

Análisis Coyuntural

¿En qué va el sistema de seguridad social en salud colombiano después de quince años de la Ley 100 de 1993?

I. Introducción

Este documento analiza un tema vital para las condiciones de bienestar de cualquier país: el acceso a los servicios de salud. Una población más saludable implica, además de los impactos obvios sobre el bienestar de las personas, una fuerza de trabajo potencialmente más productiva, que facilita el crecimiento, mejora los salarios y potencia el desarrollo económico. Con esto se crea un círculo virtuoso que mejora las condiciones de bienestar de los hogares.

Como se verá, en Colombia ha existido interés en dar acceso a la población en general a los servicios de salud desde la década de los setenta. No obstante, el objetivo se hace explícito en la Constitución Política de 2001, cuyo artículo 49 afirma:

"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas

las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [...]"

Es entonces cuando se pone en marcha una de las más grandes reformas de los últimos tiempos, plasmada finalmente en la Ley 100 de 1993. Aquí se retoman los antecedentes de esa crucial reforma y se realiza un bosquejo de la ley. Adicionalmente, se explica de manera general el complejo funcionamiento del sistema de salud que opera desde la reforma, para luego intentar resolver los múltiples interrogantes que se han generado quince años después.

Algunas de las preguntas que se abordan son: ¿se han logrado las metas estipuladas? Y de no ser cierto, ¿qué tan lejos se está de cumplirlas? ¿El modelo de aseguramiento en salud era el indicado para el país? ¿Cómo están las finanzas del sistema? Y, finalmente, ¿cuáles son los retos que enfrenta el sistema quince años después de su adopción?

II. La Ley 100 de 1993

A. La seguridad social en salud antes de la Ley 100 de 1993

Antes de que se introdujera la Ley 100 de 1993, el sistema de salud colombiano estaba constituido por tres pilares: i) el sistema de seguridad social; ii) el sector público; y iii) el sistema privado (Santa María *et al.*, 2008). Los empleados del sector privado se afiliaban al sistema de seguridad social a través la contribución del 7% de sus ingresos laborales mensuales al Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), mientras los empleados públicos cedían el 5% de sus ingresos a la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal). En ambos casos, la contribución era apoyada por el empleador y permitía el acceso de los trabajadores a los servicios de salud y parcialmente para otros miembros de sus familias. En esa época, las cajas de compensación familiar (CCF), que ofrecían servicios de recreación y educación, empezaron a desempeñarse también como entidades aseguradoras en salud (*ibid.*).

El sector público, financiado principalmente por recursos de la Nación, estaba conformado por una red de hospitales y centros de salud públicos que prestaban servicios a la población no cubierta por el sistema sin capacidad de pago para acceder al sector privado. Este último atendía a la población de altos ingresos a través de una red de prestadores y aseguradores privados, incluyendo hospitales, la naciente medicina prepagada y los seguros de indemnización en salud.

Después, entre 1977 y 1980, mediante una serie de decretos, se implementaron transformaciones al ICSS, convirtiéndolo en el Instituto de Seguros Sociales (ISS), con descentralización administrativa y una reorganización de personal, financiera, del régimen laboral y de prácticas de atención. Todo esto atendía, en parte, al proceso de descentralización que el país trataba de llevar a cabo. Luego, para delimitar la competencia de cada entidad territorial, se sancionó la Ley 10 de 1990.

No obstante, la situación que enfrentaba el país en cuanto al sector salud era precaria. El sistema no estaba basado en el concepto del aseguramiento. Por tanto, alrededor del 80% de la población carecía de seguro en salud y los servicios para la población pobre, como se mencionó, eran suministrados por los hospitales públicos, cuya calidad dejaba mucho que desear. Había alta ineficiencia en el uso de recursos públicos, los cuales se asignaban a los hospitales con base en presupuestos históricos, sin relación con el volumen de servicios prestados o su calidad. Adicionalmente, la solidaridad con la población pobre era escasa y, de hecho, una proporción importante de los servicios dirigidos a esa población era recibida por el 20% más rico de la población. Esta situación desencadenó en la promulgación de la Ley 100 de 1993, que sentó las bases para construir el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

B. Breve descripción de la Ley 100 de 1993

El objeto de la Ley 100 de 1993 era garantizar "las herramientas legales necesarias para un

desarrollo adecuado del Derecho a la Seguridad Social" (Ley 100, 1993). Esta Ley respondió a tres circunstancias recurrentes en la realidad colombiana:

"a) el cubrimiento tan solo alcanzaba a un 21% de la población, apenas comparable con Haití, frente a 45% promedio en América Latina; b) la inoportunidad e ineficiencia de los servicios, prestados por más de 1.000 entidades provisionales en todo el país; y c) el déficit financiero generado por el sistema" (Ley 100, 1993).

Se abordaron dos grandes temas en la elaboración de la ley: pensiones y salud. Este último se centró en la conformación del scsss, con el fin de facilitar el acceso a servicios a toda la población y los mecanismos para regular este servicio. Para ello, la Ley 100 *"desarrolla los fundamentos que rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación"* (Ley 100, 1993).

La esencia de la reforma era buscar el cumplimiento de los principios constitucionales de *universalidad, eficiencia y solidaridad* respecto al acceso a la seguridad social. Con el fin de lograr *universalidad* (cobertura plena en aseguramiento) en el scsss, se dio origen a dos regímenes de afiliación: contributivo y subsidiado. Por un lado, el régimen contributivo (RC) vincula a aquellas personas con capacidad de pago (generalmente empleadas en el sector formal) que cotizan una proporción de su ingreso para su propio aseguramiento. Por otro lado, está el régimen subsidiado

(RS), diseñado para afiliar gratuitamente a un seguro a la población más pobre y vulnerable. El RS se financia mediante recursos de impuestos generales y otros provenientes de un aporte de solidaridad de los afiliados al RC.

Como consecuencia de la entrada en vigencia de estos dos regímenes, se dio espacio al sector privado para hacer parte importante del scsss (principalmente como aseguradores). Con esto se buscó propiciar un ambiente de competencia en la prestación de servicios de salud que diera lugar a un sistema que incorporara el principio constitucional de la *eficiencia* en el uso de los recursos, incentivando mejor calidad en la prestación del servicio. Adicionalmente, para asegurar *solidaridad* en la financiación, se contempla un aporte adicional, del 1,5%, de los afiliados al RC. Además, el sistema también cuenta con solidaridad entre personas de diferentes ingresos, tamaño de núcleo familiar y perfiles de riesgo dentro del RC.

Para recapitular, puede decirse que la reforma al sistema de salud fue básicamente un cambio en la forma de la intervención estatal en este sector, pasando de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda (a través del aseguramiento), en el caso de la población pobre. Así mismo, se concibió el aseguramiento en salud como un producto sujeto a las leyes de mercado y, con ello, cambió el panorama. Ahora al existir un mercado de aseguramiento, la población colombiana podría encontrarse en dos estadios: participando en el mercado o al margen de él. En el primer estadio, se encontrarían las personas que, a través de su empleo, cotizan al RC, mientras en el segundo, están aquellas que califican como pobres según

el SISBEN¹, que se aseguran de manera gratuita a través del RS.

Adicionalmente, se propuso un mecanismo de transición hacia la cobertura plena, que introduce un tercer estadio. En el corto plazo (es decir, hasta 2001), se atendería a la población aún no cubierta por el RS (conocida como la población "vinculada") a través de los hospitales públicos, como se venía haciendo con la población pobre antes de la reforma. Así, los hospitales públicos seguirían recibiendo subsidios de oferta de manera transitoria, mientras la población vinculada se iba afiliando al RS a medida que el crecimiento del RC y sus aportes de solidaridad lo permitieran.

Cabe anotar que al momento del diseño de la reforma no se tomaron en cuenta ni la posibilidad de una crisis económica como la vivida al final de los años noventa (con sus consecuencias para las finanzas del sistema), ni la persistencia de un sector informal en el mercado laboral que, además, el sistema contribuye a perpetuar, ni la dificultad de transformar los subsidios a la oferta a subsidios a la demanda. Sin estas tres premisas, como se verá más adelante, es difícil aspirar a que el sistema funcione tal cómo fue concebido.

C. El Sistema General de Seguridad Social en Salud

En esta sección se muestra a grandes rasgos el funcionamiento del scsss. Para ello se presenta

el Cuadro 1, que contiene los integrantes del sistema y algunas de sus funciones principales. Podrían formarse subgrupos con los integrantes según su función. El primer subgrupo está conformado por los organismos de dirección, vigilancia y control: el actual Ministerio de la Protección Social (MPS), la Superintendencia de Salud y la Comisión de Regulación de Salud (CRES), que todavía no ha empezado a funcionar y sus funciones las lleva a cabo el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). En el segundo subgrupo estarían los organismos de administración y financiación: Entidades Promotoras de Salud (EPS, que son las aseguradoras), direcciones seccionales, distritales y locales de salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Y un tercer grupo con los demás integrantes del sistema: las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS, hospitales), los empleadores, empleados, trabajadores independientes y pensionados y los demás beneficiarios no cotizantes de bajos recursos.

La gran cantidad de participantes y sus respectivas tareas, implican una red de vínculos de todo orden y en todas direcciones entre los miembros del sistema. En otras palabras, el sistema exhibe un alto nivel de complejidad, siendo ésta una de sus debilidades. Por eso, se presenta un esquema muy simplificado del scsss (Cárdenas, 2007) (Figura 1).

Por una parte, la población ocupada con capacidad de pago cotiza para financiar un seguro

¹ Sistema de selección de beneficiarios para programas sociales.

Cuadro 1

INTEGRANTES DEL SGSSS Y PRINCIPALES FUNCIONES

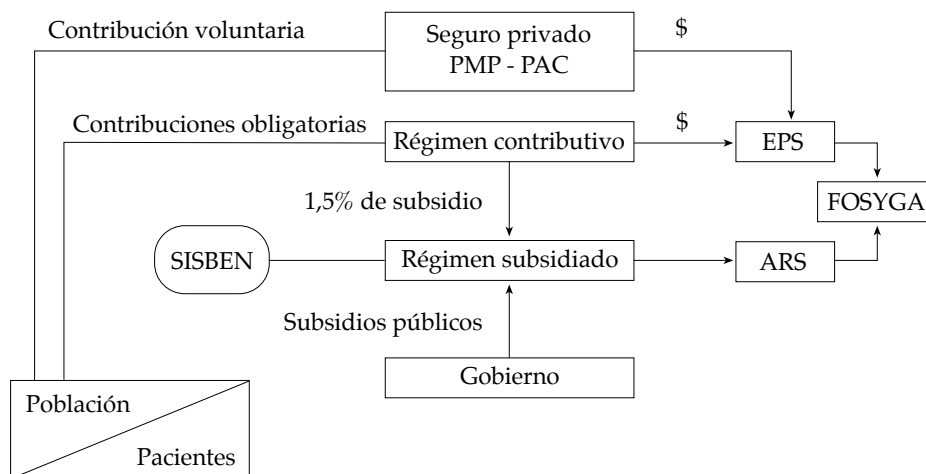
Integrantes	Principales funciones
Ministerio de la Protección Social (MPS)*	Dirigir, orientar, regular, controlar y vigilar el SGSSS Garantizar la atención a los no afiliados Destinar recursos al régimen subsidiado Definir el Plan de Atención Básica (PAB) Formular políticas, programas y estrategias para el SGSSS Crear normas de calidad, control y administración Hacer seguimiento a la eficiencia en la gestión de las EPS e IPS
Comisión de Regulación en Salud (CRES)**	Definir y actualizar el Plan Obligatorio de Salud (POS) Establecer la Unidad de Pago por Capitación (UPC) Definir el monto de cotización Adoptar su propio reglamento Presentar informes de la evolución del SGSSS al Senado y a la Cámara de Representantes
Superintendencia de Salud	Revisar el Plan Obligatorio de Salud Autorizar el funcionamiento de cada EPS Vigilar que se cubran los servicios de salud Imponer multas a los integrantes que infrinjan las reglas Hacerle seguimiento al FOSYGA
Entidades Promotoras de Salud (EPS)	Afiliar individuos al régimen contributivo Administrar la prestación de servicios de salud Recaudar cotizaciones del régimen contributivo Girar (solicitar) al FOSYGA la diferencia entre el recaudo y las UPC Reasegurarse contra enfermedades catastróficas y/o eventualidades
Direcciones seccionales, distritales y locales de salud	Destinar recursos al régimen subsidiado Seleccionar EPS para el régimen subsidiado (municipios) Garantizar la atención a los no afiliados ("vinculados") Preparar instrumentos y metodologías para focalización Conformar la red hospitalaria departamental (departamentos) Inspeccionar y vigilar la aplicación de las normas técnicas
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	Redistribuir recursos entre las EPS Destinar recursos al régimen subsidiado
Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)	Prestar los servicios de salud Fomentar la eficiencia entre el personal contratado Optimizar procesos en búsqueda de la eficiencia
Empleadores, empleados, trabajadores independientes y pensionados	Hacer las contribuciones al sistema Elegir EPS Elegir IPS Conformar comité de usuarios del SGSSS
Demás beneficiarios no cotizantes de bajos recursos	Afiliarse al régimen subsidiado Conformar comité de usuarios del SGSSS

* En el momento de formulación de la ley era el Ministerio de Salud.

** En el momento de formulación de la ley estas funciones le fueron delegadas al extinto CNSSS.

Fuente: Elaboración propia basada en la Ley 100 de 1993.

Figura 1
ESQUEMA DEL SISTEMA DE SALUD BAJO LA LEY 100 DE 1993



Fuente: Cárdenas (2007).

de salud con alguna de las EPS autorizadas por la Superintendencia de Salud. El seguro que se compra cubre una serie de servicios especificados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), el contrato básico del sistema. Esta lista de servicios fue aprobada mediante el acuerdo 008 de 1994 por el CNSSS. Actualmente, su revisión y modificación se encuentran asignadas al CNSSS y a la CRES cuando ésta empiece a operar.

Por otra parte, la población sin capacidad de pago puede acceder al régimen subsidiado demostrando esta condición, al obtener una clasificación de nivel 1 ó 2 en el SISBEN, siempre y cuando su municipio de residencia cuente con los recursos suficientes para su afiliación. Esta población queda afiliada a través de una EPS subsidiada (antiguamente denominadas ARS) y recibe un seguro de salud con un listado más

reducido de servicios, cuando se compara con el RC, es decir, con un POS restringido, aprobado mediante el acuerdo 023 de 1994 por el CNSSS. Este POS, según lo estipula la Ley 100, debe eventualmente igualarse al POS que recibe la población afiliada al RC. Aunque la igualación de los dos POS se tenía planeada, según la ley, para el 2001, siete años después todavía existe una diferencia sustancial. La reciente sentencia de la Corte Constitucional busca, principalmente, subsanar este problema.

El conjunto de servicios que pueden recibir los afiliados, tanto al régimen contributivo como al subsidiado, tiene una valoración monetaria conocida como la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este es el valor per cápita que reconoce el SGSSS por cada afiliado según el POS que corresponda (contributivo o subsidiado). La UPC tiene

en cuenta el perfil de riesgo de la población. Es decir, se calcula a partir de su composición por edad y sexo, según su probabilidad de sufrir los diferentes percances en salud contemplados en el POS. Actualmente, el valor de la UPC del RS equivale a aproximadamente el 60% de la UPC del RC.

Ahora bien, las EPS, como agentes aseguradores, deben contratar IPS (clínicas, hospitales, centros de atención médica, etc.) con el fin de ofrecer los servicios. Además, las EPS se encargan de recaudar las cotizaciones del RC y enviar este recaudo al FOSYGA. Este fondo también recibe recursos del gobierno central, entidades territoriales (rentas cedidas de municipios y departamentos, así como de la Entidad Territorial para la Salud, ETESA) y el 5% de los recaudos de las cajas de compensación familiar. Estos dineros son manejados por encargo fiduciario, con lo cual se obtienen rendimientos financieros.

Entonces el FOSYGA cobra un papel protagónico dentro del SGSSS, pues reúne todos los fondos destinados al SGSSS y los reparte equilibrándolo. Está constituido por cuatro subcuentas independientes. A continuación se enumeran y explican para entender mejor su papel en la repartición de recursos.

1) *Compensación interna del régimen contributivo.* El FOSYGA envía a cada EPS el valor de cuantas UPC como afiliados tenga (de acuerdo con su composición étnica y por sexo). Así, las EPS que recaudan menos del valor de las UPC

necesarias para cubrir a sus afiliados reciben este faltante de aquellas EPS que recaudan más de lo necesario.

- 2) *Solidaridad del régimen de subsidiado.* En esta subcuenta se registran recursos que financian el régimen subsidiado: i) 1,5 puntos porcentuales de la cotización que realizan los afiliados al régimen contributivo; ii) 5% del recaudo de las cajas de compensación familiar; iii) aporte del presupuesto nacional; y iv) rendimientos financieros e IVA social.
- 3) *Promoción de la salud.* Aquí aparece el porcentaje de los recursos por cotización que se destina a campañas de prevención de enfermedades.
- 4) *Seguro de riesgo catastróficos y accidentes de tránsito.* A esta subcuenta se destina el 50% de la prima del Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito (SOAT) y el aporte del presupuesto para las víctimas del terrorismo.

Con lo anterior, es claro que el SGSSS no es sólo el POS. Existe también el Plan de Atención Básica (PAB), definido por el MPS, que constituye un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción, prevención y vigilancia de la salud pública. Finalmente, dentro del sistema también se abre espacio para *planes complementarios de salud*, para los que existe regulación².

² Los planes complementarios de salud se financian a través de las cotizaciones de aquellas personas afiliadas al régimen contributivo que deseen afiliarse a un seguro en salud más completo que aquel cubierto por el POS.

Para finalizar, cabe decir que las labores de supervisión y vigilancia del SCSSS son llevadas a cabo por la CRES, la Superintendencia de Salud y el MPS. No obstante, es importante señalar que aunque la Ley 1122 de 2007 estipula la conformación de la CRES como la entidad reguladora responsable de actualizar el contenido del POS y fijar la UPC, entre otras labores regulatorias, estas funciones aún están siendo ejercidas por el CNSSS, designado como el máximo organismo de dirección y regulación del sistema por la Ley 100 de 1993. Este consejo, aunque ejerce labores puramente regulatorias, funciona más bien como un organismo de concertación entre una serie de diferentes agentes que, al representar al Gobierno, el sector privado, EPS, IPS, profesionales de salud, trabajadores, pensionados y usuarios del sistema, tienen intereses particulares y diversos.

III. ¿En qué vamos?

A. Cobertura

Las cifras oficiales indican que la historia reciente de la seguridad social en salud colombiana muestra un incremento sustancial en cobertura de aseguramiento, pasando del 51% de la población total en 1996 a 92% en 2008. Esto implica un aumento en 41 puntos porcentuales en once años (Gráfico 1). Ahora bien, si se tiene en cuenta que la cifra oficial de cobertura en 1993 era 24% (Cárdenas, 2007), el aumento en el indicador en un período de quince años fue de 67 puntos porcentuales (370%). Esas cifras hablan bien del actual SCSSS. Sin embargo, la meta era alcanzar la cobertura universal en 2001. Siete años más tarde,

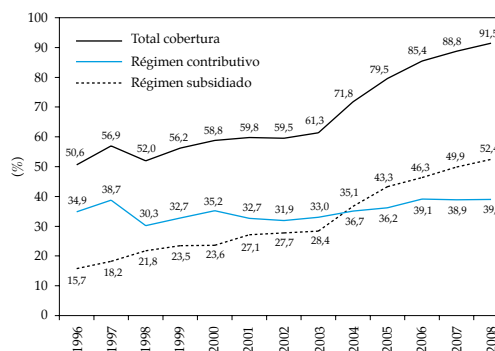
en 2008, más de cuatro millones de colombianos permanecían sin aseguramiento en salud.

En el Gráfico 1 es claro que la dinámica de la cobertura del aseguramiento en salud entre 1998 y 2003 es diferente a la mostrada entre 2003 y 2008, lo cual está fuertemente influenciado por el ciclo económico. Recuérdese que la financiación del SCSSS está ligada a la cantidad de empleados formales en la economía. Entonces, en época de crisis económica, solo mantener la cobertura es un reto financiero. En épocas de auge económico el comportamiento del indicador suele mejorar.

En cuanto a la proporción de población que cubren el RS y el RC, respectivamente, es relevante analizar su desempeño. Mientras el RS ha incrementado sostenidamente su cobertura (más acentuadamente en la época de auge), el RC muestra altibajos y, sin duda, un comportamiento menos dinámico que el RS, especialmente en los

Gráfico 1

PORCENTAJE DE AFILIADOS A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, TOTAL Y SEGÚN RÉGIMEN, 1996-2008



Fuente: DNP y MPS.

últimos años. Es así como entre 1996 y 2008, el RC sólo incrementó la cobertura en 4 puntos porcentuales, comparados con los 37 puntos porcentuales del RS. Todo esto es inesperado desde el punto de vista de la concepción del SCSSS, cuando se pensó en un equilibrio en que 70% de los afiliados correspondieran al RC y el 30% restante al RS (Santa María y García, 2008), que, entre otras cosas, es fundamental para que el sistema sea financieramente viable.

Tanto a nivel nacional como departamental se observa una ampliación sostenida del RS de acuerdo al perfil de pobreza medido por el SISBEN, resultando en una cobertura del RS bastante alejada del equilibrio propuesto para el sistema. Para 2005, la proporción de población afiliada por el RC y el RS se muestra en el Gráfico 2, que ordena los departamentos por cobertura. Así, Caquetá es el departamento con menor cobertura total (55%) y La Guajira el de mayor (116%)³. En general, la alta variabilidad de cobertura total por departamento evidencia problemas de asignación de recursos y gestión por parte de los entes territoriales.

Del Gráfico 2 se destaca que la mayoría de los departamentos más cercanos a la meta de cobertura universal en salud lo están es por el gran esfuerzo del RS: Huila, Casanare y Cesar. Es llamativo que Bogotá y Valle del Cauca, con las mayores tasas de afiliación a través del RC no se encuentren entre las más cercanas a cumplir

la meta de universalidad, pues sus áreas metropolitanas son un gran foco de empleo asalariado, elemento esencial en el esquema del SCSSS. Que las zonas mejor dotadas del país no estén próximas a lograr la cobertura total sugiere que para alcanzar la universalidad en el agregado del país, en ausencia a una reforma a la forma de financiar el sistema, se deberá acudir a una aun mayor afiliación por régimen subsidiado, ya que difícilmente el empleo formal crecerá de tal forma que resulte en un incremento sustancial en la afiliación al RC.

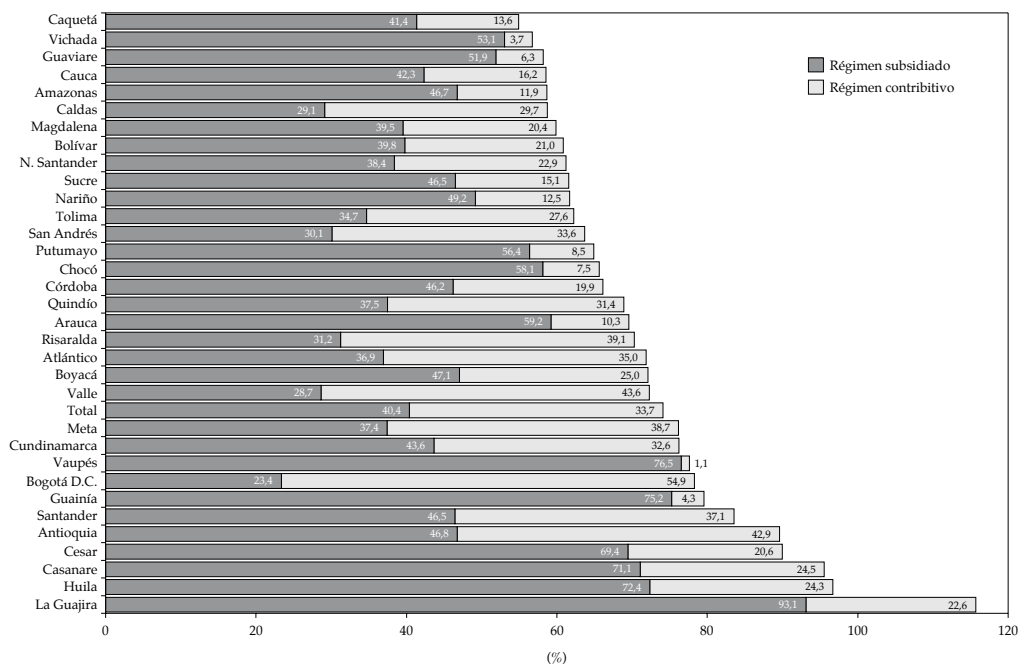
En general, lo que puede concluirse de la cobertura en salud por departamentos y régimen de afiliación, confiando en la buena focalización del sistema, es que la financiación del sistema, basada en la cantidad de empleados en el sector formal de la economía⁴, no es adecuada para llegar a una cobertura plena. Los legisladores no tuvieron en cuenta que el sistema no operaría de manera adecuada en economías como la nuestra, donde, dadas las condiciones iniciales, era lógico que el mayor esfuerzo para lograr la cobertura total no iba a provenir del mecanismo ideado (empleo formal), sino del esfuerzo fiscal que el país pudiera lograr. Es más, como se verá más adelante, el mismo mecanismo de financiación perjudica el crecimiento del empleo formal, generando la necesidad de acudir a mayores esfuerzos del Presupuesto General de la Nación (PGN) para ampliar la cobertura.

³ Que la cobertura sea superior al 100% puede obedecer a problemas de doble afiliación.

⁴ Por sector formal entiéndase individuos que por su trabajo estén en la capacidad de afiliarse a seguridad social en salud y pensiones, y efectivamente lo hagan.

Gráfico 2

AFILIACIÓN AL SGSSS A NIVEL DEPARTAMENTAL SEGÚN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN, 2005



Fuente: DNP y MPS.

B. Acceso a servicios

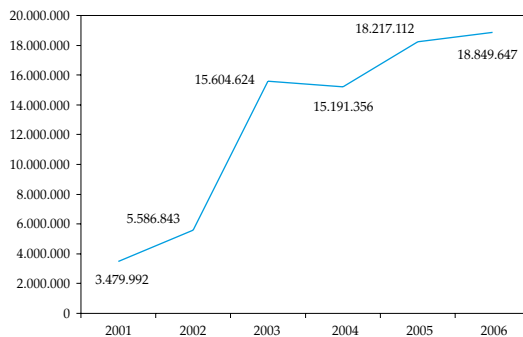
Resulta interesante verificar otras cifras, esta vez sobre los servicios que presta el SGSSS. En términos generales, podría pensarse que un incremento en las hospitalizaciones, las consultas y procedimientos médicos son indicadores negativos porque, a primera vista, podría deberse a una desmejora en el estado de salud de los individuos. Esto sería cierto en la medida que toda la población tuviera acceso a los servicios de salud durante todo el período analizado. Pero ese no es el caso colombiano, tal como se ha mostrado en este documento. En el Gráfico 3 se ve cómo en 2006 la cantidad de consultas realizadas co-

rresponde a 5,4 veces la cantidad de consultas de 2001. Esto es una buena noticia en el sentido que este aumento, en parte, corresponde a una mejora en el acceso a servicios de salud, debido a que no ocurrieron eventos extraordinarios que afectaran masivamente a la salud pública en esos años.

Una tendencia creciente también se presenta en el número de procedimientos médicos y de hospitalizaciones entre 2001 y 2006 (Gráfico 4 y Gráfico 5). El crecimiento de la primera variable es destacado: mientras en 2001 el número de procedimientos fue 3.608.900, en 2006 se alcanzaron 51.209.667. Lo anterior implica que

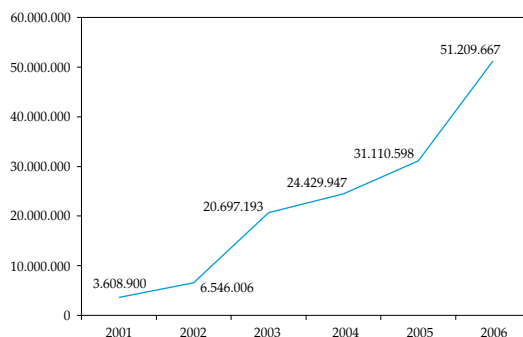
en 2006 se hicieron 14,2 veces más procedimientos que en 2001 (la población creció menos de 10% en ese mismo período). Y, finalmente, se resalta el incremento sustancial en el número de hospitalizaciones realizadas entre 2001 y 2005 (una multiplicación de las hospitalizaciones por 7,5).

Gráfico 3
NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS
REALIZADAS EN EL PAÍS, 2001-2006



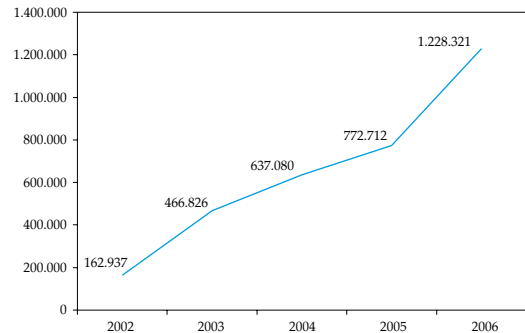
Fuente: MPS, estadísticas RIPS.

Gráfico 4
NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS
REALIZADOS EN EL PAÍS, 2001-2006



Fuente: MPS, estadísticas RIPS.

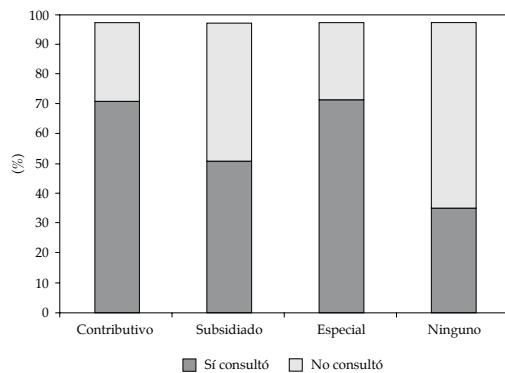
Gráfico 5
NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES
REALIZADAS EN EL PAÍS, 2001-2006



Fuente: MPS, estadísticas RIPS.

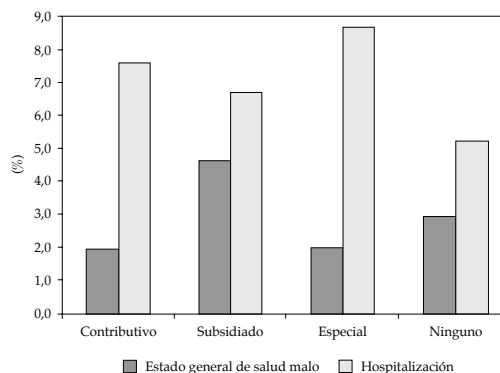
A partir de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2003, Acosta *et al.* (2005) muestran cómo la consulta preventiva es más frecuente entre los afiliados al RC. Es así como 80 de cada 100 afiliados a este régimen asisten a consultas preventivas, frente a 55 de cada 100 afiliados al rs. Es interesante notar que no necesariamente los afiliados al régimen subsidiado, por tener menos costos para acceder a los servicios médicos, los utilicen más en comparación con los afiliados a los otros regímenes (Gráfico 6).

Acosta *et al.* 2005 también hacen el cálculo de hospitalizaciones según el régimen de salud. En este caso, se mantiene que el mayor uso de los servicios de salud se da entre los afiliados al RC. Esto a pesar de que existe una mayor proporción de personas que consideran que su estado general de salud es malo en el rs, demostrando, quizás, deficiencias en el acceso a servicios de salud por parte de la población pobre, debido a un paquete de servicios más reducido (Gráfico 7).

Gráfico 6**CONSULTA POR PREVENCIÓN Y TIPO DE AFILIACIÓN**

Fuente: Acosta *et al.*, 2005, con base en DANE - ECV, 2003.

Cabe anotar, sin embargo, que aunque estas cifras sobre servicios suministrados claramente muestran un mayor acceso a servicios de salud para la población asegurada, también pueden ser evidencia de riesgo moral en el sistema. En efecto, la población asegurada podría estar, como consecuencia de menores gastos de bolsillo, accediendo un número de servicios médicos mayor al óptimamente deseado para la sociedad. De hecho, Santa María *et al.* (2008b) encuentran que el aseguramiento sí se ha resultado en riesgo moral, pues el gasto disminuye la probabilidad de utilizar un servicio médico en comparación con no hacer nada. En otras palabras, los costos que deben incurrir los individuos desincentivan el uso de servicios médicos formales. Cuando estos gastos son menores, las personas son entonces más propensas a utilizarlos. También encuentran que las cuotas moderadoras reducen más el uso de consultas en la población pobre que en la no pobre, evidenciando riesgo moral,

Gráfico 7**HOSPITALIZACIÓN Y ESTADO DE SALUD SEGÚN RÉGIMEN DE SALUD**

Fuente: Acosta *et al.*, 2005, con base en DANE - ECV, 2003.

y que estar asegurado está asociado con tener una enfermedad no hospitalizable. Por último, dentro de la población pobre, encuentran que las personas afiliadas al RC son más propensas a utilizar citas preventivas o a haber tenido casos de hospitalización que la población cubierta por el RS. Lo anterior demuestra que un POS más generoso incentiva una mayor utilización de servicios.

C. Impacto en la salud de la población

La Ley 100, al transformar el sistema de salud colombiano en un sistema de aseguramiento, ha resultado en un aumento en el acceso a servicios de salud de la población asegurada tanto por el RC como por el RS. El acceso a estos servicios se espera haya tenido un impacto sobre el estado de salud de los colombianos, especialmente de los más pobres. De hecho, diversos estudios rigurosos han realizado evaluaciones de impacto

que muestran que la implementación del RS, que es el cambio más significativo de la Ley 100, ha tenido resultados significativos sobre el estado de salud (objetivo y subjetivo) de la población más pobre. Por ejemplo, Gaviria *et al.* (2006), encuentran que estar afiliado al RS tiene un efecto positivo sobre el estado de salud subjetivo de las personas, aunque no sobre la discapacidad temporal. Asimismo, tanto Téllez (2007) como Gaviria y Palau (2006) encuentran que la afiliación al RS ha tenido un impacto importante sobre el peso al nacer.

En una evaluación más completa que aparece en esta edición de *Coyuntura Social*, Santa María *et al.* concluyen que la aparición del RS ha resultado, para la población pobre, en una disminución de los días de incapacidad, en un mejor estado nutricional de los niños y en una disminución de la prevalencia de enfermedades en niños y de enfermedades crónicas, pero no en una mejoría en el estado de salud subjetivo de las personas. Aunque el RS también se demostró haber tenido un impacto sobre el acceso de la población pobre a servicios médicos como controles prenatales y postnatales, no se encontró un efecto sobre la mortalidad infantil y la mortalidad de la niñez. También se encuentra que la reforma favoreció la vacunación entre la población más pobre. Adicionalmente, la calidad de los servicios (al menos en términos de percepción del usuario) no se ha visto mejorada con la aparición de la Ley 100. En general, se puede decir que la salud de los colombianos, especialmente la de aquellos del 40% más pobre de la población, es mejor hoy en día gracias a la Ley 100 de 1993.

IV. Desafíos del sistema

En esta sección se abordan varios desafíos que tiene el SCSSS, con especial énfasis en las finanzas y en la afiliación de los trabajadores independientes al régimen contributivo, incluyendo cómo el diseño mismo del sistema crea un círculo vicioso que incentiva el incremento de la informalidad en el mercado laboral.

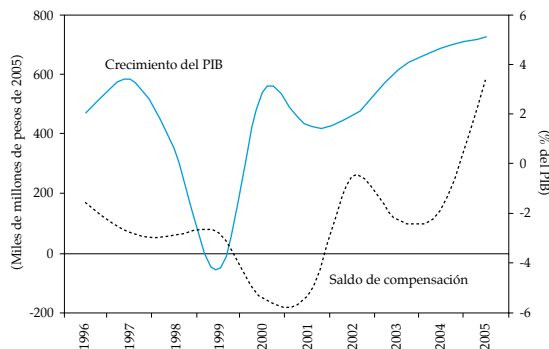
El Sistema General de Seguridad Social en Salud, como se mencionó anteriormente, tiene tres formas de acceso al aseguramiento en salud: i) el régimen contributivo; ii) el régimen subsidiado; y iii) la figura de los vinculados. En esta sección se le da un vistazo a las finanzas del SCSSS teniendo en cuenta esas tres formas de acceso y los desafíos que enfrenta el sistema en el logro de la cobertura universal.

Para dar una idea de las finanzas del RC se presentan varios indicadores: i) saldo de compensación; ii) la razón beneficiarios/cotizantes; iii) la densidad familiar; y iv) la densidad salarial.

En primera instancia se considera el saldo de compensación, que corresponde a la diferencia entre ingresos y egresos del régimen contributivo. En otras palabras, es la resta entre los recaudos mensuales por aporte de los cotizantes y el valor de las UPC destinado a respaldar el aseguramiento en salud. El comportamiento de este saldo, a precios constantes de 2005, junto al crecimiento del PIB, se muestra en el Gráfico 8. Es bien sabido que el crecimiento en el producto tiene una estrecha relación con el resultado en el mercado laboral, en particular el nivel de

Gráfico 8

SALDO DE COMPENSACIÓN Y CRECIMIENTO DEL PIB, 1996-2005



Fuente: Observatorio de la salud - Grupo de Economía de la Salud (GES, 2005) - Universidad de Antioquia.

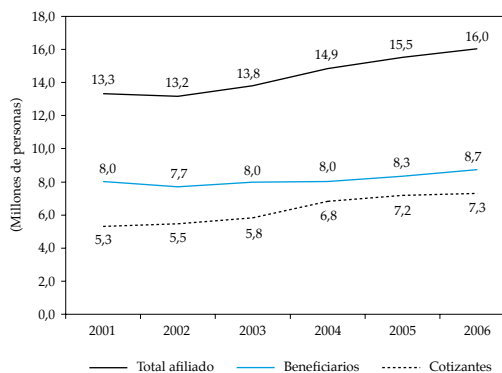
empleo asalariado, y, por lo tanto, la cantidad de individuos con capacidad de pago que pueden participar en el mercado del aseguramiento de la salud. De estos individuos y de la magnitud de sus ingresos laborales (que también se relacionan con el ciclo económico) se determina el monto de los recaudos del RC y, por tanto, del saldo de compensación. Por lo anterior, es comprensible que los movimientos de ese saldo parezcan seguir los del crecimiento económico.

Lo anterior, de nuevo, llama la atención sobre la peligrosa sensibilidad de las finanzas del scsss al desempeño económico del país. Es así como la recesión económica de finales de los noventa condujo a resultados negativos en el saldo de compensación y la recuperación ha jalonado el comportamiento positivo reciente. No obstante, la economía ha comenzado a desacelerarse, lo cual podría llevar al saldo de compensación nuevamente en territorio negativo.

Antes de pasar al indicador de beneficiarios por cotizante, se muestra el número de beneficiarios, cotizantes y el total de afiliados del régimen contributivo en el Gráfico 9. Allí es posible ver que la población beneficiaria ha venido incrementándose, pero en menor medida que la población cotizante, en especial entre 2004 y 2006. Mientras que el total de afiliados tiene un claro comportamiento creciente acentuado también entre 2004 y 2006.

Gráfico 9

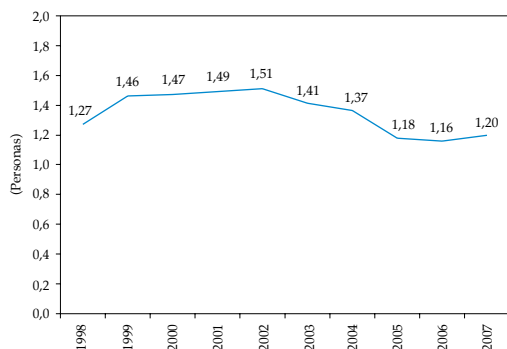
COTIZANTES, BENEFICIARIOS Y TOTAL DE AFILIADOS, 2001-2006



Fuente: Informe del CNSS al Congreso y la Cámara de Representantes 2006-2007.

Ahora bien, la razón de beneficiarios por cotizante se presenta en el Gráfico 10 y también revela un comportamiento cíclico. Así, el indicador muestra sus niveles más altos entre 1998 y 2002, y a partir del 2003 baja hasta alcanzar los niveles de 1998. Esto puede ocurrir porque en épocas de recesión económica las personas que pierden su empleo buscan permanecer en el RC afiliándose como beneficiario de un familiar.

Gráfico 10
RAZÓN DE BENEFICIARIOS
POR COTIZANTE



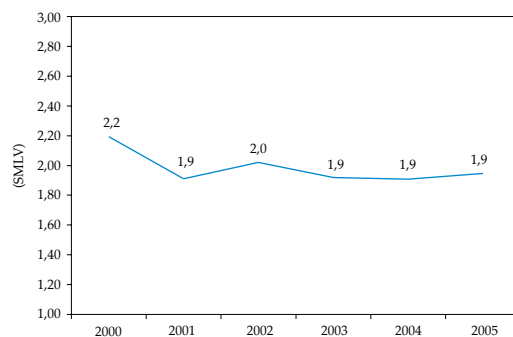
Fuente: Elaboración propia basada en los informes del CNSSS al Congreso y la Cámara de Representantes 2006-2007.

Lo contrario ocurre en épocas de auge cuando personas del hogar adquieren empleos que les permiten cambiar su afiliación de beneficiario a cotizante. Este cambio en la afiliación es más probable cuando el empleo es adquirido en el sector formal, ya que muchos trabajadores independientes con capacidad de pago pueden evadir contribuir al sistema y permanecer como beneficiarios del RC.

Finalmente, se observa el comportamiento de la densidad salarial, es decir, el ingreso base de cotización promedio en términos del salario mínimo mensual vigente (SMLV). Aquí se identifica una reducción desde 2000. Aunque a partir del 2003 la economía entró en auge, la densidad salarial ha permanecido alrededor de 1,9 SMLV. Así, aunque los indicadores anteriores sugerían una mejora en las condiciones de financiación, la densidad salarial indica una reducción en los ingresos que sirven de base para cotizar. Este

es un indicador que muy posiblemente seguirá bajando a medida que la economía se desacelera en los próximos meses (Gráfico 11).

Gráfico 11
DENSIDAD SALARIAL, 2000-2005

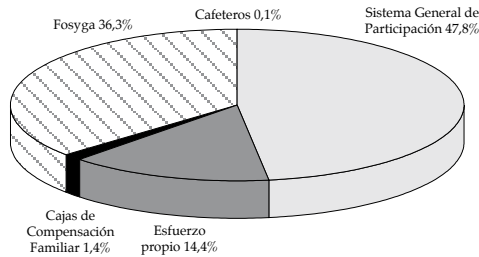


Fuente: DANE.

Para dar una mirada a las finanzas del régimen subsidiado, se observa la participación de sus fuentes de financiación. Aunque el FOSYGA es la entidad que recauda y distribuye los fondos del SGSSS, se resaltan algunas otras fuentes importantes para el RS, cuyas participaciones en el total de recursos destinados al RS para el 2006 se ilustran en el Gráfico 12. En la figura es posible constatar la importancia de los esfuerzos propios de las entidades territoriales, con un 14%. El FOSYGA es responsable de más de una tercera parte. Sin embargo, son especialmente altos los recursos provistos por la Nación a través del Sistema General de Participaciones (SGP), conocidos como las "transferencias", que para el total del país representan el 48%, es decir, casi la mitad de los recursos del RS. Lo anterior revela el importante papel del Estado en el funcionamiento del SGSSS y el carácter

Gráfico 12

FUENTES DE INFORMACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO



Fuente: Informe del CNSSS al Congreso y la Cámara de Representantes 2006-2007.

pro-cíclico de la provisión de aseguramiento en salud en Colombia: por una parte depende de la cantidad de empleados con capacidad de pago (incluyendo la magnitud de sus ingresos) y, por otra parte, de los mismos ingresos por impuestos que están también sujetos al ciclo económico. En el largo plazo, un sistema de este tipo podría ser auto sostenible. Sin embargo, el diseño incluye una serie de desafíos que suelen repercutir en círculos viciosos que amenazan la estabilidad financiera del sistema y que se analizan a continuación.

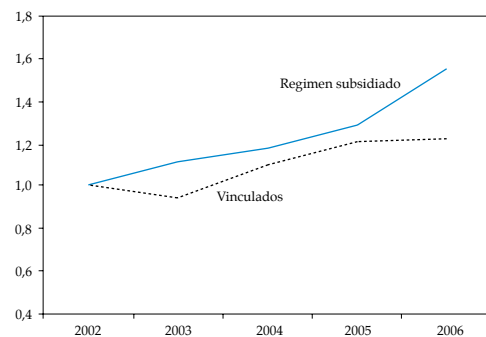
Entre estos desafíos se encuentra la duplicación en el gasto, que ocurre debido a la aparente imposibilidad de eliminar los subsidios de oferta destinados a los hospitales públicos. Como se mencionó antes, el scsss tuvo en cuenta la posibilidad, al menos de manera temporal, de que existieran individuos que no pudieran afiliarse ni al régimen contributivo ni al subsidiado. Este tipo de individuos se conocen como población vinculada. Los recursos para financiar los servi-

cios de salud que ellos necesiten provienen de las entidades públicas territoriales y de la Nación, a través de subsidios a la oferta. Esto se hace a través de transferencias a las redes hospitalarias de cada departamento. Se tenía pensado que esos subsidios desaparecerían eventualmente, a medida que aumentara el aseguramiento y se disminuyera la población vinculada. En otras palabras, los subsidios de oferta se convertirían en subsidios de demanda para financiar el régimen subsidiado, logrando la cobertura plena.

Sin embargo, los subsidios a la oferta, en vez de haberse reducido, se han incrementado, como se puede observar en el Gráfico 13, que muestra el crecimiento de los subsidios de oferta (recursos destinados a la población vinculada) versus el crecimiento de los recursos destinados al RS, para el período 2002-2006. En el Gráfico 14 se cotejan los recursos que destina el SGP para los no afiliados, es decir, los vinculados, y el porcentaje de población que estos representan, también

Gráfico 13

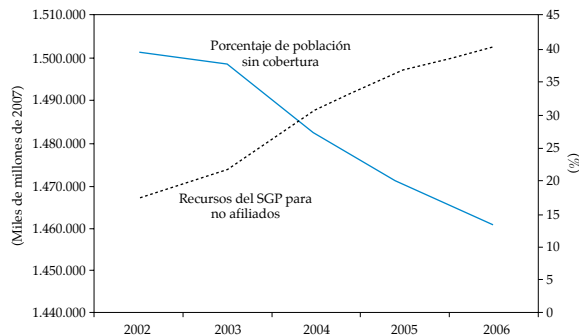
CRECIMIENTO DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA POBLACIÓN "VINCULADA" Y AL RS, 2002-2006



Fuente: DNP y MPS.

Gráfico 14

RELACIÓN ENTRE EL PRESUPUESTO DEL SGP DESTINADO A ATENDER LA POBLACIÓN VINCULADA Y EL PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN VINCULADA, 2002-2006



Fuente: DNP y MPS.

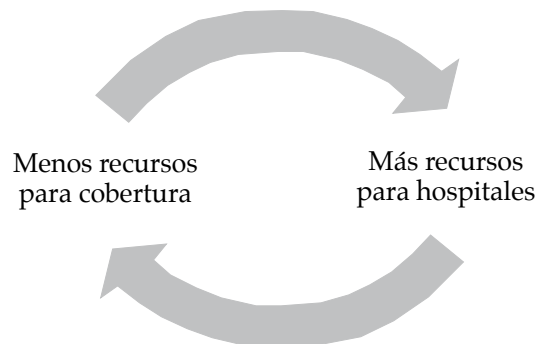
para el período 2002-2006. Es notable en ese gráfico el incremento sostenido en los recursos del SGP, los cuales han venido siendo destinados a una población decreciente. Entonces, hay un desempeño contrario al que se promulgó en las leyes 100 de 1993 y 1151 de 2007, pues la idea era que a medida que se reducía el tamaño de la población vinculada se reducirían los recursos destinados a las redes hospitalarias para transferirlos al régimen subsidiado en salud. Aunque la población vinculada sí se ha venido reduciendo, los recursos transferidos a los hospitales siguen creciendo, en parte, por la dificultad política para efectivamente reducir esos recursos y, en parte, porque el cubrimiento del POS no es total, lo que hace que existan servicios que tengan que financiarse directamente en los hospitales.

Esta situación representa un problema que pone en riesgo la sostenibilidad financiera del

SGSSS, específicamente del régimen subsidiado, pues no sólo representa una duplicidad del gasto y menos recursos para ampliar y sostener la cobertura en aseguramiento, sino que también representa un círculo vicioso: la falta de recursos para aumentar la cobertura del régimen subsidiado hace que sea necesario el sostenimiento de los hospitales públicos para atender a la población vinculada, lo cual reduce a la vez la disponibilidad de recursos para ampliar la cobertura (Figura 2).

Figura 2

CÍRCULO VICIOSO DE LOS RECURSOS QUE SE DESTINAN A LA OFERTA



Fuente: Santa María *et al.* (2008).

A. Los trabajadores independientes y el círculo vicioso de la informalidad

La afiliación al régimen contributivo de los trabajadores independientes constituye un desafío importante para la estabilidad financiera del SGSSS, pues el RC está diseñado para la afiliación de los trabajadores del mercado laboral formal. Los independientes, que en el primer trimestre de 2008 representaban el 41% de los ocupados en las trece principales áreas metropolitanas

del país (DANE, 2008), se caracterizan por pertenecer, en su gran mayoría, al sector informal de la economía. Esos trabajadores (como también aquellos asalariados que pertenecen al sector informal debido a que sus empleadores no los afilian a la seguridad social) no sólo carecen de incentivos para afiliarse al RC, sino que la rigidez de la transición entre el RC y el RS y vice-versa incentiva su permanencia en el sector informal, creando un círculo vicioso que pone en riesgo la estabilidad financiera del sistema.

1. La Planilla Integrada de Liquidación de Aportes y sus implicaciones para los trabajadores independientes

En esta sub sección se aborda el tema de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), el nuevo sistema de recaudo de los aportes al sistema, que muy posiblemente tendrá un efecto negativo en los incentivos para afiliación de los trabajadores independientes al RC. Asimismo, se discute el círculo vicioso de la informalidad, consecuencia del diseño del financiamiento.

En el 2006, el MPS comenzó la implementación gradual de un nuevo sistema de recaudo para el sistema de seguridad social, denominado la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Este nuevo sistema constituye un adelanto tecnológico. Según el MPS es un sistema inteligente que permite realizar el pago integrado de los aportes a la seguridad social y demás parafiscales a través de transferencias electrónicas de fondos. Uno de los motivos para la implementación de la PILA fue facilitar el recaudo de los diversos aportes que deberán

hacer las empresas al Sistema de Protección Social, de esta manera evitando duplicación de trabajo y papelería, tanto para empresas como para administradoras y bancos. Otro motivo era controlar la calidad de la información de cada subsistema del Sistema de Protección Social, facilitando el cruce de cuentas para el MPS y para las entidades encargadas. Así mismo, el sistema garantiza pago a todas las subcuentas correspondientes y la uniformidad del ingreso base de cotización (IBC), minimizando la evasión y elusión del sistema. El principal cruce que se asegura es el pago simultáneo de salud y de pensiones obligatorio para todos los aportantes según el Decreto Nacional 510 de 2003 que modifica a la Ley 100 de 1993. Originalmente esta ley no lo contemplaba así. Incluso en el artículo 226 dice que "*La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse en forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones*" (Ley 100 de 1993). Éste es el tema de fondo en la implementación de la PILA: la puesta en práctica de esta reglamentación de una manera estricta. Por un lado, como se mencionó, la medida facilita la vigilancia de la evasión y elusión. No obstante, la implementación de este sistema para los trabajadores independientes en 2008 podría traer consecuencias contraproducentes.

Según el sistema PILA y la nueva legislación, todos los trabajadores independientes con capacidad de pago (es decir, que no figuran en el SISBEN como en niveles 1 ó 2) deben afiliarse tanto a salud como a pensiones. En la práctica, ese tipo de trabajadores solía aportar únicamente a la seguridad social en salud y, si pagaban pensiones, no necesariamente lo hacían bajo el mismo IBC.

Con la puesta en marcha de la PILA, el efecto que quería causarse sobre estos trabajadores es el pago de *ambas* subcuentas con el mismo IBC.

Esencialmente, existen dos motivos por los cuales los trabajadores independientes actuaban de esta manera: i) gozar de los dos servicios (seguridad social en salud y derecho a pensiones) por un precio menor al que deberían registrar; o ii) por no poder pagar los aportes a pensiones dados sus bajos y/o inestables ingresos, únicamente se afiliaban a salud. En el segundo caso, aun si las personas se percataran de la importancia de contar con ambos servicios, su restricción presupuestal no se los permitía, por ello si podían acceder por lo menos a la seguridad social en salud se hacía el esfuerzo por realizar este aporte. Esto refleja el hecho, resaltado por la literatura teórica sobre el tema, que una afiliación a pensiones suele no ser tan valorada como una afiliación a salud, pues los beneficios de las pensiones están diferidos hacia el futuro y tienen cierto grado de incertidumbre.

Como se comentó anteriormente, los independientes (quienes son el 41% de los ocupados en las 13 principales áreas metropolitanas) tenían la posibilidad de cotizar únicamente a la seguridad social en salud. No porque la legislación lo permitiera, sino porque los pagos a salud y a pensiones se hacían de manera independiente, haciendo que

el *enforcement* fuera bajo. Muchos trabajadores independientes con escasos recursos, conscientes de la importancia de estar asegurados en salud venían haciendo un esfuerzo para cotizar salud. Pero con la implementación de la PILA todos los trabajadores deben cumplir también con el pago de pensiones para tener acceso a aseguramiento en salud, más que duplicando el esfuerzo monetario. Cumplir con esta suma equivale a reducir el ingreso disponible de un trabajador que gana un salario mínimo en un 28,5% (versus en un 12,5% si se afilia únicamente a salud). Cabe resaltar que, aunque el ingreso base de cotización para un trabajador independiente es el 40% de su ingreso mensual, muy pocos trabajadores pueden hacer efectivo este derecho, pues el mínimo ingreso base de cotización es el salario mínimo. De esta forma, si se gana el salario mínimo se debe cotizar sobre el salario completo (alrededor del 60% de los trabajadores independientes de las trece principales áreas metropolitanas reportaron ingresos mensuales inferiores al salario mínimo en 2006⁵). Entonces, solo aquellos que ganan por encima de 2,5 SMLV (que en 2006 fueron equivalentes al 10% de los trabajadores independientes de las trece principales áreas metropolitanas⁶) hacen efectivo el derecho a cotizar sobre el 40% de sus ingresos laborales mensuales⁷.

Es altamente probable, entonces, que la implementación de la PILA para los trabajadores

⁵ Cálculos propios con base en la DANE - ECH 2006.

⁶ Ibid.

⁷ El 40% de 2,5 SMLV equivale a 1 SMLV.

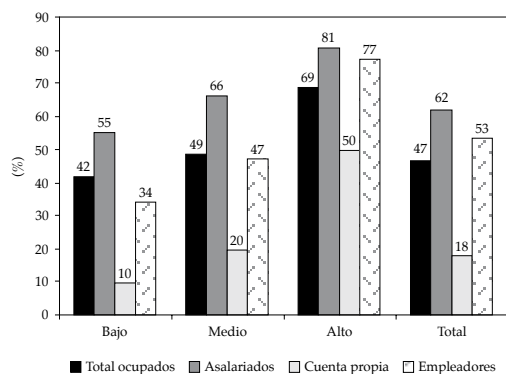
independientes, a partir de julio del 2008, resulte en un desplazamiento hacia el régimen subsidiado para aquellas personas que logren obtener un cupo en este régimen, o, alternativamente, en un incremento en la población que accede a servicios de salud como población vinculada, dificultando aún más la transformación de subsidios de oferta en subsidios de demanda.

La Encuesta Social Longitudinal de Fedesarrollo (ESLF) de 2007, que cubre las ciudades de Bogotá, Cali y Bucaramanga, permite observar la afiliación a la seguridad social antes de la implementación de la PILA, según la posición ocupacional de los trabajadores, es decir, asalariados versus independientes (estos últimos divididos en trabajadores por cuenta propia y "empleadores", ya que estos trabajadores tienen características diferentes, especialmente en tér-

minos de ingresos). Los resultados encontrados en seguridad social en salud y pensiones para el total de las tres ciudades, así como por niveles de estrato se muestran en el Gráfico 15 y el Gráfico 16. Como es de esperar, los asalariados, muchos de estos trabajando en el sector formal, son los que tienen la mayor tasa de afiliación a salud y pensiones, con un 62% y 53%, respectivamente. La segunda tasa de afiliación más grande corresponde a empleadores (53% y 32%, respectivamente). Finalmente, se encuentra la afiliación de los trabajadores independientes, o por cuenta propia, a salud: 18%. Esta proporción, aunque baja, es tres veces la proporción que se afilia a pensiones (6%). Esta información confirma lo mencionado arriba, es decir, si los trabajadores independientes escasamente se afilian a la seguridad social en salud, mucho menos a la seguridad social en pensiones: por cada seis trabajadores independientes

Gráfico 15

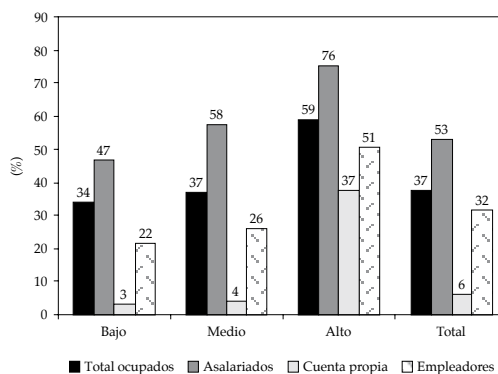
AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD POR SU EMPLEO SEGÚN OCUPACIÓN POR NIVEL DE ESTRATO, TOTAL TRES CIUDADES, 2007



Fuente: ELSF, 2007. Cálculos propios.

Gráfico 16

AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN PENSIONES POR SU EMPLEO SEGÚN OCUPACIÓN POR NIVEL DE ESTRATO, TOTAL TRES CIUDADES, 2007



Fuente: ELSF, 2007. Cálculos propios.

que se afilian al RC, únicamente uno se afilia a pensiones. Asimismo, cuando se observa por estratos⁸, es posible notar una relación positiva entre la frecuencia de las distintas posiciones ocupacionales afiliadas a salud o pensiones y el estrato socioeconómico, demostrando, en parte, que los trabajadores con menores ingresos son los que menos cotizan (cabe anotar que algunos no cotizan precisamente porque pertenecen al régimen subsidiado). Es notable que en los estratos altos, un alto porcentaje de los independientes (50%) se afilia a salud, pero sólo el 37% se afilia a pensiones. Quizás para estos estratos, la PILA sirva como un mecanismo que facilite bajar la evasión y elusión.

Los trabajadores por cuenta propia de estratos bajos y medios muy escasamente se afilian a pensiones porque no cuentan con los recursos necesarios (además de quizás porque no valoran mucho el dinero diferido en el tiempo, lo cual suele ser el caso para personas de bajos recursos). Por tanto, al imponer el pago conjunto de aseguramiento a salud y aporte a pensiones se está incluyendo un desincentivo al pago de aseguramiento a salud. Pues si bien, por un lado, trabajadores que evitaban el pago de pensiones ahora lo harán, por otro lado, existirán trabajadores que decidan no pagar pensiones y con ello no cotizar tampoco al sistema de salud como lo venían haciendo. Esto implicará un flujo de trabajadores independientes del RC al RS o alternativamente a la población vinculada. En ambos casos se presiona la estabilidad financiera

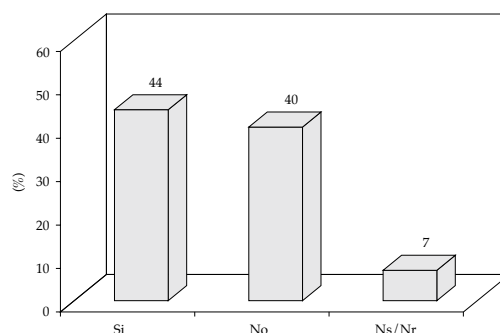
del sistema, al reducirse el RC e incrementar los gastos de subsidios de demanda y/o de oferta.

2. El círculo vicioso de la informalidad

Santa María *et al.* (2008) mencionan que el SGSS crea incentivos para permanecer en el mercado laboral informal. El planteamiento es que existe rigidez en la movilidad del RS al RC. Por ejemplo, es un hecho que muchas personas afiliadas al RS temen aceptar un empleo como asalariado que exige contribuciones al sistema, esto porque la eventual pérdida del trabajo haría que el individuo no estuviera cubierto ni por el RC ni por el RS, pues afiliarse de nuevo al RS está sujeto a volver a clasificar como SISBEN 1 ó 2 y la disposición de cupos en el municipio. Lo anterior se ratifica con el Gráfico 17, que muestra lo que responden las personas a si trabajarían de

Gráfico 17

¿TRABAJARÍA DE MANERA FORMAL ASÍ PERDIERA SU AFILIACIÓN AL RÉGIMEN SUBSIDIADO?



Fuente: ELSF, 2007. Cálculos propios.

⁸ La categoría bajo asocia los estratos 1 y 2, la categoría medio a los 3 y 4 y la categoría alto a los 5 y 6.

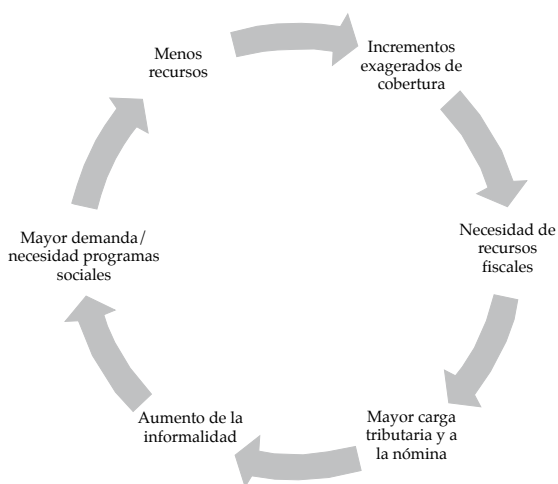
manera formal (es decir, con prestaciones) así perdieran su afiliación al RS, en el agregado de Bogotá, Cali y Bucaramanga. Se encontró que la mitad de las personas afiliadas al RS que trabajan de manera independiente no estarían dispuestas a perder los beneficios de estar en este régimen por trabajar de manera formal.

Esto claramente constituye un incentivo a permanecer en la informalidad para las personas que hoy en día han logrado un cupo en el RS, creando un círculo vicioso como lo explican los autores con la Figura 3. A medida que el mercado laboral se caracteriza por la informalidad, existe una mayor demanda por programas del Estado que cubren necesidades como la seguridad social en salud. Entonces, con un nivel menor de recursos, se buscan grandes incrementos en la cobertura del sistema de protección social,

requiriendo, naturalmente, mayores recursos fiscales. Finalmente, se vuelve necesaria una mayor carga tributaria y mayores impuestos a la nómina para el financiamiento del sistema. Esta mayor carga a la nómina, junto con una rigidez en la transición de personas del RS al RC y vice-versa, perjudica la creación y sostenibilidad del empleo formal, generando el círculo vicioso. De hecho, es importante señalar que a partir de la puesta en marcha del scsss, cuando los impuestos a la nómina se incrementaron de manera sustancial, se evidenció una segmentación en el mercado laboral, con una disminución en el número de trabajadores asalariados, a favor de un incremento importante en el número de trabajadores cuenta propia que se trasladan a ese sector de manera involuntaria. Es decir, preferirían ser trabajadores asalariados pero la baja demanda por empleo formal se los impide.

Figura 3

CÍRCULO VICIOSO DE LA INFORMALIDAD Y EL ASEGURAMIENTO EN SALUD



Fuente: Santa María *et al.*, 2008.

B. Otros desafíos financieros del SGSSS

Para finalizar, vale la pena mencionar otros problemas que enfrenta el scsss. Por un lado, existe evidencia de selección adversa en el sistema, comprometiendo la estabilidad financiera de las EPS. Santa María *et al.* (2008b), por ejemplo, señalan que las personas más saludables (subjetiva y objetivamente) y los más jóvenes son menos propensos a estar afiliados al RC o al RS. Adicionalmente, los autores encuentran que el ISS (ahora conocido como la "Nueva EPS") tiene una alta concentración del riesgo, pues las personas afiliadas a esa entidad tienden a ser más viejas, a tener peores estados subjetivos de salud y a mostrar una mayor probabilidad de sufrir de alguna enfermedad crónica como cáncer, VIH

o diabetes, entre otras. Finalmente, las EPS del RC agrupan una población relativamente más saludable y joven. Esos hallazgos ponen en evidencia la desventaja actuarial que tienen el ISS, las aseguradoras del Gobierno y el RS, pues aunque sus afiliados tienen un perfil de riesgo superior al promedio de la población, aun al controlar por sexo y edad, sólo se les reconoce el valor de la UPC promedio de población.

Por otro lado, el funcionamiento financiero del sector es excesivamente complicado. Esto porque hay múltiples fuentes, usos y actores que deben intervenir en el sistema, haciéndolo muy dependiente de la (escasa) calidad de la gestión local, que a la vez es difícil de seguir y monitorear. Y aun así, las EPS no están sujetas a ningún tipo de regulación financiera. La duplicidad en el gasto también va más allá de los subsidios de oferta y demanda: la afiliación al RS está sujeta a manipulación y corrupción por parte de las entidades territoriales y, tanto en el RC como en el RS, siguen existiendo problemas de doble afiliación. Se espera que el Registro Único de Afiliados a la Protección Social (RUAF) permita corregir algunos de estos problemas de información.

Cumplir la meta de cobertura universal en salud (ahora establecida para 2009) difícilmente se logrará sin un esfuerzo de gasto del Estado mucho mayor al realizado hoy en día, debido a los problemas aquí descritos, entre otros, que afectan la estabilidad financiera del sistema. Si se mantiene el esquema de financiación del sistema actual, son pocos los esfuerzos que se podrían realizar para ampliar la cobertura del RC, ya que ésta depende de lo que ocurre en el mercado

laboral. En ausencia de una reforma del sistema, para cumplir la meta de cobertura universal, se deberán emprender acciones en el RS.

Cabe anotar que las cifras de cobertura indican que aún existe una población sustancial por cubrir por el RS. Para 2006, veinte departamentos mostraron un déficit en afiliación al RS por encima del 20% y doce por encima del 30%. Estas cifras, que se espera hayan mejorado para el 2008, tendrán que reconsiderarse teniendo en cuenta que se acerca la tercera versión del SISBEN, lo cual altera la población potencialmente beneficiaria, disminuyendo o incrementando la brecha por cubrir actual. No obstante, es válido hacerse la pregunta sobre la viabilidad de la inclusión de esta población. En efecto, la última cifra oficial de pobreza para el país es del 45% de la población para 2006 (DNP, 2006), mientras la idea del Gobierno es incluir en el régimen subsidiado a 27 millones de personas, que representan alrededor del 65% de la población. Además, el RS también deberá asumir los flujos de personas que eventualmente pierdan sus empleos y deban acudir al RS ante una desaceleración de la economía.

V. Conclusiones

Quince años después de la reforma del sector social más importante que ha tenido Colombia, se pueden observar efectos positivos del nuevo SCSSS. Se destacan entre estos el aseguramiento en salud de la gran mayoría de los colombianos, mayor acceso a servicios de salud (especialmente para madres gestantes), menor gasto de bolsillo para los hogares frente a choques de salud, y un mejor estado de salud, especialmente para la

población pobre. Estos logros sin duda se deben celebrar, y muestran, en parte, la eficacia de un sistema de salud basado en el aseguramiento.

Sin embargo, es importante destacar que la Ley 100 también tiene falencias. Por ejemplo, más de una década después de la reforma, la población aún no ha percibido una mejor calidad del servicio, a pesar de que éste es uno de los pilares de la reforma, que se debería haber llevado a cabo a través de un mayor nivel de competencia. Lo anterior llama la atención sobre un mayor análisis acerca del tema de calidad, incluyendo la función de producción del sector salud y la percepción del usuario, con el fin de identificar, si es del caso, los factores asociados a la reforma que inciden sobre la calidad del servicio.

Pero quizás la falencia más preocupante de la Ley 100 ha sido su mecanismo de financiamiento a través de impuestos a la nómina de los empleados formales, el cual sirve como impedimento para el alcance de la cobertura universal y la sostenibilidad financiera del sistema. De hecho, junto con los demás impuestos a la nómina, la Ley 100 ha resultado en una menor proporción de trabajadores en el sector formal, que a la vez perjudica la ampliación de cobertura. Lo anterior ocurre bajo un círculo vicioso de la informalidad, en el cual la necesidad de mayor cobertura para el sistema (sea de servicios incluidos en el POS o personas aseguradas) conlleva a un incremento en las tasas de cotización para los empleados formales, lo cual a su vez, resulta en mayor informalidad en el mercado laboral, y por ende, la necesidad de mayores recursos para cubrir a la

creciente población informal. Ese círculo vicioso, combinado con la imposibilidad de disminuir los subsidios de oferta y la inflexibilidad de la transición entre regímenes que desincentiva la afiliación al RC por parte de la población pobre cubierta por el RS, crean desafíos para la estabilidad financiera del sistema.

De hecho, hoy en día, el sistema cuenta con un 52% de la población afiliada al RS, y tan sólo un 39% afiliada al RC, mientras los impulsores de la reforma preveían que el sistema se encontraría en equilibrio con un 30% en el RS y 70% en el RC. La afiliación al RC se encuentra lejos de su proporción ideal, pues el empleo formal, debido a los altos impuestos a la nómina, no ha crecido como se tenía previsto (de hecho, la población afiliada al RC, desde 1996, sólo ha oscilado entre un 30 y 40% de la población).

La creación de empleo formal se dificultará aún más si se unifican el POS-S y POS, debido a la ausencia de incentivos para cotizar al sistema por parte de los trabajadores independientes. Adicionalmente, el país se encuentra ad portas de una recesión, que seguramente tendrá fuertes implicaciones negativas para el mercado laboral. Es el momento entonces de empezar a considerar seriamente alternativas a la financiación del aseguramiento en salud a través de impuestos a la nómina. Una alternativa podría ser impuestos generales para la financiación de al menos un seguro básico para toda la población. Únicamente aliviando la carga impositiva al trabajo formal se podrá llegar a la cobertura universal, que es uno de los retos más importantes que enfrenta el scsss hoy en día.

Bibliografía

- Cárdenas, M. (2007), *Introducción a la economía colombiana*. Capítulo 10. "La Política Social", pp. 444-488. Editorial Alfa-Omega. Primera edición. Bogotá D.C., Colombia.
- CNSSS (2007), "Informe anual del Consejo de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptima del Senado de la República y Cámara de Representantes 2006-2007", Bogotá D.C. En <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.
- ____ (2006), "Informe anual del Consejo de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptima del Senado de la República y Cámara de Representantes 2005-2006", Bogotá D.C. En <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.
- ____ (1994), "Acuerdo 008 de 1994. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
- Diario Oficial (2008a), "Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones", No. 41.148. En <http://www.secretariassenado.gov.co/leyes>.
- ____ (2008b), "Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", No. 41.148. En www.secretariassenado.gov.co/leyes.
- Díaz, A. (2006), "Orígenes de las políticas públicas en salud en Colombia", *Universia Colombia*. En www.universia.net.co.
- Gaviria, A., C. Medina, y C. Mejía (2006), "Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice", Documento CEDE 20006-6, Universidad de los Andes, Bogotá, enero.
- Gaviria, A. y M. Palau (2006), "Nutrición y salud infantil en Colombia: Determinantes y alternativas de política", *Coyuntura Económica*, Vol. 36, No. 2, segundo semestre 2006, pp. 33-63.
- Grupo de Economía de la Salud (2005), "Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996-2005", *Observatorio de la Seguridad Social*, agosto de 2005, Año 5, No. 13. ISSN 1657 - 5415.
- Ministerio de la Protección Social (2008), "Cartilla: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes", *Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones*.
- Morales, L. J. (1997), "El financiamiento del sistema de seguridad social en Colombia", *Serie Financiamiento del Desarrollo*, No. 55, Naciones Unidas. Proyecto CEPAL/GTZ.
- Santa María, M. y F. García (2008), "El sistema de salud colombiano: logros y retos después de quince años de reforma", *Carta Financiera*, No. 143, julio/septiembre 2008, pp. 24-31.
- Santa María, M., F. García, S. Rozo y M.J. Uribe (2008), "Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación", Fedesarrollo, *mimeo*.
- Santa María, M., F. García, C.F. Prada, M. J. Uribe y T. Vásquez (2008a), "El sector salud en Colombia: impacto del scsss después de más de una década de la reforma", Fedesarrollo, *mimeo*.
- ____ (2008b), "El sector salud en Colombia: el riesgo moral y la selección adversa", Fedesarrollo, *mimeo*.
- Santa María, M., F. García, S. Rozo y M.J. Uribe (2008), "Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación", Fedesarrollo, *mimeo*.
- Téllez, M.F. (2007), "El régimen subsidiado en salud: ¿Ha tenido un impacto sobre la pobreza?", tesis de grado de maestría en economía, Universidad de los Andes, Bogotá.

Anexo 1

ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES MODIFICACIONES A LA LEY 100 DE 1993

Nombre de la disposición	Modificación o adición
Sentencia de C-577-95 del 4 de diciembre de 1995	Declarando inexecutable un inciso, hace que el Gobierno Nacional no tenga la posibilidad de alterar el monto de cotización aun bajo la autorización del CNSSS.
Decreto 266 de 2000	"En situaciones excepcionales, cuándo esté de por medio la vida se autorizará mediante trámite especial [...] la prestación del servicio de salud por fuera del POS definido por fuera del POS [...]".
Ley 715 de 2001	Delimita competencias claras de los integrantes del SCSSS para llevar a cabo la descentralización del SCSSS. Crea el Sistema General de Participaciones (SGP)
Ley 1122 de 2007	La meta de cobertura universal se pasa de 2001 a 2009. Por ello se modifica el monto y la distribución de las cotizaciones al régimen contributivo. Se aumenta en 0,5 puntos porcentuales el valor de la cotización a salud.
	Se flexibiliza la movilidad entre regímenes.
	Se sustituye el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Comisión de Regulación en Salud (CRES)
	Se establece un Plan Nacional de Salud Pública que se define cada cuatro años por el Gobierno.
	Se crean el defensor del usuario y mecanismos para que el Ministerio de la Protección Social pueda hacer seguimiento a la gestión y el resultado del SCSSS.
Decreto extraordinario 2150 de 1995	Elimina la supervisión, vigilancia y control como tareas del Gobierno Nacional y del actual Ministerio de la Protección Social dejando sólo la orientación y regulación del SCSSS.
Ley 1151 de 2007	"Los recursos de transformación de oferta a demanda del Sistema General de Participaciones en salud se utilizarán en aumento de la cobertura hasta que alcance la cobertura universal".

Fuente: Ley 100 de 1993 con modificaciones publicada por el *Diario Oficial*.

Informes de Investigación