de diciembre 29 de 2011 CRES	POS-S Link: <a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/ACUER-DO%2008%20DE%202009.pdf">http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/ACUER-DO%2008%20DE%202009.pdf</a>
Subsidios parciales Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla	\$136.371,80	Afiliados activos 130.643	Acuerdo No. 19 de diciembre 29 de 2011 CRES	POS-S (parcial): <input type="checkbox"/> Atención integral de enfermedades de alto costo <input type="checkbox"/> Atención integral en traumatología y ortopedia, incluida la rehabilitación física necesaria. <input type="checkbox"/> La atención integral del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones con servicios de cualquier complejidad <input type="checkbox"/> Atención integral al menor de un año en cualquier nivel de complejidad para toda enfermedad o afección de cualquier etiología; <input type="checkbox"/> Los medicamentos incluidos en el Acuerdo 228 que sean formulados como parte de las atenciones señalada en los literales anteriores; <input type="checkbox"/> Los medicamentos incluidos en el Acuerdo 228 que sean formulados como parte de la atención ambulatoria de primer nivel de complejidad cubiertas por el Régimen Subsidiado, siempre y cuando haya sido prescrito por un profesional de la salud de primer nivel de la red pública, prescripción que debe ser verificable en la respectiva historia clínica.
Subsidios parciales resto de ciudades	\$132.989,70	Afiliados activos 125.290		Link: <a href="http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/acuerdo_267.pdf">http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/cajaherram/documentos/Biblioteca/CompendioNormativo/acuerdo_267.pdf</a>
Fuentes: Superintendencia financiera.				



Por último, la CRES expidió el nuevo POS, que entró en vigencia desde enero de 2012 e incluye un listado nuevo de prestaciones médicas y medicamentos. Desde ya se escuchan las primeras críticas a dicha modificación, pues los médicos lo consideran insuficiente y las EPS afirman que, más allá de cortar de raíz el problema del No POS, éste no puede ser financiado con el valor actual de la UPC.

### **III.E. RETOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

De acuerdo con la descripción general presentada sobre el funcionamiento del régimen y la actual coyuntura que enfrenta el sistema de salud, es claro que actualmente existen varios retos o problemas que los diferentes actores que integran el sector deberán enfrentar para garantizar su sostenibilidad financiera y operativa. Estos se describen a continuación.

#### **III.E.1. NIVELACIÓN DEL POS**

La experiencia piloto de Cartagena y Barranquilla de igualación de los POS evidenció varios retos que deberán ser enfrentados si se quiere que el proceso sea sostenible y equitativo para todos los actores que integran el sistema de salud. En particular, se encontró que las dos experiencias piloto con las que comenzó el proceso de unificación del POS en el país han resultado ser casos extremos de los posibles resultados de la reforma al sistema. Por un lado, Barranquilla ha tenido éxito en la nivelación de los planes de salud, principalmente porque la reforma al sector se pensó con anticipación y se incluyó como objetivo primordial en el plan de desarrollo de la ciudad. Por consiguiente, se contaba con el respaldo suficiente, tanto político como financiero, para renovar la red pública y establecer un control riguroso a los diferentes agentes en el mercado, garantizando la efectividad en la prestación de los servicios y la sostenibilidad financiera del sistema.

En contraposición, en Cartagena la reforma se dio de manera imprevista y no existían las garantías iniciales para que el proceso fuera exitoso: se requería una reforma más rigurosa a la red hospitalaria, con el fin de garantizar su integralidad y estabilidad financiera. Adicionalmente, hubiese sido indispensable contar con un mayor respaldo institucional, con el fin de establecer políticas de control estrictas que favorecieran, en primer lugar a la población y posteriormente, los ingresos económicos para las EPS e IPS.

Existen diferencias estructurales en el planteamiento inicial y puesta en marcha de los planes de unificación del POS en ambas ciudades, abarcando temas como la inversión en infraestructura, tipo de operador de la red pública, modelo de salud, proceso de implementación y valor de la UPC. Justamente, estos elementos serían los temas claves a tener en cuenta en el caso de la unificación en Cundinamarca o en el resto del país.

Si bien el éxito de esta medida no es el mismo en las dos ciudades ni es posible replicarlo en el departamento de Cundinamarca por sus propias características epidemiológicas, de dispersión de la población, del monto y las fuentes de financiamiento, entre otros elementos, el equipo de trabajo de Fedesarrollo ha identificado varias lecciones importantes que deberían tenerse en cuenta para la unificación de los planes de beneficios en salud del Departamento.

En primer lugar, la zona geográfica que desee igualar los regímenes de salud debe adelantar un proceso completo de carnetización de la población, que certifique la identificación de los usuarios y la universalización en la entrega del servicio. Con esta actividad se asegura el reconocimiento y el posterior pago por parte de la nación por cada afiliado identificado.

A nivel práctico, la UPC debe ser suficiente para ampliar los servicios ofrecidos a la población subsidiada, pero debe destinarse un monto importante para la atención de servicios de primer nivel. De otro lado, con el fin de reducir costos en la atención más compleja, se debe fortalecer el primer nivel de atención, así como la promoción y prevención. Este esquema ha sido implementado en el distrito de Barranquilla, donde las cifras reflejan que se ha logrado reducir la utilización de servicios de alto costo, mediante la puesta en marcha de una fuerte campaña de atención primaria en salud, que busca la detección temprana de enfermedades.

A nivel administrativo, se destaca el buen funcionamiento del caso de Barranquilla, que tiene un único administrador de los recursos, al que puede vigilar y controlar de una manera más efectiva por medio de sanciones y sin que el ente territorial pierda el papel de ordenador del gasto, aún bajo el escenario de giro directo desde el Ministerio de Protección Social a las cuentas maestras de las EPS. Adicionalmente, el ente territorial puede actuar como acelerador del flujo de recursos a las IPS, mediante la presión y aplicación de sanciones ante el incumplimiento de las mismas.

Sin embargo, se debe tener en cuenta la asimetría de negociación entre los diferentes agentes involucrados en el sistema de salud, por lo cual será necesario brindar el apoyo necesario

para que las entidades territoriales tengan el poder de enfrentarse a la negociación con las EPS, que por lo general tienen mayor fortaleza en el mercado de salud que las Secretarías de salud, especialmente en ciudades apartadas.

En este mismo orden de ideas, el departamento y los municipios deben tomar decisiones drásticas para aliviar las cargas prestacionales asociadas a la nómina, que pueden representar un problema en temas de sostenibilidad fiscal. En este punto se debe tener en cuenta que la Ley 1438, en su artículo 103, habla de la contratación del personal misional permanente, que prohíbe la contratación de personal médico y asistencial misional mediante cooperativas u otros mecanismos que vayan en contra de los derechos laborales de este tipo de personal. Por consiguiente, la estrategia de control del gasto mediante la contratación externa de personal médico deberá vigilarse y tal vez reemplazarse con una gestión administrativa más eficaz de control del gasto que, además, cumpla con la normatividad establecida.

### **III.E.2. TRABAJO EN REDES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR DISPOSICIÓN DE LA LEY 1438**

La Ley 1438 de 2011 determinó la constitución y contratación de redes integradas de servicios, definidas como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud, individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales y continuos a una población definida, dispuesta conforme la demanda. En este sentido, la Ley dispuso que las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante uniones temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.

No obstante, la discusión clave está en la lógica de constitución de dichas redes de IPS, teniendo en cuenta que la Ley determina que la organización y conformación de las redes estará a cargo de las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación en coordinación con las EPS. Este podría ser un problema para garantizar la integralidad del sistema, dado que en muchos casos las entidades promotoras de salud desconocen la dinámica de demanda de servicios de salud en regiones apartadas.

En este sentido, será indispensable cumplir realmente con todos los criterios establecidos para definir las redes de servicios, a saber:

- Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como de salud colectiva.
- Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.
- Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.
- Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.
- Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar tanto la integralidad como la continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios, intramurales o extramurales.
- Red de transporte y comunicaciones.
- Acción intersectorial efectiva.
- Esquemas de participación social amplia.
- Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.
- Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
- Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.
- Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Por consiguiente, el tema crítico será el efecto de la constitución de las redes integradas de servicios sobre los hospitales públicos, principalmente aquellos que se encuentran ubicados en las regiones más apartadas. Si la red cuenta con una dinámica de administración unificada, o por lo menos estructurada de común acuerdo, tendrá mejores posibilidades de reducir los costos administrativos y centralizar las decisiones financieras con el fin de reducir los costos a nivel de red. En estos casos, las largas distancias entre hospitales podrían ser manejadas con mayor eficacia, dado que un único administrador del gasto podrá establecer estrategias financieras para el total de la red y no sólo por IPS.

Sin embargo, en la realidad colombiana los hospitales públicos en general, pero principalmente aquellos que atienden la demanda de servicios de salud en regiones apartadas y vulnerables, enfrentan restricciones presupuestales, administrativas y de gestión por la falta de personal disponible para la atención de la demanda o por ineficiencias en el manejo del gasto, principalmente el destinado a personal oficial con altas cargas prestacionales. Esto genera barreras de índole política, institucional y financiera que dificultan la constitución de redes de servicios verdaderamente integradas. Se requiere un fuerte trabajo de construcción de sinergias entre hospitales de regiones cercanas, saneamiento de sus finanzas y principalmente, la toma de decisiones estratégicas en pro del equilibrio del sistema de salud a favor del beneficio de la población.

En este sentido, será necesario superar los obstáculos políticos y tomar decisiones fundamentadas en criterios técnicos, sin dejar de lado el beneficio social; es decir, que se garantice la existencia de hospitales o centros de salud en zonas apartadas, que ofrezcan, al menos, servicios básicos de atención y permitan el acceso (a una distancia relativamente corta) a servicios de mayor complejidad. No obstante, estas decisiones podrían ir en contra de permitir que las EPS sean las encargadas de la conformación de las redes, razón por la cual es necesario sopesar el costo/beneficio de las mismas.

### **III.E.3. DEBILIDADES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

Actualmente, las entidades promotoras de salud funcionan como agentes integradores del sistema de salud, ya que son las encargadas de gestionar el modelo de aseguramiento y establecer contratos con las IPS públicas o privadas. Por consiguiente, tienen una alta responsabilidad garantizando el flujo de recursos en el sistema y el cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de servicios.

Sin embargo, recientemente se ha encontrado que algunas EPS limitan el flujo de recursos en vez de facilitarlo, ya que tienen demoras en el pago a las IPS, establecen contratos con ellas que no garantizan la integralidad en el sistema o limitan el acceso de la población a los servicios. Lo anterior se debe a que en algunos casos no contratan la atención de los distintos niveles de complejidad a una distancia favorable para el paciente, sino que favorecen la contratación de instituciones prestadoras de salud que son de su propiedad o con las que tienen convenios.

Este comportamiento puede corresponder a intenciones inescrupulosas o a ineficiencias en la administración, que generan debilidades financieras u operativas en las EPS, y a su vez, se traducen en tardanzas en los pagos a IPS o celebración de contratos desfavorables para las mismas. En relación con este tema, el caso de Caprecom EPS merece especial atención, ya que actualmente cubre al 15% del total de la población afiliada. Dada su alta participación en el mercado de salud a nivel nacional, resultan preocupantes sus problemas financieros, que se reflejan en ser considerada la EPS con mayores retrasos en sus pagos -se estima que su cartera supera los \$425 mil millones. Dado que es la EPS más grande, es de propiedad del estado y tiene representación a nivel nacional, esta debería tener la mejor gestión de todas las EPS y debería ser un ejemplo de buen gobierno y resultados para todos los actores del sistema de salud; infortunadamente está lejos de esta condición.

### **III.E.4. VULNERABILIDAD FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA**

La identificación de las principales fuentes de vulnerabilidad de la red pública implica considerar el efecto de los retrasos en los pagos hechos por las EPS del régimen subsidiado a los hospitales públicos, dado que las primeras están obligadas (por la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 1020 del mismo año) a contratar un 60% con los últimos. Por tal razón, no se puede dejar de lado el posible impacto que tendría la legislación más reciente, sobre la sostenibilidad financiera de los hospitales; a manera de ejemplo, el Decreto 971 de 2011 reglamenta el mecanismo de giro directo de los recursos desde el MPS -en nombre de cada entidad territorial- hacia las EPS o IPS, lo cual modificaría la dinámica financiera que ha presentado el sistema de salud en los últimos años.

Para el 2005, *"existían en Colombia aproximadamente 1.010 instituciones prestadoras de salud públicas y cerca de 1.015 privadas"* (Sarmiento et al, 2005). A pesar de estar distribuidas en todo el país, existía una mayor concentración de instituciones privadas en las grandes ciudades y una concentración de instituciones públicas en regiones apartadas. Esta distribución se

mantiene hasta hoy, aunque la cantidad de IPS ha aumentado considerablemente incluyendo hospitales, centros de salud, clínicas y ESE<sup>22</sup>. De acuerdo con la Superintendencia de Salud, en el año 2010 obtuvieron reporte de 3.029 IPS en todo el país, aunque el número de instituciones que no presenta reporte parece ser mucho mayor, razón por la cual parece necesario que la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) ejerza un mayor control al respecto. Por su parte, el Ministerio de Protección Social, registró para el 2011 un total de 1.023 instituciones públicas prestadoras de servicios de salud a nivel nacional. Con esta gran cantidad de IPS funcionando, es claro que este eslabón de la cadena de salud tiene una importancia alta en la sostenibilidad del sistema. Por consiguiente, los problemas financieros, operativos y/o administrativos que enfrentan podrían ocasionar un deterioro en la salud de los habitantes y en las finanzas públicas.

Hoy en Colombia existe desorganización en la oferta general de servicios de salud por parte de las IPS, particularmente entre instituciones públicas y privadas. No existe una adecuada articulación en la oferta general de servicios, en términos del acceso a los diferentes niveles de complejidad y la calidad en la oferta que reciben los usuarios del régimen contributivo y subsidiado. De acuerdo con Sarmiento et. al. (2005) *"los proveedores privados se concentran en responder a la demanda de la población sin importar su localización geográfica o su nivel de atención, mientras que las instituciones de carácter público deben garantizar el servicio según las necesidades de la población de referencia"*. Esta situación pone en desventaja a las instituciones o centros de salud más apartados o que atienden servicios de primer nivel, ya que enfrentan más problemas para garantizar la dotación física y en recursos humanos para responder a la demanda. No obstante, las ESE tienen un papel fundamental en el sistema de salud colombiano, ya que en muchos de los municipios más apartados de la geografía son el único prestador disponible para atender a la población urbana y rural del municipio; aun así, las ESE no escapan a la dinámica del sistema de salud colombiano, ya que tienen una calidad muy heterogénea.

Por otra parte, se ha encontrado la percepción de que las IPS de índole privada responden mejor a las condiciones contractuales y a las exigencias demandadas por la población, razón

<sup>22</sup> Sarmiento A., Castellanos W. Nieto A., Alonso C. y Pérez C. (2005). **Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud**. DNP - Archivos de macroeconomía No. 298. Bogotá.

por la cual las EPS las prefieren para su contratación de servicios. Esta dinámica explica que los hospitales públicos enfrenten disminuciones en su capacidad de autofinanciación, lo que les dificulta mejorar su habilidad para competir en el mercado. En particular, Sarmiento et al. (2005) encuentran como conclusión general para los hospitales públicos que, hasta hace 6 años, la dotación humana y física era deficitaria en todos los niveles y todos los grupos de municipios. Este déficit de recursos en el primer nivel ocasionaba un represamiento en la atención del segundo nivel, lo que deterioraba la eficiencia del sistema y la salud de la población. Adicionalmente, encontraron que los municipios de baja actividad económica carecían de una oferta suficiente de centros de salud, lo que constituía una presión adicional para los hospitales de nivel II.

En relación con la administración de los hospitales y la dinámica del gasto, los autores encontraron que el destinado a recurso humano de nivel administrativo constituía un rubro de mucho peso en la estructura del gasto hospitalario. Por tal razón, la simplificación de trámites, unificación en la facturación y simplificación de fuentes de financiación dentro del sistema, deberían ser algunos de los principales mecanismos para disminuir el gasto hospitalario.

Con respecto a la prestación de servicios, se resalta el déficit en la realización de actividades de promoción y prevención, principalmente en controles prenatales, crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, entre otros servicios básicos. Esto se traduce en una mayor desprotección a la población más vulnerable, así como en un aumento en la demanda de servicios de mayor complejidad y costo en los hospitales de mayor nivel. Así mismo, este resultado indica que los hospitales de primer nivel enfrentan problemas debido a una combinación ineficiente de insumos o asignación precaria de recursos, debilidades en la cantidad disponible de personal para atender a la población objetivo y subutilización de las dotaciones en algunas instituciones. Toda esta situación refleja la necesidad de fortalecer la capacidad administrativa y gerencial del personal responsable de estas instituciones.

En relación con la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos, la Superintendencia Nacional de Salud, señala que *"aproximadamente 881 IPS de las 988 que reportaron información para el 2009, tuvieron egresos comprometidos superiores a los recaudos percibidos"*; es decir, que la mayoría de las instituciones públicas prestadoras de salud se encontraban en déficit para el 2009. Adicionalmente, encuentran que los gastos de personal representan el mayor porcentaje sobre el total, con un 59% de participación, lo que se



explica por la razón de ser de los hospitales, que requieren un fuerte componente humano para su operación diaria.

Esta dinámica de aumento del gasto y disminución de los recursos se acentúa mucho más a partir del 2007, año en que la cobertura al régimen subsidiado se dispara. Por el lado de los ingresos, entre el 2007 y 2008 los recursos girados por el gobierno central a través del SGP para financiar los gastos de oferta presentaron una caída del 21% en términos reales. Dicha disminución ha sido compensada por una mayor destinación de recursos propios y rentas cedidas por parte del departamento, de modo que su participación en la financiación del gasto total en salud ha aumentado de forma significativa durante los últimos dos años.

Fedesarrollo estudió el caso particular de Cundinamarca y concluyó que la secretaría de salud ha hecho esfuerzos importantes para disminuir el gasto destinado a financiar la oferta ante la disminución de los recursos recibidos por SGP y el crecimiento del gasto No POS del subsidiado. Entre el 2006 y el 2008, el valor contratado con la red adscrita y no adscrita al departamento disminuyó en un 32% en términos reales. De acuerdo a la información presentada, los 8 hospitales del nivel II de complejidad pertenecientes a la Red Adscrita del departamento en el 2009, muestran una participación en el gasto total del 39%, seguida por los 2 hospitales del nivel III con el 35% y los 26 hospitales del nivel I con el 26%. Adicionalmente, se encontró que en general, los ingresos por atención al régimen subsidiado han venido creciendo considerablemente mientras que los recursos provenientes de la atención a vinculados ha caído. No obstante, esta disminución en la contratación de ESE e IPS para la atención de la población vinculada se ha visto contrarrestada por un crecimiento importante del gasto No POS por concepto de servicios y medicamentos demandados por el creciente número de afiliados al régimen subsidiado.

En general, se encuentra que los principales problemas que enfrentan los hospitales públicos del departamento se relacionan con retrasos en el pago de la cartera por parte de las EPS del régimen subsidiado, ineficiencias en el gasto en personal no relacionado directamente con la prestación de servicios y subutilización de la capacidad instalada o los recursos disponibles, principalmente en el primer nivel de complejidad. Al respecto el MPS corroboró que la deuda de las EPS del régimen contributivo con las IPS públicas es poco importante dentro del total de la cartera. Finalmente, todo esto se traduce, en algunos casos, en un exceso de demanda de prestaciones de salud en el segundo nivel.

### III.F. CONCLUSIONES

Bajo la actual coyuntura, existe una gran preocupación por la sostenibilidad del sistema y, en particular, sobre la carga fiscal que significará tanto la universalización como la nivelación de los planes obligatorios de salud dando cumplimiento a la sentencia T-760 de la Corte Constitucional y a la Ley 1438 de 2011. En cuanto a la unificación del POS subsidiado y contributivo, los planes de beneficios ya se han homologado para los extremos de la población, en menores de 18 años y mayores de 60 años. Para la homologación de los beneficios a los hombres y mujeres en edad productiva, se requiere de 0,17 puntos de las contribuciones para aliviar la presión sobre las finanzas departamentales. Al igual que en los otros regímenes, la prestación de servicios a la población del subsidiado se va volviendo más costosa año a año debido a la innovación tecnológica, el envejecimiento de la población, el aumento de la frecuencia de utilización con la maduración del sistema de salud y el crecimiento inercial de la población, que puede causar que la presión sobre el gasto público haga insostenible el modelo.

La reducción de los recursos dedicados a los subsidios en la oferta, con el fin de garantizar el dinero necesario para la prestación de los servicios de salud a la población subsidiada, permitió un importante aumento de la cobertura del aseguramiento en todo el país. Sin embargo, esta transformación de recursos ha generado una evidente reducción del dinero disponible por parte de los departamentos, que son los directamente responsables de la sostenibilidad de la red pública hospitalaria. Por otra parte, el impacto de la unificación del POS podría poner en riesgo la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos si no se vigila de cerca su nivel de contratación, así como el flujo de los recursos para cubrir el posible aumento en la demanda de servicios de salud y el incremento en la cobertura del POS subsidiado.

En la actualidad, las IPS públicas enfrentan graves problemas de liquidez, principalmente por retrasos en los pagos de las EPS del régimen subsidiado, lo cual ha deteriorado gravemente su sostenibilidad financiera. Adicionalmente, los incentivos para establecer contratos con la red pública hospitalaria son limitados, ya que en muchos casos estas IPS tienen una imagen negativa frente a las EPS, fundamentada en problemas de calidad en la atención y falta de seguimiento a la historia clínica de los pacientes, lo que incrementa los costos. De cualquier forma, el gran tema pareciera ser qué hacer con la red hospitalaria: fortalecerla, liquidarla, entregarla a un agente público o privado para su manejo. Colombia necesita tener una red pública eficiente y fortalecida, por lo que es necesario preparar a sus equipos directivos, proveyéndolos de los

elementos gerenciales y administrativos necesarios para hacer competitivos y sostenibles a los hospitales públicos, de forma tal que puedan contribuir al fortalecimiento del sistema de salud colombiano.

Adicionalmente, la Ley 1438 establece que la contratación entre IPS y EPS deberá realizarse definiendo redes integradas de servicios de salud, que garanticen una atención más eficiente, equitativa, integral y continua a la población. La constitución de dichas redes deberá ofrecer servicios con portabilidad, calidad y oportunidad a los pacientes, fomentando adicionalmente una mayor eficiencia en el gasto. Por consiguiente, es claro que con el proceso de unificación, aquellas subredes de hospitales que no cuentan con una buena relación entre la capacidad de resolución del sistema y las distancias en el acceso a la atención de primer, segundo y tercer nivel, estarán más propensas a enfrentar un déficit financiero. Este resultado sugiere la necesidad de repensar la estructura actual de las subredes hospitalarias, teniendo en cuenta las necesidades epidemiológicas de cada sector y la fortaleza del primer nivel para resolver de manera eficaz los problemas de salud de la población.

Con la unificación de los planes de beneficios para toda la población colombiana será necesario lograr un proceso de unificación de manera armónica, dando solución a los problemas de cartera de los hospitales y resolviendo la asimetría en el poder de negociación entre los entes territoriales y las EPS. El papel del Gobierno local deberá ser entonces ejercer un mayor poder de vigilancia y control, que garantice transparencia en el flujo de los recursos de la salud, al tiempo que equilibra la relación entre IPS y EPS.



## IV. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

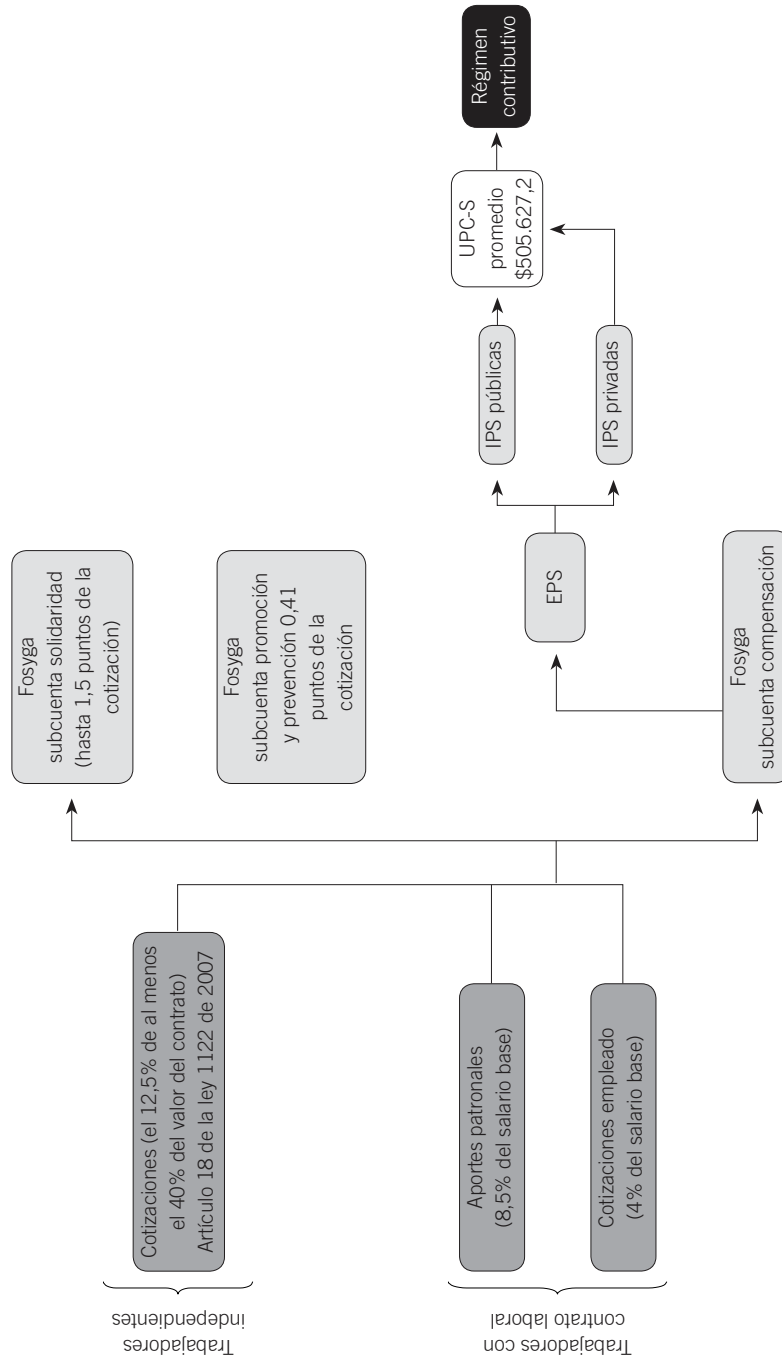
Gran parte del debate sobre la viabilidad financiera del sistema de salud colombiano se centra en la actual coyuntura del régimen contributivo. En respuesta a esto, el gobierno ha tomado importantes decisiones que buscan corregir estos problemas que de tiempo atrás se acentuaron y han conducido a una situación de insostenibilidad financiera que ha afectado al sistema de salud en su conjunto. Estos problemas financieros se acentuaron a partir del año 2008, especialmente en las finanzas de las EPS. Para abordar este tema en un primer momento se presenta un resumen de las principales características del régimen, su evolución y su funcionamiento. Adicionalmente se analizan los principales problemas del sector en la actual coyuntura, sus consecuencias y posibles soluciones.

### IV.A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano funciona bajo un diseño donde interactúan diversos actores, en gran parte articulados por la Entidad Promotora de Salud (EPS), la cual recibe un pago por cada afiliado al sistema, llamado Unidad de Pago por Capitación, UPC y con estos recursos tiene como objetivo la administración de los riesgos en salud de sus afiliados. Dadas todas las interacciones existentes dentro del sistema de salud, se evidencia una relativa complejidad que desafortunadamente aún no ha sido entendida por la mayoría de los usuarios y ha dificultado el seguimiento de los recursos por parte de los entes de control. El Gráfico 7 nos muestra los actores que participan en este sistema (EPS, MPS y Fosyga, entre otros), el flujo de recursos y su destinatario final: los asegurados.

Uno de los principios de este sistema es la universalidad del servicio, entendido como la afiliación obligatoria a una EPS por parte de todos los ciudadanos. Esta característica contrasta con la situación anterior a la expedición de la Ley 100, donde los trabajadores estaban vinculados tanto a los servicios de salud como al sistema de pensiones de prima media mediante la afiliación al ISS, CAJANAL u otras cajas de acuerdo a cada sector productivo. El resto de la población era atendida por instituciones privadas para aquellos que tenían capacidad de pago y por hospitales públicos para aquellos con menores recursos.

Gráfico 7. Flujo de recursos del régimen contributivo



Fuente: Elaboración de los autores.

## IV.B. AFILIACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Los afiliados al régimen contributivo son los trabajadores formales de empresas privadas, los empleados públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago y sus respectivas familias, que en este caso son los beneficiarios del servicio. Una de las funciones de las EPS en el régimen contributivo es recaudar los aportes a la cotización por parte del empleador y/o del empleado, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Para este proceso, mensualmente se realiza una liquidación individual a partir del Ingreso Base de Cotización, IBC. En específico, el monto total de la cotización corresponde a 12,5% del Ingreso Base de Cotización (IBC), el cual se distribuye entre el patrono (8,5%) y el trabajador afiliado (4,5%). Su liquidación debe hacerse como mínimo con base en el salario mínimo legal vigente.

Para su funcionamiento, las EPS reciben una cuota fija mensual por cada miembro del grupo familiar del cotizante, la cual constituye una prima de seguro (UPC), la cual depende de los diferentes grupos etarios y de características adicionales como la ubicación y la dispersión geográfica. Este valor diferenciado busca cubrir los costos adicionales de acuerdo a las vulnerabilidades y los riesgos de cada grupo. Una vez liquidados tanto las cotizaciones y las UPC de los afiliados, las EPS superavitarias le consignan a las subcuentas de compensación, solidaridad y pari passu del Fosyga, mientras que las deficitarias reciben recursos de la cuenta de compensación. Es así como el financiamiento del régimen contributivo se hace a través de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y de los aportes de sus patronos, pero la disponibilidad del gasto para la prestación de servicios de salud es independiente de los ingresos de cada afiliado, respondiendo a un principio de equidad al menos dentro del mismo régimen.

Así pues, los aportes de los cotizantes son destinados a pagar los gastos en salud de sus afiliados, los gastos administrativos de las EPS y a financiar las subcuentas del Fosyga de Promoción y Prevención y parcialmente la subcuenta de Solidaridad. Para esta última subcuenta, en un principio se había establecido que se destinarían 1,5 puntos de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo. No obstante, recientemente se modificó dicha normatividad y se decidió que a partir del 1 de Marzo de 2011 y por un plazo de un año, la fracción de la cotización que se consigna en la subcuenta de solidaridad, es de tan sólo 0,17 puntos porcentuales, mientras que es de 1

punto porcentual de la cotización de los pensionados<sup>23</sup>. Esta disminución representó cerca de \$1,5 billones en el 2011 para la subcuenta de Solidaridad.

Por último, la ley 100 propuso que de manera transitoria, si un colombiano no estaba afiliado a una EPS del régimen contributivo, subsidiado o especial tenía derecho a cobertura a través del Estado colombiano quien respondía por su atención en urgencias y otras prestaciones. Tanto el Fosyga como los entes territoriales disponen de los recursos para financiar el gasto de la salud de este grupo (Población pobre no asegurada). Este gasto tiene características distintas a las de los afiliados a una EPS, puesto que no tienen como tal un plan de beneficios y su atención responde a la demanda de salud que generen. Esta previsto eliminar por completo este gasto, una vez que las medidas de portabilidad nacional y cobertura universal sean efectivas, lo cual quiere decir que todas las personas deben estar cobijadas bajo el esquema de aseguramiento en cualquier parte del país.

#### IV.C. DINÁMICA RECIENTE

Es importante mencionar que el mercado contributivo ha tenido un crecimiento moderado en su afiliación, y su tasa de crecimiento se ha desacelerado de manera importante como consecuencia del incremento en la informalidad laboral durante la última década. Aun así, se presentó un repunte importante en los años 2009 y 2010 por efecto de la PILA que controló parte de la evasión y la elusión de los aportes y, en el 2011, por el mejor desempeño de la economía y el interés del Gobierno Nacional por fomentar los contratos de trabajo formales.

A finales del 2010 el mercado o régimen contributivo cobijaba 18,3 millones de afiliados de acuerdo con el Registro Único de Afiliados (RUAF). De éstos, el 19,7% están afiliados a SaludCoop, el 15,4% con Coomeva y el 12,8% con la Nueva EPS, seguidas de cerca por Salud Total, EPS Sura y Famisanar. Estas 8 EPS tienen el 70% del total de afiliados al régimen contributivo. Además sólo 6 empresas aseguradoras tienen una cobertura superior al 5% de la participación del régimen contributivo, 8 empresas más tienen una cobertura superior al 1% y el resto comparten una participación mínima con menos de 100.000 afiliados cada una. Precisamente, uno de los problemas

<sup>23</sup> Ver Resolución 0477 de 2011 del MPS. El estudio mencionado es **"Sostenibilidad financiera del régimen contributivo y Financiación del régimen subsidiado"**, MPS. Bogotá. 2011.



que enfrenta Colombia hoy es la gran dispersión de EPS tanto en el mercado contributivo como en el subsidiado, lo que dificulta el seguimiento y la inspección, vigilancia y control. El Presidente de la República ha planteado la necesidad de consolidar el aseguramiento en menos EPS, con los estándares más exigentes y con el cumplimiento de su función como administradoras del riesgo.

De otra parte, hay que mencionar que la dinámica de las empresas en el régimen contributivo es muy variada, no sólo por su naturaleza jurídica, sino por su origen, su estrategia y su plan de negocios. Algunas EPS comenzaron su operación desde la medicina prepagada o el aseguramiento puro, lo que ha determinado su participación y la imagen que tienen en el mercado. Gran parte de estas decisiones se explican por la naturaleza misma de la EPS, algunas son cajas de compensación, otras son cooperativas, o hacen parte de grupos económicos. En su abordaje acerca de la participación de otros eslabones de la cadena productiva de la salud, algunas EPS han decidido concentrarse en el tema de aseguramiento, limitando la producción propia de servicios; mientras que otras EPS, por su parte, tuvieron un crecimiento vertiginoso en otros negocios, lo cual de alguna manera desvirtuó la función de aseguramiento delegada por el Estado.

## **IV.D. LOS PROBLEMAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

El régimen contributivo enfrenta problemas de distinto orden que deben ser diferenciados en su análisis. Comencemos por los estructurales del mercado laboral:

### **IV.D.1. PROBLEMAS ESTRUCTURALES DEL MERCADO LABORAL**

Debe recordarse que el desarrollo del sistema a lo largo de los últimos quince años hizo que se generara una situación en la cual la minoría de la población afiliada al sistema de salud se encuentra dentro del mercado contributivo: sólo el 43% de la población colombiana se encuentra afiliada a este régimen. Esta situación no cumple con el diseño del modelo de aseguramiento que esperaba tasas mayores conforme el SGSSS se desarrollaba. Como consecuencia, existe más población subsidiada en el sistema y menos contribuyendo a su financiamiento.

El crecimiento de las afiliaciones por debajo del nivel esperado, responde entre otras razones a las dos últimas crisis de la economía mundial de 1999 - 2000 y 2008 - 2009. Sin entrar en este debate, baste mencionar que el desempleo se disparó a niveles muy altos comparado con

su nivel histórico. En la primera crisis, mucho más aguda que la segunda, el desempleo superó con facilidad el 20% y se mantuvo en esos niveles por un periodo de más de dos años. En la segunda se presentó el mismo fenómeno y el desempleo llegó a estar por pocos meses cerca del 14%, y si bien ha disminuido hasta ubicarse alrededor de un solo dígito la informalidad ha sido la base del crecimiento del empleo (cerca del 50% de los nuevos empleos); así, a octubre de 2011 el desempleo se encontraba en 9,7% en las trece ciudades más grandes del país de acuerdo con el DANE. Desde esta perspectiva, la mayor informalidad genera presión para expandir las coberturas en salud a través de subsidios.

Se afirma que la rápida expansión del régimen subsidiado hizo que este condicionara o remplazara la afiliación de muchos trabajadores al régimen contributivo. Dada su condición de gratuidad hay un fuerte incentivo a que trabajadores, de forma directa o indirecta, busquen afiliarse al régimen subsidiado y eviten el pago de la cotización correspondiente. Si bien las autoridades tratan de controlar esta irregularidad, muchas actividades económicas utilizan trabajadores afiliados al régimen subsidiado. En este sentido, hay un problema de filtraciones dentro de los beneficiarios de subsidios en salud.

En suma, existen varios fenómenos que ponen en peligro el financiamiento del sistema. De acuerdo con Acosta, Navarro & Gamboa (2005), se carece de incentivos para la declaración de los ingresos reales y de mecanismos de afiliación de trabajadores no formales: se calcula en 2,5 millones el número de personas que podrían pagar contribuciones y no lo hace. Otras medidas a futuro pueden acentuar este fenómeno, ya que la expansión de los servicios del POS subsidiado hace que se genere un incentivo mayor para estar cobijado por el plan gratuito y evitar el pago de la afiliación a una EPS. El Gobierno no ha expresado aún cuáles serán las alternativas planteadas para mitigar este inmenso riesgo sobre el financiamiento de la salud en Colombia. Si las normas de entrada y salida del régimen subsidiado siguen rígidas, es posible que las personas decidan no cotizar y disfrutar de un plan de beneficios gratuito.

A pesar de las razones mencionadas, durante el 2011 se dio un aumento de las afiliaciones al régimen contributivo en cerca de 600 mil afiliados, la cifra más alta en diez años. Así mismo desde el 2008, la puesta en marcha de la PILA mostró importantes resultados en la afiliación, especialmente de trabajadores independientes. Entre las prioridades del nuevo Ministerio de Trabajo se encuentra incentivar el trabajo formal, al mismo tiempo que desincentivar los contratos temporales y las Cooperativas de Trabajo Asociado. Igualmente, se espera que en los próximos

meses continúe la tendencia positiva del empleo.

#### **IV.D.2. LA DINÁMICA DEL GASTO No POS - RECOBRO DE LOS CTC Y TUTELAS AL FOSYGA**

Continuando con otros problemas estructurales relacionados con el diseño del sistema, que por su fuerza sacaron de control el gasto del régimen contributivo y lo llevaron a la actual situación de insostenibilidad financiera, se observa que existió una falta de claridad en cuanto al límite del derecho a la salud. La salud estaba definida en la Constitución de 1991 como un derecho económico, social y cultural de carácter progresivo, hasta cuando fue definido como un derecho fundamental por la Honorable Corte Constitucional a través de la sentencia T-760 del 31 de julio de 2008. Esto, unido a la falta de claridad por parte del Ministerio de la Salud, evidenciada a través de la no actualización del POS, causó un desbordamiento en la interpretación de la obligación del sistema de salud -en cabeza de las EPS- de proveer bienes y servicios evidentemente ajenos a sus responsabilidades. El Gobierno intentó abordar este problema mediante la propuesta de una ley estatutaria que definiera el alcance de la autonomía médica y las responsabilidades que le competen a la comunidad médica. Si bien desde hace varios años se recomienda poner en discusión esta ley, los esfuerzos han sido inútiles. Dicha ley debería haber cursado en paralelo con la Ley 1438 de 2011, pero dada la restringida maniobrabilidad en el Congreso de la República para sacar adelante ambos proyectos, se decide abortar el proyecto de ley estatutaria. Detrás de estos hechos, está implícito que el Gobierno Nacional considera que a través de resoluciones y decretos en el marco de la Ley 1438, tiene la capacidad de controlar el gasto en salud, que ha sido en gran parte impulsado por médicos y jueces en los últimos cinco años. En cualquier caso, lo ideal hubiera sido adelantar ambos procesos. Es bastante probable que ante la ausencia de la ley estatutaria siga existiendo falta de claridad y abundancia de filtraciones para el sistema y su financiación.

Si bien las tutelas son un mecanismo de defensa del derecho a la salud y tiene efectos positivos cuando hacen cumplir el derecho explícito a nivel individual, éstas sin embargo, adquieren un carácter negativo cuando obligan a dar prestaciones o servicios no sólo excluidos del POS, sino que no son responsabilidad del sistema de salud o de la EPS. El sistema de salud, al fin y al cabo, tiene un tope de financiamiento que la sociedad ha decidido invertir y cualquier gasto por encima se convierte en un hueco fiscal que la misma sociedad debe pagar. La experiencia vivida hoy en Europa es una muestra de que los gastos infinitos no son el mejor consejo para una sociedad. Tarde o temprano vendrá el declive con consecuencias funestas y daños irreparables.

Las prestaciones, medicamentos y servicios No POS tuvieron un incremento casi exponencial a partir de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, a través principalmente de Comités Técnicos Científicos (CTC), con el agravante de que la financiación de dichos servicios no fue prevista. Los recobros por servicios y medicamentos No POS pasaron, según estimativos del gobierno, de alrededor de \$600.000 millones en 2007 a \$2,4 billones en 2010. Estas prestaciones deben ser financiadas con recursos adicionales a los destinados para financiar los planes de seguro que ofrece el sistema. La sentencia T-760 obliga a que los recursos del Fosyga financien el gasto No POS del contributivo y a que los departamentos financien el gasto No POS y Extra POS del régimen subsidiado.

Jaramillo (2011), hace un buen balance del efecto de las sentencias de las diferentes Cortes sobre el gasto en Salud y pensiones. En este trabajo queda en evidencia que por efecto de las Sentencias T-760 y C-463, ambas del 2008, el crecimiento de los recobros fue muy alto, lo cual tuvo finalmente un alto impacto fiscal (i.e. sufragados por la sociedad). En resumen el gasto No POS, conocido en las cuentas del Fosyga como el gasto en otros eventos y fallos de tutela, tiene un alto impacto sobre las finanzas del sector salud:

*"Las cifras de impacto fiscal anualizado apuntan a gastos directos adicionales de alrededor de 0,3% del PIB en pensiones y hasta 1% del PIB en salud, más unos montos menores en sentencias de impacto puntual. Específicamente en salud, estas cifras subestiman el gasto, en la medida en que parte de los efectos de las sentencias se han traducido en ampliaciones del POS cuyo valor no es posible estimar (pág. 41)"<sup>24</sup>.*

Adicionalmente, las últimas investigaciones han evidenciado prácticas dudosas por parte de los actores del sistema. De particular atención es el hecho de que durante los últimos años existió una gran concentración de los recobros para financiar medicamentos biotecnológicos que no están cobijados por el plan de beneficios, así como para el financiamiento de prestaciones médicas no contempladas en el POS Contributivo. También se encontraron malas prácticas por parte de algunas IPS, las cuales generaban una doble facturación para un paciente: una que se financiaba con la UPC, y por tanto es financiada por la EPS con recursos del sistema de aseguramiento, y otra que también va a la EPS, pero que se financiaba con recursos del

<sup>24</sup> Jaramillo C. (2010). **Situación y perspectivas del sistema de seguridad social en Colombia: Salud y pensiones.** Consultoría para el BID. Bogotá.

Fosyga o del ente territorial y requería de un trámite de reembolso (sistema de recobros). Los casos encontrados son innumerables y evidencian más de una década de fallas en el sistema de control y vigilancia del sistema.

Todas las razones anteriores, sumado a la falta de regulación de precios, configuran las condiciones que incentivan a las IPS para atender a sus pacientes con las prestaciones y los medicamentos que no están incluidos en el POS. La garantía de que finalmente el Fosyga o un Departamento pagan por estos servicios o prestaciones incentivó una falta de responsabilidad conjunta de todos los actores del sistema de la salud para hacer que este sea financieramente sostenible. La seguridad de un tercer pagador por fuera del contrato de aseguramiento pactado incentiva un mayor uso de las prestaciones por fuera de los planes de beneficio. La mejor prueba de esto se encuentra en el aumento de la facturación de las IPS en los últimos años (ver el capítulo de la cadena de valor), pues se conoce que las redes pública de algunos departamentos como Cundinamarca, Atlántico, Cauca y Santander aumentaron su facturación a una tasa de más de 10% anual en los últimos años. Claramente, este ritmo del gasto no es sostenible a largo plazo y puede llevar también a una situación de insostenibilidad financiera al régimen subsidiado, tal y como sucedió con el contributivo<sup>25</sup>.

En términos puntuales, el aumento del gasto No POS ha sido una constante en el último quinquenio y sus razones son diversas. Como se puede observar en el Cuadro 16, el total de gastos de la subcuenta de compensación del Fosyga ha pasado de \$7,2 billones en 2003 a \$12,7 billones en 2010, mientras que los ingresos han crecido menos, llegando en el 2010 a \$11,8 billones. Durante el mismo periodo el gasto No POS pasó de \$100 mil millones a \$2,4 billones, es decir, pasó de representar el 0,9% del total del gasto al 18,5%.

Es bueno tener presente que a lo largo de la década anterior se generaron excedentes operacionales en la subcuenta de compensación, es decir, los ingresos de la cuenta eran superiores a los gastos hasta el año 2008. Tal situación generó una acumulación de excedentes que llegaron a ser superiores al \$1 billón anual y la discusión se centraba si los mismos eran reflejo

<sup>25</sup> *Igualmente hay un aumento de la demanda en salud, especialmente en las grandes ciudades en donde hay facilidad de acceso a los servicios. En Bogotá y Medellín, son varias las EPS del subsidiado, de reconocida eficiencia en sus servicios, que se han retirado pues ven muy difícil atender ese alto nivel de demanda de los bogotanos con los recursos disponibles.*

de cotizaciones muy altas o, si por el contrario, el POS era limitado y/o la UPC estimada que se reconocía a las EPS era muy baja. Restrepo & Mejía (2007) al adelantar un trabajo sobre las finanzas de la salud encuentran que en el periodo analizado, 1996 -2007, los dos regímenes generaron excedentes de manera sistemática y por lo tanto propusieron en su momento, que se aumentara la cobertura de la UPC, pero sin agotar los excedentes generados puesto que estos eran necesarios para atender contingencias. Estos autores buscaban adelantar un *"gran debate público sobre qué tanto es falta de POS y qué tanto aguanta la UPC, pero además, quién se beneficia realmente. Estas preguntas tienen relevancia en el marco de la discusión mundial sobre las prioridades en salud y los retos en cuanto al gasto y las implicaciones macroeconómicas que se derivan del financiamiento de los sistemas de salud y la eficiencia de éstos (pág. 112)"*<sup>26</sup>.

CUADRO 16. DÉFICIT O SUPERÁVIT SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN FOSYGA  
(BILLONES DE PESOS)

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
(1) Total ingresos	8,1	8,3	8,4	9,3	9,8	10,7	12,0	11,8
(2) Total gastos	7,2	7,7	7,6	8,4	9,7	9,7	11,8	12,7
(2.1) Recobros CTC y Tutelas	0,1	0,1	0,3	0,4	0,6	1,0	1,9	2,4
(3) Utilidad operacional (1-2)	0,9	0,6	0,8	0,9	0,1	1,0	0,2	-0,9
(4) Recobros % total gastos	0,9	1,5	3,4	4,3	6,4	10,7	15,9	18,5

Fuente: Fosyga.

Debe anotarse que es normal que este tipo de fondos, que atienden servicios de salud en poblaciones de gran tamaño, en el largo plazo ahorren un volumen razonable de excedentes financieros. Lo sorprendente es que en pocos años esta situación se revirtió; el gasto en salud cambió su tendencia por efecto del No POS y el régimen contributivo se encuentra en déficit tras tener en un periodo grandes fondos de superávit.

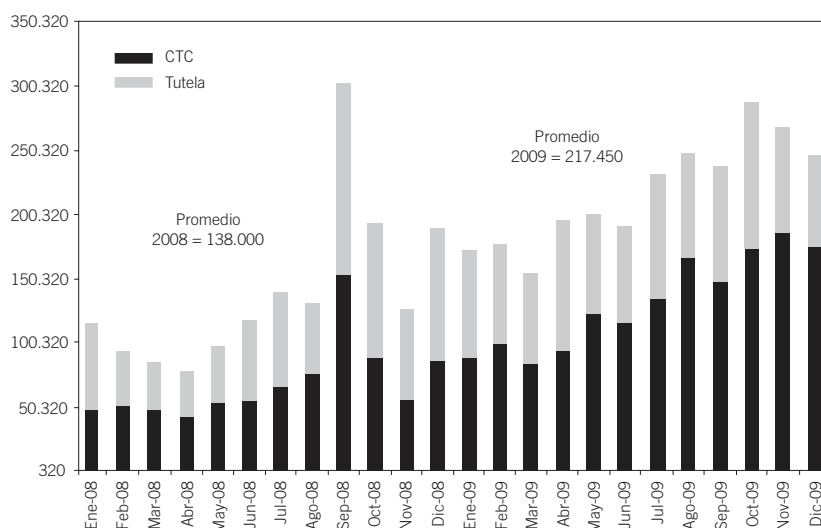
Sobre el tema Salazar (2011) presenta un muy buen resumen de los problemas a los que se enfrenta el sector de la salud y del gran reto que implica este aumento del gasto tanto en el corto

<sup>26</sup> Restrepo J. y Mejía A. (2007). **Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC)**, 1996-2007. Perfil de coyuntura Económica No. 9 septiembre 2007. Universidad de Antioquia. Medellín.

como largo plazo y del tipo de medidas que deben tomarse para solucionar tanto sus problemas estructurales como coyunturales. De este resumen, vale la pena destacar los problemas de sostenibilidad financiera del régimen contributivo por la dinámica del gasto en CTC y Tutelas que llegaron a niveles no esperados incluso por los más pesimistas. Como se puede observar en el Gráfico 8, el número de recobros ha aumentado de manera sostenida entre 2008 y 2009, dicho aumento ha estado marcado principalmente por el aumento de los recobros mediante CTC. El aumento del gasto por estos eventos guarda una lógica preocupante, de acuerdo con Salazar:

*"De continuar la tendencia que traía el No POS desde finales de 2008, en 2010 el gasto No POS podría representar más de 22% de los ingresos y cerca de 20% del gasto total de esta subcuenta. Este comportamiento agotaría los excedentes acumulados y los que se espera generar en esta vigencia (pág. 8)"<sup>27</sup>.*

GRÁFICO 8. NÚMERO DE RECOBROS MENSUALES VÍA CTC Y TUTELAS  
(2008-2009)



Fuente: Salazar, N. (2011).

<sup>27</sup> Salazar, N. (2011). **El régimen de seguridad social en salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo**. En Notas Fiscales No. 6. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá.

Este gasto No POS se mantuvo por debajo del 5% hasta el año 2005. En otras palabras el financiamiento de prestaciones de servicios médicos y la utilización de medicamentos no contemplados en el POS, que inicialmente eran eventos excepcionales, se convirtieron en norma.

La historia del gasto No POS viene desde comienzos de la década de los años noventa. Con la puesta en marcha del SGSSS este gasto se cobraba sólo mediante tutelas. Ya en el año 2008, los CTC le dieron un gran impulso al gasto no POS y de facto remplazan a las tutelas como el principal dinamizador de este gasto. Esto se explica, en gran parte, por la expedición de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional que legisla sobre los recobros de los regímenes contributivo y subsidiado, al tiempo que define sus responsables e inclusive los mecanismos administrativos para su recobro. Esta sentencia permite entre otras cosas que los CTC, que hasta ese momento sólo eran utilizados para medicamentos, fueran admitidos, como se señala arriba, para procedimientos y servicios, incluyendo cirugías, terapias, etc. Así, el Cuadro 17 nos muestra como en el mes de septiembre se incrementaron tanto los CTC como las tutelas, y a partir de ese momento crecen en forma sostenida mes a mes.

Inicialmente el mecanismo de las tutelas fue el más utilizado, aunque para el año 2005 el número de recobros por tutela era de 124 mil anuales, muy similar al de los recobros vía CTC que llegaron a los 133 mil en el mismo periodo, para un total de 257 mil recobros. Desde este año en adelante los recobros por las dos modalidades comienzan una espiral sin antecedentes y llegan a 357 mil en el 2006, 815 mil en el 2007, 1,46 millones en 2008, 1,4 millones en el 2009 y 1,45 en el 2010 según datos de Fidufosyga. Desde el 2009 se revierte la tendencia, pues los recobros vía CTC superan en número a las tutelas, hasta que en 2010 equivalen a 2,6 veces estas últimas. La Ley 1122 de 2007 estimuló la aprobación de CTC por el incentivo negativo que existía de castigar el recobro de los servicios que fueran vía tutela versus aquellos vía CTC, lo que ha llevado a que en los últimos años, los CTC se incrementen en forma notable y las tutelas hayan perdido importancia<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> La Resolución 3754 de 2008, precisa que el valor que pagará el Fosyga para los servicios no tramitados por el Comité Técnico Científico y ordenados por fallos de tutela, será el 50% del valor total facturado por el proveedor. Cuando por razones médico-científicas el Comité Técnico-Científico niega la solicitud de autorización de algún servicio de salud ordenado por el médico tratante y la EPS es obligada a su prestación por fallo de tutela, el valor a reconocer será el 85% del valor facturado por el proveedor de la prestación de salud ya ejecutada. Los porcentajes complementarios del valor de las prestaciones, deben ser asumidos por la EPS.



Así mismo, si bien se encuentra que el número de estos recobros se estabilizó alrededor de los 1,4 millones, su valor no lo hizo, pues creció en forma constante en el mismo periodo. Los recobros en el 2005 fueron de \$207 mil millones y llegaron en el 2010 a los \$2,4 billones. En estos seis años el total de los recobros pagados por las EPS y cobrados al Fosyga superó los \$6 billones y en los dos últimos años, 2009 y 2010, superaron los \$4,1 billones. Los anteriores datos nos muestran que el valor promedio de cada recobro paso de aproximadamente \$600 mil pesos en el 2007 a \$1,5 millones en el 2010.

Así mismo, al analizar los recobros, se encuentra que se distribuyen en forma inequitativa entre los afiliados. Como se puede observar en el Cuadro 17, el valor promedio de una tutela es de \$27.483, mientras que el de un CTC es 3,2 veces mayor (asciende a \$89.873). Se encuentra igualmente que hay una alta dispersión en el valor de las tutelas y los CTC, pues el valor per cápita de las EPS que más recobran vía tutelas es cuatro veces mayor que el de las que hacen menos recobros de este tipo. Lo mismo se encuentra para los CTC, pero la dispersión es mucho

CUADRO 17. VALOR DE LOS RECOBROS -CTC Y TUTELA- PER CÁPITA POR EPS  
(2010)

Nombre EPS	CTC per cápita	Tutelas per cápita	Total per cápita
Salud Colpatría	190.275	95.865	286.140
Sanitas	220.887	63.972	284.859
Empresas Públicas Medellín	223.917	0	223.917
Nueva	120.929	55.358	176.287
Solsalud	76.085	84.257	160.342
Cafesalud	115.460	39.568	155.028
EPS SURA	134.887	16.764	151.651
Comfenalco Antioquia	132.620	9.487	142.107
Aliansalud	115.227	25.001	140.228
Compensar	98.017	27.984	126.001
Saludvida	85.190	31.178	116.368
Coomeva .	83.828	26.699	110.527
Cruz Blanca .	76.509	28.385	104.894
Comfenalco Valle	83.182	20.418	103.600
E.P.S. Saludcoop	80.436	19.415	99.851
Promedio	89.843	27.483	117.326

Fuente: Cálculos propios con base en Ministerio de la Salud.

menor, ya que la EPS de mayor valor per cápita en este tipo de recobros es apenas el doble que la EPS de menor valor. Así mismo, se encuentra que las EPS Salud Colpatria y Sanitas tienen en sus recobros un mayor valor per cápita que el resto de entidades mientras que las cooperativas tienen, en general, menores valores en sus recobros per cápita (Saludcoop, Coomeva, Compensar y Comfenalco, entre otras). En cualquier caso, la dispersión es alta y hay una diferencia sustancial entre CTC y tutelas, lo que probablemente lleva a mayor inequidad.

Si se incluye el valor de los recobros per cápita y se adiciona al valor de la UPC promedio del régimen contributivo, que se obtiene de dividir el total de los Gastos por el número de afiliados, es posible calcular el valor per cápita que se está gastando en dicho régimen o la UPC implícita. En el Cuadro 18 vemos como el valor de la UPC implícita, con o sin gasto No POS, era muy similar en 2006 y 2007; sin embargo al incluir el gasto No POS en la UPC se encuentra que esta diferencia aumentó de manera preocupante durante el periodo de análisis. En las EPS de mayor valor per cápita en sus recobros esta diferencia puede llegar hasta el 80%. Claramente, con el valor de esta UPC implícita el régimen contributivo no es sostenible dado su nivel de ingresos.

A su vez, dado que el número de tutelas y CTC recobradas al Fosyga son alrededor de \$2 millones, en el mejor de los casos estas atienden a uno de cada 10 afiliados<sup>29</sup>; no obstante, esta desproporción es mayor en razón de que muchos pacientes utilizan varias tutelas o CTC al año. Otra dimensión de la inequidad es que mediante los recobros se financian medicamentos de alto costo o prestaciones médicas que pueden ser cuestionables por su pertinencia o su utilidad. Un

CUADRO 18. UPC IMPLÍCITA DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  
(PESOS CONSTANTES DE 2010)

	2006	2007	2008	2009	2010
Número de afiliados	16.352.751	17.093.538	17.762.604	18.062.855	18.584.117 *
Gasto per cápita (Sin gasto No POS)	488.701	529.150	488.773	550.717	557.891
Gasto per cápita(Con gasto No POS)	510.612	565.611	547.070	654.608	684.114

\* A 31 de octubre de 2010.

Fuente: SIGOB Corte 31/12/2009 actualización 10/05/2010 y Fosyga.

<sup>29</sup> En algunas EPS la tasa llega a 1 de cada 64 afiliados.

claro ejemplo del financiamiento generalizado de procedimientos es la cirugía bariátrica, pues Colombia es el país que más efectúa este tipo de intervenciones en toda la región. De hecho, los expertos no encuentran razones epidemiológicas de años atrás o coyunturales que expliquen la generalización de este procedimiento recientemente.

De otra parte, el impacto de los servicios No POS y de los recobros sobre las finanzas de una EPS es bastante significativo y tiene un impacto que repercute sobre toda la cadena productiva del sector de la salud. El rápido crecimiento de estos sumado al porcentaje, cada vez mayor, que termina siendo asumido por la EPS, significa una carga financiera bastante considerable. Un reciente estudio realizado por Murano Consultores encontró que las EPS están financiando al sistema aproximadamente en \$2 billones por servicios No POS ya pagados a hospitales, clínicas, médicos y proveedores con recursos del POS, créditos financieros y recursos de capital, lo que implica un impacto negativo sobre la situación patrimonial de las EPS del régimen contributivo. De estos recursos, \$1,4 billones aproximadamente no han sido reconocidos por el FOSYGA (glosado) y \$600.000 millones aproximadamente están en trámite ordinario. Por el monto de los recursos es obvio que esto genera un trauma que recae en toda la cadena: EPS, IPS, usuario. Por esta situación las EPS están debiendo a los hospitales, clínicas, médicos y prestadores \$1 billón aproximadamente por servicios POS y han recurrido a capitalizaciones y créditos financieros para solventarse. Sólo la cuenta por cobrar glosada de las 11 EPS que pertenecen a ACEMI a junio de 2011 equivale al 202% de los patrimonios de las EPS (\$708 mil millones). No es difícil concluir que las EPS enfrentan serios problemas de liquidez y solvencia que conducen a problemas de iliquidez a lo largo de todo el sector de la salud. Es claro que los problemas que se generan al desfinanciar el sistema por decisiones que parecen razonablemente sociales terminan por afectar a quienes se intenta proteger. No se puede caer en el error de pensar que el dinero saldrá de algún lugar diferente de la sociedad o más específicamente del mismo sistema. Aunque suene a tautología, vale la pena señalar que al financiar gasto desfinanciado se termina desfinanciando lo financiado.

Además de lo anterior, el volumen desmesurado de los recobros representa un trabajo administrativo importante con altos costos laborales, legales y financieros para las IPS, EPS, el Fosyga y en general para todo el sistema. Los recobros que son glosados por Fidufosyga, tienen, al final, un alto impacto financiero sobre el resultado final de la EPS como empresa.

Las razones de la no aprobación (i.e. glosa), de un recobro son diversas: un porcentaje muy significativo es glosado por discusiones técnicas de si la prestación hace o no parte del POS, las

cuales se dan debido a los rápidos avances tecnológicos que exigen que el plan de beneficios sea dinámico en sus inclusiones. Un POS paralizado implica mayores glosas. Otra porción importante es cuando se glosa por problemas operativos y administrativos, pues un solo recbro acarrea cientos de folios de información.

El valor asumido por la EPS por prestaciones No POS supera varias veces el valor de las utilidades de las EPS; en este sentido, el control del gasto No POS se convierte en un asunto central para el futuro financiero de cualquier empresa aseguradora.

De otra parte, es necesario analizar este crecimiento no solamente para entender las razones que lo explican, sino también para estimar el impacto en la sostenibilidad futura del sistema de salud del país. Algunas de las razones que explican este escenario se encuentran en el marco normativo bajo el cual se desarrollaron estos recobros.

Primero, la dinámica de los recobros al Fosyga, genera en una pugna entre juristas y fiscalistas, donde los primeros buscan dar garantías al ciudadano que requiere una atención particular en salud que no está incluida en el POS y los segundos buscan contener el ritmo del gasto. En muchos casos, los fiscalistas buscan que tanto los jueces como los miembros de los CTC, y en general, todos los ordenadores del gasto, tengan presente las limitaciones financieras del sector, respetando los límites del aseguramiento. Esto efectivamente requiere de discusiones y debates que equilibren el derecho a mejores condiciones de vida para los ciudadanos, con la sostenibilidad financiera de largo plazo del sector, es decir, establecer qué beneficios se pueden prestar a los afiliados al sistema de salud de acuerdo con los recursos disponibles<sup>30</sup>.

Dado el comportamiento del gasto No POS en los últimos años, surge la duda sobre lo que significa esto para el sistema de aseguramiento. Una visión desde los derechos, nos llevaría afirmar que las tutelas y los CTC son positivos en la medida que hacen cumplir los derechos que tenga un ciudadano en materia de salud. El incremento de las tutelas y los CTC en los últimos años responde en gran medida a demandas de servicios de salud no contemplados dentro del POS. Por ejemplo, se estima que el 80% de los CTC presentados son por medicamentos que

<sup>30</sup> *Un buen resumen del desarrollo del marco normativo de la tutela y los CTC y donde queda en claro su complejidad se encuentra en Parra O. (2003). Ver también Forero de Saade M., Santa María M. y Zapata J. Salud: Una visión desde los departamentos, 2009.*

no están incluidos en el plan de beneficios y de estos, a su vez, la mayoría son medicamentos biotecnológicos, mientras que el resto son prestaciones médicas que tampoco están incluidas en el POS del contributivo. En este sentido, un problema administrativo (actualización del POS) se convierte en un problema judicial (tutelas); en la práctica es claro que el problema se engendra ante la negligencia administrativa. El problema radica en que las prestaciones y medicamentos No POS deben ser financiados y los recursos de las EPS son insuficientes para hacerlo. De este modo, cuando los mecanismos excepcionales son muy utilizados, de facto extienden la cobertura del POS y deja sin límites el acceso a la salud.

BID (Giedion et. al., 2011) muestra en su trabajo que se dispone del marco legal para ejecutar un mayor control sobre los gastos mencionados pero que efectivamente estos controles no se han aplicado en la forma adecuada<sup>31</sup>. Recuerda que parte importante de este marco legal para la autorización de medicamentos y otros servicios médicos No POS vía CTC ya existe:

*"solo podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigentes en el país como las expedidas por el Invima y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud"*

Así mismo, señala que si bien la legislación dispone de un procedimiento riguroso para la aprobación de un CTC, la realidad muestra una dinámica muy diferente debido a que la aprobación de los mismos se ha convertido rutinaria y, en muchos casos, no cumplen con la mencionada legislación. De hecho, afirma sobre los medicamentos que:

*"el proceso administrativo y financiero de los recobros está claramente establecido y los criterios que justifican el uso de un medicamento No POS en un paciente particular se encuentran reglamentados, el comportamiento de los reembolsos sugiere irracionalidades susceptibles de corregir mediante recomendaciones técnicas de mediano o corto alcance y aplicación sencilla"*<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> BID-MPS-NICE-IECS. (2011). **"Una primera mirada a las experiencias internacionales de los procesos de priorización de medicamentos en salud"**. Proyecto BID de Apoyo al Fortalecimiento de los Procesos de Priorización de Salud en Colombia.

<sup>32</sup> BID-MPS-NICE-IECS. (2011). *Ibíd. pág.*

A su vez, la reglamentación vigente estipula que la prescripción debe ser realizada por un profesional, independientemente de su pertenencia a la entidad administradora de planes de beneficios. La evaluación de la prescripción de los medicamentos debe realizarse una vez se hayan agotado las posibilidades contenidas en el Manual Vigente de Medicamentos del POS, si no se ha presentado una mejoría clínica reconocida del paciente tratado. Así mismo, debe existir un riesgo para la vida o salud del afiliado, lo cual debe demostrarse en los trámites correspondientes; por ejemplo, la historia clínica de cada afiliado, para que sea aceptado el CTC y el posterior recobro.

Sin embargo, hay medidas que se pueden tomar para frenar este gasto que, de hecho, ya se han empezado a decretar por parte del Ministerio. En primer lugar está el control de precios de los medicamentos recobrados al Fosyga, lo que impide que las IPS o las EPS tomen ventaja de los recobros para generar una ganancia adicional vía precios altos. En segundo lugar, se debe buscar un mecanismo que evalúe, en todos los casos, la pertinencia de los tratamientos o medicamentos autorizados por los médicos. Se busca eliminar los incentivos perversos hacia la formulación de procedimientos o productos costosos y no necesarios.

#### **IV.D.3. LA AUSENCIA DE UNA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS PARA EL SECTOR SALUD**

De otra parte, no se ha reglamentado una política clara de precios de medicamentos; en forma casi coincidente con el aumento de las tutelas y la aparición de los Comités Técnico Científicos (CTC), y la transición de una política de control de precios hacia un régimen de libertad vigilada. De este modo, el incremento en los precios de los medicamentos biotecnológicos, cobrados en su gran mayoría mediante CTC, es una de las principales razones que explica el desfinanciamiento del régimen contributivo. Se espera tener pronto un documento CONPES que sea decisorio sobre el requerimiento o no de incentivos a la competencia en el mercado de medicamentos, y sobre si es necesario controlar solamente los precios de los medicamentos recobrados al Fosyga o al total de los mismos.

El gasto en medicamentos cubiertos por el POS del régimen contributivo representa entre el 10% y el 12% del total. Este gasto inclusive tiende a estabilizarse y no presenta grandes diferencias entre EPS (ver Capítulo V). A pesar de ello, como se evidenció en el gasto en medicamentos vía recobros, ha crecido en forma casi exponencial en los últimos años, hasta el punto que este gasto ha llegado a ser mayor que el destinado a medicamentos cubiertos por el POS. Estos

hallazgos no son sorprendentes dado los costos de los nuevos medicamentos, principalmente aquellos desarrollados por medio de biotecnología; sin embargo se hace necesario estudiar esta dinámica en detalle para entender cuáles son las razones de dicho crecimiento, el alcance de la política de medicamentos y la comparación con las experiencias de otros países al respecto. Así, se busca proponer medidas para hacer este gasto sostenible y equitativo entre todos los afiliados al sistema de salud, de tal forma que en el largo plazo se garantice su viabilidad financiera.

Debe mencionarse que esta dinámica del gasto en salud no es exclusiva de Colombia, pues ya hace varias décadas países como Inglaterra, con un fuerte peso de recursos públicos en la salud, un gran respaldo técnico a sus funcionarios y una amplia política de bienestar social, tuvieron que reformar la institucionalidad del sector, la cobertura de sus planes de beneficios e imponer límites al número y tipo de prestaciones. Por ejemplo, se definieron los límites a los que el sistema puede llegar para atender ciertas enfermedades, para ofrecer medicamentos de alto costo y para promover una mayor competencia en la oferta de medicamentos. Recientemente España impuso una lista de precios máximos a los que se pueden pagar los medicamentos, lo que llevaba implícita la utilización mayoritaria de medicamentos genéricos y biocompetidores, pues las finanzas de las Comunidades Autónomas estaban duramente afectadas por aumento del gasto por este concepto. Sin embargo, ante el límite de precios, los laboratorios de marca (innovadores en el caso de los biotecnológicos) disminuyeron en promedio el 30% sus precios.

El impacto en los precios de los medicamentos ha sido también una gran preocupación de las EPS. La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, ACEMI, (2011) al analizar los 10 medicamentos más recobrados en sus EPS afiliadas en los últimos tres años, encontró que 8 de ellos son de nueva generación. Así mismo, de acuerdo con Salazar (2011), 38 medicamentos explicaron el 80% del total de los recobros por este concepto en una muestra de 105 medicamentos y 13 EPS<sup>33</sup>. De este modo, es claro que el gasto en medicamentos está concentrado en algunos pocos de alto costo y su aumento es objeto de debate. En primer lugar, se cuestiona la utilidad del gasto en medicamentos de alto costo y el impacto financiero que generan. Segundo, está concentrado en muy pocos afiliados, con lo cual es posible que una minoría se vea favorecida en detrimento del resto de afiliados; situación que es aún más preocupante cuando aún hay colombianos que no están afiliados al SGSSS. Igualmente, a estos

<sup>33</sup> Presentación ACEMI. 2011. **El Sistema de Seguridad Social en Salud**. Bogotá.

medicamentos se les cuestiona en muchos casos la pertinencia de su utilidad en términos de los resultados que ofrecen, pues el análisis de costo-efectividad de los mismos arroja resultados negativos. Los ejemplos son múltiples y muestran como muchos de estos medicamentos tienen efectos marginales en la esperanza de vida de los pacientes y/o sus costos pueden ser más de diez veces el de un medicamento genérico, o de 2 y 3 veces para un biocompetidor.

Del mismo modo, la práctica de recobros muestra que hay problemas estructurales complejos que se encuentran en este caso en el ordenador final del gasto, un juez o un comité. Giedion (2011) demostró que un alto porcentaje de los recobros por medicamentos se realizó en aquellos que no están autorizados por el Invima para algunas enfermedades. Si bien todos los medicamentos tienen su registro Invima, este se otorga para ser utilizado en tratamientos de enfermedades específicas, se halló, sin embargo, que estos se utilizaban en enfermedades distintas a las aceptadas por el mencionado instituto.

Así mismo, se encontraron debilidades en la política de medicamentos al compararla con otros países. BID (2011), al analizar una muestra de ocho países halló que para controlar el precio de los medicamentos de alto costo se utiliza casi siempre una de dos estrategias como mínimo: control de precios -en algunos casos de cantidades- y el uso de los precios internacionales de los mismos medicamentos para hacer comparaciones<sup>34</sup>. De acuerdo con BID (2011) en todos los países consultados:

*"existen mecanismos directos o indirectos para regular y obtener mejores precios de medicamentos, pero existen diferencias en el nivel de transparencia y disponibilidad pública de los precios y valores de reembolso medicamentos. En Europa, Estados Unidos y Australia existen políticas de precios de medicamentos integrales, con esquemas de regulación variados en los que las agencias de evaluación de tecnologías cumplen un rol importante al trazar estrategias de negociación de precios, mecanismos de descuento y/o condiciones de reembolso.... Aunque Colombia cuenta con un esquema mixto de regulación de precios y un sistema de información público se documentó el insuficiente uso de la información para la toma de decisiones y las dificultades y debilidades técnicas del SISMED".*

<sup>34</sup> Los países del estudio fueron Australia, Inglaterra y Gales, Holanda, Oregon (Estados Unidos), Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay.



Por supuesto, para lo anterior se necesita información oportuna, confiable y periódica, objetivos que cumple parcialmente el SISMED. El SISMED es un sistema de información único que puede ser mejorado en su funcionamiento y que puede ser alimentado con otras fuentes de información diferentes a los reportes que emplea actualmente (provenientes de laboratorios, mayoristas, EPS, IPS y secretarías de salud). En un trabajo reciente de Fedesarrollo (2011) se encontraron grandes inconsistencias en la información reportada por al SISMED y se constató la limitada utilización de la mayoría de la información reportada, pues sólo la información de los laboratorios y de los mayoristas es útil para efectos de referencia<sup>35</sup>. Así mismo, la información de precios internacionales está desactualizada y por lo tanto no es útil como referencia para tomar decisiones. De este modo, es necesario dinamizar tanto los reportes al SISMED como el control de la información reportada, al tiempo que se buscan fuentes de precios internacionales de medicamentos. Para esto último hay varias posibilidades: la primera es comprar información, la segunda es adelantar convenios a través del Pacto Andino o directamente con otros países para intercambiar información. El trabajo de Fedesarrollo dejó en claro que hay una gran cantidad de información a la que se puede acceder directamente en la web, ya que en muchos países esta información se brinda con la mayor transparencia a la sociedad, por lo que todos los actores del sistema de salud conocen los precios de todos los medicamentos en el mercado, bien sea de marca e innovadores o, de genéricos y biocompetidores.

Complementario con lo anterior, se encuentra que aún hay muy poca competencia en el mercado de los medicamentos biotecnológicos. Si bien hay solicitudes, ya sea para importar o producir en el país estos medicamentos, la mayoría de los casos las decisiones en comisión de precios que decide sobre estos medicamentos del Invima favorece a los laboratorios de marca. Esto significa que prácticamente se tiene cerrada la posibilidad de importar o producir en el país estos medicamentos. Aunque no es el caso entrar en la discusión sobre las ventajas y desventajas de mantener cerrado o abierto este mercado, sí debe quedar claro que los países en donde se ha permitido una mayor competencia, los precios de los medicamentos han disminuido sensiblemente, con un impacto positivo sobre las finanzas de la salud.

BID (2011) así mismo, analizó 20 medicamentos que han sido fuertemente recobrados con CTC o tutelas en Colombia y que hacen parte de la lista de los potenciales candidatos a ser

<sup>35</sup> Zapata et. al. (2012). **Pertinencia de Incentivar la competencia en el mercado de medicamentos biotecnológicos en Colombia**. Cuadernos de Fedesarrollo No. 39. Fedesarrollo. Bogotá.

incluidos en los del POS; de ellos, miraron en detalle su utilización en ciertas indicaciones no aprobadas para estos medicamentos. En más de 700 mil registros de 92 diferentes indicaciones, 47 descritas por Invima y 45 no descritas, se encontró que no había coincidencia en un 39% de los casos entre las indicaciones aprobadas por FDA e Invima. Al respecto, el estudio concluye que hay debilidades en los estándares de autorización de comercialización, con el consecuente aumento en el gasto No POS; en este sentido, el establecimiento de reglas de carácter técnico, como la prohibición de su uso para indicaciones no autorizadas por el Invima, puede servir para controlar este gasto. A su vez, dado que hay casos excepcionales en los que se amerite rembolsar un medicamento en indicaciones no autorizadas *"(...) debe definirse un proceso explícito y sistemático de evaluación de la literatura con las restricciones a que haya lugar"*.

Por último, debe señalarse que el Ministerio de la Salud recientemente ha expedido una serie de resoluciones con límites a los precios recobrables al Fosyga. Se impuso precio máximo de recobro para todo tipo y presentación de cualquier medicamento incluido en las resoluciones. El gobierno espera reducir en cerca de \$700 mil millones el gasto en recobros por efecto vía precio, sin embargo, debe ser cuidadoso pues es posible que los recobros aumenten en número con lo cual el efecto positivo quedaría contrarrestado. Así mismo, serán muy importantes las discusiones y las decisiones que se tomen alrededor del documento CONPES sobre política farmacéutica.

#### **IV.D.4.DEFINIR EL PAPEL, LOS ALCANCES Y LOS LÍMITES DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO**

La actual coyuntura la integración vertical (IV) tiene más detractores que defensores. Se han cometido abusos claros y excesos con la IV por parte de algunas EPS, lo cual sumado a la falta de transparencia y claridad en las cuentas de la salud ha contribuido a desvirtuar el aseguramiento. Es también evidente que el problema no radica en la falta de regulación, pues a partir de la Ley 1122 de 2007, la IV de las EPS se limita al 30% de la facturación de proveedores. Es por esto que podemos afirmar que ha habido insuficiente inspección, vigilancia y control que permita garantizar el cumplimiento estricto de la ley. También es innegable que hoy hay insuficiencia y deficiencias en la red hospitalaria en Colombia y que el sistema de salud, a lo largo de la cadena productiva de la salud no está articulado alrededor del paciente. En la crisis actual se ha llegado a afirmar que la IV es la causa de los problemas del sistema de salud; sin embargo creemos que esta es una afirmación sin evidencia que no contempla el problema en su totalidad. Así mismo, debe mencionarse que no hay una amplia bibliografía sobre el tema y que la poca disponible tiene interpretaciones diferentes sobre qué entienden por integración vertical.

Restrepo, Lopera y Rodríguez en su trabajo *"La Integración Vertical en el Sistema de Salud Colombiano"* estudian los efectos positivos y negativos de la integración sobre la estructura de mercado competitiva<sup>36</sup>. En particular, señalan que la IV en el sistema de salud colombiano entre EPS e IPS es de dos formas: 1) integración mediante propiedad accionaria o propiedad financiera vertical o; 2) integración mediante relaciones contractuales, que en algunos casos crea una dependencia administrativa de las IPS con respecto a la EPS por razón de contratos de exclusividad o propiedad común (grupo empresarial). Los autores encuentran que estas formas se presentan en mayor medida en el primer nivel de atención básica, dada su destreza para gestionar el riesgo en salud y contener costos y dado el buen funcionamiento de los modelos de las aseguradoras. Así mismo, señalan que entre los motivos para que una EPS decida integrarse con una IPS se destacan los costos de transacción y las consideraciones estratégicas. Teniendo en cuenta lo anterior, los autores afirman que la IV puede no ser socialmente óptima si es motivada por la apropiación de rentas en la medida en que la EPS busque resultados financieros a costa de calidad, perjudicando de paso a la IPS (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007).

Merlano y Gorbaneff (2009), por su parte, estimaron el grado de IV en el sector de la salud en el país. En primera instancia, encontraron que en Colombia el Índice de Herfindahl en los años 2007, 2008 y 2009 fue de 1.280, 1.106 y 1.080. Con estos resultados concluyen que en Colombia el grado de IV es más bien bajo pues se está muy lejos de del 1.800 que es el máximo permitido a partir del cual las autoridades de los Estados Unidos consideran que es necesario hacer una investigación por peligro de prácticas monopólicas. En segundo lugar, explican la disminución del índice a lo largo de los tres años por efecto de la recomposición de los afiliados entre las EPS del contributivo, debido al cambio de afiliación de los antiguos afiliados del ISS, pues no todos siguieron en la Nueva EPS<sup>37</sup>. Más allá de medir la integración vertical, los autores estimaron el grado de concentración de los afiliados entre las empresas del sector. Para este fin estimaron el índice de Herfindahl que mide la participación de cada EPS en el total de afiliados a este mercado, que es de 0,06 en promedio para todas las entidades entre 2007 y 2009<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> Restrepo, J. H., Lopera, J. F., & Rodríguez, S. M. (2007). *La Integración Vertical en el Sistema de Salud Colombiano. Revista de Economía Institucional*, 9(17), 279-308.

<sup>37</sup> Ver Merlano C. y Gorbaneff Y. (2010) *¿Por qué le limita la integración vertical en el sector salud en Colombia?* DNP. Bogotá.

<sup>38</sup> El índice toma valores entre 0 y 1, donde  $i < 0,01$  indica que el sector es competitivo, valores entre 0,01 y 0,1 señalan que no existe una alta concentración en el sector, entre 0,1 y 0,18 indica una concentración moderada y valores por encima de 0,18 señalan que es un sector altamente concentrado.

Ante la situación de incertidumbre, su discusión se ha centrado en los siguientes temas. En primer lugar, algunos aceptan que la IV es un buen mecanismo para lograr eficiencias y economías de escala en la prestación de ciertos servicios para las EPS; segundo, debido al pobre relacionamiento entre los diferentes actores de la salud a lo largo de la última década, donde no se fomentó el trabajo en conjunto alrededor de los beneficios del paciente, se creó una cultura donde cada actor buscaba su propio beneficio independientemente del impacto sobre el resto de la cadena productiva y en muchos casos a costa de perjudicar otros subsectores sin importar la viabilidad completa del sistema de salud. A lo largo de la cadena cada subsector buscaba su propio beneficio; no el del paciente. Esto generó legislaciones defensivas impulsadas por diferentes sectores que buscaban generar beneficios particulares para las partes involucradas. Contrario a lo que el país y el sistema de salud necesita, la IV no se ha discutido objetivamente, sino como una forma de ejercer poder dominante sobre el flujo de los recursos, ya sea por el grupo de las EPS o por el grupo de las IPS. Es por esto que algunos gerentes de IPS pueden afirmar que si una EPS tiene una red propia, ésta tendrá una tendencia a prestar los servicios médicos con su propia red y dejará en segundo plano a las demás IPS. Igualmente, podemos ver gerentes de EPS que afirman que si no pueden tener una red propia, quedarán a merced de las clínicas que podrán imponer sin ningún tipo de control sus tarifas y condiciones. Tercero, la discusión sobre la integración vertical la adelantan aquellos que, de una parte, defienden los hospitales públicos y que le tienen prevención a la integración en las EPS, y de otra parte, las EPS que consideran que los servicios ofrecidos por las IPS públicas presentan problemas de calidad, por lo que obligar a contratar con la red pública es visto como ineficiente.

Es así como vemos que el debate sobre la IV es de los más complejos en el sector de la salud. En Colombia ha faltado una revisión objetiva del tema que permita entender cuáles podrían ser los riesgos reales versus los beneficios de la integración vertical. En otras palabras, hace falta elaborar un análisis beneficio-costos. Es necesario responder juiciosamente la pregunta: ¿cuál es el papel de la IV para lograr un mejor sistema de salud? Podemos afirmar que la que la Integración Vertical de por sí no es buena ni mala, depende de cómo y para qué se utilice.

A continuación presentamos una tabla que esboza algunas de las ventajas y desventajas de la Integración Vertical para el sistema de salud:

Ventajas	Desventajas
○ Genera eficiencias dentro del sistema de salud	○ Puede limitar la libre elección del usuario
○ Permite articulación de la información alrededor del paciente	○ Sin la adecuada vigilancia y control, puede poner en desventaja a las IPS
○ Facilita la reducción de costos transacción	○ Sin la adecuada vigilancia y control puede llevar a una pérdida de transparencia en las cuentas
○ Permite control del costo	○ Requiere de inspección, vigilancia y control
○ Permite establecer referentes de calidad	○ Sin la adecuada vigilancia y control puede permitir la apropiación de recursos
○ Fortalece el conocimiento de las EPS para ser mejores compradores de servicios de salud	
○ Es la base de la gestión del riesgo en salud en el nivel básico de atención	

Parece ser entonces que la discusión no es necesariamente si se debe permitir y hasta cuanto la integración vertical, sino más bien como garantizar que la IV tenga una adecuada inspección, vigilancia y control (IVC) y se utilice para fortalecer el sistema de salud y otorgando mejores posibilidades de tratamiento a los usuarios afiliados al SGSSS. De hecho, **el problema debería ser un problema enfocado desde la libertad de elección**, donde la EPS le ofrezca al paciente, varias alternativas para su tratamiento, entre las cuales está la propia compitiendo por calidad y por indicadores de salud. Para esto se requiere que el sistema logre una adecuada maduración en tres aspectos fundamentales:

- Utilización y publicación de indicadores de calidad que permitan a los usuarios ser consumidores inteligentes, tomando decisiones objetivas desde los resultados en salud de los diferentes actores del sistema.
- Inspección, vigilancia y control que garantice la libre competencia entre actores que compitan por claridad y respeten ante todo la libertad de elección por parte del usuario.
- La transparencia en el SGSSS, la cual debe empezar por el claro liderazgo del rector por excelencia del sistema: El Ministerio de Salud. Este debe convocar a todos los actores del

sistema al trabajo mancomunado, que garantice mejores resultados en salud para la población y la viabilidad financiera del sistema y de cada uno de los actores.

Finalmente, vemos 3 razones que ameritan la existencia de un porcentaje claramente definido de IV (la Ley 1122 fijó el límite en el 30% de la facturación de una EPS; antes de esto no existía límite):

- Permite generar la oferta de infraestructura insatisfecha y necesaria para atender una población; es decir, si en un municipio no hay suficientes camas hospitalarias donde atender la población asegurada, y nadie está dispuesto a construirla, la aseguradora debería poder estar en condiciones de hacerlo.
- La producción propia de servicios debe permitir a la aseguradora hacer un referenciamiento con respecto a la calidad de los servicios que compra en la red externa. En teoría, los servicios propios deberían ser de más alta calidad para poder con conocimiento de causa subir la barra de exigencia, e inclusive compartir el conocimiento que permita tener pacientes más sanos con mayor eficiencia. De otro modo, el usuario debe tener la libertad de escoger la que más le convenga.
- Dicho referenciamiento en el punto anterior, debería servir también como punto de comparación para el control del costo, pues si la aseguradora sabe cuánto vale producir un servicio con calidad, puede definitivamente ser un comprador más activo que le permitirá al sistema ser mejor en el mediano plazo.

Mirando hacia el futuro, es necesario que Colombia tenga una política clara al respecto: la Ley 1122 de 2007 establece que las EPS solo pueden contratar el 30% con su propia red de servicios, por lo que de forma análoga se decidió poner un límite del 60% que como mínimo deben contratar las EPS del régimen subsidiado con la red de hospitales públicos. De este modo, en Colombia se definió un límite a la IV sin tener en cuenta que antes se debía analizar problemas técnicos básicos para definir una política sobre la integración vertical. Primero, ¿quién estima el tamaño de las redes de servicios en salud? Parece ser que es la Superintendencia de Industria y comercio, sin embargo hay pocos avances e inclusive, en los casos de las EPS intervenidas, aún no se han tomado decisiones. Segundo, la red de servicios de las EPS debe tener unos límites de acuerdo con su vocación, pero ¿quién los define?, ¿el MPS? Así, no hay

mayor discusión cuando una EPS abre un laboratorio clínico, un servicio de ambulancias o una clínica para atender a sus pacientes, pero cuando la red se extiende a servicios como operadores logísticos para comercialización de medicamentos, alimentación o vigilancia, es posible que se entienda que estos servicios no hacen parte de la vocación misional de una EPS.

El tercer problema que debía ser tenido en cuenta, relacionado con lo anterior, es que no se tiene claridad en el SGSSS sobre cuál es tamaño óptimo de una EPS, medido por el número de afiliados, por lo que debería existir un rango del total de EPS que soporta el sistema de salud colombiano. En la actual administración hay manifiesta preocupación por el segundo tema y muy poca atención frente al primero, cuando es posible que este sea el más importante y de mayor impacto financiero. En cualquier caso, la experiencia reciente de la mayor EPS por número de afiliados, que llegó a casi 5 millones de afiliados (un 25% del total de afiliados del régimen contributivo), dio muestras claras de que tener una posición privilegiada, con el alto riesgo que representa concentrar recursos públicos y de cotizaciones en empresas con bajo patrimonio y con red muy amplia de servicios en red. Es posible que algunos de estos recursos se destinaran actividades no prioritarias o básicas de una EPS, pero ante la falta de definición precisa de la IV se llega a una situación de incertidumbre.

#### **IV.D.5. MALA CALIDAD Y POCO USO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL SECTOR**

Quizás uno de los problemas más importantes del sistema de salud colombiano, al igual que el de muchos otros países, es la falta de articulación de la información alrededor del paciente. El usuario del sistema de salud en Colombia es atendido en sitios aislados, dependiendo de sus necesidades, por lo que no existe articulación de la información que permita una toma adecuada de decisiones que beneficie al paciente y al sistema de salud en general.

Complementario a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social no ha dispuesto de un sistema de monitoreo y seguimiento integral del sector salud. Si bien hay avances en los sistemas de información del sector (RIPS, SIHO, entre otros), estos podrían ser utilizados mejor si hicieran parte de un sistema integrado. Por ejemplo, el Ministerio, a partir de su propia información debería estar en capacidad de segmentar por calidad en los servicios prestados y por su situación financiera a los diferentes actores del sistema de salud, EPS, IPS, proveedores de medicamentos e insumos y demás actores del sistema de salud. Relacionado con lo anterior, la debilidad de agencias y oficinas del sector salud como la Superintendencia Nacional de

Salud o el Invima no permitió responder situaciones específicas o puntuales que con el tiempo se convirtieron en permanentes.

Más aún, podemos afirmar que en general el sistema de salud produce más información de la que puede administrar. Así mismo, gran parte de esta información se recopila y posteriormente tiene muy poca utilidad tanto para los que la procesan como para los que son encargados de consolidarla. Al respecto, las autoridades locales y departamentales se quejan de la ausencia de retroalimentación por parte del MPS y demás entidades del orden nacional que solicitan información (INS y DNP son ejemplos).

En este trabajo se realizó una revisión del PUC de la SNS y encontró que es poco útil para los intereses del sector. Su diseño hace que la mayoría de la información está concentrada en lo financiero y muy poco en un seguimiento de los indicadores de salud tanto para medir productos como resultados. Así mismo, se encontró que los reportes no son consistentes y por lo tanto es difícil construir series con un rango amplio y confiable de años. Igualmente, a pesar de su utilidad, la información de los estudios de suficiencia a cargo de la dirección de aseguramiento tiene problemas de calidad. Muy poca información permite hacer análisis temporal (ver capítulo cadena de valor).

Debe resaltarse que se encontró que la información del SIHO<sup>39</sup> es de buena calidad pero no se encontró una consolidación a nivel nacional y menos que la retroalimente a los que reporten este sistema. A su vez el SISMED<sup>40</sup> ha mejorado pero aún es deficiente. Aún no utiliza los precios internacionales de los medicamentos como referencia para comparar y tomar decisiones sobre los precios nacionales. Un estudio de Fedesarrollo para Asinfar, encontró que gran parte de la información que reportan las entidades responsables (EPS, IPS, laboratorios, mayoristas y secretarías de salud) no es consistente entre sí y no permite un análisis sobre la formación de los precios de los medicamentos en el mercado colombiano.

En conclusión, los sistemas de información existentes no permitir hacer un seguimiento y monitoreo sistemático en un sector que administra más de \$43 billones anuales en 2011. Con

<sup>39</sup> *Sistema de Información Hospitalaria - Ministerio de Salud.*

<sup>40</sup> *Sistema de Información Precios de Medicamentos de Colombia - Ministerio de Salud.*



la información disponible las autoridades nacionales no pueden utilizarla, por ejemplo, para calificar y discriminar las EPS por la gestión que adelanten. En este sentido, vale la pena hacer las siguientes recomendaciones al respecto:

- Bajo la rectoría del Ministerio de Salud, es necesario garantizar que el usuario sea el dueño de una historia clínica electrónica única, y que ésta esté articulada entre aseguradores y prestadores de todos los niveles.
- Se hace urgente y prioritario que la información de calidad de cada uno de los actores esté publicada y disponible para permitir que los colombianos sean compradores educados de servicios de salud y tomen decisiones informadas basadas en resultados en salud. Esto a su vez permitirá que la competencia entre los distintos se base en indicadores de calidad.
- Es función de los diferentes organismos de control y del Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, pensar en la articulación de la información desde el nivel micro, hasta el nivel macro para garantizar el mejoramiento continuo y la sostenibilidad del sistema de salud.
- Es necesario articular los sistemas de información existentes para que el Ministerio de Salud pueda tomar decisiones para la gestión.

## **IV.E. CONCLUSIONES**

El análisis del régimen contributivo dejó en evidencia los agudos problemas financieros a los que se enfrenta en la actual coyuntura. Esta situación hace que se genere una tensión permanente entre los actores que participan en el y se desarrollen comportamientos en donde cada uno busca defender su posición y se enfrenta a los demás sin consultar muchas veces cual es la mejor solución para el sector en su conjunto. Como vimos, si bien se adelantaron ajustes como la disminución de la transferencias a la subcuenta de solidaridad y se han adelantado algunos controles a la dinámica de dicho gasto, como el límite de precios a los medicamentos recobrados al Fosyga, aún no es claro el futuro financiero del régimen contributivo bajo los actuales parámetros de cotización y el nuevo POS actualizado.

Los recobros se multiplicaron por ocho en los últimos cinco años, en el 2010 llegaron a los \$2.5 billones y la disminución presentada en los mismos en el 2012 fue mucho menor a la

que esperaba el gobierno con las medidas tomadas para su control. Los gastos por esta vía, tienen cuestionamientos de diverso orden. Frente a cierto tipo de prestaciones hay profundos cuestionamientos sobre su pertinencia, dado que se concentra en un número muy bajo de la población afiliada, en algunos casos atendidos con medicamentos de muy alto costo, los cuales tienen un impacto marginal en la calidad de vida y la salud de los pacientes. Por ejemplo, se ha encontrado que este régimen financia recientemente gasto No POS que se puede considerar de cuestionable evidencia científica, como terapias no convencionales (aromaterapias, delfino terapias, equino terapias, etc.) o prestaciones médicas que no se cubren en la mayoría de sistemas de salud, como implantes peneales o cirugías bariátricas.

El debate sobre la Integración Vertical es de los más complejos en el sector de la salud. En Colombia ha faltado un análisis más técnico del tema que nos permita entender cuáles podrían ser los riesgos reales versus los beneficios de la integración vertical. Es necesario responder cuidadosamente la pregunta: ¿Cuál es el papel de la IV para lograr un mejor sistema de salud? Podemos afirmar que la IV de por sí no es ni buena, ni mala. Depende de cómo y para qué se utilice. Parece ser entonces que la discusión no es necesariamente si se debe permitir y hasta cuanto la integración vertical, sino más bien como garantizar que se utilice para fortalecer el sistema de salud y otorgar más y mejores posibilidades de tratamiento a los usuarios afiliados al SGSSS.

Se hace urgente y prioritario que la información de calidad de cada uno de los actores este publicada y disponible para permitir que los colombianos sean compradores educados de servicios de salud y tomen decisiones informadas basadas en resultados en salud. Esto a su vez permitirá que la competencia entre los distintos se base en indicadores de calidad. Así mismo, es función de los diferentes organismos de control y del Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, pensar en la articulación de la información desde el nivel micro, hasta el nivel macro para garantizar el mejoramiento continuo y la sostenibilidad del sistema de salud.

## V. CADENA DE VALOR Y RENTABILIDAD DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

### V.A. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se busca construir la Cadena de Valor del Sector Salud en Colombia. La Cadena de Valor (CV) es una herramienta de gestión diseñada por Michael Porter que se constituye en una guía para comprender los costos de cada una de las actividades y procesos que se realizan en el seno de una unidad de negocios. De esta manera, en este capítulo se busca entender a través de esta herramienta cómo ha sido la evolución del gasto de las EPS del régimen contributivo en el país, profundizando en aquellas actividades que representan un mayor porcentaje del gasto total. Adicionalmente, se analizó la rentabilidad de diversos sub sectores del sector salud, con el fin de establecer las posibles diferencias entre éstos y dar luces para identificar aquellos que son más rentables. Para esto, se utiliza el Retorno sobre el Capital Invertido, una medida bastante utilizada para estimar la rentabilidad de una firma.

Para la construcción de la Cadena de Valor es necesario contar con información detallada de los procesos que realizan las EPS en el país, sus costos y sus frecuencias, con objeto de determinar cuáles son los rubros que más peso tienen en la dinámica del gasto en salud en Colombia. Inicialmente, se utilizó la información de la Superintendencia Nacional de Salud; sin embargo, al analizar esta información se encontró que tenía graves problemas de consistencia (que se explicarán más adelante), por lo cual se descartó como insumo principal para la construcción de la CV. Por tal razón, se utilizó la información de los informes de suficiencia de las EPS que reportan periódicamente a la dirección de Aseguramiento del MPS. A pesar de tener problemas de cobertura y consistencia fue posible armar una base de datos para 4 EPS confiable con una cobertura de 3 años, a partir de la cual se adelantaron estimaciones sobre la composición del gasto en salud y su evolución<sup>41</sup>. Finalmente, se utilizó la información de la Superintendencia de Sociedades con el fin de estimar las rentabilidades a lo largo de la cadena de valor.

<sup>41</sup> Debe mencionarse que la información facilitada por MPS no permite conocer el nombre de las EPS. Fedesarrollo y sus investigadores firmaron un acuerdo de confidencialidad que limita el uso de esta información sólo para el presente estudio.

Hay que recordar que dentro de las funciones de las EPS, más allá de gestionar el riesgo en salud de sus afiliados, existe la responsabilidad de gestionar los recursos de la salud. Ellas reciben aproximadamente \$505.000 al año por cada uno de sus afiliados y como cabezas pagadoras del SGSSS, deben gestionar los recursos adecuadamente, irrigando el dinero a toda la cadena productiva del sector de la salud. Así, ganancias muy altas en un actor de la cadena de valor, afectan con seguridad a los demás actores o hacen crecer el gasto en salud por encima de las posibilidades de financiamiento. En este sentido el papel de las EPS es central pues de su gestión depende no sólo su situación financiera, sino también la del sistema de salud.

Los resultados muestran que las EPS son las instituciones menos rentables dentro del sector salud, mientras que las instituciones enfocadas en cardiología, oncología y ayudas diagnósticas parecen ser las más rentables. Adicionalmente, se encuentra que las instituciones oncológicas son las que presentan un menor Coeficiente de Variación de la misma, mientras que los Medicamentos son los que presentan una mayor dispersión de la rentabilidad.

Este apartado se divide en diez secciones incluida esta introducción. En la segunda sección se realiza una revisión de algunos documentos internacionales que han tratado de abordar la composición del gasto en salud en diferentes países. En la tercera sección se describen algunas dificultades metodológicas que surgen al momento de construir la cadena de valor del sector salud en Colombia, en la cual se evidencian los problemas de consistencia contenidos en la información que las IPS reportan a la Superintendencia Nacional de Salud. En la cuarta sección se realiza la descomposición del gasto en salud en sus principales componentes, identificando la *consulta médica* como el factor más importante en el gasto en salud en Colombia. La quinta sección muestra la evolución del gasto en salud y de sus diferentes componentes en el período 2006-2008, en la cual se indica que los *exámenes de laboratorio clínico* son los que han presentado la mayor tasa de crecimiento en su gasto. La sexta sección analiza la evolución del número de actividades prestadas por las EPS en el país, en las cuales de nuevo son las actividades de *laboratorio clínico* las que mayor crecimiento han presentado. En la séptima sección se analiza la evolución del precio unitario de las prestaciones en salud con el fin de establecer cuál ha sido el componente que mayor participación ha tenido en el crecimiento del gasto en salud en Colombia. Con base en este análisis, se logra establecer que en Colombia se ha venido presentando un efecto de demanda inducida que incrementa el gasto de las EPS. En la octava sección se presenta la metodología del cálculo de la rentabilidad del sector salud. Y por último, en la novena sección se analizan las rentabilidades de los diferentes sub sectores

del sector salud en Colombia. Como sección final se presentan las principales conclusiones de esta investigación.

## **V.B. ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD EN OTROS PAÍSES**

Antes de analizar la evolución del gasto en salud en Colombia, conviene examinar cómo ha sido abordado este tema en otros países, con el fin de establecer posibles similitudes con el caso colombiano. Una de los temas más importantes es la incorporación de nuevas tecnologías en la atención de los pacientes, las cuales se caracterizan por ser costosas, atender en muchos casos un grupo limitado de pacientes y por formular, finalmente, prestaciones médicas y medicamentos de alto costo. En general, si bien se reconocen los beneficios de la tecnología novedosa, también se acepta por expertos que ésta tiene un impacto negativo sobre las finanzas de la salud. Este tema es aún más sensible cuando la financiación de los sistemas de salud se hace mayoritariamente con recursos públicos. Cabe entonces plantear las discusiones teniendo en cuenta la sostenibilidad fiscal del sistema en el mediano y largo plazo.

En 1995 la Office of Technology Assessment (OTA), realizó un compendio de estudios de casos sobre la introducción de seis nuevas tecnologías para 8 países desarrollados, entre ellos Estados Unidos, Reino Unido y Suecia. Estas tecnologías incluyen tratamientos de la arteriopatía coronaria, imágenes médicas, cirugía por laparoscopia, tratamientos de la enfermedad renal terminal, cuidado intensivo neonatal y exploración del cáncer de seno. La difusión de dichas tecnologías fue producto de la presión del público y los pacientes por incluirlas en el diagnóstico y tratamiento, su rápida aceptación por parte de la comunidad médica, además de los incentivos económicos a su favor. Entre estos últimos, se destaca el pago por evento como un mecanismo facilitador para la incorporación de las tecnologías, en contraposición al pago por capitación, como demuestra la rápida incorporación de las imágenes de resonancia magnética en Francia (OTA, 1995, p.347).

Además de los factores que propendieron por la difusión de la tecnología en el sector de la salud anteriormente señalados, OTA (1995) describe cuatro etapas en el proceso de difusión: investigación básica, investigación aplicada, evaluación e investigación clínica y difusión final. A partir de la investigación básica se produce información sobre el funcionamiento biológico del cuerpo humano. La investigación práctica, por su parte, toma información de la investigación

básica para solucionar problemas en la prevención, tratamiento y cura de enfermedades. La evaluación e investigación clínica permite evaluar si la tecnología es eficaz, eficiente y segura. Finalmente, la difusión lleva a que una tecnología sea adoptada y utilizada. De este modo, OTA (1995) argumenta que la política pública puede tomar decisiones sobre cada una de estas etapas de la creación y difusión tecnológica. Por ejemplo, los sistemas de salud pueden dirigir recursos para apoyar investigación secundaria o aplicada que permita dar solución a problemas delimitados de manera efectiva, a bajo costo y segura. Por otro lado, es de mayor dificultad evaluar la efectividad de políticas sobre la investigación primaria porque en principio ésta puede ser utilizada en cualquier ámbito. No obstante, el área de mayor prominencia de la política pública sobre la difusión de la tecnología es en la evaluación clínica de las nuevas tecnologías, pues permitiría que antes de salir los nuevos procedimientos se pudiera establecer con claridad si la tecnología es costo-efectiva y segura. La nueva tecnología debería ser evaluada con respecto a otras alternativas a disposición que solucionen problemas similares. Sin embargo, en la práctica la difusión de las nuevas tecnologías en salud se hace más con su introducción paulatina, su mayor uso por instituciones prestadoras de servicios de salud y los requerimientos de los pacientes que por estudios de evaluación del costo-efectividad de éstas.

De otro lado, el Congressional Budget Office -CBO- (2008) al analizar el crecimiento en el gasto público en salud en los Estados Unidos, sostuvo que este crecimiento fue explicado principalmente por el costo por beneficiario. Este resultado se derivó de un modelo actuarial que permite contabilizar el peso del gasto en salud como porcentaje del PIB bajo cuatro posibles escenarios y tres posibles aproximaciones acerca del comportamiento del PIB proyectado. Las conclusiones sobre el crecimiento del gasto público en salud que es atribuible al exceso de costo por beneficiario no cambian para ninguna de las tres aproximaciones.

Adicionalmente, el estudio de CBO (2008) describe el gran aumento del gasto público estadounidense en salud pasando de US\$187 miles de millones en 1965 (constantes de 2005) a US\$ 1,9 billones en 2005, y que en términos per cápita creció 2,8 puntos por encima del PIB per cápita en el mismo período. El avance tecnológico en el cuidado de la salud puede explicar gran parte de este crecimiento; hipótesis sobre la cual existe cierto consenso en cuanto a la capacidad de la tecnología para aumentar crucialmente el gasto nacional en salud, tal como cita CBO (2008) a Schwartz (1987), Weisbrod (1991) y Cutler (1995). Estos estudios atribuyen entre 38 a 65 por ciento del crecimiento en el gasto en salud per cápita en Estados Unidos a cambios en la práctica médica debido a cambios tecnológicos, con respecto a otros posibles

factores como el envejecimiento de la población y costos administrativos. Sin embargo, es difícil establecer los efectos directos del avance de la tecnología y el crecimiento del gasto en salud, porque es un proceso de retroalimentación entre tecnología, ingreso de las familias y gasto de terceros.

Otro tema que ha sido ampliamente abordado en otros países es el de la regulación de los medicamentos. Al respecto, en el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) cuenta desde 1957 con un mecanismo de convenio con las farmacéuticas que regula los precios de medicamentos de marca y las ganancias de las mismas sobre las compras que éste realiza. El retorno de las farmacéuticas no puede exceder entre el 17 y 21 por ciento, si una firma llega a sobrepasar este rango puede ser obligada a devolver el dinero al NHS. Esta agencia, además, regula la publicidad en ventas de los medicamentos, la cual no puede ser mayor al 9 por ciento de las ventas.

Sobre este mismo tema, en Suecia, hay controles en el precio de los medicamentos debido a que el Estado es propietario de la mayor red de farmacias y, hasta 2009, era prácticamente un monopolio estatal. La agencia estatal de medicamentos negocia el precio con los grandes laboratorios farmacéuticos y subsidia a los pacientes bajo un criterio cada vez más austero, reduciendo la cobertura a medicamentos que tengan substitutos genéricos de menor costo y promoviendo una mayor competencia en la distribución de medicamentos. Por su parte, en Alemania no ha existido una política fuerte de regulación de medicamentos, contrario a lo que sucede en muchos países europeos (OTA, 1995); no obstante, algunos esfuerzos de políticas focalizadas se han realizado. En 1989, hubo una política dirigida a reducir el costo de 10 principios activos que definía valores máximos de reembolso para 1.400 medicamentos. Dicha medida trajo consigo una disminución drástica del precio de estos medicamentos porque la mayoría de aseguradores no estaban dispuestos a pagar el cobro por encima del reembolso (OTA, 1995). Sin embargo, de acuerdo con esta misma fuente, no es posible medir los efectos agregados de la política porque los medicamentos no regulados subieron de precio cuando ésta fue implementada.

La experiencia de Estados Unidos en regulación de precios de medicamentos es bastante negativa. A pesar de que en este país existe una fuerte regulación para regular la interacción y los incentivos entre las compañías farmacéuticas y los médicos (PhRma Code, FDA Code, AMA Code), manifiesta a través del FDA Code y del Pharma Code, en 2010 fue descubierto que un laboratorio estaba dando incentivos a los médicos por la compra de un medicamento que era

71 veces más caro que una alternativa más barata y de igual eficacia. Aunque el incentivo en cuestión (reembolso) no era ilegal, estaba causando gastos crecientes al sistema de reembolsos de medicamentos de Medicare, un programa de gasto en salud pública. El caso fue publicado en The New York Times y envolvió a los medicamentos Lucentis, con un precio de US\$ 2.500, y Avastin, con un precio de US\$ 35, de la compañía biotecnológica Genentech. Esto muestra que la falta de regulación en los actores del sistema puede llegar a crear incentivos perversos -sin mencionar los efectos, como el uso excesivo del medicamento, que pueda generar en los pacientes- que afectan la sostenibilidad financiera de los esquemas que son financiados o pagados por terceros, en este caso una compañía aseguradora o agencia del gobierno.

La reforma a la salud en Estados Unidos, aprobada en 2010 durante el gobierno Obama, tiene por objetivo la ampliación del aseguramiento de la población de recursos bajos a través del programa Medicaid, el control del gasto en Medicare mediante la conformación de un panel de expertos que lo evaluarán con criterios de costo-efectividad y especifica incentivos para empaquetar los servicios de salud en lugar de cobrar por evento. También prevé que todos los ciudadanos estadounidenses deberán buscar un seguro de salud so pena de multas impositivas. Por el lado de los aseguradores, los obliga a aceptar solicitudes de aseguramiento sin tener en cuenta condiciones preexistentes (condición prevalente en Colombia desde el inicio de la Ley 100; pues el POS no tiene ni preexistencias ni exclusiones en Colombia). Esta ley tendrá un impacto de US\$ 938 miles de millones en el balance del gobierno hasta 2020 según Congressional Budget Office y significará una reducción en el déficit del gobierno federal en US\$138 miles de millones a lo largo de la última década.

## **V.C. CADENA DE VALOR DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA**

La aproximación a la cadena de valor de Colombia se intentó calcular, en primera instancia, utilizando los datos de la SNS. Sin embargo, al analizarlos se evidenció que esta información no era suficiente para lograr obtener la cadena de valor del sector salud, puesto que las IPS solo reportan información agregada a las EPS, siendo reportada de esta manera por la EPS a la SNS. La falencia radica en que el reporte de dicha información desagregada no está normado como de obligatorio cumplimiento. Por lo tanto, se procedió a desagregar los contratos que suscriben las EPS del régimen contributivo, de acuerdo a la red con la cual lo hacen, con el fin de establecer cuál es el agente que efectúa la prestación del servicio. En primer lugar, se

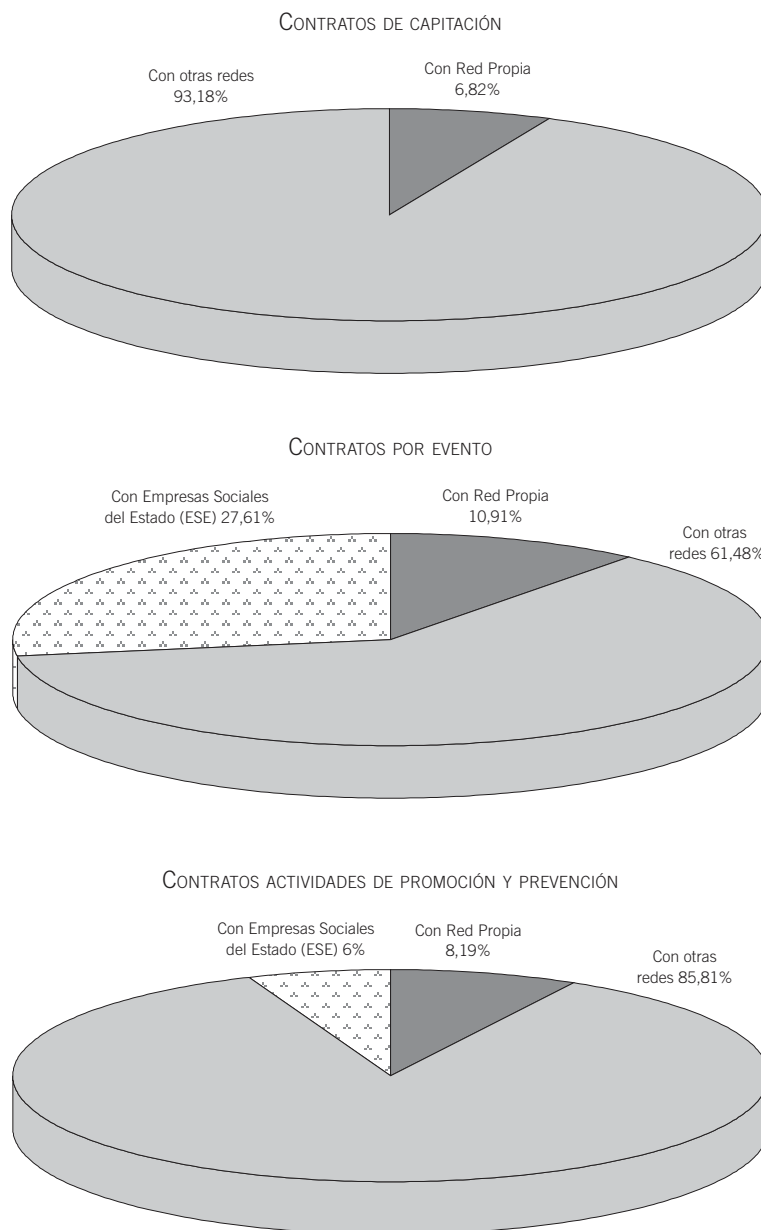


encontró que del total de contratos el 58,6% son contratos por evento, el 34,6% son contratos por capitación y el 6,8% restante son contratos para actividades de promoción y prevención (Gráfico 9). Adicionalmente, de los contratos por capitación realizados por las EPS, el 61,5% son contratos con otras redes, el 27,6% son contratos con Empresas Sociales del Estado (ESE) y tan solo el 11% son contratos con red propia (Gráfico 9).

Una situación similar se encuentra cuando se analizan los contratos por evento: el 86% son contratos con otras redes, únicamente el 8% de los contratos se ejecutan con la red propia y el 6% son contratos con las ESE. En cuanto a los contratos para actividades de promoción y prevención el panorama es el mismo que en los dos anteriores, de modo tal que el 93,2% de estos contratos son realizados con otras redes y tan solo el 6,8% son contratos con red propia (Gráfico 9). Por lo tanto, si se pretende construir una cadena de valor del sector de la salud, es necesario examinar las redes con las cuales las EPS contratan los servicios, puesto que son éstas las que ejecutan el gasto en salud; es decir, sería necesario examinar la información que reportan las IPS para lograr establecer cuáles son las actividades que mayor porcentaje del gasto concentran.

Dado lo anterior, se procedió a analizar la información que reportan las IPS a la SNS y se evidenció que esta información presentaba numerosos problemas de consistencia en los datos. En primer lugar, el número de IPS para las cuales se cuenta con información cada año es bastante volátil: para el año 2010 se contaba con información para 3.081 IPS, en el año 2008 tan solo con 817 y en el año 2007 con 1362. De estas últimas, tan solo fue posible seguir durante todos los años a 70 IPS. Realizar el análisis de la evolución del gasto con tan pocas IPS sería un ejercicio bastante controvertible, dado que difícilmente éstas serían representativas del total. Sin embargo, el principal inconveniente con la información fue la inconsistencia de la misma. Con el fin de ilustrar la situación, el Anexo 3 muestra los ingresos operacionales y los gastos de administración de las IPS para el año 2010 extraídos de la información que éstas reportan a la SNS. Se observa que al desagregar estos rubros en sus diferentes componentes, la suma no coincide con el valor de los primeros. En efecto, la suma de los componentes de ingresos operacionales solo recoge el 96% del total reportado en ingresos operacionales por las IPS. Peor aún, los componentes de los gastos de administración tan solo suman el 3% del total de los gastos de administración que reportan las IPS. Por tal razón, se descartó la posibilidad de utilizar esta información para la construcción de la CV debido a que sus resultados son bastante debatibles.

GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS CONTRATOS DE LAS EPS POR TIPO DE EDAD



Fuente: Cálculos propios con base en información de la Superintendencia de Salud.

Ante los inconvenientes mencionados, el Ministerio de la Salud permitió acceder a los Informes de Suficiencia que elabora la Dirección de Gestión de la Demanda en Salud. Esta información contiene la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) en la cual se encuentran los procedimientos e intervenciones que realizan las EPS en Colombia en un orden lógico y detallado. Esta clasificación es adoptada en Colombia por la Resolución 365 de 1999 y con base en ella se hace la primera actualización de los CUPS del país, a partir de la Resolución 2333 del 2000. Para el presente estudio, se utilizó la clasificación de CUPS contenida en la Resolución 01896 de 2001 la cual sustituye el anexo técnico de la resolución anterior.

La información de los CUPS permite identificar las actividades, intervenciones o procedimientos, medicamentos e insumos de una forma lógica y detallada. Además de esto, se tiene información sobre el número total de registros de cada actividad; el ámbito de la prestación de la actividad, es decir si la actividad es de tipo ambulatorio, hospitalario, de urgencias o domiciliario; la forma de reconocimiento de la actividad (pago por capitación, pago por servicio, pago por servicio sin detalle, pago por paquete o conjunto de atención, pago directo o pago autorizado); número de días de estancia o unidades de forma farmacéutica entregada (por ejemplo el número de días que una persona permanece hospitalizada). Igualmente, la información contiene los medicamentos entregados por las EPS clasificados mediante CUMS (Código Único de Medicamentos) los cuales, según la Resolución 0255 de 2007 del Ministerio de la Salud, son *"(...) la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos Invima"*. Esta información se encuentra disponible para los años 2006, 2007 y 2008.

El único inconveniente con esta información es que para cada período se tiene una muestra diferente de EPS del régimen contributivo, dado que el Ministerio de la Salud cuenta con una malla validadora que busca poder explicar con claridad al menos el 90% del costo incurrido de las EPS. Dicha malla impide que algunas EPS puedan reportar la información en períodos para los cuales la información que reportan no es consistente. Además de esto, y por motivos de confidencialidad, los nombres de las EPS no se encuentran disponibles, por lo cual no es posible saber a cuáles EPS corresponden los resultados que se presentan. Lo importante en este caso es ser conscientes con que el ejercicio no corresponde a todo el sistema de salud sino a una submuestra de EPS con información consistente para el período de análisis. A partir de esta información, se realizaron cuatro ejercicios:

- un análisis de la composición del gasto que efectúan las EPS del régimen contributivo, basada en la codificación de CUPS;

- una descripción de la evolución anual de los montos gastados por las EPS según la misma codificación;
- un análisis de la evolución del *gasto unitario* de las actividades que elaboran las EPS;
- y un análisis sobre la evolución del número de prestaciones realizadas con el fin de examinar la existencia de un posible efecto de demanda inducida en la utilización de los servicios médicos. Vale la pena aclarar que, para que este ejercicio pueda hacerse adecuadamente, es importante contar con las mismas EPS en todo el período con el fin de poder realizar las comparaciones. Se procedió, por lo tanto, a identificar las EPS que estuvieran disponibles en todos los años y realizar el ejercicio únicamente con éstas. Al final del proceso se logró identificar cuatro EPS del régimen contributivo en todos los años, con la cuales se realizaron los ejercicios que se presentan a continuación.

### **V.C.1. COMPOSICIÓN DEL GASTO POR ACTIVIDADES CUPS**

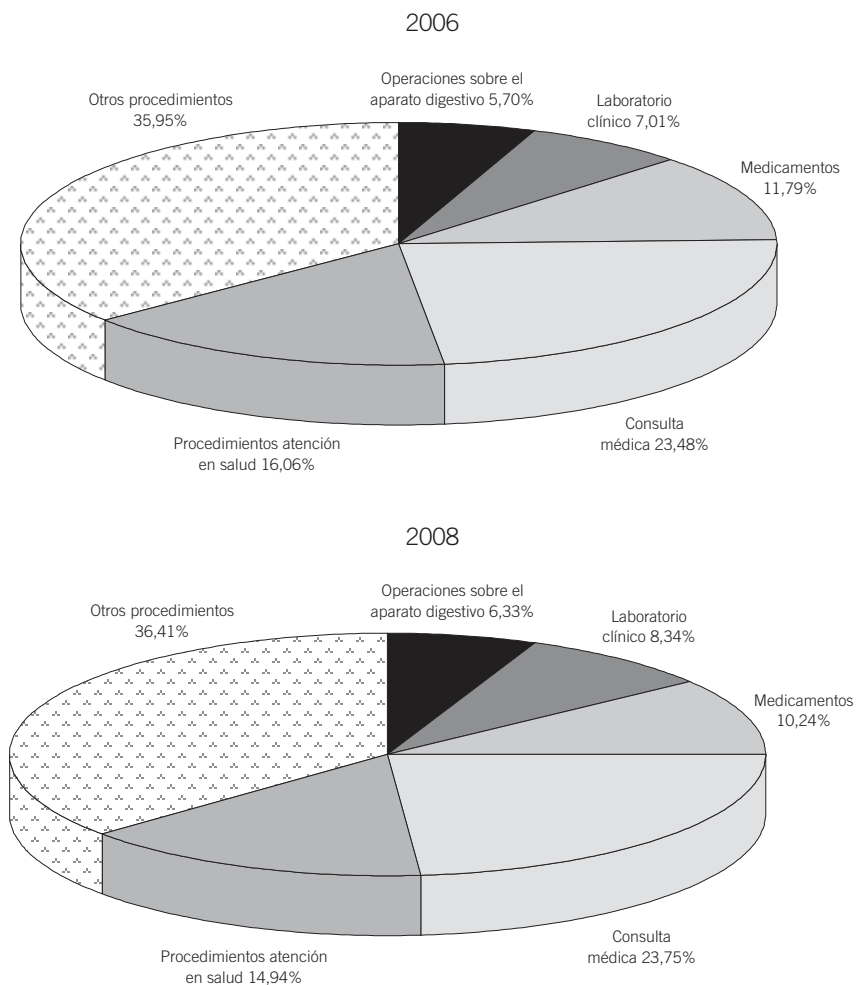
Respecto a la composición del gasto de las EPS, se encuentra que los rubros que mayor porcentaje representan son los de *consulta médica, procedimientos de atención en salud, laboratorio clínico, operaciones sobre el aparato digestivo y medicamentos*; los demás rubros se agruparon en el ítem *otros procedimientos* (en el Anexo 4 y Anexo 5 se presentan los valores desagregados de este último rubro). El Gráfico 10 muestra que para el año 2006 las actividades de *consulta médica* constituían más del 23% de los gastos totales realizados por las EPS; para el año 2008 su participación se mantiene relativamente constante. Por consiguiente, las actividades de *consulta médica* son las que representan un mayor porcentaje del gasto total de las EPS.

El segundo rubro en importancia, en cuanto a su participación en el gasto total, son los *procedimientos de atención en salud*, los cuales han venido perdiendo importancia relativa en el gasto en los últimos años, pasando de representar el 16% del gasto total en 2006 al 14,9% en 2008, es decir, una caída de poco más de 1,1 puntos porcentuales en dos años.

El tercer rubro en importancia en el gasto de las EPS son los *medicamentos*, los cuales, al igual que los *procedimientos de atención en salud*, han venido perdiendo participación en el gasto total; de este modo, mientras que en 2006 los *medicamentos* representaban el 11,8% del gasto total de las EPS, en 2008 su participación se redujo a 10,2% del gasto total (Gráfico 10).

De otro lado, los *procedimientos de laboratorio clínico* han venido ganando importancia en el gasto total de las EPS. Al respecto, el Gráfico 10 muestra que para el año 2006 los procedimientos en *laboratorio clínico* representaban el 7% del gasto total de las EPS, y en 2008 dicho valor pasó a ser el 8,3%. Por último, es importante destacar las *operaciones sobre el aparato digestivo*, las

GRÁFICO 10. COMPOSICIÓN DEL GASTO DE LAS EPS EN ACTIVIDADES CUPS  
(2006-2008)



Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

cuales son el rubro que mayor importancia en el gasto total tiene de todos los procedimientos médicos que reportan las EPS. Estos han mantenido relativamente estable su participación en el gasto total representando un 5,7% y un 6,3% de este gasto en 2006 y 2008 respectivamente. En resumen, la composición del gasto en salud de las EPS muestra que los procedimientos de *laboratorio clínico* han venido ganando importancia en el gasto total, las consultas médicas y las *operaciones sobre el aparato digestivo* han mantenido relativamente estable su participación en el gasto en los últimos años, mientras que los *medicamentos* y los *procedimientos de atención en salud* han perdido importancia relativa en el mismo.

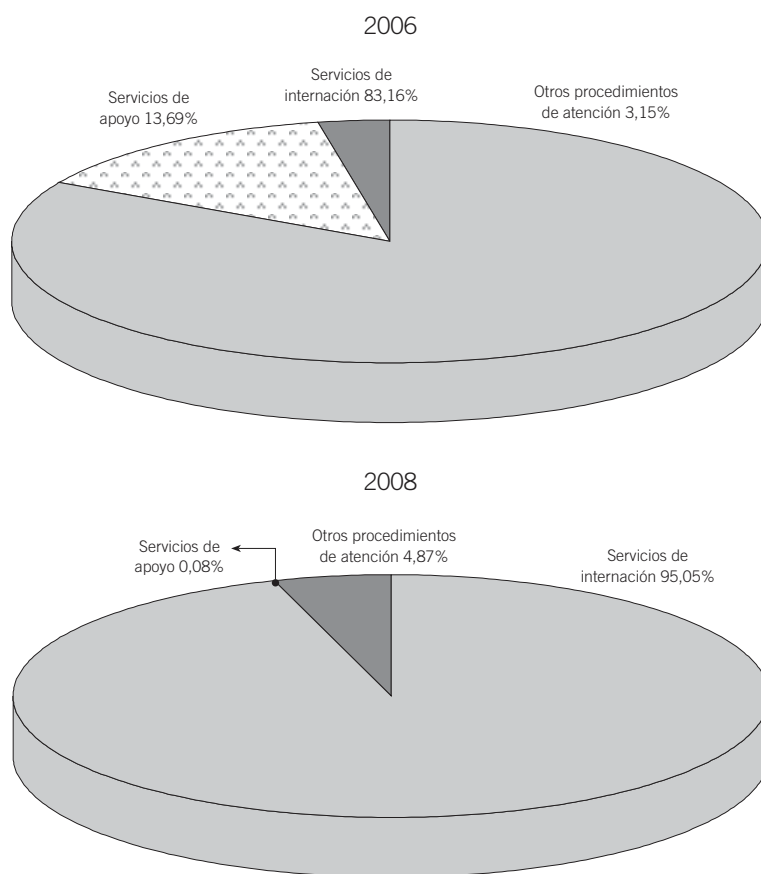
Buscando comprender con mayor profundidad la dinámica del gasto total de las EPS, se procedió a descomponer los rubros de *consulta médica*, *procedimientos de atención en salud*, *laboratorio clínico* y las *operaciones sobre el aparato digestivo*. Al interior de *consulta médica* se encuentra que la *entrevista, consulta y evaluación* es el mayor componente del gasto total en *consulta médica* en 2006 (93%). Este porcentaje se mantiene relativamente estable en el período de estudio, lo que coincide con el comportamiento que han tenido las consultas médicas en general.

Al desagregar los *procedimientos de atención en salud* para el año 2006, se observa que los más importantes, en su orden, son los *servicios de internación* (83,2%), los *servicios de apoyo* (13,7%) y los *otros procedimientos de atención* (3,1%). Adicionalmente, el Gráfico 11 muestra que para 2008 los *servicios de internación* presentan un incremento importante en su participación al pasar al 95% del gasto en *procedimientos de atención en salud*. Este aumento es compensando por una caída de los *servicios de apoyo*, los cuales en 2008 pierden prácticamente toda la importancia que tenían en 2006. En este sentido, puede afirmarse que en los *procedimientos de atención en salud* se dio una recomposición del gasto a favor de los *servicios de internación* y en contra de los *servicios de apoyo* (ver Gráfico 11).

Al interior de *laboratorio clínico* se encuentra que los procedimientos de *química sanguínea y de otros fluidos corporales* -que son los que mayor porcentaje del gasto representan- experimentaron una caída en su participación de cerca de 7 puntos porcentuales (p.p.) entre 2006 y 2008. La disminución de este rubro se ve compensada con el crecimiento de los exámenes *hematológicos*, *endocrinológicos* e *inmunológicos*, siendo los segundos los de mayor caída (más de 4 p.p.; ver Gráfico 12). Adicionalmente, se encuentra que los procedimientos de *microbiología* y los *otros procedimientos de laboratorio* presentaron caídas leves en su participación en el gasto total (ver Gráfico 12). En cuanto a las *operaciones sobre el aparato digestivo* se encuentra que

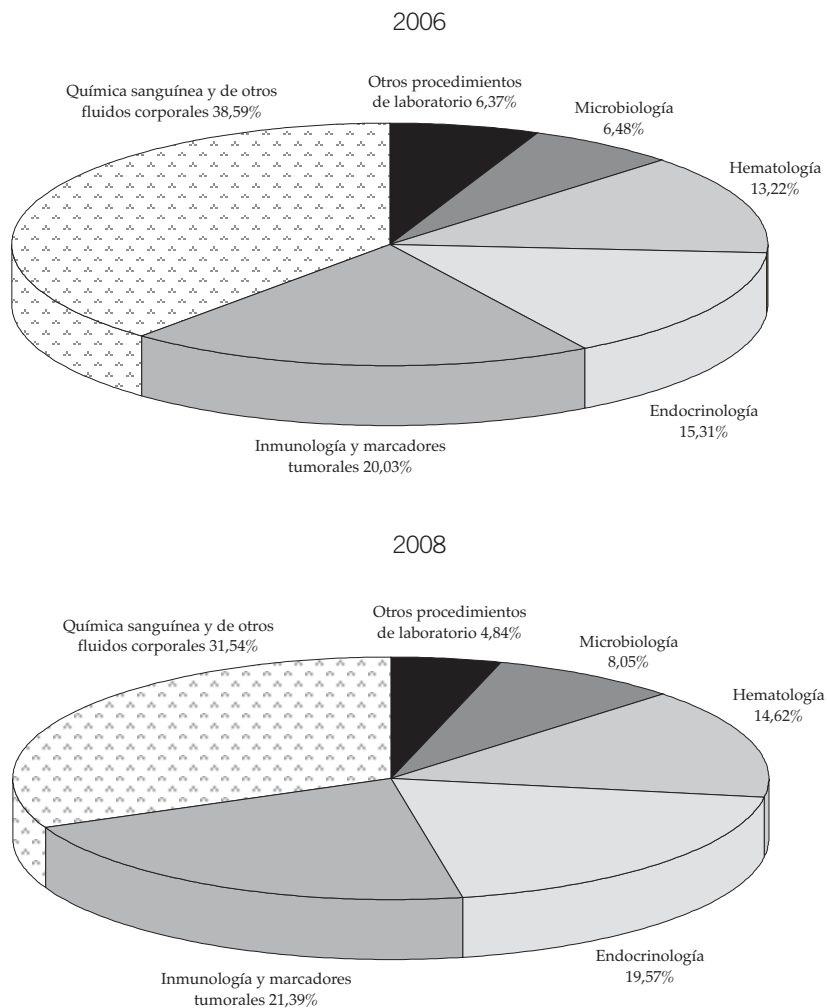
los *procedimientos en pared abdominal* son los que mayor porcentaje del gasto total representan en 2006 (30%); para el año 2008 este rubro aumentó su participación en 1%. Por su parte, los *procedimientos en el intestino*-segundos en importancia relativa- experimentaron un incremento de 3% en la participación en el gasto llegando al 26%. La mayor participación de estos rubros es compensada con la disminución en la participación de los otros *procedimientos en el aparato digestivo* (de 18,1% en 2006 a 14,7% en 2008). Por último, los procedimientos en la vesícula biliar se mantienen relativamente estables en su participación en el gasto (ver Gráfico 13).

GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN EN SALUD DE LAS EPS CUPS (2006-2008)



Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

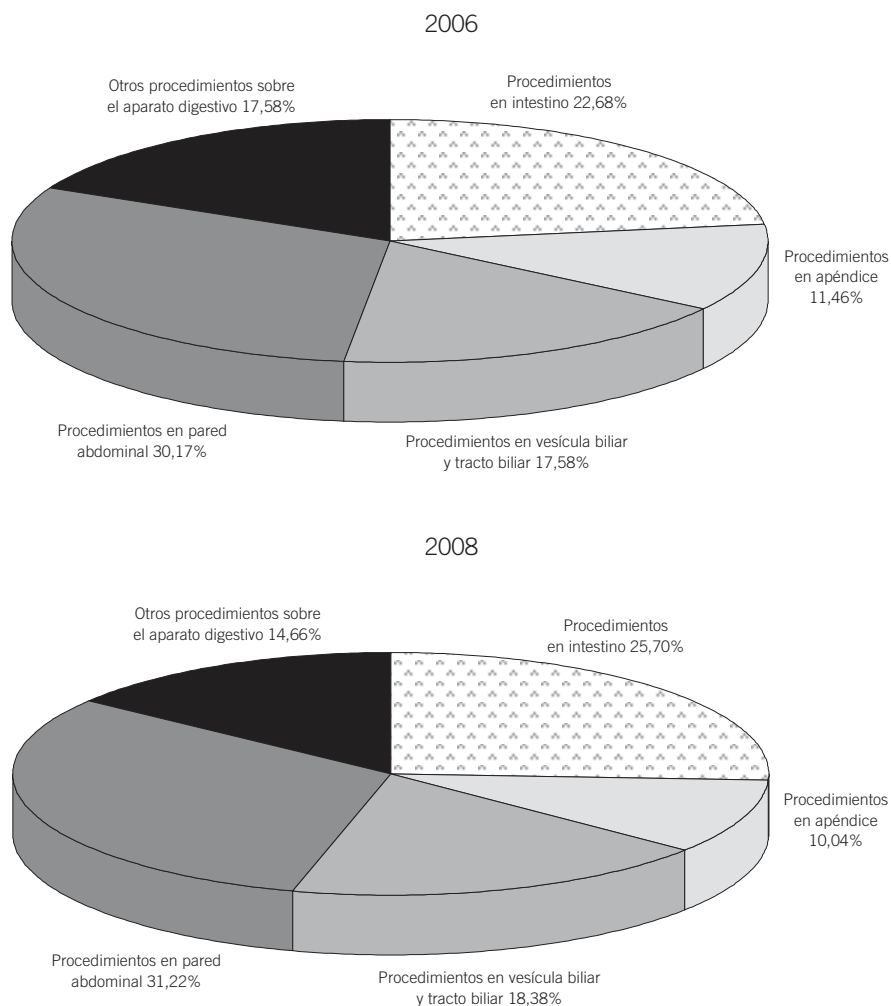
GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN LABORATORIO CLÍNICO DE LAS EPS CUPS (2006-2008)



Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.



GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN OPERACIONES SOBRE APARATO DIGESTIVO EN LAS EPS CUPS (2006-2008)



Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

## V.C.2. EVOLUCIÓN DEL GASTO POR ACTIVIDADES CUPS

En esta sección se examina la evolución de los montos de gasto y número de actividades o procedimientos que realizan las EPS en Colombia. Para esto, se toman los rubros de gasto que en la descripción anterior se identificaron como los más importantes en la composición del gasto total, dado que éstos son los que explican casi la totalidad de la dinámica del gasto en salud en el país. De nuevo, para este ejercicio se tomó la información de las cuatro EPS del contribuyente para las cuales se dispone de información en todo el período, dado que éstas constituyen una muestra representativa de lo que sucede en el sector.

El Cuadro 19 muestra la evolución del gasto en salud entre 2006 y 2008. Puede observarse que en general todas las actividades que realizan las EPS han presentado un incremento en sus gastos, con excepción de los *medicamentos*. El rubro de mayor crecimiento es el de *laboratorio clínico* con un 31%. Así mismo, esta cuadro muestra que las *operaciones sobre el aparato cardiovascular* y la *consulta médica* han incrementado su valor en los últimos años, a pesar de que lo han hecho en un porcentaje menor que el mencionado anteriormente (22,4% y 11,5% respectivamente). Por último, se encuentra que los *medicamentos* se redujeron un 4,3% reflejando su pérdida en la participación en el gasto. Nótese sin embargo, que este fenómeno se refiere a gastos POS; puesto que los gastos No POS han mostrado un incremento muy importante en medicamentos. Probablemente esta diferencia se debe a que el sistema de salud, llamado Plan Obligatorio de Salud, que está basado en el aseguramiento, no evolucionó al ritmo de las necesidades de salud de los colombianos y a la velocidad de los avances tecnológicos y médicos, generándose así un sistema de salud paralelo por reembolsos, lo cual se conoce comúnmente como los recobros No POS al Fosyga. Dichos sistemas no están realmente articulados, se mueven por incentivos diferentes y tienen controles distintos, generando ineficiencias significativas, sobrecostos y desarticulación alrededor del paciente, lo cual finalmente tiene un grave impacto negativo sobre la salud y la satisfacción final del usuario.

Al igual que cuando se analizaron los componentes del gasto, es conveniente desagregar los rubros anteriores en sus componentes, con el objeto de entender la dinámica de su evolución. Es decir, a continuación se analizará el crecimiento de los componentes de los rubros analizados anteriormente, buscando de este modo comprender con mayor profundidad la evolución del gasto en salud en el país.

CUADRO 19. CRECIMIENTO DEL GASTO EN SALUD DE LAS EPS POR ACTIVIDAD 2006-2008  
(PESOS DE 2008)

Actividad	Crecimiento
Operaciones sobre el aparato digestivo	22,4%
Consulta médica	11,5%
Laboratorio clínico	31,1%
Procedimientos atención en salud	2,5%
Medicamentos	-4,3%
Otros procedimientos	11,6%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

En el Cuadro 20 se muestra que al interior de *consulta médica*, el único rubro que ha presentado un crecimiento negativo es el de *procedimientos anatomopatológicos*, el cual sin embargo, sólo representa poco más del 2% del gasto total en *consulta médica*, por lo que no tiene mayor influencia en el crecimiento total de este rubro. De otro lado, *la entrevista, consulta y evaluación*, la cual, como se mencionó anteriormente, representa más del 90% del gasto en *consulta médica* presenta una tasa de crecimiento de 11,6% y las *otras consultas médicas* crecieron un 18%, con lo cual se explica el crecimiento que ha tenido el gasto en *consulta médica*. Queda claro entonces que las consultas han tenido un incremento importante en el período, mucho más allá del incremento en la afiliación, pues esta creció únicamente un 11% en el mismo período. La explicación para este fenómeno parte del hecho de que está ampliamente demostrado que al lograr un mayor nivel de maduración en los sistemas de salud, el acceso a los servicios mejora; en parte porque los usuarios aprenden a "manejar" el sistema de salud, lo que genera un incremento importante de la frecuencia de uso de los servicios. El acceso a los

CUADRO 20. CRECIMIENTO DEL GASTO EN CONSULTA MÉDICA DE LAS EPS POR ACTIVIDAD

Actividad	Crecimiento
Entrevista, consulta y evaluación	11,6%
Procedimientos anatomopatológicos	-5,7%
Otras consultas médicas	18,1%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

servicios de salud en Colombia ha mejorado paulatinamente y consecuentemente los pacientes han demandado mayor atención médica. Las EPS dentro de sus actividades de gestión del riesgo de salud y de promoción y prevención, inducen consultas activamente para tratar a los pacientes con enfermedades crónicas, tales como diabetes e hipertensión.

De otro lado, cuando se analizan los procedimientos de *laboratorio clínico*, se encuentra en primer lugar que, los *exámenes endocrinológicos* son los que han presentado un mayor crecimiento en el período 2006-2008 con una tasa de 67,5%. En segundo lugar, teniendo en cuenta la tasa de crecimiento del gasto, se encuentran los *exámenes hematológicos* para los cuales se ha incrementado el gasto en 45%, seguidos de los *exámenes inmunológicos* que crecieron un 40% en el período de estudio. Adicionalmente, se encuentran los otros *procedimientos de laboratorio*, para los cuales el gasto creció un 31,5%. Por último, se hallan los procedimientos de *química sanguínea y otros fluidos corporales*, los cuales incrementaron su gasto en un 7,1% entre 2006 y 2007 (ver Cuadro 21).

CUADRO 21. CRECIMIENTO DEL GASTO LABORATORIO CLÍNICO DE LAS EPS POR ACTIVIDAD

Actividad	Crecimiento
Hematología	45,0%
Química sanguínea y de otros fluidos corporales	7,1%
Endocrinología	67,5%
Inmunología y marcadores tumorales	40,0%
Otros procedimientos de laboratorio	31,5%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

Finalmente, cuando se analizan los *procedimientos sobre el aparato digestivo*, los cuales como se mencionó anteriormente por su participación en el gasto son los más importantes de todas las intervenciones médicas, se evidencia que los *procedimientos en el intestino* son los que han venido presentando una mayor tasa de crecimiento en el gasto (38,7%), a pesar de que, como se evidenció en la sección anterior, su participación en el gasto ha permanecido estable en los últimos años. En el Cuadro 22 se observa que los *procedimientos en vesícula biliar* experimentaron una tasa de crecimiento de 28%, lo cual los ubica como el segundo componente con mayor tasa de crecimiento dentro de los *procedimientos sobre el aparato digestivo*,

seguido de los *procedimientos en pared abdominal*, que crecieron a un 26,7% en el periodo. Los *procedimientos en apéndice* son los que presentaron la menor tasa de crecimiento (7,3%), mientras que los otros *procedimientos sobre el aparato digestivo* son los únicos con una tasa de crecimiento negativa del 0,9% (ver Cuadro 22).

CUADRO 22. CRECIMIENTO DEL GASTO OPERACIONES DE APARATO DIGESTIVO DE LAS EPS POR ACTIVIDAD

Actividad	Crecimiento
Procedimientos en intestino	38,7%
Procedimientos en apéndice	7,3%
Procedimientos en vesícula biliar y tracto biliar	28,0%
Procedimientos en pared abdominal	26,7%
Otros procedimientos sobre el aparato digestivo	-0,9%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

### V.C.3. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PRESTACIONES

Una vez analizado el crecimiento del gasto en salud en el país, es necesario establecer si es producto de un aumento en los precios de los procedimientos, o si por el contrario se encuentra relacionado con un incremento del número de procedimientos realizados, lo que implicaría que es necesario establecer controles con el fin de que el sistema no induzca una mayor demanda. En primer lugar, se analiza el crecimiento del número de actividades realizadas y se encuentra que las de mayor crecimiento son las actividades de *laboratorio clínico*, las cuales crecieron un 45% en el período 2006-2008 (ver Cuadro 23). Este hecho puede estar explicando el aumento en el gasto que ha presentado este tipo de procedimientos; es decir, que se puede estar presentando en estos procedimientos un efecto de demanda inducida que incrementa el gasto de las EPS. En lo referente a *consulta médica*, se encuentra que éstas también presentan un alto crecimiento en las cantidades realizadas durante el período analizado (24,6%; ver Cuadro 23). Adicionalmente, se encuentran los *otros procedimientos*, las *operaciones sobre el aparato digestivo*, y los *procedimientos de atención en salud*, los cuales presentan tasas de crecimiento similares entre 2006 y 2008 (17,3%, 15,5% y 13,3% respectivamente). Por último, se encuentra que los medicamentos presentan una tasa de crecimiento negativa en el número de actividades realizadas (medicamentos entregados) de 3,9%.

CUADRO 23. CRECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN SALUD POR LAS EPS POR ACTIVIDAD

Actividad	Crecimiento
Operaciones Sobre el aparato digestivo	15,6%
Consulta médica	24,6%
Laboratorio clínico	45,0%
Procedimientos atención en salud	13,3%
Medicamentos	-3,9%
Otros procedimientos	17,3%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

Dado que los procedimientos en *laboratorio clínico* y las *consultas médicas* agrupan más del 50% del total de actividades que realizan las EPS, y que los *medicamentos* representan el 30% (ver Anexo 3), el ejercicio de desagregar la tasa de crecimiento del número de actividades se realizará únicamente para estos rubros. La Cuadro 24 muestra el crecimiento del número de actividades de los componentes de *laboratorio clínico*. Se observa que los *procedimientos de endocrinología* son los que han presentado una mayor tasa de crecimiento en el número de actividades realizadas (50,4%), lo cual coincide con que sea este componente el que haya aumentado su participación en el gasto total.

Adicionalmente, el Cuadro 24 muestra que los procedimientos de *química sanguínea y de otros fluidos corporales* -que agrupan el mayor porcentaje de actividades en *laboratorio clínico*, (ver Anexo 4)- han crecido un 50% en el período de estudio, lo cual los ubica muy cerca de los *exámenes endocrinológicos*. Los *exámenes inmunológicos*, han presentado igualmente una alta tasa de crecimiento (44,7%) ubicándose como los terceros con mayor crecimiento dentro de *laboratorio clínico*. En cuanto a los *exámenes hematológicos* y los *otros procedimientos de laboratorio*, se evidencia que éstos han presentado tasas de crecimiento similares (37,1% y 36,1%) las cuales a pesar de ser altas, los ubica como los de menor crecimiento en el rubro de *laboratorio clínico*.

En síntesis, los componentes de *laboratorio clínico* han presentado altas tasas de crecimiento en el número de actividades realizadas, lo cual explica que este sea el rubro que mayor dinamismo haya presentado en las actividades realizadas. Así mismo, dicho crecimiento se presenta con una mayor intensidad en 2007 (esta información se presenta en el Anexo 4).

CUADRO 24. CRECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LABORATORIO CLÍNICO DE LAS EPS  
POR ACTIVIDAD

Actividad	Crecimiento
Hematología	37,2%
Química sanguínea y de otros fluidos corporales	50,0%
Endocrinología	50,4%
Inmunología y marcadores tumorales	44,7%
Otros procedimientos de laboratorio	36,2%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

En cuanto a las actividades de *consulta médica*, el Cuadro 25 muestra que los *procedimientos anatomopatológicos* son los que presentan una mayor tasa de crecimiento en el período de estudio (50,6%), mientras que los *procedimientos de entrevista, consulta y evaluación*, y las *otras consultas médicas* presentan tasas de crecimiento similares (24,1% y 23,5% respectivamente). No sorprende que la tasa de crecimiento del número de actividades de *consulta médica*, en general, se asemeje a la tasa de crecimiento de la *entrevista, consulta y evaluación* dado que ésta representa más del 90% del total de actividades que se realizan en *consulta médica*.

CUADRO 25. CRECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN CONSULTAS MÉDICAS POR LAS EPS  
POR ACTIVIDAD

Actividad	Crecimiento
Entrevista, consulta y evaluación	24,1%
Procedimientos anatomopatológicos	50,6%
Otras consultas médicas	23,5%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

#### V.C.4. PRECIOS UNITARIOS

Una vez analizados tanto la evolución del número de actividades como el valor de todos los procedimientos realizados, ahora se estudiará el *gasto unitario* de los procedimientos en salud, con el fin de profundizar en la relación entre precios y cantidades que realizan las EPS en el

país. Buscando guardar concordancia con los análisis anteriores, en este apartado se analizará únicamente el *gasto unitario* de los rubros más importantes; el cálculo del *gasto unitario* para todos los rubros se presenta en el Anexo 6.

Se observa que con excepción de las *operaciones sobre el aparato digestivo* todas las demás actividades presentan una tasa de crecimiento negativa. Al respecto, en el Cuadro 26 se observa que los *medicamentos*, los cuales también presentan una tasa de crecimiento negativa en el número de actividades realizadas, presentaron un decrecimiento en el *gasto unitario* de 0,4%. Adicionalmente, el *gasto unitario* de la *consulta médica* presentó un decrecimiento de 10,5% en el período 2006-2008, mientras que los procedimientos de *laboratorio clínico* y los *procedimientos de atención en salud* decrecieron un 9,6% cada uno. De este modo, si se tiene en cuenta que el número de actividades en estos rubros presentaron tasas de crecimiento positivas (ver Cuadro 23) puede inferirse que el crecimiento del gasto total en los rubros mencionados parece estar jalonado por el incremento en las cantidades, es decir puede estarse presentando un efecto de demanda inducida.

CUADRO 26. CRECIMIENTO GASTO UNITARIO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LAS EPS

Actividad	Crecimiento
Operaciones Sobre el aparato digestivo	6,0%
Consulta médica	-10,5%
Laboratorio clínico	-9,6%
Procedimientos atención en salud	-9,6%
Medicamentos	-0,4%

Fuente: Cálculos propios con base en información del MPS.

Esta caída en precios, que se acompaña de un aumento en el número de actividades realizadas, es decir, de un aumento de la demanda de servicios médicos por parte de las personas, puede estar explicada por gestión de las EPS, las cuales logran ofrecer a los usuarios un mayor número de servicios a precios más bajos; es decir, lo que parecen estar reflejando los datos es un mayor acceso al sistema de salud que puede estar explicado por la mejor gestión de las entidades a lo largo de la cadena productiva. Es así como es posible pensar que las EPS están cumpliendo su función de gestionar tanto los riesgos de salud, mediante un mayor número de



visitas inducidas, pero también están gestionando los recursos adecuadamente al controlar el costo unitario en la búsqueda de eficiencias que permitan que la UPC sea suficiente.

Para establecer si el crecimiento en el gasto fue producto del incremento en los precios de las actividades (*gasto unitario*) o del número de actividades, se procedió a desagregar el crecimiento en el gasto de cada rubro en los componentes mencionados y de este modo poder determinar cuál de éstos tiene mayor importancia en explicar el crecimiento. Para esto, se parte del hecho de que el crecimiento en el gasto puede expresarse de la siguiente forma:

$$\ln g_t - \ln g_{t-1} = (\ln p_t - \ln p_{t-1}) + (\ln q_t - \ln q_{t-1})$$

Dado esto, para encontrar el aporte al crecimiento del gasto total de cada componente (precios y cantidades), basta dividir el crecimiento de cada componente por el crecimiento del gasto, así:

$$\text{Precio} = \frac{\ln p_t - \ln p_{t-1}}{\ln g_t - \ln g_{t-1}} \text{Cantidad} = \frac{\ln q_t - \ln q_{t-1}}{\ln q_t - \ln q_{t-1}}$$

Los resultados se muestran en el Cuadro 27. Se observa que en los *procedimientos de atención en salud*, el incremento en el gasto se ha dado en mayor medida por el crecimiento en el número de actividades realizadas dado que éstas representan un 71,5% del incremento en el gasto total en este rubro. En las demás actividades para las cuales, como se mencionó

CUADRO 27. DESCOMPOSICIÓN DEL CRECIMIENTO EN EL GASTO POR ACTIVIDAD

Actividad	Componente	
	Cantidad	Precio
Operaciones Sobre el aparato digestivo	71,50%	28,50%
Consulta médica	202,30%	-102,30%
Laboratorio clínico	137,30%	-37,30%
Procedimientos atención en salud	506,10%	-406,10%
Medicamentos	49,40%	50,60%

Fuente: Cálculo propios con base en información del MPS.

anteriormente, el gasto unitario (precio) ha venido disminuyendo, lo que se observa es que el componente de cantidades presenta un aporte superior al 100%, lo cual explica que el gasto total haya aumentado.

Así las cosas, y dado que los procedimientos de atención en salud, la *consulta médica*, los exámenes de laboratorio clínico y los otros procedimientos representan más del 80% de gasto total en salud (ver Anexo 3) el factor que más influye en el crecimiento del gasto en salud en el país es el número de actividades realizadas. Dicho en otras palabras, en el incremento del gasto que se ha presentado en los últimos años en el país predomina un efecto de demanda inducida, lo cual puede hacer necesario en algunos casos la introducción de controles para evitar que este fenómeno se siga presentando. De otro lado, en el tema de medicamentos, los cuales presentan una caída en el gasto en el período de estudio, se observa que tanto el componente de precios como el de cantidades han tenido influencia en la reducción de éste. Por lo tanto, toma relevancia la hipótesis planteada anteriormente, según la cual lo que puede estar sucediendo en el tema de medicamentos es un traslado del gasto POS, en el cual existen límites de precios, al gasto No POS en el cual estos límites no existían. Sin embargo, en este estudio no es posible corroborar esta hipótesis dado que sólo se cuenta con datos para gastos POS. Por lo tanto, se recomienda analizar este tema a profundidad en futuros estudios.

## **V.D. RENTABILIDAD DEL SECTOR SALUD**

En esta sección se analiza la rentabilidad del sector salud y se realiza una aproximación a la rentabilidad de los diferentes sub sectores, buscando establecer las posibles diferencias entre éstos y dar luces para identificar los sectores más rentables a lo largo de la cadena productiva. Para lograr este objetivo, se utilizaron tres indicadores clásicos de rentabilidad a saber:

- rentabilidad operativa,
- rentabilidad del accionista y
- margen operativo.

Estos tres indicadores permiten establecer el comportamiento de la rentabilidad del sector de la salud en Colombia. Para llevar a cabo el cálculo de la rentabilidad de las diferentes em-

presas del sector se utilizó la información que éstas reportaron a la Superintendencia de Salud (Supersalud) en el periodo 2008-2010, y en la cual se encuentra el balance general y el PyG de cada una de las empresas del sector. Por lo tanto, esta información permite extraer los elementos necesarios para realizar el cálculo de la rentabilidad con los indicadores mencionados anteriormente. Los grupos en los que se clasificará la información son los siguientes: i) cajas de compensación, ii) instituciones cardiológicas, iii) ayudas diagnósticas, iv) hospitales y clínicas, v) laboratorios, y vi) instituciones oncológicas.

No obstante, el principal problema que tiene la información de la Supersalud es que no se encuentran todas las empresas en todos los años para los cuales se tiene información. Por lo tanto, la comparabilidad temporal se dificulta. Si bien hay que destacar los esfuerzos de la Supersalud para mejorar la calidad de los datos con que cuenta, aún es necesario seguir profundizando en estos esfuerzos con el fin de afinar este tipo de ejercicios. A pesar de los inconvenientes mencionados, el cálculo de la rentabilidad se realizó con 530 empresas en 2008, 2098 empresas en 2009 y 2399 empresas en 2010. Por consiguiente, los resultados obtenidos, en especial en los últimos dos años, son bastante confiables gracias a que se cuenta con un número suficiente de entidades que garantizan la representatividad del sector.

Con la información mencionada anteriormente, se procedió a calcular en primer lugar la rentabilidad operativa o *Return On Assets* (ROA por sus siglas en inglés), la cual constituye el índice de rentabilidad por excelencia, que permite aproximarse a la gestión de la gerencia de una empresa. La rentabilidad operativa mide la rentabilidad de los activos de una empresa y puede calcularse de manera sencilla como sigue:

$$ROA = \frac{\text{Utilidad Operativa}}{\text{Activo}}$$

Donde la *utilidad operativa* es aquella que obtiene la empresa de su actividad principal o razón social, gracias al margen que deja el ingreso y el gasto operacional<sup>42</sup>; es decir que la utilidad operativa es aquella que se genera independientemente de la estructura financiera de la empresa. De este modo, la rentabilidad operativa puede interpretarse como la tasa de interés que generan los activos de la empresa gracias a la operación propia de la empresa.

<sup>42</sup> Los ingresos y gastos no operacionales se excluyen del cálculo.

Adicionalmente, se estimo la rentabilidad del accionista o *Return On Equity* (ROE por sus siglas en inglés), la cual representa el porcentaje anualizado de ganancia obtenido por la empresa en relación a la inversión realizada por los accionistas de la empresa<sup>43</sup>; es decir, esta mide la rentabilidad de los fondos aportados por los accionistas. El ROE puede calcularse de la siguiente manera:

$$ROE = \frac{\text{Utilidad neta}}{\text{Patrimonio}}$$

Por último se cálculo el margen operativo, el cual representa el porcentaje de utilidad de operación que resulta de las ventas. Es decir, el margen operativo es la utilidad de operación por cada peso vendido y puede calcularse como sigue:

$$\text{Margén operativo} = \frac{\text{Utilidad operativa}}{\text{Ingresos (ventas)}}$$

Para analizar el comportamiento de la rentabilidad del sector, se utilizó un *kernel de distribución*, el cual permite realizar un diagnostico visual de como es la distribución de una variable (Cuadro 28). Cuando se examina la distribución de la renta operativa, se observa que en promedio las empresas del sector han disminuido su rentabilidad, hecho que se evidencia por el desplazamiento de las curvas hacía la izquierda. Adicionalmente, se evidencia una disminución paulatina de la dispersión de la rentabilidad en el año 2010 respecto a los años anteriores (ver Gráfico 14). Es decir que en promedio se ha reducido la rentabilidad que obtienen las empresas del sector salud por sus activos, y esta reducción se ha visto acompañada de una "*homogenización*" de la rentabilidad para todas las empresas.

Adicionalmente, se realizó el cálculo del coeficiente de Gini con el fin de analizar la concentración de la rentabilidad en el sector. En el Cuadro 29 puede verse que la concentración de la rentabilidad operativa del sector ha venido aumentando en los últimos años, con lo cual se complementa el panorama mencionado anteriormente (lo que ha sucedido con la rentabilidad operativa en el sector es que en promedio disminuye, pero aumenta su concentración en el tiempo). El aumento de la concentración de la rentabilidad se sustenta en un aumento del coeficiente Gini y el aumento de la rentabilidad del percentil 95 (ver Cuadro 29). Mientras en 2008

<sup>43</sup> La utilidad neta, a diferencia de la operativa, si incluye todos los ingresos y costos de la empresa (incluye los no operativos).

el percentil 95 tenía una rentabilidad que se encontraba en promedio 24 puntos porcentuales por encima de la del percentil 25, en 2010 esta diferencia era de 54 puntos porcentuales (ver Cuadro 29).

CUADRO 28. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN

Dada una muestra de  $n$  observaciones reales  $X_1, \dots, X_n$ , puede definirse la estimación del Kernel de una función como sigue:

$$\hat{f}_n(x) = \frac{1}{nh_n} \sum_{i=1}^n K\left(\frac{x - X_i}{h}\right)$$

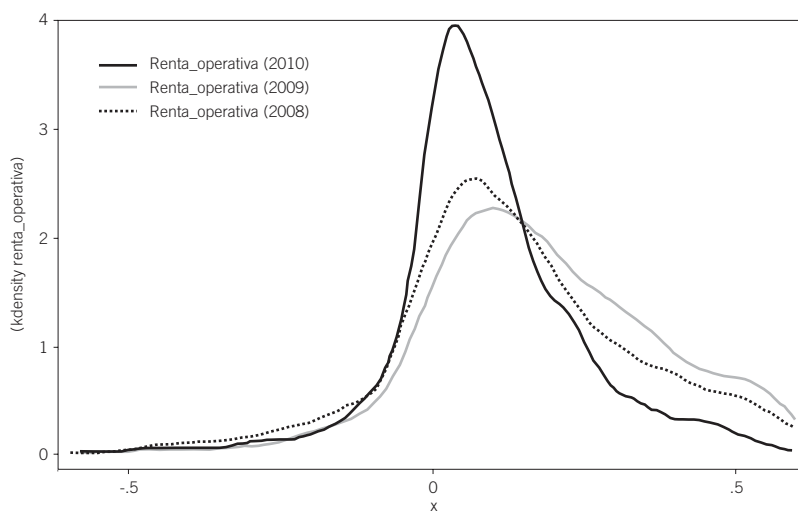
donde,  $K(x)$  es una función denominada función Kernel, la cual satisface ciertas condiciones de regularidad. Normalmente,  $K(x)$  es una función de densidad simétrica, como por ejemplo una distribución normal.  $\{h_n\}$  es una secuencia de constantes positivas conocidas como *bandwith* o ancho de banda, el cual es un parámetro de suavización.

La estimación de un Kernel puede realizarse de diferentes maneras, las más utilizadas se muestran en el siguiente recuadro. La función que se elija determinará la forma del Kernel, mientras que el parámetro  $h_n$  determinará su ancho.

TIPOS DE ESTIMACIÓN KERNEL

Kernel	$K(x)$	Rango
Epanechnikov	$\frac{3}{4} (1 - t^2)$	$ t  < 1$
Gauss	$\frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-(1/2)t^2}$	$ t  < \infty$
Triangular	$1 -  t $	$ t  < 1$
Rectangular	$\frac{1}{2}$	$ t  < 1$
Biweight	$\frac{35}{32} (1 - t^2)^2$	$ t  < 1$
Triweight	$\frac{35}{32} (1 - t^2)^3$	$ t  < 1$
Arco coseno	$\frac{\pi}{4} \cos \frac{\pi}{2} t$	$ t  < 1$

GRÁFICO 14. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA



Fuente: Cálculos propios con base en Supersalud.

CUADRO 29. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA DEL SECTOR SALUD

Año	Observaciones	Media	Desviación estándar	GINI	p25	p95	p95/p25
2008	530	0,23	0,20	0,43	0,02	0,50	24,44
2009	2.098	0,28	0,20	0,39	0,01	0,52	41,92
2010	2.399	0,21	0,16	0,46	0,01	0,57	54,21

Fuente: Cálculos propios con base en Supersalud.

Ahora bien, cuando se analiza la rentabilidad del accionista se encuentra que esta se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, tanto en el promedio como en su desviación estándar (Gráfico 15), lo cual es bastante intuitivo al recordar que se está midiendo la rentabilidad de la inversión realizada por los accionistas que presionan al gerente de la empresa a mantener unos resultados relativamente para no arriesgar demasiado su inversión. Esta estabilidad en la rentabilidad del accionista se ve reflejada también en el coeficiente de Gini el cual se mantiene bastante estable alrededor de 0,42 y en la relación entre los diferentes percentiles de la distribución (Cuadro 31)<sup>44</sup>.

### CUADRO 30. COEFICIENTE DE GINI

El **Coeficiente de Gini** es una medida de la desigualdad creada por el estadístico italiano **Corrado Gini**, que normalmente se utiliza para medir la **desigualdad en los ingresos**, pero que bien puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. Este coeficiente es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno). El **Índice de Gini** es el **coeficiente de Gini** expresado en porcentaje, y es igual al coeficiente de Gini multiplicado por 100.

Este coeficiente puede calcularse de la siguiente manera:

$$G = 1 - \sum_{k=1}^{k=n-1} (X_{k+1} - X_k) (Y_{k+1} - Y_k)$$

donde:

G: coeficiente de Gini

X: proporción acumulada de la población (en nuestro caso de las empresas)

Y: proporción acumulada de la variable de ingresos (en nuestro caso de la rentabilidad)

Para esto, se estima el Retorno sobre el Capital Invertido, esta es una medida bastante utilizada para estimar la rentabilidad de una firma.

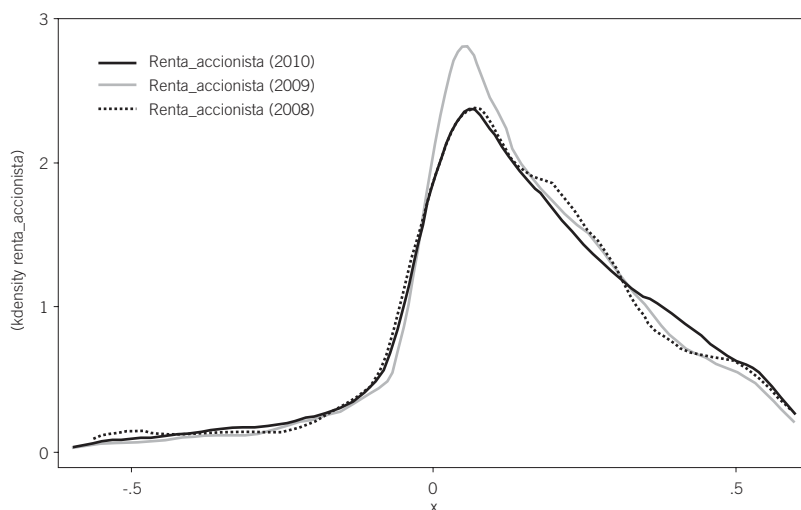
### CUADRO 31. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA EN EL SECTOR SALUD

Año	Observaciones	Media	Desviación estándar	Gini	p25	p95	p95/p25
2008	530	0,14	0,21	0,57	0,03	0,51	19,92
2009	2.098	0,15	0,2	0,56	0,03	0,49	16,28
2010	2.399	0,15	0,21	0,54	0,03	0,5	18,02

Fuente: Cálculos propios con base en Supersalud.

<sup>44</sup> Este tipo de evidencia justifica la utilización de diferentes índices de rentabilidad puesto que permiten obtener una visión integral del sector. Es decir, si se utilizara únicamente el indicador de rentabilidad operativa o el indicador de rentabilidad del accionista, las conclusiones podrían haber sido muy diferentes. Por lo tanto, es necesario la complementariedad entre los índices tal y como se propone en este estudio.

GRÁFICO 15. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA



Fuente: Cálculos propios con base en Supersalud.

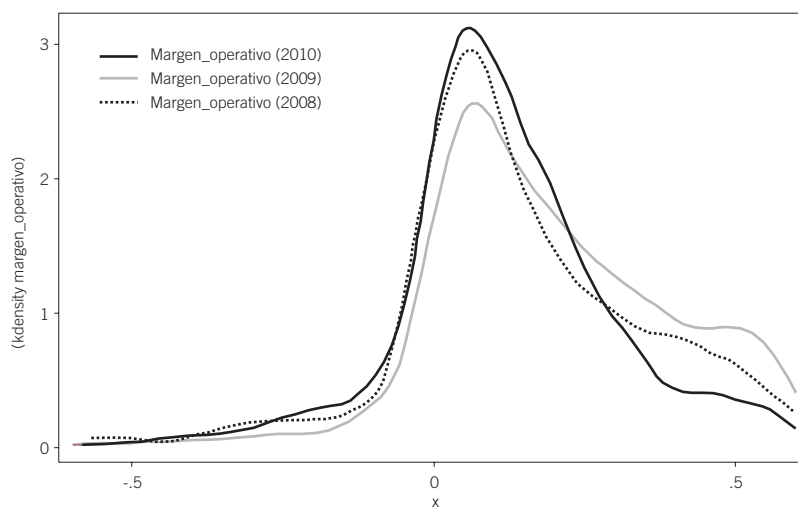
Por último, cuando se analiza el margen operativo se observa, al igual que sucede con la rentabilidad operativa, una disminución del promedio del margen acompañado de una disminución de la desviación estándar (ver Gráfico 16). Igualmente se presenta una disminución en la concentración medida por el índice de Gini (ver Cuadro 32). Es decir, el margen sobre las ventas (actividades) realizadas por las empresas del sector salud se ha venido reduciendo en los últimos años.

Puede concluirse, con los indicadores utilizados, que tanto el margen sobre las ventas como la rentabilidad sobre los activos han venido disminuyendo en promedio en el sector salud. Sin embargo, mientras que en el segundo indicador se ha venido presentando un aumento en la concentración de la rentabilidad, en el segundo la concentración ha presentado una leve disminución. Adicionalmente, la rentabilidad del accionista ha permanecido estable en los últimos años, lo cual indica que en promedio las empresas del sector han mantenido relativamente estable su tasa de ganancia, sin presentar variaciones significativas.

Si bien los resultados agregados permiten tener una visión bastante clara del comportamiento de la rentabilidad del sector salud en los últimos años, es conveniente realizar una desagregación que permita identificar posibles diferencias en términos de rentabilidad al interior del sector



GRÁFICO 16. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DEL MARGEN OPERATIVO



Fuente: Cálculos propios con base en Supersalud.

CUADRO 32. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN EL SECTOR SALUD

Año	Observaciones	Media	Desviación estándar	Gini	p25	p95	p95/p25
2008	530	0,14	0,20	0,47	0,03	0,50	18,60
2009	2.098	0,19	0,20	0,42	0,02	0,54	22,79
2010	2.399	0,12	0,18	0,43	0,02	0,45	20,16

Fuente: Cálculos propios con base en Supersalud.

salud. Por tal razón, se procedió a realizar los mismos ejercicios para seis sectores específicos: i) cajas de compensación, ii) instituciones cardiológicas, iii) ayudas diagnósticas, iv) hospitales y clínicas, v) laboratorios, y vi) instituciones oncológicas.

Los resultados muestran que cuando se analiza la rentabilidad operativa los Hospitales y Clínicas y las Instituciones de Ayudas Diagnósticas son las que presentan en promedio una mayor rentabilidad (0,3 en el 2010). Sin embargo, mientras que en las Instituciones de Ayudas Diagnósticas esta

rentabilidad es bastante estable a lo largo del periodo de estudio, lo que se observa en los Hospitales y Clínicas es que la rentabilidad de estos, medida por el indicador de rentabilidad operativa, ha venido aumentando desde 2008 pasando de 0,24 en este año a 0,3 en 2010 (ver Anexos 20 y 26).

Adicionalmente, los resultados muestran que son las Instituciones Cardiológicas las que presentan en promedio una menor rentabilidad operativa, y que además está ha venido disminuyendo a lo largo del periodo de estudio. En cuanto a la concentración de la rentabilidad, los resultados muestran que los dos grupos con mayor concentración de la rentabilidad son las Cajas de Compensación y los Laboratorios, aunque sus dinámicas son opuestas dado que mientras en el segundo grupo la concentración ha venido disminuyendo, en el primero ha venido aumentando (ver Anexos 8 y 32).

Al analizar la rentabilidad del accionista se encuentra que tal como sucede en el sector en general, al interior de cada grupo este indicador es relativamente estable, sin embargo entre los grupos se presentan diferencias notorias. De este modo, se observa que mientras para las instituciones Oncológicas en promedio la rentabilidad del accionista es de 0,17 en 2010, para los Laboratorios esta es de 0,11 y para los Hospitales y Clínicas es de 0,12. Con la particularidad de que para los Hospitales y Clínicas, la rentabilidad del accionista ha venido disminuyendo en el periodo de estudio pasando de 0,18 en 2008 a 0,12 en 2010 (ver Anexos 10, 16, 22, 28 y 34).

En cuanto a la concentración de la rentabilidad del accionista, se encuentra que son las Instituciones de Ayudas Diagnósticas las que presentan una mayor concentración, a pesar de que está ha venido disminuyendo. Mientras que los Laboratorios, que son los que en promedio presentan una mayor rentabilidad del accionista, son los que presentan una menor concentración junto con las Instituciones Oncológicas (0,53 en 2010). En este punto vale la pena resaltar que con excepción de las Instituciones Cardiológicas, en todos los demás grupos la concentración de la rentabilidad del accionista ha venido disminuyendo (ver Anexos 10, 16, 22, 28 y 34).

Por último cuando se analiza el margen operativo, se encuentra que las Instituciones Oncológicas y de Ayudas Diagnósticas son las que presentan un menor margen, aunque en las segundas la desviación estándar es mucho mayor que en la primera (alrededor de 0,54 y de 0,14 para las Instituciones de Ayudas Diagnosticas y Oncológicas respectivamente). De otro lado, los Hospitales y Clínicas y los Laboratorios son los que presentan un mayor margen operativo, el cual en ambos casos ha venido aumentando en el periodo de estudio (ver Anexos 12, 18, 24, 30, 36 y 42).

En cuanto a la concentración del margen operativo, puede observarse que los Laboratorios y las Instituciones Oncológicas son las que presentan una menor concentración (0,46 en 2010 en ambos casos). Sin embargo, mientras en los Laboratorios la concentración ha venido disminuyendo, en las Instituciones Oncológicas ha venido aumentando. Las demás instituciones presentan concentraciones bastante similares (alrededor de 0,53) pero con la diferencia de que mientras en los Hospitales y Clínicas y en las Cajas de compensación está ha venido disminuyendo, en las Instituciones Cardiológicas y de Ayudas Diagnósticas ha venido aumentando (ver Anexos 12, 18, 24, 30, 36 y 42).

Por último, se realizó el cálculo para las EPS del país, para las cuales la información con que se cuenta únicamente permite calcular consistentemente la rentabilidad operativa y la rentabilidad del accionista. No obstante, los resultados son claros en mostrar que las EPS son las entidades con menor rentabilidad en el sector de la salud en Colombia. Al respecto, el Cuadro 33 muestra que en promedio la rentabilidad operativa de las EPS en el país es de 1%, lo cual es bastante menor a la rentabilidad de cualquiera de los demás grupos de entidades del sector. Adicionalmente, el Cuadro 34 muestra que la rentabilidad del accionista es también la más baja de todos los sub grupos estudiados, lo cual ratifica que son estas las que presentan una menor rentabilidad en el sector salud en Colombia. Vale la pena destacar que a pesar de

CUADRO 33. RENTABILIDAD OPERATIVA DE LAS EPS EN COLOMBIA

Año	ROA
2008	0,99%
2009	1,03%
2010	1,01%

Fuente: Cálculos propios.

CUADRO 34. RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA DE LAS EPS

Año	ROE
2008	3,3%
2009	3,9%

Fuente: Cálculos propios.

que la rentabilidad promedio de las EPS's es positiva, el Gráfico 17 muestra que hay algunas que presentan rentabilidades negativas y que al igual que sucede en los demás sub sectores estudiados, se presenta una alta dispersión en la rentabilidad de las EPS's.

## V.E. CONCLUSIONES

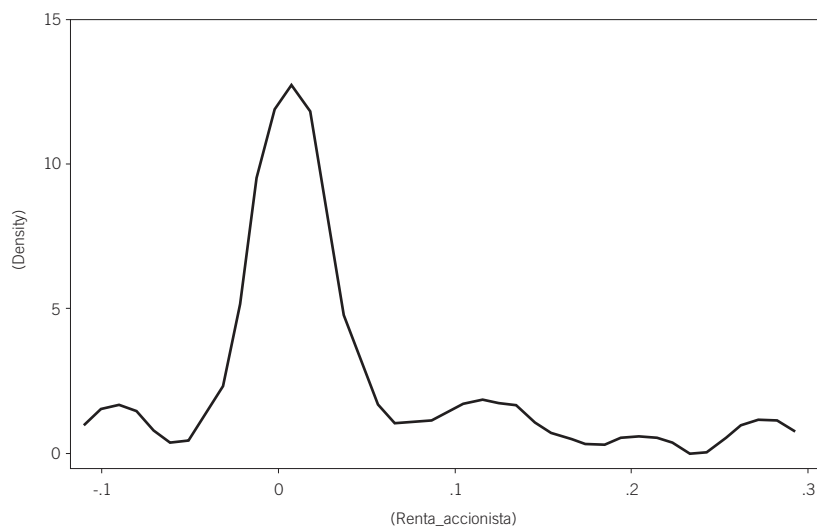
La primera aproximación a la cadena de valor de Colombia se intentó calcular con datos de la SNS. No obstante, al analizarlos se descubrió que esta información era insuficiente para definir claramente la cadena de valor del sector salud, debido a los problemas en el reporte de la información por parte de las IPS y EPS. La falencia radica en que el reporte de dicha información desagregada no está normado como de obligatorio cumplimiento. Dado lo anterior, se procedió a analizar la información que reportan las IPS a la SNS y se encontró que esta información presentaba numerosos problemas de consistencia en los datos.

Como segunda estimación se utilizó la información de los estudios de suficiencia que adelanta el ministerio de Salud. Una vez depurada y consolidada la información de muy buena calidad se clasificó la misma por tipo de gasto y se encontraron resultados interesantes. En primera instancia, los procedimientos en *consulta médica* son los que representan un mayor porcentaje del gasto total de las EPS en el país durante todo el período de estudio. La composición del gasto en salud de las EPS muestra que las *consultas médicas* y las *operaciones sobre el aparato digestivo* han mantenido relativamente estable su participación en el gasto en los últimos años, mientras que los *medicamentos* y los *procedimientos de atención en salud* han perdido importancia relativa en el mismo.

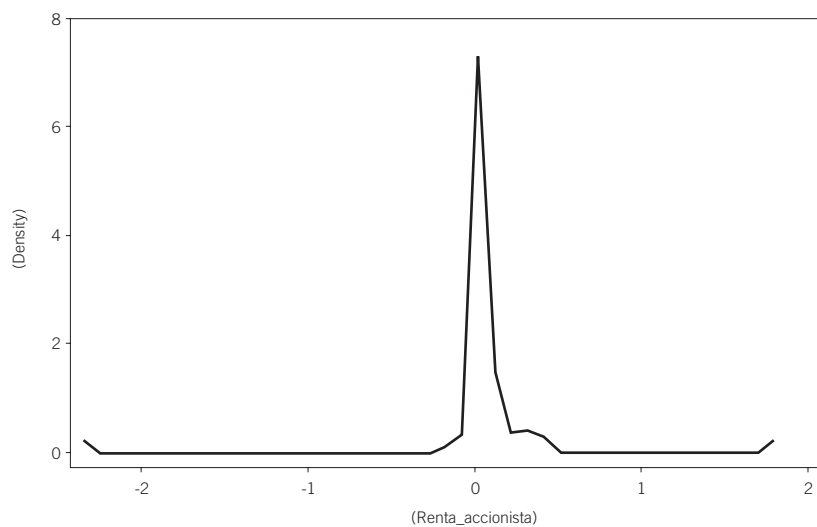
Los resultados muestran, además, que los procedimientos en *laboratorio clínico* han presentado un crecimiento elevado en el gasto y que conjuntamente con la *consulta médica* agrupan más del 50% del total de actividades que realizan las EPS. La *consulta médica* y el laboratorio son la base de toda la actividad de promoción y prevención y los programas de atención a las enfermedades crónicas. Es quizás por esto que encontramos que la demanda inducida en las actividades de la consulta y el *laboratorio clínico* puede estarse presentando como un efecto de las actividades de gestión del riesgo en salud, lo cual incrementa el gasto de las EPS; pero tiene un efecto benéfico sobre la salud de los afiliados.

## GRÁFICO 17. RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA DE LAS EPS

2008



2009



Fuente: Elaboración propia.

Al descomponer el crecimiento del gasto en salud en los componentes de precio y cantidad (número de actividades prestadas), se encuentra que en general predomina una mayor frecuencia de prestaciones de servicios de salud; lo cual puede ser consecuencia de dos cosas: i) la maduración del sistema de salud se acompaña de un mayor conocimiento de la población acerca de la forma de acceder a los servicios de salud. Este fenómeno es reportado en la literatura y debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer las políticas públicas referentes al financiamiento de los servicios de salud; y ii) un efecto de demanda inducida por parte de las EPS en Colombia; la cual se genera como resultado del proceso de aseguramiento y gestión del riesgo en salud, a través de la búsqueda activa de pacientes con patologías crónica, por medio de los programas de promoción y prevención.

Al respecto, los resultados son concluyentes dado que tanto en los *procedimientos de atención en salud*, la *consulta médica*, los exámenes de *laboratorio clínico* y los otros *procedimientos*, el factor que mayor preponderancia tiene para explicar el incremento en el gasto es el número de actividades prestadas, y dado que estos rubros representan más del 80% del gasto total, este factor se constituye como el principal componente a la hora de explicar el crecimiento del gasto en salud que se ha presentado entre 2006 y 2008. Estos hallazgos son un claro indicio de que el aseguramiento en Colombia se ha traducido, no solamente en mayor cobertura en salud, sino en acceso real a los servicios de salud. Así mismo, sobre el gasto en medicamentos los estudios de suficiencia mostraron una leve disminución en el gasto en el período de estudio, vale la pena aclarar que este gasto se refiere únicamente al gasto POS. Esta es una consecuencia lógica de la no actualización del POS, lo que condujo a la obsolescencia del plan de beneficios en muchos aspectos, entre ellos los medicamentos.

Cuando se realiza el análisis de rentabilidad del sector salud, se encuentra que los resultados son bastante sensibles al indicador de rentabilidad utilizado. Por lo tanto, cobra relevancia el análisis realizado puesto que incorpora diversos indicadores de rentabilidad, lo cual permite obtener un panorama más amplio de las condiciones en que se encuentra el sector. Sin embargo, cuando se compara el mismo indicador (la rentabilidad operativa), es claro que las EPS son las entidades menos rentables del sector, y que sectores como el de Hospitales y Clínicas y las Instituciones de Ayudas Diagnósticas presentan las mayores rentabilidades del sector seguidos de los Laboratorios.

## VI. MODELO DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN COLOMBIA

Como se ha mencionado anteriormente, el sistema de salud colombiano se puede dividir en tres regímenes: contributivo, subsidiado y especiales. De manera similar, se ha mencionado la normatividad vigente que hace de estos regímenes diferentes entre sí. En este capítulo se modela la situación financiera del SGSSS, y se enfoca, por tanto, en la modelación de los regímenes contributivo y subsidiado. Los regímenes especiales no se tendrán en cuenta porque no constituyen el núcleo del sistema general. Para la modelación se recurrirá a la metodología de la OIT (1999), la cual permite representar las cuentas de financiamiento de diversos sistemas de salud, desde aquellos donde hay contribuciones de los empleados y los patronos, como el colombiano, hasta los que dependen exclusivamente del presupuesto nacional.

La importancia de realizar un ejercicio de proyecciones de las cuentas de la salud para Colombia radica en que el Ministerio de Salud, las entidades territoriales, y otros gestores del sistema puedan hacer uso de éstas como una herramienta para la toma de decisiones en pro de la buena salud financiera de éste. En esta medida, si es posible proyectar un déficit en el SGSSS dentro de los dos próximos años se pueden tomar medidas de política que mitiguen el impacto financiero sobre el sistema de salud, el presupuesto nacional y el mercado laboral. Asimismo, las proyecciones financieras deben contestar al impacto de medidas de política alternativas, como las que tenía proyectada la Ley 100 de 1993. Las posibles medidas políticas incluyen la universalización del aseguramiento que estaba prevista para el año 2001 por la Ley 100 de 1993 o la ampliación del POS que se da a través del aumento de los recobros al Fosyga. Las proyecciones financieras, por tanto, también deben dar respuesta clara a preguntas sobre la situación financiera futura del sistema general, o de cualquiera de los regímenes que hacen parte de éste, ante potenciales medidas de política.

Cualquier análisis del panorama futuro de las cuentas financieras de la salud se debe realizar sobre variables públicas y de fácil medición. Por consiguiente, las proyecciones financieras intentan responder a preguntas como: i) ¿cuál será el déficit o superávit del SGSSS en el corto o mediano plazo?, ii) ¿cuál será el déficit o superávit del régimen contributivo o del régimen subsidiado?, iii) ¿cuál será el aumento o disminución de la tasa de cotización necesaria para que el sistema esté en equilibrio financiero para un determinado año?, iv) ¿cuál será el gasto

en salud dentro del sistema general como proporción del PIB?, y v) ¿cuál será la cobertura del SGSSS? La publicación periódica y estandarizada de tales cifras garantiza la transparencia sobre las decisiones que deben tomar los gestores del sistema, lo cual constituye una de las recomendaciones de este trabajo, debido a la poca y pobre información que hay de un tema tan importante como es el financiamiento de la salud.

Las variables que influyen el equilibrio financiero (OIT, 1999) pueden agruparse en cuatro tipos de factores: i) demográficos y de la fuerza laboral; ii) económicos como los niveles de ingreso, salarios y empleo; iii) factores de tecnología de la salud y del nivel de salud y, finalmente, iv) factores de gobernanza del sistema de salud, como la forma como se recogen las cotizaciones, quien accede a un subsidio en salud y el plan de beneficios.

Para realizar proyecciones se requiere de un esquema que permita controlar y especificar con precisión la relación entre un grupo de variables. Los modelos económicos de proyecciones son utilizados comúnmente con este propósito, ya que permiten reducir la complejidad de la realidad a relaciones simples entre variables observables. Igualmente, esto sirve para dos propósitos principales: describir la realidad y proyectar el comportamiento futuro. En el marco de financiamiento de la salud, los modelos son las herramientas que permiten especificar *consistentemente* los requerimientos financieros de un sistema de salud con el objetivo de lograr el nivel de salud presente o actual (OIT, 1999; p.5).

Cuando se realiza un modelo sobre el financiamiento es necesario dejar algunas interacciones entre factores de forma implícita debido a su complejidad (OIT, 1999). Por ejemplo, la relación entre el nivel de salud de la población y el gasto en salud de la población es de difícil medición. El modelo propende por sintetizar relaciones cuantificables que expresen el nivel de salud de una población, como es el nivel de ingreso. Particularmente, entre mayor es el nivel de ingreso de una población mayor es el gasto en salud de ésta. Esta relación hace plantear la necesidad de fundamentar el modelo en variables económicas como el ingreso nacional.

En el proceso de adaptación al caso colombiano se han omitido ciertas dimensiones que no aplican directamente al propósito del modelo. El modelo no intenta captar los recursos que se gastan en salud pública, los recursos del presupuesto nacional destinado a los subsidios a la oferta, los recursos gastados en los regímenes especiales, el gasto que los hogares hacen diferentes a contribuciones, y el gasto en salud que hacen los extranjeros en Colombia; sino realizar



un análisis de sensibilidad del equilibrio financiero de los regímenes contributivo y subsidiado ante diversas variables macro, así como ante políticas tomadas en el sector.

Por otro lado, es importante tener en cuenta las limitaciones de los modelos de financiamiento de la salud. Primero, estos están sujetos a errores, en especial cuando el sistema económico está en constante cambio. Segundo, estos están bajo constante revisión ya que siempre es posible incluir algo adicional. Tercero, tienen unos supuestos los cuales es necesario revisar debido al cambio al que están sujetos. Como toda herramienta, éstos no deberían ser usados para propósitos para los cuales no fueron realizados.

El presente capítulo se divide en cuatro secciones que incluyen esta introducción. En la segunda sección se presenta el diseño básico del modelo, en la tercera sección se presentan las sensibilidades encontradas y en la última sección se presentan los resultados principales y las conclusiones<sup>45</sup>.

## **VI.A. DISEÑO BÁSICO**

El modelo está compuesto por cuatro módulos básicos tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado: i) el módulo de variables económicas y demográficas, ii) el módulo de ingresos, iii) el módulo de gastos y, por último, iv) el módulo de balance.

En el primer módulo se especifican las variables demográficas, tales como la composición de la población según edad, sexo y grupos poblacionales vulnerables. Así como, las variables económicas (v.gr. ingresos, nivel de empleo, tasa de informalidad, entre otras, se encuentran en el primer módulo).

En el segundo módulo se especifican los ingresos del sistema de salud diferenciando entre los regímenes, para lo cual se identifican las fuentes principales de financiamiento. Para especificar tales ingresos es importante saber cómo evoluciona el número de cotizantes y sus

<sup>45</sup> El lector que esté interesado sobre aspectos más fundamentales es invitado a consultar los apéndices 43 a 46 donde se presentan las ecuaciones, la calibración de los parámetros y las proyecciones de las variables en detalle.

contribuciones, lo que hace necesario recurrir al primer módulo, donde se encuentra el número de empleados y el crecimiento de los salarios.

En el tercer módulo se especifican los gastos de los regímenes. Las variables importantes en este caso provienen de dos fuentes: los usuarios que dependen del número de trabajadores y sus beneficiarios y el gasto por usuario, que es aproximado por la Unidad de Pago por Capitalización (UPC). Nuevamente, es necesario recurrir al primer módulo porque es en éste donde se puede observar el número de trabajadores formales (que financiarán su salud con sus ingresos) e informales (que serán financiados por los recursos del sistema subsidiado). También es importante conocer la normatividad que proviene del Consejo de Regulación en Salud (CRES) para establecer el valor de la UPC para cada uno de los grupos poblacionales y su distribución entre los dos regímenes de salud.

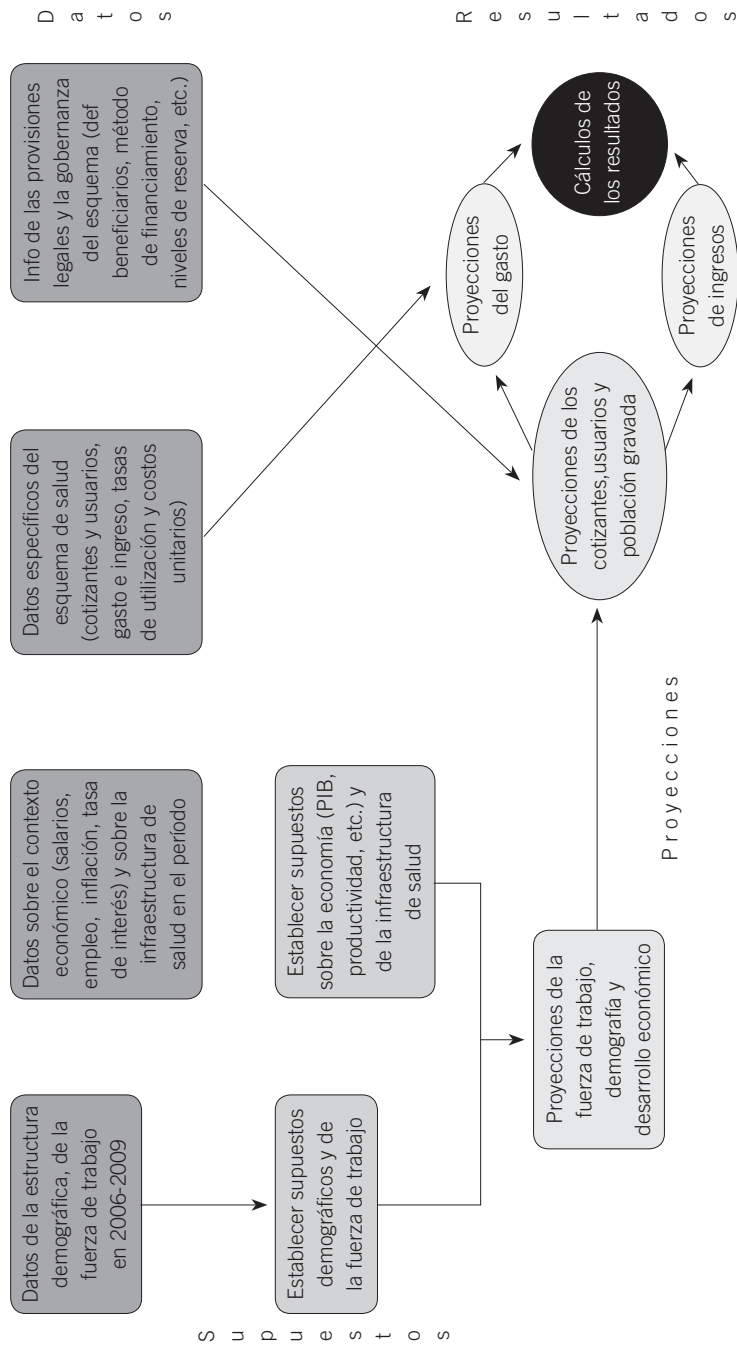
Finalmente, se especifica si el sistema de salud es superavitario o deficitario. En este módulo se traen las cuentas de ingresos y gastos del segundo y tercer módulo, al tiempo que se realiza el balance para cada uno de los regímenes contributivo y subsidiado.

El modelo fue construido siguiendo la metodología de la Organización Internacional del Trabajo que se encuentra en el libro *Modelling in Health Care Finance*. Esta metodología contiene 6 pasos principales en la construcción del modelo, a saber: i) definición del alcance de éste; ii) definición de la estructura lógica; iii) establecimiento de la estructura de datos y la descripción normativa; iv) formulación del modelo matemáticamente; v) calibración y (vi) realización pruebas de sensibilidad. En el Gráfico 18 se muestra la estructura lógica del modelo de la OIT (1999), y que es utilizado como herramienta en este documento.

## VI.B. Sensibilidades

A continuación se presentan los resultados del análisis de sensibilidad realizado sobre las variables de interés. En primer lugar, se responde a la pregunta ¿cómo afecta la informalidad a las cotizaciones del régimen contributivo? Segundo, se responde a la pregunta del efecto de un mayor crecimiento del PIB sobre las cotizaciones. Tercero, cuál sería el dinero necesario para garantizar la universalización del aseguramiento. Finalmente, se responde al impacto financiero que tuvo la Ley 1138 de 2011 y otras medidas para organizar el sector sobre el balance del régimen contributivo.

GRÁFICO 18. CUADRO DE FLUJOS DE LA OIT  
(1999)



Fuente: OIT (1999).

## **VI.B.1. Informalidad**

La informalidad es una variable de gran importancia para el buen financiamiento de la salud. Hay dos mecanismos básicos por los cuales una mayor tasa de informalidad genera menores cotizaciones. El primero es que los ingresos de los trabajadores informales suelen ser menores que los correspondientes a los trabajadores formales. El segundo mecanismo se debe a que los trabajadores informales, por definición, no hacen contribuciones a seguridad social. El modelo predice que por cada punto porcentual (pps) adicional en la tasa de informalidad el régimen contributivo deja de recibir 328.000 millones de pesos para 2012, lo que equivale a 2,7% de sus ingresos en 2011. Si se cumplen las metas del gobierno consignadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 de reducción de 6 pps de la tasa de informalidad, esto implicaría ganancias adicionales de 13,8% en los ingresos del régimen contributivo para 2015.

La tasa de informalidad también tiene un impacto en el régimen subsidiado. Este impacto se debe, por una parte, a que las transferencias del régimen contributivo son menores debido al menor número de cotizantes y por otra, a que una parte de los trabajadores informales están en el régimen subsidiado, lo que aumenta el gasto del régimen subsidiado sin garantizar cotizaciones de éstos. Se estima que por cada punto porcentual adicional en la tasa de informalidad, el régimen subsidiado dejaría de recibir 58.100 millones de pesos en 2012, o sea, 0,8% de sus ingresos de 2011. La reducción de la informalidad que asegura el Plan Nacional de Desarrollo implica que para 2015 el régimen subsidiado aumentaría sus ingresos en 4%.

## **VI.B.2. Crecimiento económico**

El gasto en salud varía directamente con el PIB. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, el gasto en salud para el año 2010 en América Latina fue de alrededor de 7,4% del PIB, mientras que el gasto en salud para los Estados Unidos y Canadá fue en promedio de 14,3% del PIB. En resumen, es importante analizar cuál es el impacto del crecimiento económico que le espera a Colombia sobre el financiamiento de los regímenes contributivo y subsidiado.

En el largo plazo, un crecimiento sostenido hace que la calidad del empleo mejore, disminuyendo la informalidad y aumentando los salarios. Los ingresos del gobierno también aumentan cuando el crecimiento del PIB es mayor, lo cual favorece la ampliación del aseguramiento y de

los planes de beneficios en salud. Todos estos son mecanismos que pueden hacer que un mayor crecimiento económico aumente los ingresos tanto del régimen contributivo como del subsidiado.

Un punto adicional de crecimiento económico en los ingresos del régimen contributivo es de 36.500 millones de pesos adicionales para 2012, lo que equivale a 0,3% de ingreso adicional para este régimen. Adicionalmente, un crecimiento de 1% adicional durante el período 2012-2015 genera una mejora del ingreso del régimen contributivo de 2,7% en 2015.

### VI.B.3. Universalización del aseguramiento

Colombia ha logrado una gran cobertura del aseguramiento en salud en la última década. En el Cuadro 35 se presenta la población no asegurada según cálculos del modelo de financiamiento. Para 2011, se estimó que la población no cubierta por algún tipo de seguro médico (régimen contributivo, régimen subsidiado o regímenes especiales) era de 5,4%. Este porcentaje está previsto que baje hasta 0,9% hacia 2015 debido a los planes del gobierno de ampliación del régimen subsidiado.

CUADRO 35. POBLACIÓN NO ASEGURADA

	2011	2012	2013	2014	2015
Población no cubierta	5,4%	3,8%	2,2%	0,5%	0,9%

Fuente: Proyecciones Fedesarrollo.

Si se hubiera asegurado toda la población en 2011, los ingresos del régimen subsidiado deberían haber aumentado 10% para mantener el equilibrio financiero. Este mismo cálculo para 2015 es menor, llegando a sólo 1,5% de los ingresos del régimen subsidiado. La gran diferencia entre 2011 y 2015 se debe principalmente a los grandes avances en aseguramiento, que se mantendrán según los planes del gobierno.

### VI.B.4. Ley 1438 de 2011 y asociadas

Este escenario mide el impacto sobre los ingresos de los regímenes contributivo y subsidiado para la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 477 de 2011 del Ministerio de Salud. Esta última

norma especificaba la reducción de la solidaridad de 1,5% a 0,17% del IBC, mientras que la Ley 1438 destinaba mayores recursos del SGP de salud a los subsidios a la demanda.

Consecuentemente, el aumento del ingreso del contributivo, por menores transferencias al subsidiado, será de 1,4 billones de pesos en 2012 y de 1,76 billones en 2015, lo cual es alrededor de 10,5% de los ingresos de cada año. Sin embargo, el gran impacto de la Resolución 477 y de la Ley 1438 se verá sobre el régimen subsidiado, ya que sus ingresos caerán 23% en 2012 con respecto al escenario sin reformas, porcentaje que disminuirá para llegar a 12% en 2015. Esto se debe a que alrededor de una cuarta parte de los ingresos del subsidiado provenían de la solidaridad, ingreso que se verá compensado parcialmente en tres cuartas partes por la transformación de los recursos del SGP a subsidios a la demanda para 2015, cuando se destinará el 80% de los recursos de salud del SGP a subsidios a la demanda. A pesar de ello, gracias a que el Ministerio posee la facultad de modificar la tasa de solidaridad hasta un tope de 1,5% del IBC, puede transferir recursos fácilmente entre los dos regímenes de tal manera que si hay superávits en uno se puedan compensar los del otro.

## **VI.C. Conclusiones**

En este capítulo se construyó un modelo del financiamiento de la salud en Colombia que responde a diferentes preguntas sobre el equilibrio financiero del sistema de salud y de los regímenes contributivo y subsidiado. En especial, este modelo es una herramienta para medir el impacto financiero de diferentes medidas de política y para proyectar el estado financiero de la salud en Colombia. El modelo responde a preguntas como el impacto financiero de la universalización del aseguramiento en salud, así como de las recientes leyes y normativas que buscaban el no desmadre del sistema.

El análisis de sensibilidad permitió cuantificar el impacto de algunas medidas de política y del cambio en las condiciones socioeconómicas básicas que tienen potenciales efectos en el sistema de salud y en especial en su sostenibilidad. Por ejemplo, se encuentra que un punto adicional de informalidad en el mercado laboral genera una caída en los ingresos del régimen contributivo del 2,7%. A su vez se encontró que una mejora de 1% del crecimiento del PIB genera ingresos adicionales de 0,3% en este régimen. Sobre los efectos dinámicos, una mejora continua de 1% del crecimiento económico para 2012-2015 genera ingresos del contributivo mayores en 2,7%

para 2015. Los esfuerzos que debe hacer el gobierno y las entidades territoriales para llegar a la universalización del aseguramiento, consignada en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 y planeada por la Ley 100 de 1993 para 2001, son grandes. Las estimaciones sugieren que los ingresos del régimen subsidiado deben aumentar 10% para lograr este objetivo. Finalmente, es probable que el Ministerio de Salud tenga que aumentar de nuevo la tasa de solidaridad por encima de su actual 0,17 del IBC, con el fin de que el régimen subsidiado mantenga el mismo balance financiero logrado en 2011.

Dado lo anterior, un seguimiento de las principales variables financieras y socioeconómicas sería muy útil para diseñar los ajustes necesarios. Asimismo, la disminución en los niveles de informalidad deberían ser una prioridad debido a su gran impacto sobre las cotizaciones. Esto pone el acento sobre el crecimiento económico y la calidad del empleo para la buena financiación de la salud.





## VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En casi dos décadas, el desarrollo del modelo de aseguramiento en Colombia muestra unas tendencias generales que ratifican la validez de éste y de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dos elementos estructurales son concluyentes: la expansión de la cobertura del sistema en muy pocos años y, relacionado con lo anterior, la gran capacidad que ha mostrado la sociedad colombiana para arbitrar recursos a favor del sector. Baste mencionar que en el 2011 se destinaron alrededor de \$45 billones para la salud, equivalentes a más de 9 puntos del PIB. Este monto de recursos representa cerca de \$1 millón per cápita (US\$ 550), es decir, alrededor del 10% del ingreso de cada colombiano. Como vimos, estos promedios esconden grandes diferencias según el modo en que participa cada ciudadano en el sistema de salud por su tipo de afiliación. Igualmente, las cifras nos permiten afirmar que la meta de universalización es prácticamente una realidad. El sistema además dispone de los recursos para afiliar a más de un millón de vinculados que aún existen.

El estudio mostró que los numerosos esfuerzos por arbitrar nuevos recursos para el sistema serán siempre insuficientes si no se hacen ajustes básicos que garanticen su funcionamiento a largo plazo. El problema del sector no es de recursos, pues estos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación, sino que están relacionados con el diseño y la gestión de los mismos. Ahora bien, es necesario precisar que a pesar de la difícil coyuntura, el debate no se debe centrar en cuestionar la validez del modelo de aseguramiento; sino por el contrario, en diseñar los ajustes para consolidarlo. El sistema actual debe continuar, ya que sus resultados han sido positivos y demuestran un avance para la salud de los colombianos, no tan sólo en cobertura y disponibilidad de recursos. Así mismo, el acceso a los servicios de salud se ha expandido, al tiempo que éstos se han hecho de mejor calidad.

Sin embargo, es necesario precisar que el desarrollo del SGSSS se alejó en parte de los objetivos iniciales de la Ley 100. De una parte, no se logró el aumento esperado de la afiliación al régimen contributivo, por lo que gran parte de la expansión en cobertura de la última década se dio en el régimen subsidiado. Dado lo anterior, la expansión en cobertura fue además más lenta de lo esperado, pues se esperaba llegar a la universalización en diez años, y el proceso de nivelación del POS de los dos grandes regímenes también se pospuso. Igualmente, el aumento

de la cobertura se financió en su mayoría con recursos públicos del presupuesto general de la nación, regalías y recursos propios de las entidades, entre los más importantes (de hecho, el 54% del gasto en salud se financió con recursos públicos durante 2011).

En general, para que un sistema mantenga el equilibrio y la sostenibilidad en el largo plazo, debe propender por que los recursos se distribuyan de manera armónica a lo largo de la cadena de actores del sistema. Dado que la mayoría de los recursos provienen del presupuesto nacional y los aportes de patronos y trabajadores, el Estado es el primer interesado en buscar esa armonía. Por lo tanto, se hace necesario evitar que algunos actores sean claramente ganadores en términos financieros, en detrimento de los demás actores del sistema, de forma que se pueda garantizar a todos su sostenibilidad en el tiempo. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta que un problema financiero de uno de los actores se vuelve finalmente en un problema para todo el SGSSS.

Desafortunadamente, la especialización de los servicios por regímenes impidió el desarrollo de una visión conjunta del SGSSS, lo que motivó a que muchos de sus actores optaran por defender sus intereses o los de su gremio, dejando en un segundo plano el interés del sistema de salud en su conjunto. De este modo, en razón de la baja interacción entre los diferentes actores de la salud a lo largo de la última década, donde no se fomentó el trabajo en conjunto alrededor de los beneficios del paciente, se creó una cultura donde cada actor buscaba su propio beneficio independientemente del impacto sobre el resto de la cadena productiva. Esta situación en muchos casos terminó perjudicando a otros subsectores, sin importar la viabilidad completa del sistema de salud, generando legislaciones defensivas impulsadas por diferentes sectores que buscaban producir beneficios particulares para las partes involucradas.

Por otra parte, el análisis desarrollado de los costos per cápita por tipo de régimen y su dinámica reciente nos lleva a concluir que el sistema de salud no es sostenible financieramente si no se hacen importantes ajustes que moderen el crecimiento del gasto. En este orden de ideas, los retos que debe enfrentar cada régimen son diferentes. El gasto en los regímenes especiales debe moderar su ritmo de crecimiento o podría tener un fuerte impacto en el presupuesto nacional. Ahora bien, en las actuales condiciones el régimen contributivo genera un déficit -por efecto del aumento del gasto vía recobros- que afecta a todos los actores que hacen parte de este régimen. Si bien hay esfuerzos para su control, no es claro que las medidas tomadas sean lo suficientemente fuertes para su solución. Vale la pena mencionar que el aumento del gasto

es un problema general de todos los sistemas de salud y la experiencia muestra que se deben diseñar en forma clara los límites al gasto.

En términos del financiamiento, se encontró una gran dificultad para armar el consolidado de ingresos del sector salud e identificar los canales de flujo de recursos, por lo que se recomienda un esfuerzo para generar un sistema único de cuentas nacionales y fiscales de la salud. Éste debe servir como fuente de información para la caracterización del estado actual del sistema de salud colombiano y como guía para los responsables del sector. Además, dicho sistema permitiría presentar el gasto por actores del sistema, por regiones, por grupos poblacionales y por patologías de acuerdo con el perfil epidemiológico de los colombianos; al mismo tiempo que se encarga de contabilizar el gasto en salud, de forma tal que pueda dar cuenta de su crecimiento y hacer proyecciones con respecto a la sostenibilidad del sistema en su conjunto.

## **VII.A. Regímenes Especiales**

Un aspecto preocupante que se encontró al analizar estos regímenes es que la destinación de recursos para la prestación de servicios médicos de estas entidades crece en términos reales en un promedio de 10,5% anual. Este aspecto merece especial atención, ya que una parte muy importante de la financiación corresponde a los aportes patronales, que en este caso corresponden a recursos públicos nacionales por el carácter de estas entidades. Como se observó, las explicaciones a este fenómeno pueden ser tres: en primer lugar, que las tarifas de las IPS crecen por encima de la inflación; en segundo lugar, que mientras la población de mayor edad (es decir, de alto costo) aumenta año a año significativamente, la dinámica de los nuevos cotizantes no logra compensar este impacto sobre los costos; y por último, que la implementación de nuevas tecnologías en salud genera mayores costos. Dado que en estos regímenes no se encuentran límites a nuevas tecnologías o medicamentos de alto costo, el ritmo del gasto es muy alto.

Ahora bien, en sentido estricto no se puede hablar de insostenibilidad del ritmo del gasto, puesto que por su condición de régimen especial no se guarda una correspondencia entre lo que se cotiza y lo que se gasta per cápita en su plan de beneficio; no obstante, sí genera preocupación el impacto fiscal que dicho gasto pueda llegar a generar. En el mejor de los casos, aunque desde el gobierno central se destinen más recursos para garantizar la sostenibilidad del sistema, las diferencias con el resto de los regímenes se ampliarían cada vez más si se mide

desde el gasto per cápita que realizan estas entidades. En la búsqueda de una mayor equidad, principio promulgado en la Ley 100 de 1993, sería muy importante aplicar una regulación más estricta a estas entidades, de tal manera que unifique y estandarice tanto el modo de organización como el paquete de beneficios; a su vez, se podría plantear un tope máximo de gasto per cápita, con el fin de controlar los recursos públicos que se destinan a estas actividades. Si bien por razones históricas y legales es muy difícil lograr una alta equidad en las prestaciones de todos los regímenes, se debería propender por que exista una convergencia entre los planes de beneficio del SGSSS y en el gasto que se destina al mismo.

## VII.B. Régimen Subsidiado

De cara a los próximos años, y bajo el supuesto que ya se habrá completado tanto la universalización como la nivelación de los planes de beneficio, la atención a la población subsidiada y la red de servicios que la atiende debe enfrentar problemas centrales como los siguientes:

- ❑ ¿Qué hacer con la red hospitalaria? ¿Fortalecerla, liquidarla, entregarla a un agente público o privado para su manejo? La solución apunta a tener una red pública eficiente y fortalecida, que es una tarea compleja que requiere un gran esfuerzo financiero. La Ley 1438 permite destinar recursos para este fin; sin embargo, el proceso de restructuración de hospitales ha perdido fuerza en los últimos años y debe continuar a largo plazo.
- ❑ Así mismo, al igual que con el resto del sistema de salud, la prestación de servicios a la población del subsidiado se va volviendo más costosa año a año debido a la innovación tecnológica, el envejecimiento de la población y el aumento de la frecuencia de utilización de las prestaciones por efecto de la maduración del sistema de salud, entre otros. De este modo, se genera una fuerte presión de gasto que se puede hacer insostenible si mantiene el crecimiento de los últimos años.

## VII.C. Régimen Contributivo

El análisis del régimen contributivo dejó en evidencia los agudos problemas financieros a los que se enfrenta en la actual coyuntura. Como vimos, si bien se adelantaron ajustes al interior

del régimen (como la disminución de la transferencias a la subcuenta de solidaridad) y se han aplicado algunos controles a la dinámica de dicho gasto (como el límites de precios a los medicamentos recobrados al Fosyga), aún no es claro el futuro financiero del régimen contributivo bajo los actuales parámetros de cotización y el nuevo POS, actualizado recientemente. A continuación se hace un resumen de los principales problemas identificados, para lo cual se presenta en forma resumida su diagnóstico, y se hacen recomendaciones de política con fin de aportar para su solución.

### **VII.C.1. La dinámica del gasto No POS - Recobro de los CTC y Tutelas al Fosyga**

Los recobros se multiplicaron por ocho en los últimos cinco años, alcanzando en el 2010 los \$2,5 billones. Para el 2011 este monto se redujo, aunque la disminución presentada fue mucho menor a la que esperaba el gobierno con las medidas tomadas para su control. Los gastos por esta vía han sido objeto de cuestionamientos de diverso orden: frente a cierto tipo de prestaciones hay profundas dudas sobre su pertinencia, dado que se concentra en un número muy bajo de la población afiliada, en algunos atendidos con medicamentos de muy alto costo e impacto marginal en tiempo y calidad de vida sobre la salud de los pacientes.

Puntualmente, vale la pena hacer énfasis en el caso de los medicamentos biotecnológicos, cuyo gasto tiene un impacto considerable sobre el valor de los recobros. Por un lado, el alto nivel de precios guarda estrecha relación con la competencia en mercado de estos medicamentos, ya que en Colombia hasta el momento hay un fuerte dominio del mercado por parte de los innovadores y una muy baja participación de los genéricos. Aunque no es el caso entrar en la discusión sobre las ventajas y desventajas de mantener cerrado o abierto este mercado, sí debe quedar claro que los países en donde se ha permitido una mayor competencia, los precios de los medicamentos han disminuido sensiblemente, con un impacto positivo sobre las finanzas de la salud.

### **VII.C.2. Definir el papel, los alcances y los límites de la integración vertical en el sistema de salud colombiano**

El debate sobre la Integración Vertical (IV) es de los más complejos en el sector de la salud. En Colombia ha faltado un análisis más técnico del tema que nos permita entender cuáles podrían ser los riesgos reales versus los beneficios de la integración vertical. Es necesario responder

juiciosamente la pregunta: ¿Cuál es el papel de la IV para lograr un mejor sistema de salud? Podemos afirmar que la IV de por sí no es ni buena, ni mala, pues depende de cómo y para qué se utilice. Parece ser entonces que la discusión no es necesariamente si se debe permitir y hasta qué punto la integración vertical, sino más bien cómo garantizar que se utilice para fortalecer el sistema de salud, para que se puedan otorgar más y mejores posibilidades de tratamiento a los usuarios afiliados al SGSSS.

Una posibilidad analítica es analizar este problema desde la libertad de elección, donde la EPS le ofrezca al paciente varias alternativas para su tratamiento, entre las cuales están sus propias IPS o laboratorios compitiendo por calidad, entre otras variables. Sin embargo, se requiere que el sistema logre una adecuada maduración en tres aspectos fundamentales:

- ❑ Utilización y publicación de indicadores de calidad que permitan a los usuarios ser consumidores inteligentes, tomando decisiones objetivas desde los resultados en salud de los diferentes actores del sistema.
- ❑ Inspección, vigilancia y control que garantice la libre competencia entre actores que compitan por calidad y respeten, ante todo, la libertad de elección por parte del usuario.
- ❑ La transparencia en el SGSSS, que debe empezar por el claro liderazgo del rector por excelencia del sistema: el Ministerio de Salud, que deberá convocar a todos los actores del sistema al trabajo mancomunado que garantice mejores resultados en salud para la población y la viabilidad financiera del sistema.

Finalmente, no se tiene claridad en el SGSSS sobre cuál es tamaño óptimo de una EPS, medido por el número de afiliados. Aunque se debe propender por un número alto de afiliados que permita lograr economías de escala, también es claro que EPS demasiado grandes se convierten en un problema complejo para el Estado cuando su gestión entra en cuestionamiento.

### **VII.C.3. La calidad de la Información del sector de la Salud**

El problema de la información en el sector no es marginal. El sector gasta \$45 billones al año y sus numerosos sistemas de información aún no dan cuenta en forma sistemática del impacto del sector, de la eficiencia del gasto, de las razones de su dinámica ni de la situación financiera de sus principales actores, entre otros. En este orden de ideas, la información no permite tomar

decisiones de corto plazo; por ejemplo, no hay indicadores claros sobre la calidad del servicio entre las entidades, aún cuando hay múltiple evidencia de grandes diferencias entre diferentes EPS e IPS. Cada entidad o agencia promueve sus sistemas de información y no hay articulación entre ellos, con lo que se genera ineficiencia en la medida que se repite el procesamiento de la misma información.

Una propuesta innovadora es hacer que todos los sistemas de información de alguna manera reporten o atiendan al eje central de todo el sistema de salud: sus afiliados. El afiliado al sistema de salud en Colombia es atendido por sus actores y cada uno de ellos guarda un registro de acuerdo con sus intereses: cuándo pagó o no su cotización, cuándo fue atendido, cuándo puso una tutela para solicitar una prestación negada, cuándo se convierte en un paciente de alto costo, entre muchas opciones. La información institucional guarda la misma tendencia, pues cada agencia la consolida de acuerdo con sus necesidades y no la articula con el resto los sistemas en funcionamiento. En definitiva, la información disponible no retroalimenta la toma de decisiones que beneficie tanto al paciente como al sistema de salud. Más aún, podemos afirmar que en general el sistema de salud produce más información de la que puede administrar.

En este orden de ideas, se propone como cambio radical que la información gire alrededor de la historia clínica electrónica individual. Cada IPS u otro punto de atención del sistema de salud debería estar en capacidad de acceder a dicha historia clínica para conocer la situación del individuo como afiliado y como paciente. El dueño de esa historia clínica sería el mismo afiliado, al tiempo que complementaría al carné de afiliación de cobertura nacional. Así mismo, se hace urgente y prioritario que la información de calidad de cada uno de los actores esté publicada y disponible para permitir que los colombianos sean compradores educados de servicios de salud y tomen decisiones informadas, basadas en resultados en salud. Igualmente, es función de los diferentes organismos de control y del Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, pensar en la articulación de la información desde el nivel micro, hasta el nivel macro para garantizar el mejoramiento continuo y la sostenibilidad del sistema de salud.

#### **VII.C.4. Cadena de Valor y Rentabilidad por Subsectores**

La aproximación a la cadena de valor de Colombia se intentó calcular, en primera instancia, con los datos de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, al analizarlos quedó claro que esta información no era suficiente para lograr obtener la cadena de valor del sector

salud y sus flujos de recursos entre los diferentes actores; el principal problema encontrado es que las IPS solo reportan información agregada de sus gastos a las EPS, lo que a su vez es reportado de esta manera por estas últimas a la SNS. Así entonces, la falencia radica en que el reporte de dicha información desagregada no está normado como de obligatorio cumplimiento. En suma, se procedió a analizar la información que reportan las IPS a la SNS y se encontró que ésta presentaba numerosos problemas de consistencia en los datos. Se menciona nuevamente el tema sólo para recordar que si algo falla en el sector salud es la ausencia de información para la toma de decisiones y el control de las entidades e instituciones prestadoras. Sin este elemento, que tanto se ha intentado construir, es imposible que funcione adecuadamente un sistema que probablemente es el más complejo de los que están a cargo del ejecutivo.

Como segunda estimación se utilizó la información de los estudios de suficiencia que adelanta el Ministerio de Salud. Una vez depurada y consolidada la información, que en general es de muy buena calidad, se clasificó la misma por tipo de gasto y se encontraron resultados interesantes. En primer lugar, los procedimientos en *consulta médica* son los que representan un mayor porcentaje del gasto total de las EPS durante todo el período de estudio. La composición del gasto en salud de las EPS muestra que las *consultas médicas* y las *operaciones sobre el aparato digestivo* han mantenido relativamente estable su participación en el gasto en los últimos años, mientras que los *medicamentos* y los *procedimientos de atención en salud* han perdido importancia relativa en el mismo (Gráfico 10). En este punto se debe mencionar que este gasto es el que está incluido en el POS (los resultados en el gasto No-POS son bastante diferentes en el tema de medicamentos y procedimientos). Por otro lado, los resultados sobre el POS muestran que los procedimientos en *laboratorio clínico* han presentado un crecimiento elevado en el gasto y que conjuntamente con la *consulta médica* agrupan más del 50% del total de actividades que realizan las EPS. En este orden de ideas, se encontró que la consulta médica y el laboratorio son la base de toda la actividad de promoción y prevención, así como de los programas de atención a las enfermedades crónicas. Es quizás por esto que encontramos que la demanda inducida en las actividades de la consulta y el *laboratorio clínico* puede estarse presentando como un efecto de las actividades de gestión del riesgo en salud, lo cual incrementa el gasto de las EPS pero puede tener un efecto benéfico sobre la salud de los afiliados. A todas luces, esto contradice la creencia de que no se atiende a las personas; por el contrario el número de actividades en salud crece a un ritmo más acelerado que el número de afiliados. En cualquier caso la evidencia presentada indica que el gasto en salud se ha incrementado fuertemente a través del número de procedimientos en laboratorio clínico que recibe un usuario promedio del



sector. Obviamente queda planteada la pregunta si este incremento ha impactado la salud de asegurados y al mismo tiempo ha generado una reducción de otros componentes del gasto que compensen la gestión del riesgo y genere excedentes para todo el sector.

Al descomponer el crecimiento del gasto en salud en los componentes de precio y cantidad (número de actividades prestadas), se encuentra que en general predomina una mayor frecuencia de prestaciones de servicios de salud. Esta situación puede ser consecuencia de dos cosas: i) la maduración del sistema de salud se acompaña de un mayor conocimiento de la población acerca de la forma de acceder a los servicios de salud, un fenómeno que se ha reportado en la literatura y debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer las políticas públicas referentes al financiamiento de los servicios de salud; y ii) un efecto de demanda inducida por parte de las IPS en Colombia, que se genera como resultado del proceso de aseguramiento y gestión del riesgo en salud, a través de la búsqueda activa de pacientes con patologías crónicas, por medio de los programas de promoción y prevención. Hacia el futuro debe establecerse los beneficios o perjuicios de estos resultados del gasto. Inicialmente queda planteada la hipótesis de que si es solamente un efecto de demanda inducida, probablemente no haya un beneficio marginal sobre la salud en general y sobre las finanzas del sistema en particular.

Al respecto, los resultados son concluyentes dado que tanto en los *procedimientos de atención en salud*, la *consulta médica*, los *exámenes de laboratorio clínico* y los *otros procedimientos*, el factor que mayor preponderancia tiene para explicar el incremento en el gasto entre 2006 y 2008 es el número de actividades prestadas, dado que estos rubros representan más del 80% del gasto total. Estos hallazgos son un claro indicio de que el aseguramiento en Colombia se ha traducido no solamente en mayor cobertura en salud, sino en acceso real a los servicios de este sector, lo que va en contra de la creencia convencional y especialmente de los argumentos de los detractores del sistema. Así mismo, sobre el gasto en medicamentos la información de los estudios de suficiencia mostró una leve disminución en el gasto POS en el período de estudio. Sin embargo, como todos saben esto no fue lo que sucedió en el gasto No-POS donde el gasto en medicamentos se incrementó fuertemente. De hecho, es probable que IPS o EPS hayan dejado de cobrar medicamentos por el POS donde existe cierta regulación y prefieran hacerlo a través del No-POS donde no existió control por muchos años.

Finalmente, cuando se estimó la rentabilidad del accionista se encontró que el sector más rentable son los laboratorios, mientras que si se utiliza la rentabilidad operativa los más rentables

son los hospitales y clínicas; sin embargo, las EPS se reconocen en general como las entidades menos rentables del sector. De este modo, cobra relevancia el análisis realizado puesto que incorpora diversos indicadores de rentabilidad, lo cual permite obtener un panorama más amplio de las condiciones en que se encuentra el sector. Los resultados de la rentabilidad también van en contravía de la creencia convencional de que las EPS han capturado los recursos del sistema; sin embargo, si los datos de los estudios de suficiencia son consistentes, la realidad es otra: existen otros sectores que se están quedando con buena parte de los recursos de la salud sin que sean fiscalizados adecuadamente. Al parecer las EPS se han quedado con el pecado y sin el género y otros que tienen mayor resonancia y mejor discurso se quedan sin el pecado y con el género. Evidentemente estos resultados sugieren que se requiere una mayor fiscalización de los recursos y mayores estudios sobre los temas de rentabilidad. Esta rentabilidad incluso puede ser inferior si se toma en cuenta que los datos con los cuales se calcula la rentabilidad, tanto para las EPS como para las IPS, incluyen los recobros al Fosyga aunque estos no se hayan pagado efectivamente y constituyan una deuda por cobrar de carácter ilícito en el balance de las entidades acreedoras. Esto puede inflar contablemente la rentabilidad de esas entidades. En otras palabras el problema de glosas y demora en el flujo de fondos, nuevamente surge como un problema que impacta financieramente la cadena Fosyga-EPS-IPS, lo que al mismo tiempo ayuda a desvirtuar la idea de que las entidades de la salud hacen un gran negocio. Si bien los escándalos en salud han identificado entidades que si lo hacen, hay quienes se han encargado de generalizar estos eventos, con el objetivo de desestabilizar un sistema que ha avanzado enormemente en cobertura, equidad y acceso, sin que esto último sea reconocido.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Navarro, O. L., y Gamboa, L. F. (2005). "Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia". Bogotá. Universidad del Rosario. Serie Documentos. *Borradores de Investigación, No. 69, junio*.
- Antón, A., Hernández, F. y Levy, S. (2011). "The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance. México. IADB. November, *Mimeo*.
- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2011). "Reunión Junta Directiva". Bogotá. ACEMI. Abril.
- Barón Leguizamón, G. (2007). "Gasto nacional en salud en Colombia 1993-2003: composición y tendencias". *Revista de Salud Pública*. Vol. 9. No. 2. Abril-Junio. pp. 167-179.
- BID, Ministerio de la Protección Social, NICE, IECS (2011). "Una primera mirada a las experiencias internacionales de los procesos de priorización de medicamentos en salud". Proyecto BID de Apoyo al Fortalecimiento de los Procesos de Priorización de Salud en Colombia.
- Fedesarrollo (2011). "La nivelación de los planes de beneficio en salud (Editorial)". *Tendencia Económica*. No. 113. Septiembre, pp. 3-5.
- Flórez, C. E., et ál. (2007). "Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano". Bogotá. Fundación Corona, DNP, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario. Bogotá. *Documento de Trabajo, No. 15*.
- Fiduprevisora S.A. (2008). "Contratación de los servicios de Salud para los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus beneficiarios en el territorio nacional. Pliego de Condiciones". Fondo Nacional De Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Forero de Saade, M. T., Santa María, M. y Zapata, J. G. (2010). "Salud. Una visión desde los departamentos de Colombia". Bogotá. FND, Fedesarrollo.
- Giedion, U., Panopoulou, G., Gómez-Fraga, S. (2009). "Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México". Santiago de Chile. Cepal, ASDI. *Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 219. Noviembre*.
- Glassman, A., et ál. (2010). "Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia". Washington, D. C. BID, Brookings Institution.
- Gómez Fonnegra, C. A., et ál. (1996). "Estado de las empresas solidarias de salud en el Departamento de Antioquia 1993-1996". Medellín. Universidad CES. Tesis estudiantes de Gerencia de la Salud Pública.
- Gonbaneff Y., et ál. (2005) "Laberinto de recursos en el sistema de salud, según proyecto 052". Estudio realizado para la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. DNP. *Archivos de Economía, No. 287. Julio*.

- González Ramírez, J. L. "Equilibrio financiero del régimen contributivo de aseguramiento en salud, 2010-2050: dinámica laboral, poblacional y crecimiento económico". (2009). *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*. Vol. 39, No. 2, segundo semestre. pp. 27-59.
- Jaramillo, C. (2011). "Impacto fiscal de tutelas y sentencias de la Corte Constitucional en los temas de salud y pensiones". Bogotá. Informe para el Banco Interamericano de Desarrollo.
- \_\_\_\_\_. (2010). "Situación y perspectivas del sistema de seguridad social en Colombia: Salud y pensiones". Consultoría para el BID. Bogotá.
- Londoño, J. (2003). "Activar el pluralismo en el trópico. Reforma de la atención de la salud en Colombia". In: C. G. Molina y J. Núñez del Arco, Editores. *Servicios de salud en América Latina y Asia*. Washington, D. C. BID.
- \_\_\_\_\_. y Frenk, J. (1997). "Pluralismo estructurado: Hacia un nuevo modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". Washington, D. C. BID. *Documento de Trabajo, No. 353. Septiembre*. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35219518>
- Merlano, C. y Gorbaneff, Y. (2010). "¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia?" Bogotá. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=IFo7r7xm2w4%3D&tabid=108>
- Ministerio de la Protección Social. (2011). "Resolución 0477". Bogotá, Ministerio.
- \_\_\_\_\_. (2011). "Sostenibilidad financiera del régimen contributivo y Financiación del régimen subsidiado". Bogotá, Ministerio.
- \_\_\_\_\_. (2009). "Acuerdo 415". Bogotá, Ministerio.
- Ministerio de Salud. Oficina de Planeación (1989). "Análisis financiero del sector salud". Bogotá, Ministerio.
- Morales, L. G. (1997). "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia". Santiago de Chile, CEPAL. *Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 55*. Julio.
- Paredes, N. (2009). "Análisis financiero de fuentes y usos en el Sistema de Salud colombiano".
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., y Rodríguez, S. M. (2007). "La integración vertical en el sistema de salud colombiano". *Revista de Economía Institucional. Vol. 9. No. 17*, pp. 279-308.
- Restrepo, J. y Mejía, A. (2007). "Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996 -2007". *Perfil de Coyuntura Económica. No. 9*. Agosto, pp.97-116.
- Ruiz Gómez, F. (n.d.). "Retos de mercado para las Cajas de Compensación Familiar en Colombia". Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX.
- Salazar, N. (2011). "El régimen de seguridad social en salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo". *Notas Fiscales. No. 6*. Marzo.

Sarmiento Gómez, A., et ál. (2005). "Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Bogotá, DNP. *Archivos de Economía*. No. 298. Diciembre.

Santa María M., et ál. (2008) "El sector salud en Colombia: impactos del SGSSS después de más de una década de la reforma". *Coyuntura Social*. Junio-Diciembre, No. 38-39, pp. 41-103.

Zapata, J. G. (2010). "Propuestas de reforma tributaria territorial en Colombia y de la carga fiscal del sector minero-energético". Bogotá. Informe para el Banco Interamericano de Desarrollo.

\_\_\_\_\_, Molina, A. y Fonseca, M. (2011) "Igualación de los Planes Obligatorios de Salud en Cundinamarca: Estrategias para garantizar la sostenibilidad financiera de la Red De Hospitales Públicos del Departamento". Para la Secretaría de Salud de Cundinamarca.



# IX. ANEXOS

## ANEXO 1. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

---

### El financiamiento descentralizado de la salud

---

La reforma de la salud de los años noventa se hizo en armonía con el proceso de descentralización, iniciado en el sector salud desde finales de la década de los años ochenta durante la administración Barco y que se fortaleció aún más con la profundización del sistema de transferencias intergubernamentales ordenado por la Constitución Nacional de 1991. Con este desarrollo institucional se logró destinar un mayor volumen de recursos públicos a la salud y aumentar la participación activa de las autoridades territoriales en la gestión de los recursos de la salud; este desarrollo normativo, a su vez, permitió que se sofisticara el sistema de transferencias intergubernamentales. El Sistema General de Participaciones (SGP) decidió canalizar los recursos públicos para financiar al sistema a través de diversos y periódicos ajustes en la gestión mediante la asistencia de alcaldías y gobernaciones

.En primer lugar, se promulgó la Ley 60 de 1993 que estableció la distribución de competencias entre los distintos entes territoriales, definió el situado fiscal como el porcentaje de ingresos corrientes de la Nación que se ceden a cada ente territorial y determinó la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación. Posteriormente, la Ley 715 de 2001 modificó la distribución de recursos para el sector educativo, salud, y saneamiento, determinando adicionalmente los criterios técnicos para la asignación de los recursos al interior de cada sector.

Seguidamente, en el 2007, la Ley 1176 buscó complementar la reglamentación sobre la distribución de los recursos al establecer un porcentaje del gasto con destinación específica en salud (24,5%), educación (58,5%) y saneamiento básico (5,4%), mientras que el resto de los recursos podía distribuirse libremente. Como complemento, se establecieron explícitamente las competencias departamentales en relación a la prestación de los servicios públicos y los criterios de distribución de los recursos para agua potable, saneamiento básico y propósito general, con base en los resultados de coberturas, variables socioeconómicas y eficiencia fiscal y administrativa<sup>1</sup>.

En forma resumida los recursos para el aseguramiento se canalizaron con los municipios y los recursos para atender la población no afiliada -vinculada- con los departamentos. El aumento de la cobertura del régimen subsidiado hizo que los recursos nacionales se concentraran en los municipios, razón por la cual las fuentes nacionales transferidas a los departamentos tuvieron un relativo marchitamiento en comparación con las fuentes municipales a lo largo de la última década. Los recursos municipales se destinaron en su gran mayoría a contratar las EPS que prestan servicios del régimen subsidiado. A su vez, éstas se encargan de contratar a la red de hospitales, pública y privada, para la prestación de los servicios. Igualmente, parte de los recursos canalizados a través de las transferencias del SGP a los municipios se utilizan para financiar los gastos en salud pública.

Recientemente la Ley 1438 impulsa cambios en la gestión de las entidades territoriales al impulsar la Atención Primaria en Salud, mejorar los sistema de información y propender por mejorar el giro de los recursos al interior de los actores del sistema.

---

<sup>1</sup> Un buen resumen de esta legislación se encuentra en Zapata J. (2010) Propuestas de reforma tributaria territorial en Colombia y de la carga fiscal del sector minero-energético. Mimeo. BID. Bogotá.

---

## ANEXO 2. FUENTES DE INFORMACIÓN

---

La información disponible sobre el sector de la salud en Colombia proviene de diferentes fuentes que recogen cifras de ingresos y gastos en diversas etapas de su ejecución. Las fuentes principales del nivel central son la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), el Fosyga, el Presupuesto General de la Nación, el Sistema General de Participaciones (SGP) y el Ministerio de la Salud. Igualmente, en el MPS hay varios sistemas que recopilan información financiera de la red de hospitales públicos, en total 983 IPS, y que ejecutan gran parte del gasto público del sector. A nivel tanto departamental como municipal se dispone de la información de las mismas entidades y del seguimiento financiero que hace DNP de los entes territoriales y en especial del financiamiento de la inversión territorial en donde la salud es uno de sus capítulos importantes.

La SNS autoriza el funcionamiento de las diferentes IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, ambulancias) y vigila a las EPS e IPS. Según la Resolución 1804 de la SNS, estos establecimientos deben reportar información a la Superintendencia sobre sus balances financieros, la cual permite establecer los ingresos, los gastos, los costos y la utilidad por año de cada empresa y del sector en su conjunto. El directorio de entidades del sector del MPS se acerca a las 10.000 empresas o instituciones prestadoras, de estas cerca de 2.700 le reportaron a la SNS, a su vez afirman los funcionarios que las más importantes y grandes se encuentran en las que reportan.

La información del Fosyga permite ver las contribuciones totales del régimen contributivo y apreciar la información de las fuentes y destinos por medio de las cuatro cuentas que maneja este fondo. Por un lado, la cuenta de compensación diferencia los ingresos por cotizaciones que la realizan los empleados, independientes y pensionados, mientras que la cuenta de solidaridad contiene el detalle de sus fuentes de financiamiento, bien sea la proveniente del régimen contributivo, desde los regímenes especiales o de recursos del presupuesto nacional como el mencionado *Pari Passu*.

La información del Presupuesto Nacional es depurada por la Dirección General de Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. El Presupuesto Nacional especifica la cantidad del gasto, de nuestro interés en salud, que ejecuta cada entidad pública como el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Salud y el Ministerio de Defensa, así como dentro de cada una de sus dependencias. Los recursos del SGP permiten establecer el porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que van a los entes territoriales y que se gastan en salud, que se utilizan en subsidios para la demanda (ampliación del régimen subsidiado), subsidios para la oferta (mantenimiento de los hospitales públicos) y para atender el gasto de los vinculados (que no pertenecen al régimen contributivo, al régimen subsidiado o a alguno de los regímenes especiales).

El Ministerio de la Salud posee la información de los recursos que se giran desde ETESA hacia los departamentos y los cobros que se hacen al Fosyga. Finalmente, a través de las Encuestas de Calidad de Vida (1997, 2003 y 2008) del DANE se realizan estimaciones del gasto en salud de los hogares, que posteriormente se puede clasificar según quintiles del gasto y tipo de gasto (medicamentos y procedimientos, entre otros). Todas las anteriores fuentes de información de los recursos de la salud se utilizaron tanto para entender complejo mapa financiero de la salud como para consolidar los mismos.

---



### ANEXO 3. INGRESOS OPERACIONALES Y GASTOS DE ADMINISTRACIÓN (2010)

Código	Descripción	Valor
41	Ingresos operacionales	17.477.577.953
4105	Prestación de servicios de salud	26.340.781
4160	Unidad funcional educación continuada	0
4165	Administración del régimen de seguridad social en salud	16.829.623.610
4175	Devoluciones rebajas y descuentos	-89.109.783
51	Gastos de administración	61.384.960.613
5105	Gastos de personal	562.990.650
5110	Honorarios	121.347.444
5115	Impuestos	41.733.223
5120	Arrendamientos	349.140.364
5125	Contribuciones y afiliaciones	16.954.462
5130	Seguros	12.247.072
5135	Servicios	305.701.988
5140	Gastos legales	2.957.177
5145	Mantenimiento y reparaciones	25.155.418
5150	Adecuación e instalación	4.491.367
5155	Gastos de viaje	18.912.164
5160	Depreciaciones	55.204.257
5165	Amortizaciones	54.391.873
5195	Diversos	92.900.602
5199	Provisiones	101.314.463

Fuente: Cálculos propios con base en información de la Superintendencia.

#### ANEXO 4. COMPOSICIÓN DEL GASTO DE LAS EPS EN COLOMBIA POR ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008 (PESOS DE 2008)\*

Actividad	2006	
	% del gasto	% actividades
Operaciones sobre el sistema nervioso	0,95	0,02
Operaciones sobre el sistema endocrino	0,15	0,01
Operaciones sobre el ojo	1,27	0,05
Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos	0,11	0,14
Operaciones sobre el oído	0,15	0,01
Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	4,59	3,92
Operaciones sobre el aparato respiratorio	0,89	0,03
Operaciones sobre el aparato cardiovascular	5,10	0,10
Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	0,33	0,01
Operaciones sobre el aparato digestivo	5,70	0,26
Procedimientos en esófago	4,09	18,34
Procedimientos en estomago	5,10	0,65
Otros procedimientos en estomago	2,83	0,75
Procedimientos en intestino	17,35	41,54
Otros procedimientos en intestino	5,33	3,57
Procedimientos en apéndice	11,46	7,51
Procedimientos en recto sigmoideo y tejido perirrectal	1,44	2,66
Procedimientos en ano	1,70	2,01
Procedimientos en hígado	2,18	0,28
Procedimientos en vesícula biliar y tracto biliar	17,58	6,54
Procedimientos en páncreas	0,77	0,10
Procedimientos en pared abdominal	6,66	8,12
Otros procedimientos en pared abdominal	23,51	7,94
Operaciones sobre el aparato urinario	0,83	0,04
Operaciones sobre órganos genitales masculinos	0,60	0,04
Operaciones sobre órganos genitales femeninos	1,44	0,14
Operaciones obstétricas	3,17	0,14
Operaciones sobre el aparato musculo esquelético	2,92	0,08
Operaciones sobre el aparato tegumentario	1,22	0,23
Imageneología radiología	3,47	2,34
Imageneología no radiológica	2,62	1,13
Consulta médica	23,48	31,77
Entrevista, consulta y evaluación	92,64	93,41

\* Se utilizó como deflactor el índice de precios del sector salud que publica el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Fuente: Cálculos propios.

ANEXO 4. COMPOSICIÓN DEL GASTO DE LAS EPS EN COLOMBIA POR ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008  
(PESOS DE 2008)\* (CONTINUACIÓN)

Actividad	2006	
	% del gasto	% actividades
Mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales del aparato genitourinario	1,01	2,50
Otras mediciones anatómicas, fisiol, y exám, manuales	1,20	0,30
Pruebas de stress cardiaco y compr, de marcapasos	0,24	0,06
Otros diagnósticos cardiacos y vascul, no quirúrgicos	2,24	1,57
Monitorización circulatoria	0,03	0,01
Monitorización de feto	0,12	0,14
Procedimientos anatomopatologicos	2,52	2,01
Mediciones anatómicas	0,11	0,06
Laboratorio clínico	7,01	15,00
Microbiología	6,48	5,27
Hematología	13,22	16,91
Química sanguínea y de otros fluidos corporales	38,59	49,96
Endocrinología	15,31	7,18
Monitoreo de medicamentos y toxicología	0,46	0,22
Inmunología y marcadores tumorales	20,03	8,85
Microscopia	5,86	11,61
Genética y errores metabólicos	0,05	0,00
Banco de sangre	0,19	0,09
Medicina nuclear	0,83	0,05
Desempeño funcional y rehabilitación	1,61	2,13
Salud mental	0,01	0,01
Diagnóstico y tratamiento visual auditivo	0,49	0,40
Otros procedimientos no quirúrgicos	0,03	0,05
Sustitución y extracción de dispositivos terapéuticos	0,02	0,01
Extracción de cuerpo extraño y calculo no operatorio	0,23	0,01
Procedimientos misceláneos	2,59	6,54
Procedimientos atención en salud	16,06	0,62
Servicios de internación	83,16	51,17
Servicios de sala	0,94	17,55
Servicios de traslado	2,20	17,71
Servicios de apoyo	13,69	13,58
Intervenciones sobre la comunidad	0,06	0,02
Medicamentos	11,79	34,55

\* Se utilizó como deflactor el índice de precios del sector salud que publica el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Fuente: Cálculos propios.

ANEXO 4. COMPOSICIÓN DEL GASTO DE LAS EPS EN COLOMBIA POR ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008  
(PESOS DE 2008) (CONTINUACIÓN)

Actividad	2007	
	% del gasto	% actividades
Operaciones sobre el sistema nervioso	0,83	0,04
Operaciones sobre el sistema endocrino	0,16	0,01
Operaciones sobre el ojo	1,00	0,04
Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos	0,08	0,09
Operaciones sobre el oído	0,14	0,01
Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	3,16	3,49
Operaciones sobre el aparato respiratorio	0,75	0,02
Operaciones sobre el aparato cardiovascular	5,52	0,13
Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	0,31	0,01
Operaciones sobre el aparato digestivo	5,85	0,25
Procedimientos en esófago	1,83	2,98
Procedimientos en estomago	5,15	0,61
Otros procedimientos en estomago	1,23	0,55
Procedimientos en intestino	17,52	59,35
Otros procedimientos en intestino	8,31	0,98
Procedimientos en apéndice	10,24	6,77
Procedimientos recto sigmoideo y tejido perirrectal	1,73	3,59
Procedimientos en ano	1,34	1,77
Procedimientos en hígado	2,91	0,42
Procedimientos en vesícula biliar y tracto biliar	15,68	5,94
Procedimientos en páncreas	1,13	0,11
Procedimientos en pared abdominal	5,31	7,14
Otros procedimientos en pared abdominal	27,63	9,78
Operaciones sobre el aparato urinario	0,84	0,04
Operaciones sobre órganos genitales masculinos	0,58	0,04
Operaciones sobre órganos genitales femeninos	1,42	0,12
Operaciones obstétricas	3,17	0,12
Operaciones sobre el aparato musculo esquelético	2,87	0,07
Operaciones sobre el aparato tegumentario	2,31	0,23
Imageneología radiología	3,74	2,25
Imageneología no radiológica	2,69	1,21
Consulta médica	24,55	30,09
Entrevista, consulta y evaluación	93,67	93,24

Fuente: Cálculos propios.

ANEXO 4. COMPOSICIÓN DEL GASTO DE LAS EPS EN COLOMBIA POR ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008  
(PESOS DE 2008) (CONTINUACIÓN)

Actividad	2007	
	% del gasto	% actividades
Mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales del aparato genitourinario	1,28	2,38
Otras mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales	0,35	0,23
Pruebas de stress cardiaco y comprobaciones de marcapasos	0,27	0,07
Otros procedimientos diagnósticos cardiacos y vasculares no quirúrgicos	1,96	1,44
Monitorización circulatoria	0,04	0,01
Monitorización de feto	0,12	0,16
Procedimientos anatomopatologicos	2,31	2,47
Mediciones anatómicas	0,19	0,06
Laboratorio clínico	8,59	15,93
Microbiología	7,16	5,48
Hematología	14,03	15,79
Química sanguínea y de otros fluidos corporales	31,68	50,25
Endocrinología	18,52	7,72
Monitoreo de medicamentos y toxicología	0,39	0,20
Inmunología y marcadores tumorales	23,12	9,07
Microscopia	5,06	11,48
Genética y errores metabólicos	0,05	0,01
Banco de sangre	0,25	0,10
Medicina nuclear	1,02	0,06
Desempeño funcional y rehabilitación	1,36	2,17
Salud mental	0,03	0,02
Diagnostico y tratamiento visual auditivo	0,35	0,39
Otros procedimientos no quirúrgicos	0,03	0,05
Sustitución y extracción de dispositivos terapéuticos	0,02	0,01
Extracción de cuerpo extraño y calculo no operatorio	0,25	0,00
Procedimientos misceláneos	2,90	6,73
Procedimientos atención en salud	13,23	0,62
Servicios de internación	94,77	48,82
Servicios de sala	1,75	26,96
Servicios de traslado	3,30	22,96
Servicios de apoyo	0,18	1,26
Intervenciones sobre la comunidad	0,10	0,02
Medicamentos	11,70	35,58

Fuente: Cálculos propios.

ANEXO 4. COMPOSICIÓN DEL GASTO DE LAS EPS EN COLOMBIA POR ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008  
(PESOS DE 2008) (CONTINUACIÓN)

Actividad	2008	
	% del gasto	% actividades
Operaciones sobre el sistema nervioso	1,07	0,03
Operaciones sobre el sistema endocrino	0,18	0,01
Operaciones sobre el ojo	0,77	0,04
Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos	0,07	0,06
Operaciones sobre el oído	0,14	0,01
Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	2,86	3,51
Operaciones sobre el aparato respiratorio	0,58	0,02
Operaciones sobre el aparato cardiovascular	5,45	0,12
Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	0,40	0,01
Operaciones sobre el aparato digestivo	6,33	0,26
Procedimientos en esófago	1,62	3,55
Procedimientos en estomago	5,71	0,71
Otros procedimientos en estomago	1,15	0,52
Procedimientos en intestino	20,29	55,23
Otros procedimientos en intestino	5,41	0,92
Procedimientos en apéndice	10,04	7,32
Procedimientos en recto sigmoideo y tejido perirrectal	1,55	3,49
Procedimientos en ano	1,55	1,83
Procedimientos en hígado	2,57	0,49
Procedimientos en vesícula biliar y tracto biliar	18,38	7,04
Procedimientos en páncreas	0,51	0,09
Procedimientos en pared abdominal	5,71	7,91
Otros procedimientos en pared abdominal	25,51	10,91
Operaciones sobre el aparato urinario	0,79	0,05
Operaciones sobre órganos genitales masculinos	0,53	0,03
Operaciones sobre órganos genitales femeninos	1,51	0,15
Operaciones obstétricas	3,13	0,13
Operaciones sobre el aparato musculo esquelético	3,29	0,08
Operaciones sobre el aparato tegumentario	2,45	0,27
Imageneología radiología	3,53	2,53
Imageneología no radiológica	3,38	1,39
Consulta médica	23,75	34,00
Entrevista, consulta y evaluación	92,74	93,03

Fuente: Cálculos propios.

ANEXO 4. COMPOSICIÓN DEL GASTO DE LAS EPS EN COLOMBIA POR ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008  
(PESOS DE 2008) (CONTINUACIÓN)

Actividad	2008	
	% del gasto	% actividades
Mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales del aparato genitourinario	1,18%	2,35%
Otras mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales	0,47%	0,28%
Pruebas de stress cardiaco y comprobaciones de marcapasos	0,31%	0,07%
Otros procedimientos diagnósticos cardiacos y vasculares no quirúrgicos	3,01%	1,67%
Monitorización circulatoria	0,03%	0,01%
Monitorización de feto	0,13%	0,17%
Procedimientos anatomopatologicos	2,13%	2,43%
Mediciones anatómicas	0,20%	0,07%
Laboratorio clínico	8,34%	18,69%
Microbiología	8,05%	5,46%
Hematología	14,62%	15,99%
Química sanguínea y de otros fluidos corporales	31,54%	51,67%
Endocrinología	19,57%	7,45%
Monitoreo de medicamentos y toxicología	0,36%	0,18%
Inmunología y marcadores tumorales	21,39%	8,84%
Microscopia	4,41%	10,41%
Genética y errores metabólicos	0,07%	0,01%
Banco de sangre	0,27%	0,15%
Medicina nuclear	0,93%	0,06%
Desempeño funcional y rehabilitación	1,51%	2,76%
Salud mental	0,01%	0,01%
Diagnostico y tratamiento visual auditivo	0,38%	0,41%
Otros procedimientos no quirúrgicos	0,02%	0,05%
Sustitución y extracción de dispositivos terapéuticos	0,02%	0,01%
Extracción de cuerpo extraño y calculo no operatorio	0,20%	0,00%
Procedimientos misceláneos	2,76%	5,97%
Procedimientos atención en salud	14,94%	0,61%
Servicios de internación	95,05%	48,17%
Servicios de sala	1,30%	26,39%
Servicios de traslado	3,57%	24,89%
Servicios de apoyo	0,08%	0,54%
Intervenciones sobre la comunidad	0,00%	0,00%
Medicamentos	10,24%	28,52%

Fuente: Cálculos propios.

**ANEXO 5. CRECIMIENTO DEL GASTO Y EL NÚMERO DE ACTIVIDADES DE LAS EPS EN COLOMBIA POR  
ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008 (PESOS DE 2008) (EPS SELECCIONADAS)**

Actividad	2007		2008	
	Crecimiento gasto (%)	Crecimiento actividad (%)	Crecimiento gasto (%)	Crecimiento actividad (%)
Operaciones sobre el sistema nervioso	-9,71	73,02	37,27	-11,42
Operaciones sobre el sistema endocrino	9,66	41,81	15,73	13,40
Operaciones sobre el ojo	-19,11	-1,80	-17,72	-12,70
Otros proce, Diagnósticos y terapéuticos diversos	-20,93	-22,94	-14,29	-35,87
Operaciones sobre el oído	-2,69	-0,16	5,62	-3,30
Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	-29,38	4,01	-2,79	0,13
Operaciones sobre el aparato respiratorio	-12,89	-27,99	-17,17	3,10
Operaciones sobre el aparato cardiovascular	11,29	48,25	5,96	-11,52
Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	-1,65	28,29	36,33	19,98
Operaciones sobre el aparato digestivo	5,63	11,18	15,90	3,93
Procedimientos en esófago	-52,71	-81,92	2,63	23,58
Procedimientos en estomago	6,73	3,77	28,42	20,61
Otros procedimientos en estomago	-54,07	-18,08	8,19	-2,01
Procedimientos en intestino	6,67	58,84	34,23	-3,28
Otros procedimientos en intestino	64,59	-69,50	-24,58	-2,17
Procedimientos en apéndice	-5,70	0,18	13,73	12,42
Procedimientos recto sigmoideo y tejido perirrectal	26,60	50,37	3,90	1,05
Procedimientos en ano	-16,76	-1,89	33,83	7,29
Procedimientos en hígado	40,78	69,52	2,58	20,18
Procedimientos en vesícula biliar y tracto biliar	-5,81	1,12	35,89	23,05
Procedimientos en páncreas	55,84	30,85	-47,54	-17,07
Procedimientos en pared abdominal	-15,85	-2,27	24,64	15,11
Otros procedimientos pared abdominal	24,16	36,88	7,00	15,97
Operaciones sobre el aparato urinario	4,10	18,89	0,46	11,91
Operaciones sobre órganos genitales masculinos	-1,23	13,71	-0,90	-14,68
Operaciones sobre órganos genitales femeninos	1,35	3,53	14,35	18,83
Operaciones obstétricas	2,79	4,63	5,81	8,07
Operaciones sobre el aparato musculo esquelético	1,08	3,17	22,93	11,01
Operaciones sobre el aparato tegumentario	95,26	18,84	13,55	17,12
Imageneología radiología	10,95	12,87	0,98	11,62
Imageneología no radiológica	5,52	25,60	34,91	14,47
Consulta médica	7,46	10,83	3,76	12,44
Entrevista, consulta y evaluación	8,65	10,63	2,74	12,19
Mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales del aparato genitourinario	36,54	5,33	-4,72	11,05

Fuente: Cálculos propios.



ANEXO 5. CRECIMIENTO DEL GASTO Y EL NÚMERO DE ACTIVIDADES DE LAS EPS EN COLOMBIA POR ACTIVIDAD (CUPS) 2006-2008 (PESOS DE 2008) (EPS SELECCIONADAS) (CONTINUACIÓN)

Actividad	2007		2008	
	Crecimiento gasto (%)	Crecimiento actividad (%)	Crecimiento gasto (%)	Crecimiento actividad (%)
Otras mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales	-68,36	-13,23	36,96	34,16
Pruebas de stress cardiaco y comprobaciones de marcapasos	21,83	18,54	19,37	12,00
Otros proce, diagnósticos cardiacos y vasculares no quirúrgicoa	-5,91	1,64	59,33	30,47
Monitorización circulatoria	53,75	20,28	-27,01	-16,43
Monitorización de feto	4,07	26,64	14,42	20,19
Procedimientos anatomopatologicos	-1,64	36,18	-4,15	10,57
Mediciones anatómicas	71,31	20,58	12,28	18,90
Laboratorio clínico	25,86	24,26	4,15	16,71
Microbiología	39,02	29,21	17,16	16,34
Hematología	33,62	16,05	8,51	18,18
Química sanguínea y de otros fluidos corporales	3,31	25,00	3,69	20,00
Endocrinología	52,22	33,55	10,05	12,62
Monitoreo de medicamentos y toxicología	7,68	15,69	-3,53	2,52
Inmunología y marcadores tumorales	45,33	27,29	-3,66	13,70
Microscopia	8,50	22,89	-9,22	5,79
Genética y errores metabólicos	13,92	49,06	64,13	86,58
Banco de sangre	33,20	24,51	14,31	53,93
Medicina nuclear	27,13	33,60	-2,89	-1,40
Desempeño funcional y rehabilitación	-13,32	19,41	19,01	26,52
Salud mental	210,38	47,42	-54,65	-29,04
Diagnostico y tratamiento visual auditivo	-27,08	15,84	18,63	3,37
Otros procedimientos no quirúrgicos	19,18	4,45	-18,18	-1,98
Sustitución y extracción de dispositivos terapéuticos	14,46	26,18	5,69	-2,05
Extracción de cuerpo extraño y calculo no operatorio	15,19	-22,14	-14,21	-17,62
Procedimientos misceláneos	15,12	20,58	1,90	-11,76
Procedimientos atención en salud	-15,32	15,78	21,06	-2,10
Servicios de internación	-3,50	10,46	21,42	-3,40
Servicios de sala	57,17	77,90	-10,16	-4,19
Servicios de traslado	26,86	50,16	31,05	6,12
Servicios de apoyo	-98,90	-89,29	-48,99	-57,55
Intervenciones sobre la comunidad	85,36	25,78	-100,00	-99,98
Medicamentos	1,95	20,54	-6,08	-20,27

Fuente: Cálculos propios.

ANEXO 6. GASTO POR UNIDAD DE CADA ACTIVIDAD 2006-2008  
(PESOS DE 2008)

Actividad	2006	2007	2008
Operaciones sobre el sistema nervioso	12.712	6.633	10.279
Operaciones sobre el sistema endocrino	7.619	5.891	6.012
Operaciones sobre el ojo	7.634	6.288	5.927
Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos	238	244	326
Operaciones sobre el oído	6.961	6.784	7.410
Operaciones sobre la nariz, boca y faringe	376	255	248
Operaciones sobre el aparato respiratorio	9.058	10.958	8.804
Operaciones sobre el aparato cardiovascular	15.853	11.900	14.250
Operaciones sobre el sistema hemático y linfático	19.668	15.078	17.132
Operaciones sobre el aparato digestivo	7.009	6.659	7.426
Procedimientos en esófago	1.562	4.085	3.392
Procedimientos en estomago	54.714	56.275	59.920
Otros procedimientos en estomago	26.455	14.833	16.376
Procedimientos en intestino	2.927	1.966	2.728
Otros procedimientos en intestino	10.476	56.524	43.574
Procedimientos en apéndice	10.702	10.074	10.192
Procedimientos en recto sigmoideo y tejido perirrectal	3.808	3.206	3.296
Procedimientos en ano	5.924	5.026	6.270
Procedimientos hígado	55.386	45.996	39.263
Procedimientos en vesícula biliar y tracto biliar	18.856	17.566	19.399
Procedimientos en páncreas	55.683	66.316	41.954
Procedimientos en pared abdominal	5.747	4.948	5.358
Otros procedimientos en pared abdominal	20.751	18.823	17.367
Operaciones sobre el aparato urinario	6.778	5.935	5.328
Operaciones sobre órganos genitales masculinos	5.225	4.539	5.272
Operaciones sobre órganos genitales femeninos	3.266	3.198	3.077
Operaciones obstétricas	7.490	7.358	7.204
Operaciones sobre el aparato musculo esquelético	11.033	10.809	11.970
Operaciones sobre el aparato tegumentario	1.732	2.846	2.759
Imageneología radiología	476	468	423
Imageneología no radiológica	745	626	738
Consulta médica	237	230	212
Entrevista. Consulta y evaluación	235	231	212

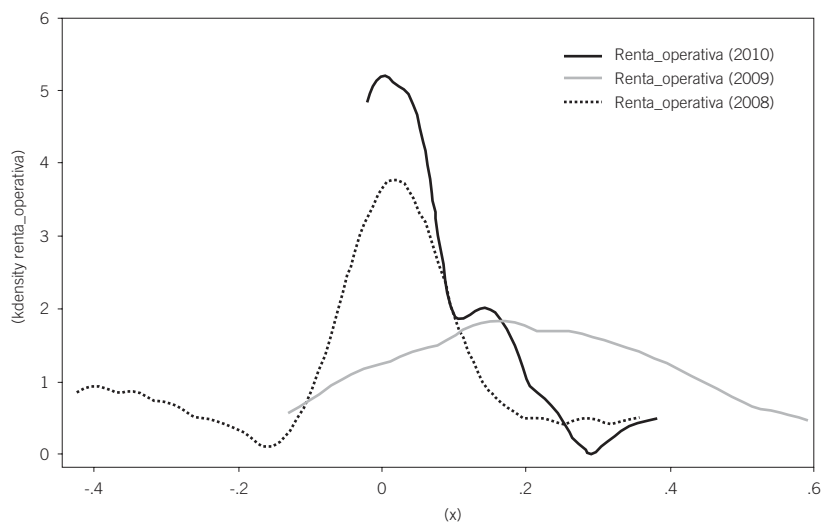
Fuente: Cálculos propios.

ANEXO 6. GASTO POR UNIDAD DE CADA ACTIVIDAD 2006-2008  
(PESOS DE 2008) (CONTINUACIÓN)

Actividad	2006	2007	2008
Med. Anatómicas. Fisiológicas y exámenes manuales aparato genitourinario	96	124	107
Otras mediciones anatómicas. Fisiológicas y exámenes manuales	391	348	355
Pruebas de stress cardiaco y comprobaciones de marcapasos	889	913	974
Otros procedimientos diagnósticos cardiacos y vasculares no quirúrgicos	338	313	382
Monitorización circulatoria	460	588	513
Monitorización de feto	211	174	165
Procedimientos anatomopatológicos	298	215	187
Mediciones anatómicas	618	877	828
Laboratorio clínico	150	152	136
Microbiología	185	199	200
Hematología	117	135	124
Química sanguínea y de otros fluidos corporales	116	96	83
Endocrinología	320	365	356
Monitoreo de medicamentos y toxicología	314	292	275
Inmunología y marcadores tumorales	339	387	328
Microscopia	76	67	57
Genética y errores metabólicos	1.593	1.217	1.071
Banco de sangre	686	734	545
Medicina nuclear	4.924	4.686	4.615
Desempeño funcional y rehabilitación	243	176	166
Salud mental	202	425	271
Diagnóstico y tratamiento visual auditivo	394	248	285
Otros procedimientos no quirúrgicos	152	173	145
Sustitución y extracción de dispositivos terapéuticos	914	829	894
Extracción de cuerpo extraño y calculo no operatorio	11.441	16.927	17.627
Procedimientos misceláneos	127	121	140
Procedimientos atención en salud	8.254	6.037	7.465
Servicios de internación	13.415	11.719	14.729
Servicios de sala	444	392	368
Servicios de traslado	1.026	867	1.071
Servicios de apoyo	8.321	856	1.028
Intervenciones sobre la comunidad	819	1.207	92
Medicamentos	110	93	109

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 7. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN



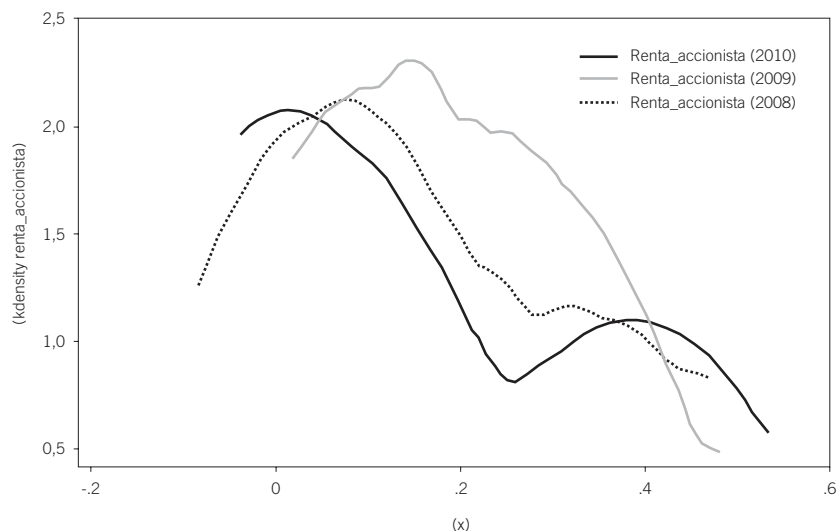
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 8. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA EN LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN

Año	Rentabilidad operativa		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,24	0,49	0,59
2009	0,25	0,42	0,61
2010	0,28	0,41	0,63

Fuente: Cálculos propios.

# ANEXO 9. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA PARA LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN



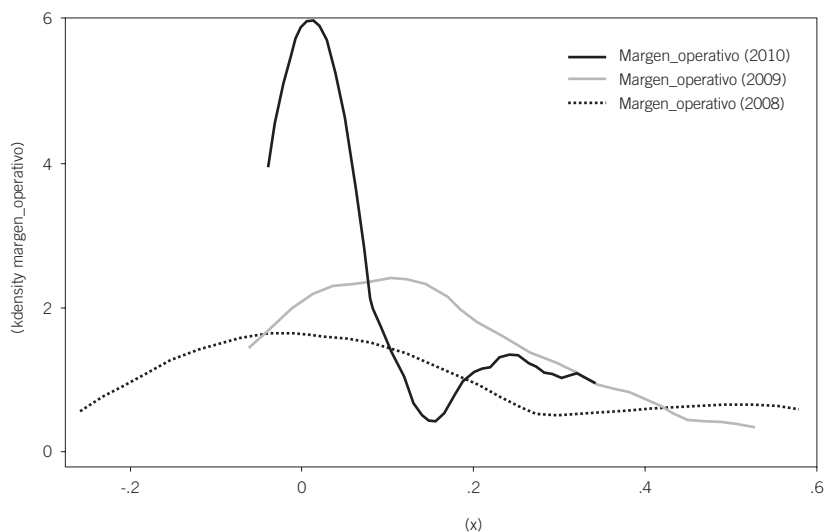
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 10. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA EN LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN

Año	Rentabilidad accionista		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0.17	0.42	0.61
2009	0.15	0.41	0.59
2010	0.14	0.40	0.58

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 11. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DEL MARGEN OPERATIVO PARA LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN



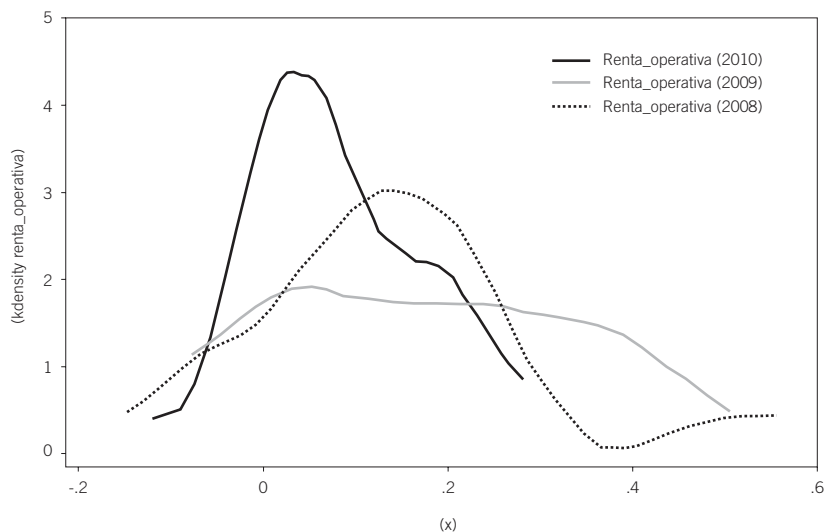
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 12. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN

Año	Margen operativo		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,13	0,34	0,53
2009	0,12	0,30	0,51
2010	0,11	0,35	0,52

Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 13. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LAS INSTITUCIONES CARDIOLÓGICAS



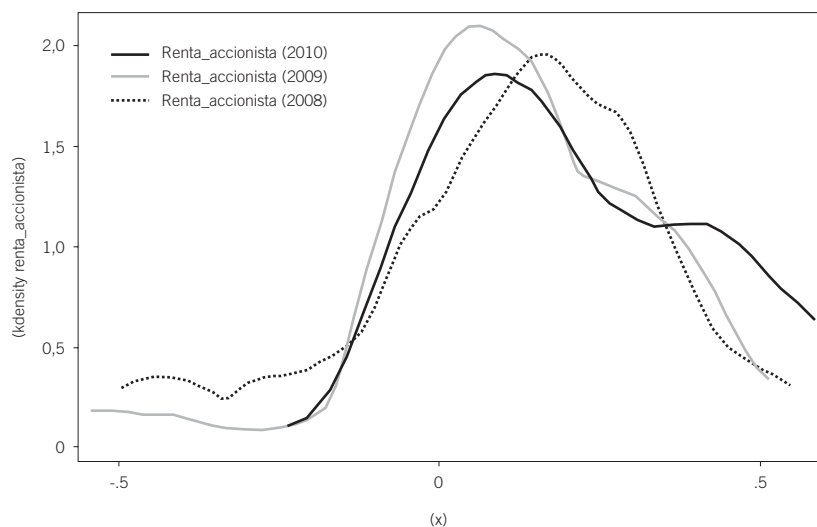
Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 14. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN

Año	Rentabilidad operativa		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,21	0,56	0,50
2009	0,20	0,57	0,51
2010	0,19	0,63	0,50

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 15. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA PARA LAS INSTITUCIONES CARDIOLÓGICAS



Fuente: Cálculos propios.

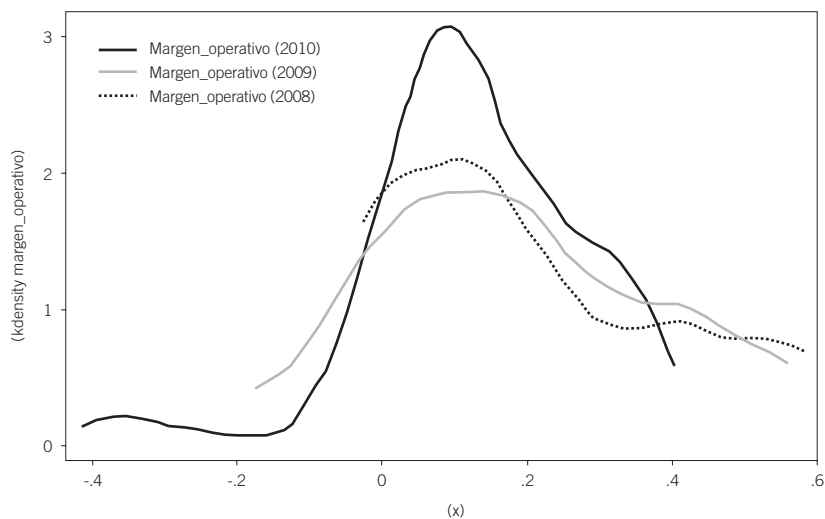
## ANEXO 16. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA EN LAS INSTITUCIONES CARDIOLÓGICAS

Año	Rentabilidad accionista		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,13	0,39	0,50
2009	0,16	0,38	0,54
2010	0,15	0,36	0,55

Fuente: Cálculos propios.



## ANEXO 17. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DEL MARGEN OPERATIVO PARA LAS INSTITUCIONES CARDIOLÓGICAS



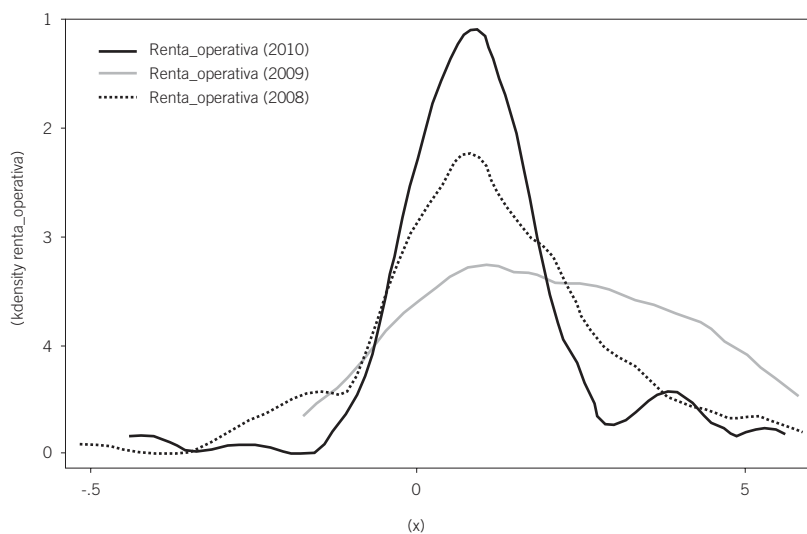
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 18. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN LAS INSTITUCIONES CARDIOLÓGICAS

Año	Margen operativo		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,18	0,28	0,50
2009	0,19	0,29	0,53
2010	0,15	0,34	0,54

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 19. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LAS INSTITUCIONES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS



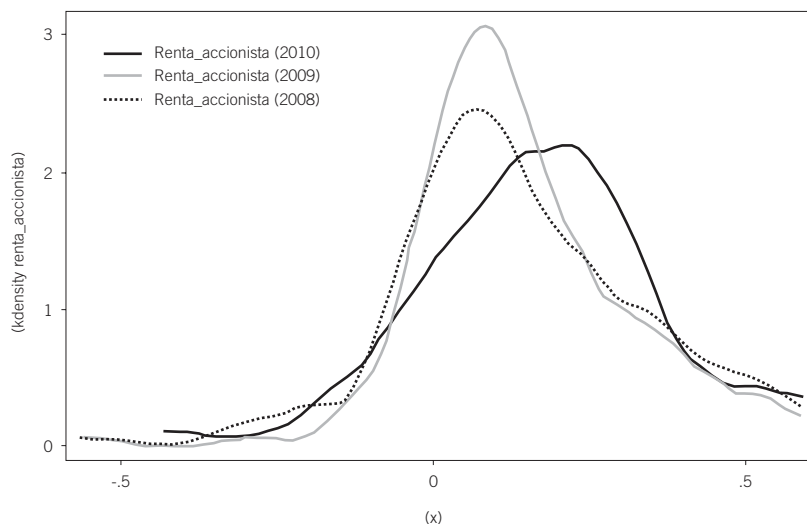
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 20. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA EN LAS INSTITUCIONES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Año	Rentabilidad operativa		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,29	0,33	0,54
2009	0,28	0,34	0,53
2010	0,30	0,35	0,52

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 21. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA PARA LAS INSTITUCIONES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS



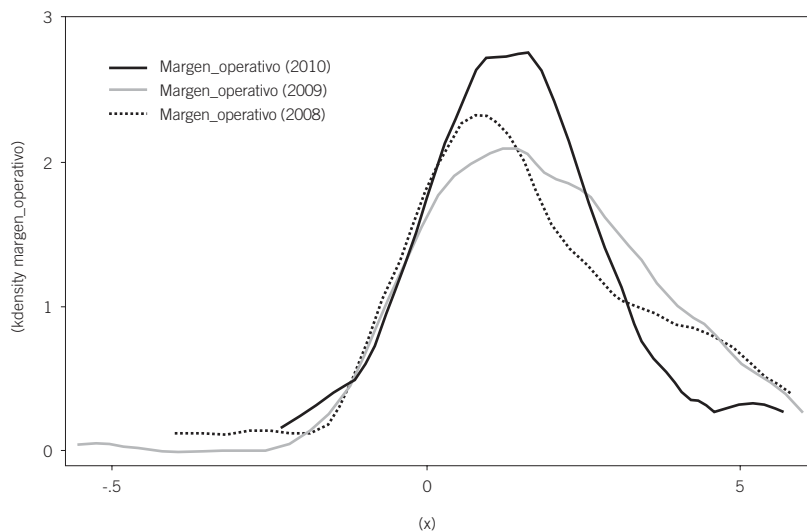
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 22. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA EN LAS INSTITUCIONES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Año	Rentabilidad accionista		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,10	0,26	0,68
2009	0,12	0,23	0,67
2010	0,14	0,23	0,66

Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 23. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DEL MARGEN OPERATIVO PARA LAS INSTITUCIONES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS



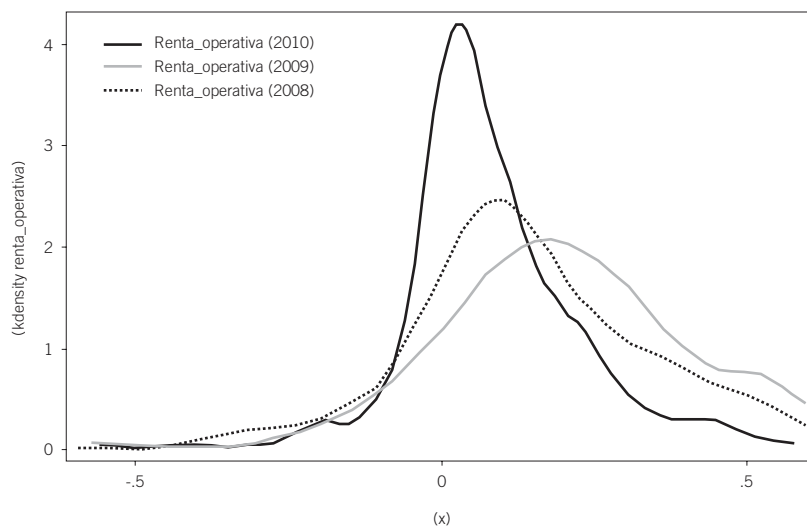
Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 24. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN LAS INSTITUCIONES DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Año	Margen operativo		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,13	0,51	0,50
2009	0,11	0,54	0,51
2010	0,10	0,56	0,53

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 25. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS



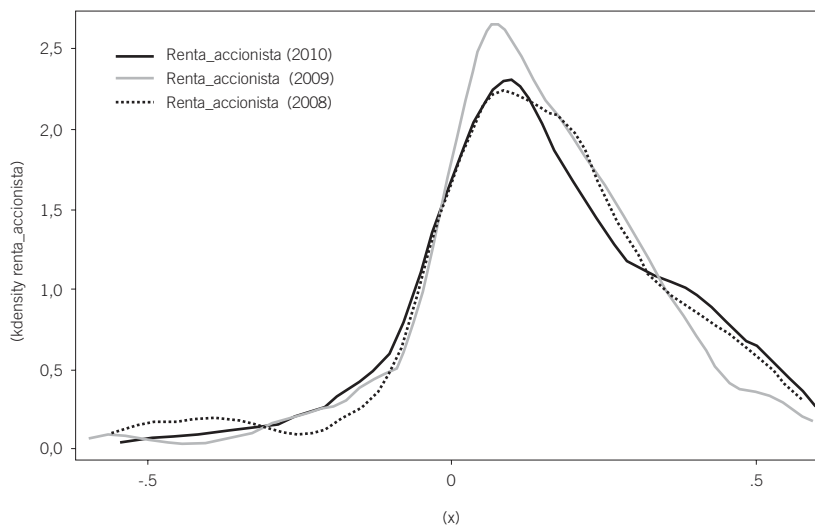
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 26. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA EN LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS

Año	Rentabilidad operativa		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0.24	0.30	0.51
2009	0.28	0.28	0.53
2010	0.30	0.33	0.54

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 27. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS



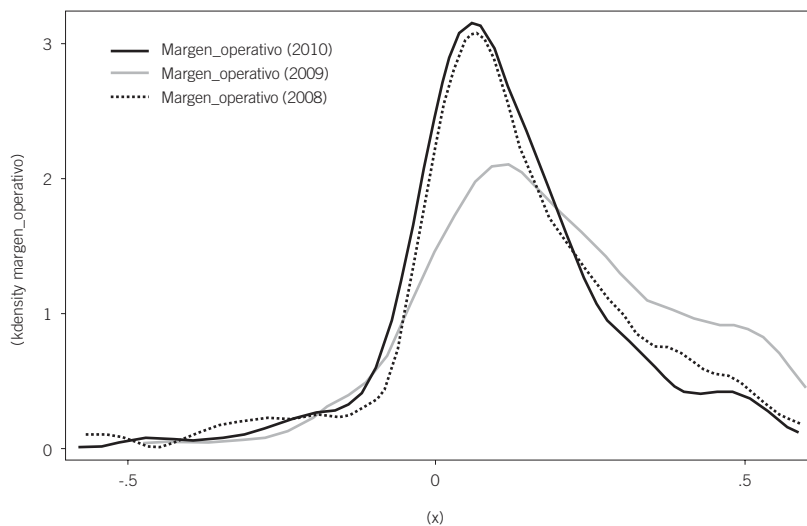
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 28. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA EN LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS

Año	Rentabilidad accionista		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,18	0,22	0,60
2009	0,15	0,21	0,56
2010	0,12	0,24	0,58

Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 29. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DEL MARGEN OPERATIVO PARA LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS



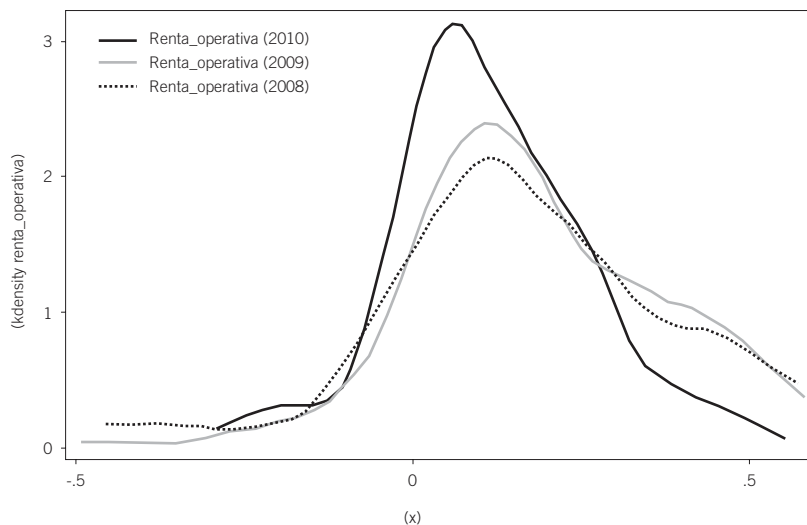
Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 30. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS

Año	Margen operativo		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,16	0,19	0,55
2009	0,20	0,21	0,54
2010	0,20	0,25	0,53

Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 31. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LOS LABORATORIOS



Fuente: Cálculos propios.

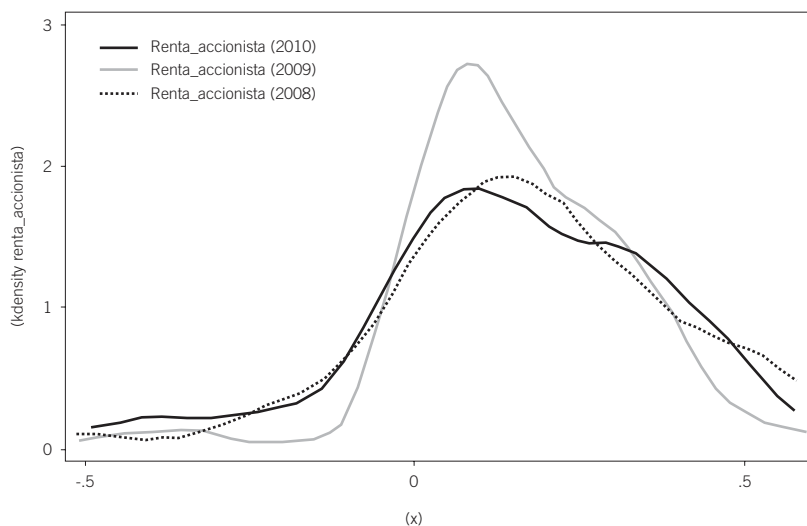
### ANEXO 32. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA EN LOS LABORATORIOS

Año	Rentabilidad operativa		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,27	0,69	0,62
2009	0,26	0,71	0,61
2010	0,26	0,74	0,60

Fuente: Cálculos propios.



### ANEXO 33. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LOS LABORATORIOS



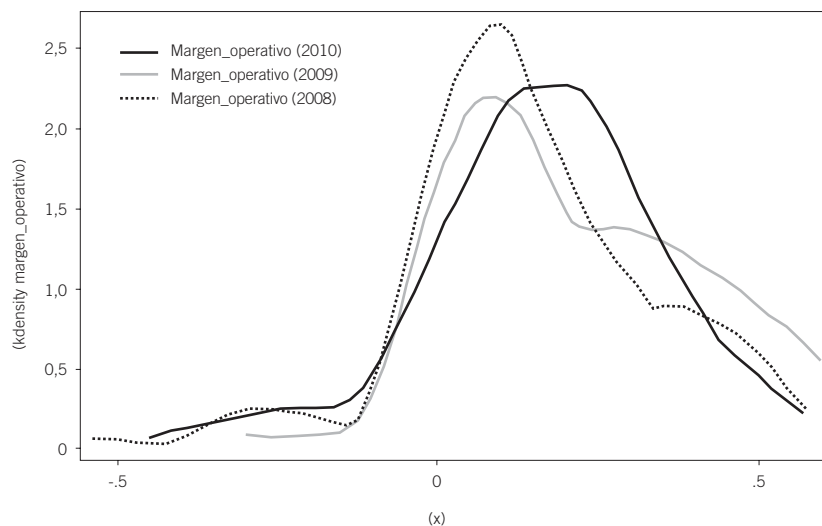
Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 34. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA EN LOS LABORATORIOS

Año	Rentabilidad accionista		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,16	0,24	0,49
2009	0,15	0,21	0,51
2010	0,11	0,22	0,53

Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 35. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DEL MARGEN OPERATIVO PARA LOS LABORATORIOS



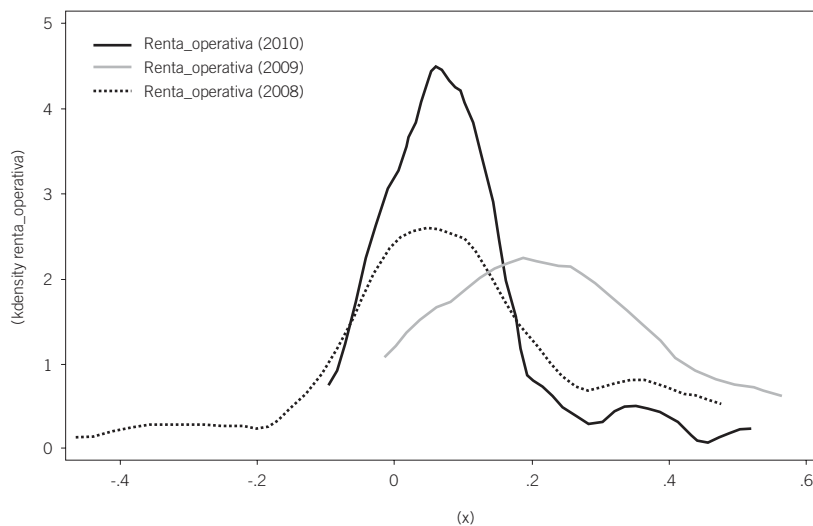
Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 36. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN LOS LABORATORIOS

Año	Margen operativo		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,18	0,32	0,51
2009	0,21	0,36	0,48
2010	0,22	0,40	0,46

Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 37. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA PARA LAS INSTITUCIONES ONCOLÓGICAS



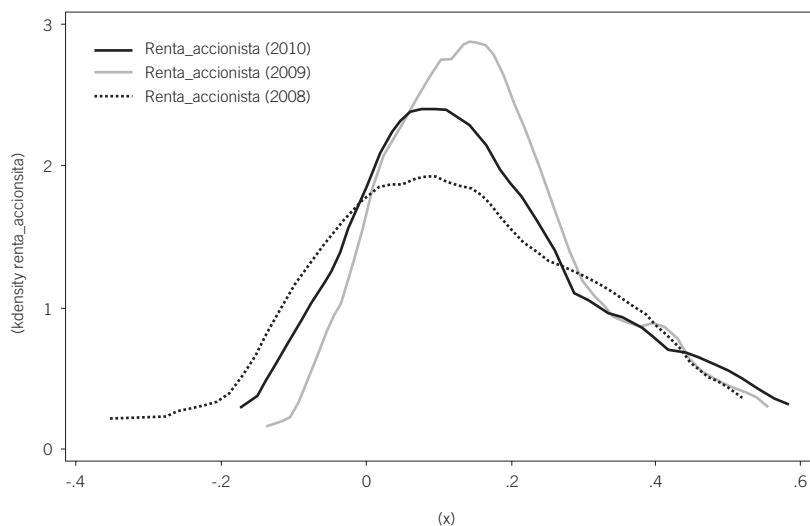
Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 38. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD OPERATIVA EN LAS INSTITUCIONES ONCOLÓGICAS

Año	Rentabilidad operativa		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,28	0,37	0,54
2009	0,26	0,39	0,56
2010	0,24	0,38	0,55

Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 39. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA PARA LAS INSTITUCIONES ONCOLÓGICAS



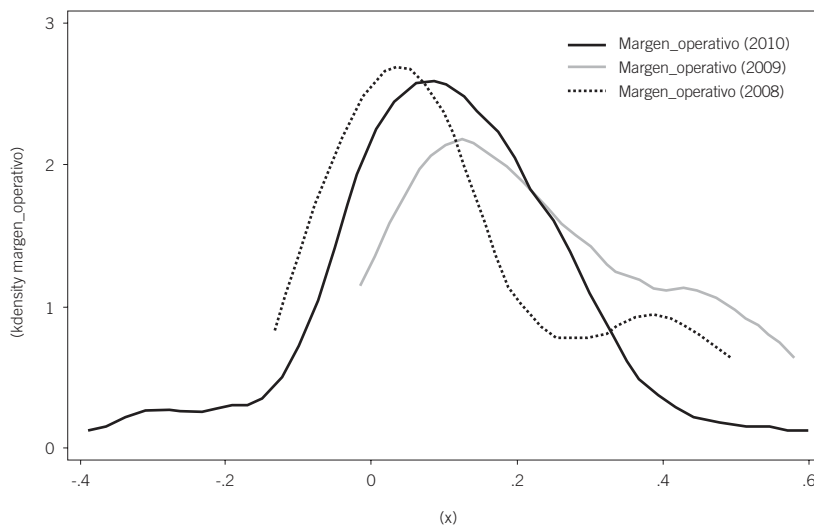
Fuente: Cálculos propios.

### ANEXO 40. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA EN LAS INSTITUCIONES ONCOLÓGICAS

Año	Rentabilidad accionista		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,16	0,54	0,54
2009	0,19	0,31	0,51
2010	0,17	0,37	0,53

Fuente: Cálculos propios.

# ANEXO 41. KERNEL DE DISTRIBUCIÓN DE LA RENTABILIDAD DEL ACCIONISTA PARA LAS INSTITUCIONES ONCOLÓGICAS



Fuente: Cálculos propios.

## ANEXO 42. PRINCIPALES ESTADÍSTICAS DEL MARGEN OPERATIVO EN LAS INSTITUCIONES ONCOLÓGICAS

Año	Margen operativo		
	Media	Desviación estándar	GINI
2008	0,12	0,14	0,43
2009	0,11	0,13	0,45
2010	0,10	0,14	0,46

Fuente: Cálculos propios.

El modelo está compuesto por 4 módulos. El primer módulo es el demográfico y económico, el cual es utilizado como base para calcular variables de los diferentes módulos. El segundo módulo es el de ingresos, el cual comprende todas las variables que afectan la financiación del sistema como son las cotizaciones, el número de cotizantes, el porcentaje del ingreso básico mensual cotizado para salud, entre otras. El módulo de gasto es el tercer módulo, el cual especifica el gasto para un determinado plan de beneficios y lo desagrega en costos de prestación de servicios y costos administrativos. Las variables que afectan el módulo de gasto son las poblaciones objetivo, el plan de beneficios y la UPC. Finalmente, el cuarto módulo corresponde al balance o resultado del modelo, el cual permite decir si hay un superávit o un déficit en el sistema y permite resolver preguntas como la tasa de cotización que haría que el sistema se encuentre en equilibrio financiero. El cuarto módulo depende directamente de los módulos de ingreso y gasto, que a su vez dependen del módulo demográfico y económico.

De igual manera, el modelo se puede dividir en dos secciones que comprenden al régimen subsidiado y al régimen contributivo. A continuación se presenta las ecuaciones que componen los 4 diferentes módulos. Los parámetros que describen las ecuaciones de comportamiento están en minúsculas, mientras que las variables están escritas en mayúsculas. Adicionalmente, se ha removido el subíndice de tiempo  $t$  ( $= 2011, 2012, 2013, 2014, 2015$ ) de los parámetros para indicar cuales se asumieron constantes en el tiempo.

### **Módulo demográfico y económico**

El módulo demográfico y económico está compuesto por 9 ecuaciones:

$$(E1) \quad PEA_t = PET_t * tgp$$

Donde  $PEA$  es la población económicamente activa,  $PET$  es la población en edad de trabajar,  $tgp$  es la tasa global de participación.

$$(E2) \quad E_t = PIB_t / Prodlab$$

Donde  $E$  es el número de empleados,  $PIB$  es el producto interno bruto y  $Prodlab$  es la productividad laboral.

---

ANEXO 43. ECUACIONES DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO  
(CONTINUACIÓN)

---

$$(E3) \quad E_t = EF_t + EI_t$$

Donde  $EF$  es el número de empleados formales y  $EI$  es el número de empleados informales.

$$(E4) \quad EF_t = E_t * [1 - ti]$$

Donde  $ti$  es la tasa de informalidad.

$$(E5) \quad EF_t = A_t + IND_t$$

Donde  $A$  es el número de asalariados e  $IND$  es el número de empleados independientes.

$$(E6) \quad IND_t = tind * EF_t$$

Donde  $tind$  es la proporción de independientes en los empleados formales.

$$(E7) \quad EI_t = E_t * t_i$$

$$(E8) \quad PEN_t = PET_t * (1 - tgp) * tp$$

Donde  $PEN$  es el número de pensionados y  $tp$  es la proporción de los pensionados en la población económicamente inactiva (PEI).

$$(E9) \quad W_t = PIB_t * pw_t \frac{pw(t)}{E(t)}$$

Donde  $W$  es la remuneración a la fuerza laboral y  $pw$  es la participación de los salarios en el PIB.

### Módulo de ingresos

El módulo de ingresos especifica cuáles son los ingresos de cada uno de los regímenes y de que fuentes provienen tales ingresos.

#### *Módulo de ingresos del régimen contributivo*

Los ingresos del régimen contributivo se componen principalmente de cotizaciones y de los rendimientos financieros de tales cotizaciones. Este módulo está compuesto por las siguientes nueve ecuaciones:

ANEXO 43. ECUACIONES DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO  
(CONTINUACIÓN)

$$(IC1) \quad COTIZ_t = COTIZ_{1t} + COTIZ_{2t} + COTIZ_{3t} + COTIZ_{4t} + COTIZ_{5t}$$

Donde  $COTIZ$  es el número total de cotizantes, y  $COTIZ_{it}$  es el número de cotizantes en el grupo  $i$  (donde  $i = 1$  representa a los asalariados,  $i = 2$  a los independientes,  $i = 3$  a los desocupados,  $i = 4$  a la PEI sin pensionados e  $i = 5$  a los pensionados).

$$(IC2) \quad COTIZ1_t = A_t * tcob_1$$

$$(IC3) \quad COTIZ2_t = IND_t * tcob_2$$

$$(IC4) \quad COTIZ3_t = [PEA_t - E_t] * tcob_3$$

$$(IC5) \quad COTIZ4_t = [1 - tgp] * [1 - tp] * PET_t * tcob_4$$

$$(IC6) \quad COTIZ5_t = PEN_t * tcob_5$$

Donde  $tcob_i$  es la tasa de cobertura del grupo  $i$ .

$$(IC7) \quad BC1_t = W_t * tcot_1 * tcump_1$$

$$(IC8) \quad BC2_t = W_t * tcot_2 * tcump_2$$

$$(IC9) \quad BC5_t = WP_t * tcot_5 * tcump_5$$

Donde  $BC5_i$  es la base de cotización por cada grupo de cotizantes  $i$ ,  $tcot_i$  es la tasa de cotización del grupo  $i$  y  $tcump_i$  es la tasa de cumplimiento del grupo  $i$ <sup>1</sup>.

$$(IC10) \quad BTC_t = \sum_{i=1}^5 COTIZ_{it} * BC_{it}$$

Donde  $BTC$  es la base total de cotización

$$(IC11) \quad IC_t = BTC_t * CR_t$$

$$(IC12) \quad ITC_t = IC_t + OIC_t$$

Donde  $IC$  son los ingresos por cotizaciones,  $CR$  es la tasa de cotización general y  $OIC$  son otros ingresos del régimen contributivo.

<sup>1</sup> Se han excluidos las ecuaciones de las bases de cotización para los desocupados ( $i = 3$ ) y la PEI sin pensionados ( $i = 4$ ) debido a que según la normatividad no tienen que cotizar.



ANEXO 43. ECUACIONES DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO  
(CONTINUACIÓN)

---

*Módulo de ingresos del régimen subsidiado*

Los ingresos del subsidiado provienen principalmente de las transferencias que se hacen desde la Nación y los entes territoriales y las trasferencias desde otros regímenes como son el contributivo y los exceptuados. Los recursos de las entidades territoriales (municipios y departamentos) provienen de 5 fuentes principales: sistema general de participaciones (SGP), juegos de azar, rentas cedidas para salud, regalías sobre recursos naturales y otros. A continuación se presentan las siete ecuaciones de éste módulo:

$$(IS1) \quad TSGP_t = (1 + 0.01) * inf_{t-1} * TSGP_{t-1}$$

Donde  $TSGP$  son las transferencias del sistema general de participaciones (SGP) e  $inf$  es la inflación.

$$(IS2) \quad TTS_t = TRE_t + TRC_t$$

Donde  $TTS$  son las transferencias totales por solidaridad,  $TRE$  son las transferencias de los regímenes especiales y  $TRC$  son las transferencias del régimen contributivo.

$$(IS3) \quad TRC_t = TE_t + TPEN_t$$

Donde  $TE$  son las transferencias provenientes de los empleados y  $TPEN$  son las transferencias provenientes de los pensionados.

$$(IS4) \quad TE_t = tee * COTIZ_{1t} * BC_{1t}$$

Donde  $tee$  es un porcentaje de las cotizaciones de los empleados.

$$(IS5) \quad TPEN_t = tpen * COTIZ_{4t} * BC_{4t}$$

Donde  $tpen$  es un porcentaje de las cotizaciones de los pensionados.

$$(IS6) \quad PP_t = tpp(t) * TRC_t$$

Donde  $tpp$  es la tasa del Pari Passu que transfiere la Nación para el régimen subsidiado como de las transferencias que hace el régimen contributivo al régimen subsidiado.

ANEXO 43. ECUACIONES DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO  
(CONTINUACIÓN)

$$(IS7) \quad ITS_t = TTS_t + TSGP_t + TCCF_t + PP_t + OIS_t$$

Donde  $ITS$  son los ingresos totales del régimen subsidiado,  $TCCF$  son las transferencias que han las cajas de compensación familiar y  $OIS$  son otros ingresos del régimen subsidiado<sup>2</sup>.

### Módulo de gastos

#### *Módulo de gastos del régimen contributivo*

Los gastos del régimen contributivo se pueden diferenciar en dos categorías: transferencias a otras cuentas del Fosyga y gasto para población afiliada al régimen contributivo. De la cotización del régimen contributivo se destina una parte para el régimen subsidiado como aporte de solidaridad. Los gastos del contributivo también se dividen en las transferencias que se deben hacer a otras cuentas del Fosyga como ECAT y promoción y prevención. El gasto del contributivo también puede ser clasificado si es POS o no. Las cuatro ecuaciones que componen este módulo son:

$$(GC1) \quad GPOSC_t = \sum_{(j \text{ en grupos pob.})} (POPC_{jt} * UPCC_{jt})$$

Donde  $GPOSC$  es el gasto POS del régimen contributivo,  $POPC$  es el número de usuarios del régimen contributivo en el grupo poblacional  $j$  y  $UPCC$  es la unidad de pago por capitación para el grupo poblacional  $j$ <sup>3</sup>.

$$(GC2) \quad POPC_{jt} = rpc_j * (COTIZ_{1t} + COTIZ_{2t} + COTIZ_{5t})$$

Donde  $rpc_j$  es la razón entre usuarios (beneficiarios y cotizantes) del grupo  $j$  y el total de los cotizantes.

<sup>2</sup> Otros ingresos del subsidiado incluyen el IVA aplicado sobre ciertos productos, que reglamentó la Ley 1393 de 2010, las cotizaciones patronales de los trabajadores que no quieren salir del régimen subsidiado, los rendimientos financieros de la cuenta de solidaridad del Fosyga y los impuestos a las armas y municiones que menciona el artículo 224 de la Ley 100 de 1993 (ver el sobre financiación del régimen subsidiado)

<sup>3</sup> Los grupos poblacionales en este módulo se dividen de acuerdo a sexo y edad, por tanto, se abstrae de la ubicación geográfica y de su situación laboral o pensional.

## ANEXO 43. ECUACIONES DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO

(CONTINUACIÓN)

$$(GC3) \quad TRC_t = TE_t + TPEN_t$$

$$(GC4) \quad GTC_t = GPOSC_t + TRC_t + NOPOSC_t + OGC_t$$

Donde  $GTC$  son los gastos totales del régimen contributivo,  $NOPOSC$  es el gasto no  $POS$  de este régimen y  $OGC$  son otros gastos del contributivo.

### Módulo de gastos del régimen subsidiado

Los gastos del régimen subsidiado se calculan de manera similar al régimen contributivo, es decir, son iguales a la suma del gasto  $POS$  subsidiado y del gasto no  $POS$  subsidiado. El gasto  $POS$  del subsidiado depende de la  $UPC$ -S y de la población afiliada dependiendo el grupo etario y el sexo. Las dos ecuaciones que describen este módulo son:

$$(GS1) \quad GPOSS_t = \sum_{(j \text{ en grupos pob.})} (POPS_{jt} * UPCS_{jt})$$

Donde  $POPS_j$  es la población del régimen subsidiado en el grupo poblacional  $j$ ,  $UPCS_j$  es la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado para el grupo poblacional  $j$  y  $GPOSS$  es el gasto  $POS$  del régimen subsidiado.

$$(GS2) \quad GTS_t = GPOSS_t + NOPOSS_t$$

Donde  $GTS$  es el gasto total del régimen subsidiado y  $NOPOSS$  es el gasto no  $POS$  del subsidiado.

### Módulo Balance

El módulo de balance contiene las ecuaciones de resultado de los regímenes contributivo y subsidiado, es decir, la diferencia entre ingresos y gastos para cada régimen y para el sistema en general. Las tres ecuaciones que describen este módulo son:

$$(B1) \quad EC_t = ITC_t - GTC_t$$

$$(B2) \quad ES_t = ITS_t - GTS_t$$

$$(B3) \quad ESGSSS_t = EC_t + ES_t$$

Donde  $EC$  es el balance del régimen contributivo,  $ES$  es el balance del régimen subsidiado y  $ESGSSS$  es el balance del sistema general de seguridad social en salud.

## ANEXO 44. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS Y CALIBRACIÓN DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO

---

En este anexo se estiman los parámetros del modelo, se calibran los parámetros restantes y se hacen las proyecciones de las variables insumo.

### **Parámetros para modelo de financiamiento**

En el Cuadro 1 se presentan los diversos parámetros que se necesitaron para el modelo, la fuente de donde se obtuvo el parámetro y su valor para los diferentes años.

#### *Parámetros del módulo demográfico y económico*

La tasa global de participación para los años 2009 y 2010 fue tomada como el promedio de los doce meses del año con base en la información de la GEIH que publica el DANE. La productividad laboral de la economía fue estimada para los años 2009 y 2010 como el cociente entre el PIB a precios corrientes y el nivel de empleo de septiembre de cada año cuya fuente son las cuentas nacionales y el informe de empleo del DANE. La tasa de informalidad fue estimada con información de la ECH de 2006 y tomando la definición de informalidad de los ocupados que no cotizan a salud o pensiones. La tasa de pensionados es la razón de pensionados sobre la población económicamente inactiva y fue estimada mediante la ECV de 2008. La tasa de ocupación para los años de 2009 y 2010 se tomó como el valor mensual que presentó para septiembre de cada año y que se encuentra en las estadísticas laborales que elabora el DANE a partir de la GEIH. La participación del factor trabajo en el PIB fue tomada de la Matriz de Contabilidad Social de 2007 que elabora el DNP.

#### *Parámetros del módulo de ingresos*

Las tasas de cobertura de los asalariados, independientes, desempleados, inactivos sin pensionados y pensionados se asumen iguales a 1, debido a que no hay fuentes confiables para estimar la población que no cotiza. La tasa de cotización de los empleados (asalariados e independientes) es igual a 12,5% del ingreso básico de cotización (IBC) como lo menciona el artículo 204 de la Ley 100 de 1993. La tasa de cotización de los pensionados es igual a 12% de la mesada pensional como fue adicionado al artículo 204 de la Ley 100 de 1993 por el artículo 1 de la Ley 1250 de 2008. Las tasas de cumplimiento de los empleados y pensionados se asumen igual a 1, lo cual significa que los empleados y pensionados reporta la totalidad de su IBC. La tasa de transferencia de las cotizaciones de los empleados al régimen subsidiado fue tomada del artículo 204 de la Ley 100 de 1993 que reglamenta la solidaridad del régimen contributivo al régimen subsidiado, la cual es igual a 1,5% del IBC. La tasa de transferencia de las cotizaciones de los pensionados al régimen subsidiado es igual

---

ANEXO 44. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS Y CALIBRACIÓN DEL MODELO  
DE FINANCIAMIENTO (CONTINUACIÓN)

a 1% como menciona la Ley 1280 de 2008. La tasa de Pari Passu es igual a 0,25 por cada peso que se transfiera de las cotizaciones al régimen subsidiado según la Ley 715 de 2001. La tasa de transferencia de los ingresos de las cajas de compensación familiar (tccf) se obtuvo a partir del artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

CUADRO 1. PARÁMETROS DEL MODELO PARA 2009

Parámetro	Valor	Fuente
<b>Módulo Económico y Poblacional</b>		
Tasa global de participación	0,613	DANE-GEIH
Productividad laboral	27,82	Cálculo propio
Tasa de informalidad	0,58	Fuente especificada no válida
Tasa de pensionados	0,14	ECV2008
Tasa de ocupación	0,53	DANE-GEIH
Participación del factor trabajo en el PIB	0,55	SAM2007
<b>Módulo de ingresos</b>		
Tasa de cobertura del grupo poblacional X	1	Supuesto
Tasa de cotización empleados	12,5% IBC	Art.204 Ley 100/93
Tasa de cotización de los pensionados	12,5% IBC	Art.204 Ley 100/93
Tasa de cumplimiento de empleados y pensionados	1	Supuesto
Tasa de transferencia de las cotizaciones de los empleados al RS	1,5% IBC	Art.204 Ley 100/93
Tasa de transferencia de las cotizaciones de los pensionados al RS	1% IBC	Ley 1250 de 2008
Tasa de Pari Passu	0,25 Cotizac.	Art.42 Ley 715/01
<b>Módulo de gastos</b>		
UPC Población menor 1 año	\$1.401.235	Acuerdo 403/2008 CNSSS
UPC Población 1-4 años	\$ 449,94	Acuerdo 9/2009 CRES
UPC Población 5-14 años	\$ 157,17	Acuerdo 19/2010 CRES
UPC Población 15-18 años Hombres	\$ 149,79	
UPC Población 15-18 años Mujeres	\$ 236,72	
UPC Población 19-44 años Hombres	\$ 266,56	
UPC Población 19-44 años Mujeres	\$ 494,54	
UPC Población 45-49 años	\$ 489,17	
UPC Población 50-54 años	\$ 857,46	
UPC Población 55-59 años	\$ 758,02	
UPC Población 60-64 años	\$ 981,57	
UPC Población 65-69 años	\$1.220.989	
UPC Población 70-74 años	\$1.465.178	
UPC Subsidiado mayores de 18	\$ 267,68	
UPC Subsidiado menores de 18	\$ 269,47	

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

## ANEXO 44. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS Y CALIBRACIÓN DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO (CONTINUACIÓN)

---

### *Parámetros del módulo de gastos*

La unidad de pago por capitación (UPC) del régimen contributivo para los años 2009, 2010 y 2011 fue obtenida de las resoluciones correspondientes de la CRES y el CNSSS. La UPC de 2009 para los distintos grupos poblacionales fue obtenida del Acuerdo 403 de 2008 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). La UPC de 2010 para los distintos grupos poblacionales fue obtenida del Acuerdo 9 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). La UPC de 2011 para los distintos grupos poblacionales fue obtenida del Acuerdo 19 de 2010 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Igualmente, la UPC del régimen subsidiado se obtuvo de los mismos acuerdos que reglamentan la UPC en el régimen contributivo. La UPC del régimen subsidiado tuvo la particularidad que para 2009 y los menores de 12 años fue igual a la del régimen contributivo, y para 2010 y los menores de 18 años fue igual a la del régimen contributivo. La UPC del régimen subsidiado para mayores de 18 es igual indistintamente del grupo poblacional. Las razones de población afiliada al régimen contributivo, ya sea como cotizante o beneficiario, para cada uno de los grupos poblacionales con respecto al número total de cotizantes fueron estimadas mediante la ECV de 2008.

### **Calibración**

La calibración del modelo se realizó para los años 2007 a 2010 de los cuales se tenían datos completos de las variables modeladas y los resultados para tales años. Las variables que se usaron para calibrar el modelo fueron los ingresos del régimen contributivo que provienen de cotizaciones, la cantidad de cotizantes del régimen contributivo, la cantidad de afiliados (cotizantes y beneficiarios) al régimen contributivo, los gastos por compensación a las EPS que incurre el régimen contributivo y las transferencias desde el régimen contributivo al régimen subsidiado. Los datos registrados de estas variables para tales años fueron tomados de diversas fuentes. Los ingresos del régimen contributivo por cotizaciones fueron consultados en la cuenta de compensación del Fosyga que corresponde a los recaudos por proceso de compensación UPC con y sin situación de fondos (cuentas 600210101 y 600210102). La cantidad de cotizantes del régimen contributivo se obtuvo de la planilla integrada de registro de aportes (PILA) para los años 2008-2010. La cantidad de afiliados al régimen contributivo se obtuvo del SIGOB con base en información reportada por el Fosyga. Los gastos por compensación a las EPS fueron obtenidos de la cuenta de compensación del Fosyga que corresponde a los gastos por proceso de compensación apropiación directa y déficit proceso compensación (cuentas 6303048101 y 6303048201). Las transferencias de solidaridad desde el régimen contributivo al subsidiado fueron obtenidas de los ingresos por cotizaciones de la cuenta de compensación del Fosyga aplicando la transformación relevante para obtener el IBC total y de este los aportes por solidaridad.

---

## ANEXO 44. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS Y CALIBRACIÓN DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO *(CONTINUACIÓN)*

Se calculó una función de pérdida para las diferentes variables de la calibración como la suma de los errores porcentuales con respecto a los registros de estas variables para los años 2007 y 2010. Los parámetros que se ajustaron fueron la tasa de informalidad, la tasa de pensionados, la participación de la remuneración al factor trabajo en el PIB y la razón del número de afiliados del régimen contributivo sobre el número de cotizantes. Debido a que el número de variables es mayor al número de parámetros libres por ajustar es imposible tener errores mínimos sin que haya consistencia interna en las cuentas. Se decidió por tanto minimizar la función de pérdida logrando los errores en términos porcentuales para las diferentes variables calibradas que se presentan en el Cuadro 2. Los valores de los parámetros después de la sincronización se presentan en el Cuadro 3.

### Proyecciones variables insumo

Las proyecciones de la inflación anual y crecimiento real del producto interno bruto fueron tomadas de las proyecciones de Fedesarrollo para 2011-2015. Las proyecciones de población total se tomaron de

CUADRO 2. ERROR PORCENTUAL DEL MODELO CON RESPECTO A VALORES OBSERVADOS, 2007-2010

Variable	2007	2008	2009	2010
Ingreso por cotizaciones	0,0010	0,0009	0,0071	0,0174
Transferencias de solidaridad	0,1130	0,1065	0,0341	0,0010
Gasto POS del régimen contributivo	0,001	0,001	0,001	0,0884
Cotizantes	n.d.	0,0745	0,0010	0,0010
Afiliados	0,0093	0,001	0,0722	0,0010
Total	0,1243	0,1841	0,1155	0,1089

Fuente: Cálculos propios.

CUADRO 3. PARÁMETROS DESPUÉS DE CALIBRACIÓN, 2007-2010

Parámetro	2007	2008	2009	2010	Promedio
Informalidad	0,6219	0,63	0,6226	0,6043	0,6197
Afiliados por cotizante	22.493	21.309	21.875	20.468	21.536
Tasa de pensionados	0,08	0,0922	0,08	0,08	0,08305
IBC agregado (%PIB)	0,4321	0,4306	0,4745	0,4590	0,43603

Fuente: Cálculos propios.

#### ANEXO 44. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS Y CALIBRACIÓN DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO (CONTINUACIÓN)

las proyecciones del DANE de las cuales se extrajo por interpolación lineal la población mayor y menor de 18 para los años 2011-2015. La proyección de la población en edad de trabajar (PET) se realizó con el crecimiento anual promedio de 2005-2010 para el período proyectado. Estas proyecciones se presentan en el Cuadro 4.

CUADRO 4. PROYECCIONES VARIABLES INSUMO

Variable	2011	2012	2013	2014	2015
PIB (crecimiento anual, %)	5,0	5,7	5,3	5,5	6,0
Inflación	3,8	3,3	3,1	3,0	3,0
PET	35.416.056	36.014.584	36.623.226	37.242.154	37.871.543
Población mayor a 18	30.437.572	31.017.725	31.596.722	32.170.119	32.735.617
Población menor a 18	15.606.124	15.563.647	15.524.048	15.491.249	15.467.000

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

Las demás variables fueron proyectadas teniendo en cuenta las variables insumo (Cuadro 4) y los valores de los parámetros para los años 2011 que se asumen como el promedio de 2009 y 2010. Estas variables dentro del módulo económico y demográfico incluyen la población económicamente inactiva (PEI), la población económicamente activa (PEA), los ocupados, los ocupados formales e informales, los asalariados, los independientes, los pensionados y los desocupados. Los ingresos de los pensionados y de los trabajadores independientes se asumen que crecen en términos reales con tasa cero. Los otros ingresos del régimen contributivo se asumen que crecen con la inflación del período anterior. Estos ingresos incluyen excedentes financieros, entre otros.

En el módulo de ingresos se supone que las variables de política o institucionales, como el porcentaje de cotizaciones, se mantienen iguales a las condiciones de los años 2009 y 2010. Esto significa que la tasa de cotización para empleados e independientes, la tasa de solidaridad, la tasa de Pari Passu y la tasa que va para la cuenta de promoción y prevención del Fosyga son iguales a los valores del Cuadro 1.

Las transferencias del SGP, en el escenario base, se comportan de acuerdo al artículo 357 de la Constitución, que fue modificado por el artículo 11 de la Ley 1122, que dice que a partir de 2010 las parte del SGP-salud que se destina a subsidios a la demanda correspondería al 65% de esta y que iba a aumentar 3% real año tras año. Los ingresos que provienen de las cajas de compensación familiar



#### ANEXO 44. ESTIMACIÓN DE PARÁMETROS Y CALIBRACIÓN DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO *(CONTINUACIÓN)*

---

se proyectaron teniendo en cuenta el crecimiento anual promedio de 2007-2010. Los otros ingresos del régimen subsidiado incluyen los impuestos a las armas que recauda directamente el Fosyga y los rendimientos financieros de la cuenta de solidaridad y que se proyectan según el crecimiento promedio de 2009 y 2010.

Las proyecciones de la UPC, en el módulo de gastos, se ajustan a los valores de 2011 de acuerdo a un crecimiento real de 1,14% que corresponde al crecimiento promedio de 2007 a 2010, para cada grupo de edad y para el régimen contributivo y subsidiado. Las razones de los diferentes grupos de afiliados con respecto al número de cotizantes se asume constante y es igual al promedio de los años 2007-2010 después de la calibración.

El número de beneficiarios del régimen subsidiado es proyectado teniendo en cuenta la meta del Plan Nacional de Desarrollo de tener al 100% de la población objeto del subsidio y que se asume igual a la población de 2010 que es igual a 25.500.104 personas. Para diciembre de 2010 había una cobertura del régimen subsidiado de esta población igual a 90,6% de la población objetivo según el PND. En las proyecciones base se supone que en 2014 se cumple la meta del 100% y cada año se avanza en una cuarta parte de esa meta. Para 2015 en el escenario base se supone que la cobertura permanece en 100%.

---

## ANEXO 45. ESCENARIOS

En este anexo se presenta los 6 diferentes escenarios que se consideraron en la construcción de las sensibilidades del modelo. Se consideraron 2 tipos de escenarios económicos, sobre el crecimiento del PIB y sobre la evolución de la informalidad laboral. Por otra parte, se consideraron tres posibles escenarios de políticas como son la igualación del POS, la universalización del aseguramiento en salud y la evolución del gasto no POS.

### Disminución de la informalidad

Dentro de informalidad se encuentran 3 escenarios: informalidad alta, informalidad base e informalidad baja. El escenario base de informalidad dice que un 61,4% de la población estará en el sector informal para 2011-2015. En el escenario de informalidad alta hay un empeoramiento progresivo de la tasa de informalidad hasta llegar a 65% en 2015. En el escenario de informalidad baja hay un mejoramiento continuo de la informalidad hasta llegar a 55%. El escenario de informalidad baja coincide con las proyecciones del PND que atinan a una tasa de informalidad de 54,4% para 2014 (Cuadro 1).

CUADRO 1. ESCENARIOS DE TASA DE INFORMALIDAD

	2011	2012	2013	2014	2015
Alta	0,610	0,620	0,630	0,640	0,650
Base	0,614	0,614	0,614	0,614	0,614
Baja	0,610	0,600	0,580	0,570	0,550

Fuente: Proyecciones Fedesarrollo.

### Crecimiento del PIB

Los tres escenarios de crecimiento del PIB fueron tomados del modelo de proyecciones de Fedesarrollo. El crecimiento promedio es de 6,68% para el escenario alto, 5,5% para el escenario base y de 3,86% para el escenario bajo. El PND proyecta un crecimiento promedio para el cuatrienio 2011-2014 de 6,2% (Cuadro 2).

ANEXO 45. ESCENARIOS  
(CONTINUACIÓN)

CUADRO 2. ESCENARIOS DE CRECIMIENTO DEL PIB

Variable	2011	2012	2013	2014	2015
Alto	6,2	6,8	7,0	6,4	7,0
Base	5,0	5,7	5,3	5,5	6,0
Bajo	3,4	3,8	4,1	4,2	3,8

Fuente: Proyecciones Fedesarrollo.

### Igualación del POS

En el Cuadro 3 se encuentran los escenarios de igualación del POS moderada y pesimista. En el escenario de igualación pesimista del POS simplemente se igualan las UPC de los dos regímenes a la del POS contributivo. Sin embargo, debido a que en el modelo originalmente se plantea que hay dos grupos poblacionales en el subsidiado se debe crear una UPC para el subsidiado que sea equivalente a la UPC del contributivo pero tenga en cuenta la estructura de los grupos poblacionales en el subsidiado. En el escenario de igualación moderado del POS, la UPC del contributivo disminuye en 20% y se igualan ambos regímenes a este nivel.

CUADRO 3. UPC PONDERADA PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO CON LA IGUALACIÓN DEL POS  
(PESOS CORRIENTES).

Grupo poblacional	2011	2012	2013	2014	2015
Menores de edad	\$291.682	\$302.766	\$312.758	\$322.453	\$332.127
Mayores de edad	\$670.818	\$696.309	\$719.287	\$741.585	\$763.833

Fuente: Cálculos propios con base en ECV2008 y Acuerdo 19 de 2010 de la CRES.

### Universalización del aseguramiento

En el escenario base el modelo proyecta los porcentajes de población no asegurada por el sistema general sobre la población total que se presentan en el Cuadro 4. En el escenario de

## ANEXO 45. ESCENARIOS (CONTINUACIÓN)

universalización estos porcentajes bajan a cero por ciento y son cubiertos por nuevos cupos en el régimen subsidiado. En el escenario de universalización del aseguramiento de la salud se supone que la proporción de la población que está afiliada a regímenes especiales de la población total permanece igual a través de los años.

CUADRO 4. ESCENARIOS DE POBLACIÓN NO ASEGURADA

Variable	2011	2012	2013	2014	2015
Población no cubierta	5,4%	3,8%	2,2%	0,5%	0,9%

Fuente: Proyecciones Fedesarrollo.

### Crecimiento del gasto no POS

En las proyecciones de crecimiento de gasto no POS hay tres escenarios posibles: bajo, base y optimista. En el escenario base se supone que el gasto no POS seguirá su curso de crecimiento desde 2007. En el escenario invariante real se supone que el gasto no POS crecerá en términos reales de manera nula. En el escenario optimista el gasto no POS se reduce a las previsiones que tiene el Fosyga para 2011 y crece en términos reales con tasa cero (Cuadro 5).

CUADRO 5. PROYECCIONES DEL GASTO NO POS  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Variable	2011	2012	2013	2014	2015
Bajo	2.420.108	2.512.072	2.594.970	2.675.415	2.755.677
Base	2.872.705	3.399.662	3.926.619	4.453.576	4.980.534
Optimista	1.043.006	1.082.641	1.118.368	1.153.037	1.187.628

Fuente: Proyecciones Fedesarrollo.

### Ley 1438 de 2011

La Ley 1438 de 2011 planteaba diferentes cambios a las fuentes de financiación del régimen subsidiado con miras a varios retos como la igualación del POS y el aumento de la cobertura hasta la totalidad de la población asegurable. En este escenario, por tanto, se supuso que el porcentaje de los recursos del SGP-Salud que se destina a subsidios a la demanda llegará a 80% para 2015 según el artículo 44 de tal ley. Igualmente, la contribución de solidaridad de las cotizaciones bajará a 0,17% del IBC como lo menciona la resolución 477 de 2011 del Ministerio de la Salud.

## ANEXO 46. RESULTADOS DE LOS ESCENARIOS

CUADRO 1. INFORMALIDAD: BALANCE E INGRESOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Alta	Base	Baja	Alta	Baja	Base
2011	-589.674	-589.674	-589.674	12.446.967	12.446.967	12.446.967
2012	-803.305	-827.057	-759.993	13.218.714	13.418.894	13.875.809
2013	-1.039.620	-973.592	-809.523	13.930.647	14.472.332	15.464.481
2014	-1.239.993	-1.122.801	-831.797	14.667.929	15.541.427	17.149.099
2015	-1.366.892	-1.209.689	-751.275	15.476.813	16.701.920	19.019.468

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

CUADRO 2. INFORMALIDAD: BALANCE E INGRESOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Alta	Base	Baja	Alta	Baja	Base
2011	481.577	481.577	481.577	7.243.692	7.243.692	7.243.692
2012	536.238	571.648	652.470	7.832.457	7.867.866	7.948.688
2013	604.304	700.121	875.619	8.438.890	8.534.707	8.710.205
2014	695.732	850.243	1.134.618	9.092.122	9.246.633	9.531.009
2015	1.161.044	1.377.749	1.787.693	9.809.326	10.026.031	10.435.975

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

ANEXO 46. RESULTADOS DE LOS ESCENARIOS  
(CONTINUACIÓN)

CUADRO 3. PIB: BALANCE DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Alta	Base	Baja	Alta	Baja	Base
2011	-589.674	-589.674	-589.674	12.446.967	12.446.967	12.446.967
2012	-717.720	-855.014	-827.057	13.528.232	13.273.111	13.418.894
2013	-744.165	-1.068.569	-973.592	14.701.759	14.127.845	14.472.332
2014	-686.509	-1.226.625	-1.122.801	15.977.720	15.042.472	15.541.427
2015	-626.967	-1.341.423	-1.209.689	17.284.642	16.014.769	16.701.920

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

CUADRO 4. PIB: BALANCE DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Alta	Base	Baja	Alta	Baja	Base
2011	481.577	481.577	481.577	7.243.692	7.243.692	7.243.692
2012	590.988	545.860	571.648	7.887.206	7.842.079	7.867.866
2013	740.704	639.186	700.121	8.575.289	8.473.772	8.534.707
2014	927.417	761.984	850.243	9.323.807	9.158.374	9.246.633
2015	1.480.825	1.256.201	1.377.749	10.129.107	9.904.483	10.026.031

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

ANEXO 46. RESULTADOS DE LOS ESCENARIOS  
(CONTINUACIÓN)

CUADRO 5. IGUALACIÓN: BALANCE DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Pesimista	Moderada	Base	Pesimista	Moderada	Base
2011	-589.674	1.443.113	-589.674	12.446.967	12.446.967	12.446.967
2012	-827.057	1.436.461	-827.057	13.418.894	13.418.894	13.418.894
2013	-973.592	1.529.876	-973.592	14.472.332	14.472.332	14.472.332
2014	-1.122.801	1.635.433	-1.122.801	15.541.427	15.541.427	15.541.427
2015	-1.209.689	1.820.859	-1.209.689	16.701.920	16.701.920	16.701.920

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

CUADRO 6. IGUALACIÓN: BALANCE E INGRESOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Pesimista	Moderada	Base	Pesimista	Moderada	Base
2011	-3.012.820	-558.042	481.577	7.243.692	7.243.692	7.243.692
2012	-3.198.752	-550.086	571.648	7.867.866	7.867.866	7.867.866
2013	-3.348.484	-504.382	700.121	8.534.707	8.534.707	8.534.707
2014	-3.488.682	-440.633	850.243	9.246.633	9.246.633	9.246.633
2015	-3.091.348	48.146	1.377.749	10.026.031	10.026.031	10.026.031

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

ANEXO 46. RESULTADOS DE LOS ESCENARIOS  
(CONTINUACIÓN)

CUADRO 7. UNIVERSALIZACIÓN: BALANCE E INGRESOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance		Ingreso	
	Universalización	Base	Universalización	Base
2011	-252.363	481.577	7.243.692	7.243.692
2012	25.969	571.648	7.867.866	7.867.866
2013	372.191	700.121	8.534.707	8.534.707
2014	768.720	850.243	9.246.633	9.246.633
2015	1.231.195	1.377.749	10.026.031	10.026.031

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

CUADRO 8. GASTO NO POS: BALANCE E INGRESOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Pesimista	Moderada	Base	Pesimista	Moderada	Base
2011	-137.077	1.240.024	-589.674	12.446.967	12.446.967	12.446.967
2012	60.532	1.489.963	-827.057	13.418.894	13.418.894	13.418.894
2013	358.056	1.834.659	-973.592	14.472.332	14.472.332	14.472.332
2014	655.360	2.177.737	-1.122.801	15.541.427	15.541.427	15.541.427
2015	1.015.167	2.583.216	-1.209.689	16.701.920	16.701.920	16.701.920

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.



ANEXO 46. RESULTADOS DE LOS ESCENARIOS  
(CONTINUACIÓN)

CUADRO 9. REFORMA: BALANCE E INGRESOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance		Ingreso	
	Reforma	Base	Reforma	Base
2011	697.119	-589.674	13.733.761	12.446.967
2012	568.314	-827.058	14.814.266	13.418.894
2013	541.371	-973.592	15.987.295	14.472.332
2014	513.755	-1.122.802	17.177.984	15.541.427
2015	559.701	-1.209.689	18.471.311	16.701.920

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

CUADRO 10. REFORMA: BALANCE E INGRESOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO  
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES)

Año	Balance			Ingreso		
	Reforma	Sólo SGP	Base	Reforma	Sólo SGP	Base
2011	-1.126.914	481.578	481.578	5.635.201	7.243.693	7.243.693
2012	-939.520	804.695	571.648	6.356.699	8.100.913	7.867.866
2013	-698.125	1.195.579	700.121	7.136.461	9.030.165	8.534.707
2014	-406.933	1.638.763	850.243	7.989.457	10.035.154	9.246.633
2015	280.454	2.492.192	1.377.750	8.928.736	11.140.474	10.026.032

Fuente: Proyecciones de Fedesarrollo.

