

TENDENCIA ECONÓMICA

Informe Mensual de FEDESARROLLO

130

Abril 2013



Editorial: La Ley Estatutaria de Salud: ¿legislando para arcángeles sin restricción de presupuesto?

Actualidad: El mercado de vivienda en Colombia:
Problemas de oferta y respuestas de política

EDITORES TENDENCIA ECONÓMICA

Leonardo Villar
Juan Mauricio Ramírez

DIRECTOR EJECUTIVO

Leonardo Villar

SUBDIRECTOR

Juan Mauricio Ramírez

DIRECTOR DE ESTUDIOS MACROECONÓMICOS Y SECTORIALES

Jonathan Malagón

INVESTIGADORES ASISTENTES

Juan Sebastián Betancur
Wilber Jiménez
María Alejandra Peláez
Carlos Ruíz
Daniela Sánchez
Julio César Vaca

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Consuelo Lozano | Formas Finales Ltda | formas.finales@gmail.com

IMPRESIÓN

La Imprenta Editores S.A.
Calle 77 No. 27A-39
laimprenta@etb.net.co
Bogotá, D.C.

Impresa y hecha en Colombia
Printed and made in Colombia

FEDESARROLLO

Calle 78 No. 9-91 | Tel.: 325 97 77 | Fax: 325 97 70 | A.A.: 75074
<http://www.fedesarrollo.org.co> | Bogotá, D.C., Colombia

La Ley Estatutaria de Salud: ¿legislando para arcángeles sin restricción de presupuesto?

El gobierno nacional abrió el espacio para una mayor discusión de la Ley Ordinaria de Salud, por medio de la cual ha planteado el desmonte de la Ley 100 de 1993, la eliminación de las EPS y la creación de un sistema centralizado a nivel nacional que administre todos los recaudos y pagos relacionados con la salud de los colombianos. Las múltiples inquietudes y observaciones que generó el proyecto presentado el 19 de marzo llevaron al gobierno a permitir una discusión abierta de estas debatibles propuestas en un proyecto que deberá transitar en la próxima legislatura por las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, antes de pasar a consideración de las respectivas Plenarias.

La apertura del Gobierno hacia una discusión reposada y cuidadosa de temas tan importantes parece desaparecer, sin embargo, tras la presentación de un proyecto de Ley Estatutaria en el que, con mensaje de urgencia, se incorporan varios de los temas más polémicos que estaban previstos para el debate de la Ley Ordinaria, solo que con mucha menor discusión y con implicaciones de mayor jerarquía legal. En efecto, el proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013 -Senado y 267 de 2013- Cámara plantea disposiciones que generarán graves dificultades administrativas y burocráticas, cierra las posibilidades de mantener algún límite presupuestal para el manejo del sistema de salud (lo cual probablemente llevará a graves dificultades fiscales a la vuelta de unos pocos años) y contiene los elementos fundamentales para la destrucción del sistema actual que, en medio de sus múltiples problemas, ha servido bien al país durante los últimos veinte años.

En su parte introductoria, el proyecto de Ley Estatutaria contiene elementos de sentido común y propósitos ampliamente loables con los cuales difícilmente podría alguien estar en desacuerdo. Este es el caso de la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los co-



DAVIVIENDA

AQUÍ, LO TIENE TODO

lombianos. El desarrollo del articulado que se encuentra actualmente a consideración de las Comisiones Primeras de Senado y Cámara, sin embargo, va mucho más allá de los postulados generales y propone un sistema de seguridad social en salud que rompe de manera radical con el que hemos tenido en las últimas dos décadas. Ese proyecto puede dar al traste con los múltiples avances que se han obtenido en este frente, sin corregir los también enormes problemas que tiene ese sistema actual. Igualmente grave, establece criterios específicos cuyas implicaciones administrativas y fiscales podrían generar en última instancia un peligroso deterioro en los servicios de salud que recibe la población.

Sin pretender ser exhaustivos, los temas centrales del proyecto de Ley que ameritan una mayor discusión son:

- ❑ la creación de un sistema público único de recaudo y pago por todos los servicios;
- ❑ el principio de que no debe haber ningún tipo de autorización administrativa para la prestación de los servicios;
- ❑ la definición de un plan de salud implícito del cual solo se pueden excluir servicios o procedimientos mediante discusiones con los potenciales beneficiarios y que deja abierta la puerta a decisiones judiciales sin consideración alguna a los costos y a los beneficios potenciales;
- ❑ el principio de que no puede haber diferencias en el plan de salud implícito que debe recibir toda la población, independientemente de la disposición de los beneficiarios a cubrir parcial o totalmente los costos correspondientes;
- ❑ la ambigüedad sobre el concepto de autonomía profesional y sobre las condiciones laborales de todos los trabajadores de la salud.

1. Sistema público único de recaudo y pago por todos los servicios de salud

En forma por lo menos extraña para una Ley de carácter estatutario, que debería concentrarse en desarrollar el derecho fundamental a la salud y no en la definición de procedimientos, el artículo 9 del proyecto avalado por el gobierno establece que los recursos del Sistema, *“en sus diferentes fuentes, serán manejados de forma unificada por una entidad del nivel nacional encargada de realizar los pagos, giros o transferencias de manera oportuna a los agentes que participen del mismo, dentro del ámbito de sus competencias”*. De esta manera, contrariando los beneficios que puedan traer la competencia y la descentralización, la Ley haría obligatorio que los ingentes pagos por concepto de salud de todo el país (más de 30 billones de pesos en 2012) se canalicen a través de una entidad centralizada, ya sea que se trate del pago de una cirugía de alta tecnología practicada en hospitales sofisticados de Bogotá o Medellín, de una terapia domiciliaria en Leticia, del pago por un medicamento en Tumaco, o de la toma de un examen de sangre en Turbo. A las ineficiencias que pueden desatarse con los procedimientos administrativos que esto implica se unen los riesgos de burocratización y corrupción, y la posibilidad de que termine optándose por la necesidad de establecer tarifas unificadas para todos y cada uno de los servicios, medicamentos y procedimientos médicos existentes en el país, sin distinciones de calidades ni de complejidades asociadas a las características de los proveedores y de los pacientes que los reciben.

Incluso en sistemas de salud totalmente públicos, como los que tienen varios países europeos, los pagos de los servicios se hacen con distintos grados de descentralización en la búsqueda de eficiencia y de controles administrativos. Resulta cuando menos paradójico que un país que ha avanzado tanto en descentralización, como es el caso de Colombia, termine actuando en forma tan exageradamente centralizada. Por supuesto, los pagos directos por parte del

Gobierno Nacional, ya sea con el Fosyga o con la entidad propuesta Salud-Mía, pueden tener plena justificación en casos particulares. Esto es algo que se viene implementando en la actualidad con relativo éxito en situaciones extraordinarias en las que los servicios fueron originados mediante contratos con EPS del régimen subsidiado que se encuentran ilíquidas, quebradas o asociadas a problemas de corrupción. No se entienden sin embargo las razones para que los pagos de todas las EPS deban someterse a los riesgos enormes que conlleva su centralización en una gigantesca institución pública de carácter nacional. En el caso de muchas EPS del sistema contributivo, y en el de varias EPS del régimen subsidiado, los problemas de pagos que hoy existen no surgen de su propia iliquidez o insolvencia, sino de la demora del FOSYGA (una entidad centralizada de carácter nacional) en reconocer obligaciones causadas por fuera del Plan Obligatorio de Salud. En un esquema de centralización total de los pagos, tal como el que propone la Ley Estatutaria, esos problemas podrían hacerse muchísimo más graves.

2. Autorización administrativa para la prestación de los servicios

Bajo el principio de prohibir la negación de prestación de servicios, el artículo 12 del proyecto de Ley Estatutaria establece que *“para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá de ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud, salvo en aquellas circunstancias que determine el Ministerio de Salud y Protección Social”*. Ciertamente, los trámites administrativos son en ocasiones trabas inconvenientes e innecesarias, pero prohibirlos hace que se pierda la posibilidad de regular costos y unificar criterios de gestión. Este artículo anticipa lo que la Ley Ordinaria llama Gestores de Salud antes que dicha Ley haya sido discutida. Paradójicamente, al mismo tiempo que predetermina la figura de los gestores, les corta las alas y les elimina posibilidades

de actuar en procura de la eficiencia en la prestación de los servicios, que se supone sería precisamente su principal función.

3. El Plan de Salud Implícito

Cuando empezó a hablarse de la necesidad de una Ley Estatutaria, uno de los criterios principales era permitir que una Ley de rango superior definiera los límites del derecho a la salud cuyo cumplimiento debe garantizar el Estado. El sistema de Tutelas y los Comités Técnico Científicos (CTC), creados tras la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional de 2008, han cumplido una función esencial para defender los derechos de los ciudadanos y ajustar en la práctica un Plan Obligatorio de Salud (POS) cuyo propósito en la Ley 100 de 1993 era definir los límites de lo que cubriría el Estado pero que se quedó sin actualizar durante 20 años y condujo a la necesidad de actualizaciones por la vía judicial. Dicho esto, sin embargo, la forma anómala en que se ajustaron en el tiempo los criterios de cobertura del sistema de salud, más allá del POS, han creado situaciones que no son necesariamente justas ni acordes con las posibilidades económicas de un país en desarrollo como Colombia.

Mediante el llamado régimen No-POS, aparte de servicios y procedimientos totalmente legítimos, se financian por el sistema público de salud tratamientos de muy alto costo y dudosos beneficios que no están cubiertos siquiera en los sistemas de salud más generosos de países mucho más ricos que el nuestro. Este es el caso de las hormonas de crecimiento, de los cambios de sexo o de procedimientos estéticos de liposucción. La Ley Estatutaria constituiría una oportunidad única para delimitar adecuadamente esas situaciones pero en la práctica no lo hace. En lugar de definir los criterios para la inclusión de servicios y procedimientos en el Plan de Salud, llámese POS, Mi-Plan o de cualquier otra forma, lo que hace el proyecto de Ley Estatutaria es definir la existencia de un Plan de Beneficios

Implicito, en el cual se incluyen todos aquellos que no sean “*explícitamente excluidos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la Ley ordinaria*”. Para excluir algún servicio o procedimiento, además, “*se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión*”. Estos principios pueden resultar razonables y adecuados en muchos casos pero no lo son precisamente en los casos de tratamientos cuyos beneficios son dudosos con relación a los costos. De hecho, el proyecto de Ley Estatutaria no hace referencia a la necesidad de consultar los costos de los procedimientos y de compararlos con los beneficios.

El proyecto de Ley tiene la ventaja de establecer algunos criterios generales para la exclusión de servicios y tecnologías¹. Sin embargo, tal como ha planteado Francisco Azuero², la carga de la prueba para las exclusiones queda en cabeza del Ministerio de Salud, en lugar de que sea necesario probar la efectividad de un procedimiento para que pueda incluirse en el sistema de salud que pagan todos los colombianos. No debe haber ninguna duda en los casos en que se trate de salvar vidas o de atacar problemas de salud que afecten de manera grave las condiciones de vida de los pacientes, pero sí existen dudas enormes en otros casos como los mencionados atrás. ¿Deberá consultarse con las personas de baja estatura sobre la posibilidad de excluir las hormonas de crecimiento del sistema público de salud? ¿Deberá hacerse lo mismo con las personas

que no están conformes con su sexo y quieren por ello cambiar al sexo contrario? Peor aún, ¿deberá consultarse la exclusión de las liposucciones con quienes han comido en exceso, aunque no tengan problemas de obesidad que puedan clasificarse como enfermedad? ¿No sería importante consultar con el conjunto de la sociedad que debe pagar esos procedimientos a través de sus impuestos y contribuciones?

El artículo 13 del Proyecto de Ley sugiere de manera implícita que los recursos públicos del sistema de salud podrían destinarse a servicios y procedimientos que deban hacerse en el exterior. De hecho, el Proyecto menciona como criterio de exclusión del plan de beneficios implícito aquellos que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano, *estando disponibles en el país* (el subrayado es nuestro). La pregunta que surge es si Colombia está en capacidad de cubrir con recursos públicos servicios y tecnologías médicas tan sofisticadas que ni siquiera existen en el país. Valdría la pena revisar si alguno de los países más ricos del mundo, en donde las restricciones fiscales son considerablemente menores que las nuestras, se han dado el lujo que nosotros estaríamos dándonos bajo esa interpretación del Proyecto de Ley.

Pese a todas las consultas previstas en el Proyecto de Ley Estatutaria para hacer una exclusión del Plan de beneficios implícito, el mismo proyecto plantea que ellas no serán obstáculo para que cualquier decisión que se adopte pueda ser revertida por la vía judicial a través del Consejo de Estado. El artículo 14 establece de hecho que “contra

¹ Específicamente, el artículo 13 establece que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional de las personas; b) que sean prestaciones que no son propias del ámbito de la salud; c) y d) que no exista evidencia técnica o científica sobre su seguridad o eficacia clínica o sobre su efectividad clínica; e) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad sanitaria; f) que se ofrezcan fuera del territorio colombiano estando disponibles en el país; g) que se encuentren en fase de experimentación.

² “La reforma a la salud: interrogantes”, Blog de Francisco Azuero, <http://www.franciscoazuero.blogspot.com/>.

los actos administrativos de carácter general que contengan decisiones de exclusión de un servicio o tecnología de salud se podrá interponer la acción de nulidad ante el Consejo de Estado”. Desde este punto de vista el proyecto de Ley avanza poco, o eventualmente retrocede, en la definición de los límites para la cobertura del sistema público de salud.

4. Ambigüedad sobre la posibilidad o imposibilidad de que existan planes complementarios de salud o sistemas de medicina prepagada

Bajo el principio de que no puede haber diferencias en el plan de salud implícito que debe recibir toda la población, el proyecto de Ley estatutario deja abierta la interpretación según la cual dicho plan “es unificado para toda la población” e “incluye todo lo necesario” (pág. 28 de la Ponencia), razón por la cual no cabe la posibilidad de planes complementarios o sistemas de medicina prepagada, independientemente de la disposición de sus potenciales beneficiarios a cubrir parcial o totalmente los costos correspondientes. Por supuesto, si todo puede ser perfecto en el sistema público, si se “incluye todo lo necesario”, mantener la posibilidad de sistemas privados resulta redundante y eventualmente contraproducente. Ello sin embargo constituye un alto riesgo para las finanzas públicas en vista de las limitaciones presupuestales propias de un país como Colombia. Además resulta poco realista ante los riesgos de burocratización de un sistema público centralizado como el que está proponiéndose y equivaldría a una negación de la libertad de las personas para proveerse servicios de salud que consideren adecuados para ellas y sus familias. Vale la pena mencionar que incluso en Francia y Holanda, países conocidos por contar con uno de los sistemas de salud pública más generosos del mundo, el 95 y 90% de la población, respectivamente, cuenta con seguros complementarios de salud³.

5. Ambigüedad sobre el concepto de autonomía profesional y sobre las condiciones laborales de todos los trabajadores de la salud

Con el propósito plenamente loable y justificado de garantizar la autonomía profesional y respetar la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, el proyecto de Ley Estatutaria introduce dos artículos cuya interpretación se presta a ambigüedades y eventuales dificultades. El artículo 16 garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Si bien esto es positivo como regla general, se presta también a problemas en situaciones en que la decisión debe tomarse bajo incertidumbre sobre la efectividad de tratamientos o exámenes médicos alternativos, pero con diferencias muy grandes en cuanto a costos de cada una de las opciones. ¿La autonomía profesional debe darse sin ninguna consideración a los costos? ¿Es esto válido en una sociedad relativamente pobre en la que los recursos públicos están limitados y existen múltiples necesidades sociales insatisfechas por esa razón?

Paralelamente, el artículo 17 del proyecto de Ley plantea el propósito inobjetable de “respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud”. Punto seguido, sin embargo, establece que “los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales”. Sin perjuicio de los buenos propósitos, no resulta claro si este artículo conlleva la eliminación de la posibilidad de contratación con médicos, terapeutas, enfermeras o paramédicos independientes, que hayan decidido actuar como emprendedores independientes, sin contratos laborales estables.

³ *Health at a Glance 2011*, OECD indicators.

¿Deberán todos ellos convertirse en empleados públicos, dado que es el gran Salud-Mia quien habrá de pagarles de acuerdo con los principios de la Ley propuesta?



En resumen, el proyecto de Ley Estatutaria que se está discutiendo en las Comisiones Primeras de Senado y Cámara con mensaje de urgencia por parte del Gobierno Nacional contiene muchos buenos propósitos pero también muchí-

simos elementos que atentan contra un sistema de salud financieramente sostenible y contra los grandes avances que en este frente ha tenido Colombia durante los últimos 20 años, con posterioridad a la expedición y puesta en marcha de la Ley 100 de 1993. Los problemas de la salud, en particular los problemas de regulación y control de las EPS del régimen subsidiado, son inmensamente grandes. Desafortunadamente, este proyecto hace muy poco para corregirlos y sí está distrayendo la atención de las autoridades de aquello que debería ser su prioridad más urgente.

El mercado de vivienda en Colombia: Problemas de oferta y respuestas de política

Indicadores líderes y desempeño del sector

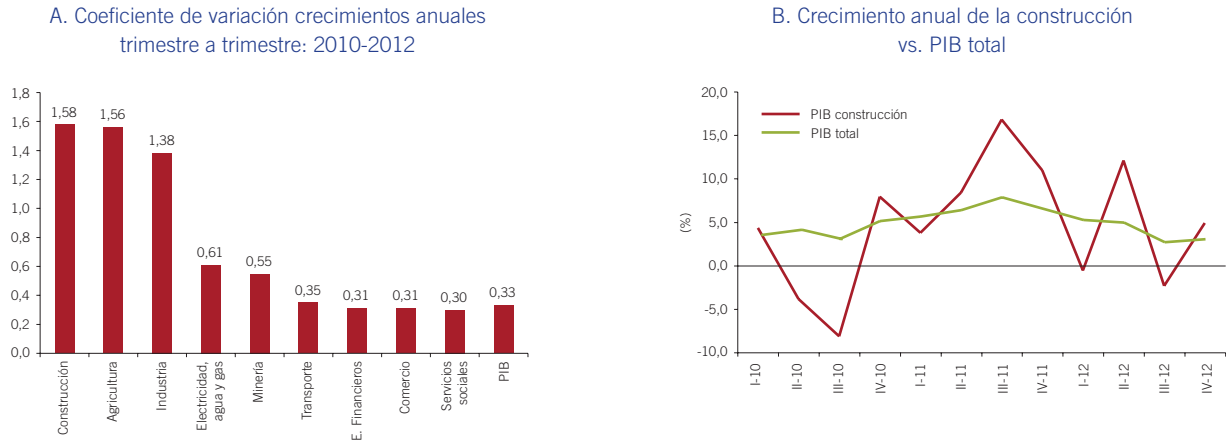
De acuerdo con los últimos datos de crecimiento económico reportados por el DANE, el sector de la construcción mostró una fuerte desaceleración en el segundo semestre de 2012, exhibiendo un tímido incremento de 1,4% anual que contrasta con las expansiones anuales de 6% en el primer semestre del mismo año y del 10% en 2011. Esta variable tiene la característica de ser muy volátil trimestre a trimestre. En efecto, cuando se comparan las dispersiones de las variaciones anuales cada trimestre en relación con sus promedios (coeficiente de variación), se encuentra que la construcción fue la rama de la economía que presentó el crecimiento más inestable en el periodo 2010-2012 (Gráfico 1). La variabilidad del subsector de edificaciones es mayor a la del sector de construcción como un todo, exhibiendo un coeficiente de variación cercano a 3.

La relativa incertidumbre respecto al curso del sector ha profundizado el debate entre analistas y hacedores de política respecto a cuál es el indicador líder que recoge con mayor precisión el dinamismo de la construcción o de sus subsectores.

Uno de los indicadores estrella en el pasado para tal fin, los despachos de cemento gris, parece reflejar en mayor grado el desempeño de algunos subsectores de la construcción de obras civiles intensivos en este insumo que el dinamismo de la construcción en general. Vale la pena mencionar en cualquier caso que dichos despachos de cemento vienen perdiendo dinamismo de manera sistemática. Tras crecer a ritmos cercanos al 15% anual hacia el tercer trimestre de 2011, la tasa de crecimiento se redujo hasta volverse persistentemente negativa entre septiembre de 2012 y marzo de 2013 (siendo este último dato -15,4%).

Por su parte, el indicador de área aprobada en las licencias de construcción está sujeto a los movimientos especulativos que se pueden dar en los trámites en casos de incertidumbre sobre cambios en las reglas del juego. Ello posiblemente ayudó a explicar las tasas de crecimiento de más de 80% anual que se observaron en algunos meses de 2011, cuando los constructores se adelantaron a obtener licencias con antelación a los cambios en las reglas de sismo-resistencia que habrían de expedirse ese mismo año. La gran cantidad de licencias expedidas en ese año puede estar detrás de la dramática caída de 17,8% que se observó en 2012 en el área aprobada, sin que la actividad cons-

Gráfico 1
INDICADORES DE VOLATILIDAD DEL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN

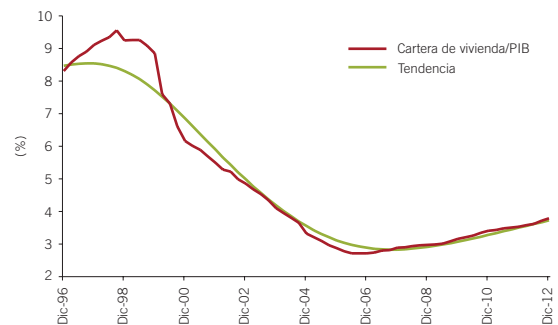


Fuente: DANE y cálculos de Fedesarrollo.

tractora tuviera un comportamiento similar. Por la misma razón, aunque en los primeros meses de 2013 hubo crecimientos de más del 25% en el área aprobada, ello no necesariamente indica un gran dinamismo sectorial y podría estar nuevamente reflejando factores de incertidumbre relacionados, por ejemplo, con la perspectiva de modificación parcial del Plan de Ordenamiento Territorial (POT) de Bogotá.

Una aproximación alternativa a la medición del dinamismo del sector de construcción de edificaciones estaría dada por la evolución de la cartera hipotecaria de vivienda. Sin embargo, aunque este indicador es importante para monitorear la situación financiera del mercado, no lo es en términos de la actividad global de edificación en la medida en que buena parte de las compras de vivienda se hacen actualmente con montos de crédito relativamente bajos, muy inferiores a los que se solían usar con anterioridad a la crisis hipotecaria de fines del siglo XX. En efecto, el nivel actual de crédito hipotecario como porcentaje del PIB se ubica por debajo del 4% (incluso cuando se toman en cuenta las titularizaciones), lo cual contrasta con porcentajes superiores al 8% del PIB a finales de los años 90s (Gráfico 2).

Gráfico 2
LA CARTERA HIPOTECARIA DE VIVIENDA COMO PROPORCIÓN DEL PIB

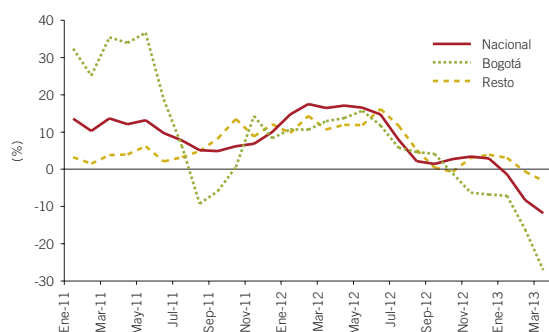


Fuente: Departamento de Estabilidad Financiera - Banco de la República.

En este contexto de incertidumbre sobre las cifras de la construcción, el indicador que mejor se aproxima a la dinámica del mercado es probablemente el número de ocupados del sector. De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE, con la cual se calculan las cifras oficiales de empleo y desempleo, el número de ocupados en el sector de la construcción estaba creciendo a ritmos superiores al 10% anual hacia mediados de 2012, lo que implicaba la creación de más de 150.000

puestos de trabajo directos. A partir de ese momento se aprecia una notable pérdida de dinamismo y en los primeros meses de 2013 empiezan a observarse caídas absolutas en el empleo sectorial (Gráfico 3). Para marzo de 2013 las cifras mostraron una reducción anual del empleo en la construcción de más del 10%, equivalente a cerca de 120 mil puestos de trabajo.

Gráfico 3
VARIACIÓN ANUAL DEL NÚMERO DE OCUPADOS DEL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN



Nota: La serie "Resto" se construye con base en la información trimestral de las 13 áreas metropolitanas sin incluir Bogotá.

Fuente: DANE - Elaboración Fedesarrollo.

Lo anterior permite concluir que pese a las deficiencias de los distintos indicadores y a las consiguientes dificultades para tener un diagnóstico claro, el sector de construcción de edificaciones atraviesa una situación de bajo dinamismo. Es conveniente resaltar que la dinámica descendente del empleo ha estado fuertemente ligada a la difícil situación que enfrenta la construcción en Bogotá (Gráfico 3), posiblemente asociada a una fuerte incertidumbre respecto al POT y los permisos que requieren los constructores para llevar a feliz término las obras. La caída en el empleo en construcción en Bogotá es del

orden del 27% en marzo de 2013 y explica la mayor parte de la caída a nivel nacional. En el resto del país, aunque existen diferencias importantes entre regiones y ciudades, el decrecimiento del empleo en construcción sigue siendo muy marginal respecto al de Bogotá, ya que está siendo jalonado por el comportamiento positivo de ciudades como Bucaramanga, Barranquilla y Cali.

¿Problemas de oferta o de demanda?

El bajo dinamismo reciente en la actividad constructora que se vislumbra en los indicadores analizados en la sección anterior puede estar inducido por choques adversos en la oferta y/o en la demanda. Aunque el resultado es el mismo en términos de producción, no es así en precios. Cuando los choques son asociados a menor demanda, el volumen ofertado se torna relativamente abundante y sus precios caen. Cuando las restricciones son de oferta, los bienes se hacen escasos y sus precios se elevan.

En Colombia se ha presentado un incremento sostenido en los precios de la vivienda, que ha llevado las cotizaciones de finca raíz a situarse en niveles que pueden ser considerados sus máximos históricos. En efecto, en términos reales, el Índice de Precios de Vivienda Usada (IPVU) se encuentra 32,6% por encima del promedio histórico, y el Índice de Precios de Vivienda Nueva (IPVN) 88%¹. Este fuerte aumento en la cotización de la vivienda parece responder a un desequilibrio en las fuerzas de mercado, donde el menor dinamismo viene dado por la oferta y no por la demanda. Vale la pena destacar el caso de Bogotá, en especial de la zona metropolitana, que ha perdido terreno de forma acelerada tanto en la participación que tiene en el total de la oferta de unida-

¹ Para el cálculo del promedio, la información del Índice de Precios de Vivienda Nueva (IPVN) del DANE se toma desde 1997, y se contrasta el dato del último trimestre de 2012 respecto a ese promedio. En el caso de vivienda usada se usa el indicador que construye el Banco de la República por trimestres desde 1988, y se toma el dato del cuarto trimestre de 2012 para ser comparado con el promedio de estos datos.

des disponibles como en el total de las ventas del país, desde mediados del 2009².

Respuesta del gobierno: PIPE 2013

En Colombia existe espacio para que la política pública incentive el desarrollo del mercado de vivienda. Ante las condiciones actuales de desaceleración de la economía, intervenciones de este tipo son de naturaleza contracíclica, al tiempo que permiten dinamizar un sector demandante intensivo de mano de obra y contribuyen a resolver un importante problema social, como es el fuerte déficit habitacional. Políticas de oferta como las cien mil casas gratis representaron un esfuerzo importante, aunque en la concepción de gratuidad plena existían elementos discutibles, que se plantearon en la edición 120 de Tendencia Económica³. Políticas de estímulo a la demanda a través del financiamiento lucen entonces más apropiadas y permitirán dar vuelta a los niveles extremadamente bajos de

la cartera hipotecaria en relación al PIB que caracterizan actualmente a Colombia, tanto frente a su propia historia como en comparación con otros países.

La política de apoyo estatal al financiamiento de la vivienda se suele dar a través de dos mecanismos: un subsidio a la cuota inicial para la compra de vivienda de interés prioritario (VIP) y para vivienda de interés social (VIS) y el suministro de subsidios parciales a la tasa de interés de créditos hipotecarios de esas mismas viviendas y de viviendas de estratos medios. Para 2013, el proyecto del Gobierno (enmarcado en el Plan de Impulso a la Productividad y el Empleo, PIPE) avanza en esta dirección y tiene como ejes principales la búsqueda de mayor sostenibilidad en la política de apoyo para la VIP, eliminando varios de los problemas asociados a la gratuidad total de estas, y una notable reducción en las tasas de interés de los créditos para viviendas entre 135 y 335 salarios mínimos legales vigentes, equivalentes a 81 millones y 201 millones de pesos, respectivamente (Cuadro 1).

Cuadro 1
NUEVA PROPUESTA DE VIVIENDA: VIVIENDA DE INTERÉS PRIORITARIO-VIVIENDA CLASE MEDIA

A. Programa Vivienda de Interés Prioritario (VIP)			B. Programa dirigido a la clase media	
86 mil viviendas de interés prioritario			35.000 Viviendas para la clase media (Ingresos entre 2 y 10 millones)	
Beneficiario	De 1 a 1,5 SMLV	De 1,5 a 2 SMLV	Valor vivienda	Entre 135 (80,5 millones) y 335 SMLV (197,5 millones)
Ingreso	736.875 (1,25 SMLV)	1'031.625 (1,75 SMLV)	Subsidio	Negociación ex-ante con bancos 2,5% Subsidio del Gobierno 2,5%
Valor VIP (70 SMLV)	41'265.000	41'265.000	Tasa de interés	Crédito Hipotecario: 7%
Recursos Propios (5% VIP)	2'063.250	2'063.250		
Subsidio Directo a la cuota inicial	14'737.500 (25 SMLV)	12'969.000 (22 SMLV)		
Desembolso Crédito	24'464.250	26'232.750		
Cuota del Deudor (Subsidio de 5% a la tasa de interés)	221.063	309.488		

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Elaboración Fedesarrollo.

² La participación de Bogotá en la oferta total de las principales ciudades ha pasado de un valor cercano al 45% en 2009 a ser en diciembre de 2012 el 29%. Lo mismo sucede con la participación en las ventas del total de las principales ciudades, la cual se ha reducido de un 58% en 2009 a un 34% a finales de 2012.

³ Publicación Tendencia Económica de Abril de 2012: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2012/02/T-E-No-120-final.pdf>.

Específicamente, el primer foco de la propuesta se dirige a la vivienda de interés prioritario, brindando un subsidio tanto en la cuota inicial del crédito hipotecario como sobre la tasa de interés. Con base en esos subsidios, familias con ingresos entre uno y dos salarios mínimos podrán acceder a viviendas con un valor alrededor de 40 millones de pesos sin necesidad de cuota inicial y con cuotas mensuales que oscilarían entre 21 mil y 310 mil pesos. La segunda parte de la propuesta, por su lado, está dirigida fundamentalmente a la clase media, contemplando un subsidio de 2,5% sobre la tasa de interés del crédito por los primeros siete años de su vigencia, el cual se otorga mediante “coberturas” del Fondo de Estabilización de la Cartera Hipotecaria (FRECH). La novedad del esquema se halla en que el Estado concluyó ex-ante una negociación con el sector financiero para bajar las tasas de estos créditos, hasta un valor máximo del 7%. Cabe mencionar, además, que la reducción efectiva en la tasa de interés podría ser mayor a la acordada y ampliarse a la financiación de segmentos de vivienda no contemplados en el acuerdo logrado por el gobierno en la medida en que el proceso ha estimulado una sana competencia entre entidades financieras cuyos efectos ya comienzan a vislumbrarse.

Consideraciones de política

Los lineamientos de política de financiamiento de la vivienda incorporados por parte del Gobierno como parte del PIPE constituyen un aporte valioso en la coyuntura actual, tanto por el papel contracíclico que cumple desde una perspectiva macroeconómica como por contribución en la búsqueda de solución al acceso de vivienda para distintas clases sociales del país. En opinión de Fedesarrollo, la propuesta es oportuna para el momento en que se encuentra el mercado de vivienda y destacamos tres aspectos positivos:

- 1). Eliminación de la gratuidad: una sana contraprestación por la vivienda genera disciplina en los beneficiarios y fomenta su sentido de pertenencia por el bien que están recibiendo.
- 2). Inclusión de la clase media: es una respuesta positiva ante el incremento de la clase media en la última década. Adicionalmente, el contenido de valor agregado de estas casas es mayor que el de las viviendas de interés social, por lo que así mismo lo será su impacto sobre el PIB.
- 3). Coherencia macroeconómica: el hecho de incentivar la disminución de la tasa de interés de los créditos hipotecarios en un momento en que hay condiciones en la economía para efectuarlo, es igualmente positivo. El impacto contracíclico de esta medida podría ser incluso mayor, toda vez que promueve que las tasas de interés de otros créditos hipotecarios que no reciben subsidios o no están directamente cobijados por el acuerdo entre el gobierno y los bancos también se reduzcan.

De esta forma, la política llevará a un mayor dinamismo de la demanda que conducirá, a su vez, un necesario aumento en la cantidad de viviendas transadas y un crecimiento significativo del crédito hipotecario.

No obstante, si bien la propuesta es favorable, es importante contemplar algunas preocupaciones asociadas a la misma. La principal es que un impulso adicional a la demanda sin una correspondiente respuesta por el lado de la oferta puede conducir a un aumento incluso mayor en los precios de la vivienda, como ocurrió tras los subsidios otorgados en 2009⁴. Lo anterior podría encarecer la vivienda de interés social y la de clase media, poniendo freno

⁴ Salazar, N., Steiner, R., Becerra, A., Ramírez, J. “Qué tan desalineados están los precios de la vivienda en Colombia”. Fedesarrollo. Junio de 2012.

al desarrollo del mercado por fuera del estímulo público. Para ello, se requiere la efectiva respuesta de los gobiernos municipales para sincronizarse oportunamente con el Ministerio de Vivienda, en pro de incentivar operaciones a gran escala. Los choques de demanda son fácilmente gestionables en el corto plazo, y sus resultados no se harán

esperar. Pero la única manera para garantizar un desarrollo del sector incluyente es que el dinamismo se presente de igual forma por el lado de la oferta, permitiendo así reducir las vergonzosas cifras de déficit habitacional que todavía se registran en Colombia (37% para 2009⁵, incluyendo déficit cuantitativo y cualitativo).

⁵ Estudio “Un espacio para el desarrollo: Los mercados de vivienda en América Latina y el Caribe”. Banco Interamericano de Desarrollo. 2012: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37714821>.

Una Prospectiva Económica de manos expertas



Incluye:

- ▣ Servicio de acompañamiento macroeconómico a suscriptores
- ▣ Tres actualizaciones al año
- ▣ Doce informes mensuales de seguimiento

Informes oficina comercial

Teléfono (571) 325 97 77 Ext.: 340 | 365 | 332

E-mail: comercial@fedesarrollo.org.co | www.fedesarrollo.org.co

Calle 78 No. 9-91 | Bogotá, Colombia