

LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD: GRANDES PREOCUPACIONES

La Cámara de Representantes se apresta a debatir un proyecto de ley recientemente aprobado en el Senado de la República, que modifica en aspectos sustanciales el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS). El texto aprobado en el Senado es fruto de la acumulación de varios proyectos de ley en la materia, uno de los cuales es de origen gubernamental¹. Los alcances de la propuesta no pueden entenderse sin antes analizar los cambios y logros alcanzados por la última gran reforma en la materia, contenida en la Ley 100 de 1993.

1. Antes y después de la Ley 100 de 1993

En 1993 el Estado colombiano inició una de las reformas sociales más ambiciosas intentadas hasta el momento, no sólo en Colombia sino en Latinoamérica, con el objetivo de introducir mayor eficiencia, calidad y, sobre todo, mayor equidad en el sector salud. Antes de los cambios introducidos en 1993, el sistema colombiano de salud estaba segmentado en tres subsistemas independientes: el sistema público, el sector privado y la seguridad social. El sistema público tenía como función proveer atención médica a las personas de estrato bajo y medio-bajo que no estaban protegidas por seguro médico alguno. El sector privado estaba orientado a satisfacer la demanda por servicios médicos de la población de altos ingresos, a través del cobro directo a usuarios o mediante seguros de salud privados. Por último, la seguridad social comprendía tres tipos de instituciones: (i) el Instituto de Seguridad Social (ISS), dirigido a los trabajadores del sector privado y financiado por los empleadores y los empleados; (ii) las Cajas de Previsión Social, entidades dirigidas a los trabajadores del sector público y financiadas por el propio Estado; y (iii) las Cajas de Compensación Familiar. Estas últimas, eran entidades privadas que además de servicios de salud proveían beneficios en materia de educación y recreación, y de hecho, lo siguen haciendo.

El sistema entonces vigente experimentaba varios problemas: (i) existía una visible inequidad en el acceso a servicios de salud y en la distribución de los subsidios públicos (a la oferta en su mayoría); (ii) se presentaban bajos niveles de cobertura en aseguramiento de los servicios básicos de salud; así como (iii) una alta ineficiencia en la inversión de los recursos públicos y una alta insuficiencia de los servicios prestados por los centros de salud

¹ Proyecto de Ley 052/04 Senado y sus acumulados.

públicos. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares de 1992, cerca del 45% de la población urbana se encontraba sin ningún tipo de cobertura². Asimismo, el 40% de los procedimientos y consultas médicas, y el 45% de las hospitalizaciones, se realizaban en el sector privado. Esto sugiere que en ese entonces, las personas con mayor capacidad económica estaban utilizando los servicios médicos del sector público no para cuidados y consultas de primer nivel, como las consultas preventivas, sino para procedimientos médicos costosos y complicados.

Para hacerle frente a estos problemas, la Ley 100 de 1993 creó un nuevo sistema de salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con los objetivos principales de proveer cubrimiento universal, promover mayor solidaridad en el sistema e introducir eficiencia, equidad y calidad en la prestación de servicios médicos. Para ello, se ideó un sistema donde todos los ciudadanos, independientemente de su procedencia y capacidad económica, puedan tener acceso a un paquete preestablecido de servicios básicos de salud; donde se presente, en la medida de lo posible, la repartición de los costos del aseguramiento entre el empleado y el empleador (cuando la persona tiene capacidad de pago) y entre el Estado y el afiliado (cuando la persona no la tiene); y donde participen entidades tanto públicas como privadas en la prestación de servicios, en un modelo de mercado regulado con el fin de fomentar la libre competencia y elevar los estándares de calidad. Además, uno de los objetivos de la reforma fue pasar de un sistema de salud público organizado alrededor de subsidios a la oferta, en su mayoría hospitales públicos ineficientes, a uno organizado alrededor de subsidios a la demanda (es decir, a los usuarios del sistema).

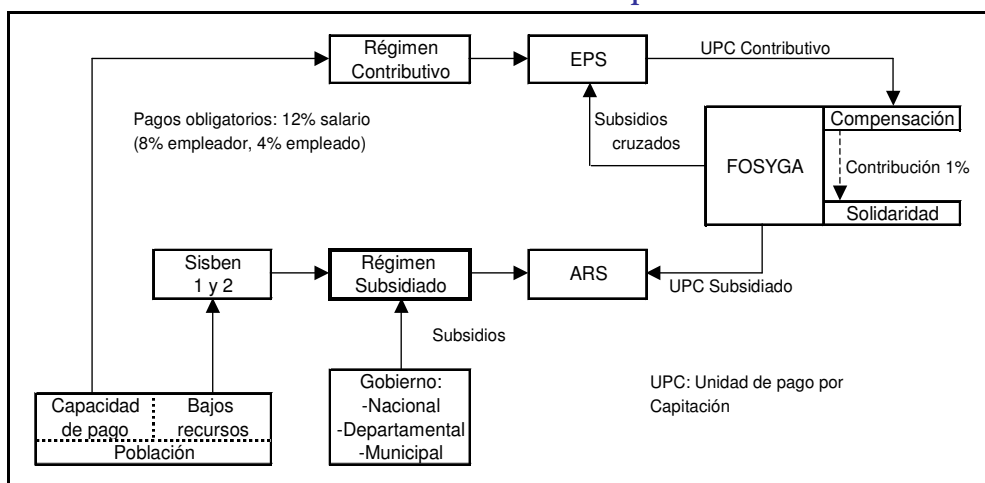
El nuevo sistema de salud opera en dos niveles: el Régimen Contributivo (RC), dirigido a la población con capacidad económica, y el Régimen Subsidiado (RS), programa dirigido a la población más pobre y vulnerable. En el primer caso, la afiliación es contingente a una contribución mensual equivalente al 12% del ingreso salarial mensual, de la cual el empleador es responsable de contribuir 8% y el empleado 4%, mientras que si el empleado es independiente, es responsable de la totalidad de la contribución. Las entidades encargadas de afiliar a los individuos del Régimen Contributivo y de recibir sus aportes son las Entidades Promotoras de Salud (EPS), donde la escogencia de determinada empresa es una decisión libre del solicitante de aseguramiento. Estas empresas giran la contribución de sus afiliados al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA, entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social) quien se encarga de transferir un punto de los doce del aporte (el punto de solidaridad) a las entidades aseguradoras del RS, llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), de acuerdo al número de afiliados que reporta cada una.

En el caso del RS, que asegura el ingreso de la población más pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades encargadas de la afiliación y la contratación de la prestación de los servicios médicos básicos son las ARS. Los recursos para su funcionamiento provienen de los ingresos corrientes de la nación transferidos a las entidades territoriales de salud y las transferencias que hace el sector contributivo por medio del FOSYGA (Ver Gráfico 1). En el año 2004, el 64% del costo de los servicios subsidiados se financió con transferencias de la nación (Sistema General de Participaciones), el 24% mediante el aporte de solidaridad efectuado por las personas

² Gideon, U, López H. y Marulanda J (1993), “El Gasto Público en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia”. Fedesarrollo y Departamento Nacional de Planeación.

afiliadas al Régimen Contributivo y el resto (10%) fue financiado por las fuentes territoriales de salud y los pagos de los afiliados³.

Gráfico 1. Sistema de salud en Colombia después de la reforma de 1993

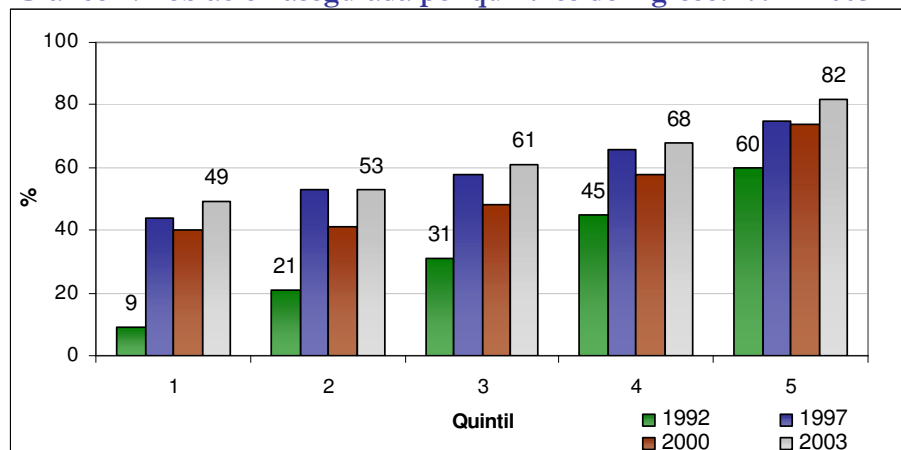


Fuente: Mejía (2005)⁴.

2. Algunos de los logros de la Ley 100 en Salud

Doce años después de la implementación de la reforma *en salud* se puede afirmar que se ha presentado un avance importante en la consecución de los objetivos del sistema de salud: un servicio universal, solidario, sostenible y de calidad. En el Gráfico 2 se observa que en 1992, el antiguo sistema de salud solo cubría al 18% de la población, concentrada en los quintiles de ingreso más altos. En 2003, 60% de la población se encontraba afiliada. En el Quintil 1 la cobertura aumentó de 9% a cerca de 50%, en el Quintil 2 se incrementó en 32 puntos porcentuales y finalmente, en el Quintil 3 la cobertura se duplicó (31% vs. 61%).

Gráfico 2. Población asegurada por quintiles de ingreso: 1992 - 2003



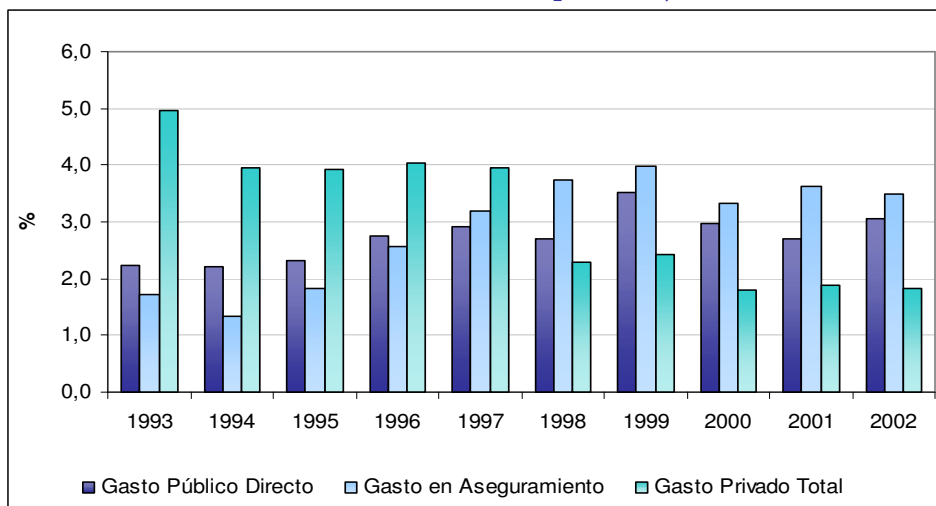
Fuente: Encuestas de hogares del DANE.

³ Bitrán, R., Gideon, U. y Muñoz, R (2004), "Risk Pooling, Ahorro y Prevención: Estudio Regional de Políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud: Estudio de caso de Colombia". Banco Mundial.

⁴ Mejía, Carolina (2005), "Régimen Subsidiado: ¿mejor salud, más servicios y mayor bienestar?".

En segundo lugar, como anota Paredes (2005)⁵, el gasto en salud se ha tornado más justo. En 1992 el 57% del gasto total en salud era un gasto de bolsillo y por tanto inequitativo. En el presente la situación se ha revertido: el 78% del gasto en salud es de seguridad social, que opera bajo el principio de la solidaridad, y sólo el 22% es gasto individual de bolsillo. Además, en términos de proporción del PIB (Gráfico 3), el gasto público directo⁶ (gasto en aseguramiento) ha pasado de 2.2% (1.7%) a 3.04% (3.5%) del PIB entre 1993 y 2002.

Gráfico 3. Gasto en salud como porcentaje del PIB



Fuente: DNP

Finalmente, otro logro importante de los cambios implementados en el sistema de salud como resultado de la Ley 100, es que los subsidios de salud están mejor focalizados. De acuerdo a los datos de la Misión para la reducción de la Pobreza (del Departamento Nacional de Planeación), mientras que en 1992 el 58% de los subsidios en salud se asignaban a las personas pertenecientes a los quintiles 3, 4 y 5 de la población, en el 2005, el 63% de los subsidios en salud se asignan en los quintiles 1 y 2, como ilustra el Gráfico 4.

Gráfico 4. Focalización de los subsidios netos en salud

	Quintil				
	1	2	3	4	5
Salud Subsidios + Oferta	34,1	28,9	19,3	12,3	5,5
Régimen Subsidiado	40,9	31,5	16,2	8,3	3,1
Subsidios de oferta	27,8	26,5	22,1	15,9	7,7
Salud Régimen Contributivo	18,0	50,3	90,6	121,0	-179,9

Nota: Los valores en la tabla indican qué porcentaje de los subsidios netos de aportes se transfirieron a cada quintil. Cuando son negativos, se está hablando de un aporte.

Fuente: MERP, DNP.

⁵ Paredes, Nelcy (2005), "Las reformas de salud en Colombia". *Coyuntura Económica, Edición Especial 35 años*. Pronta publicación.

⁶ Incluye el gasto destinado al funcionamiento de hospitales públicos.

3. El proyecto en curso

Según la exposición de motivos y las distintas ponencias, el proyecto de reforma que actualmente se discute en el Congreso, tiene como objeto realizar modificaciones al Sistema, especialmente en lo relacionado con las competencias en los diferentes niveles político – administrativos: el recaudo, distribución y flujo de recursos, el aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública, el sistema de información, inspección, control y vigilancia, y la salud para algunos grupos especiales tales como indígenas, artistas, residentes en el exterior.

Las razones por las cuales los impulsores del proyecto (entre ellos, el Ministerio de la Protección Social) creen que éste es necesario, pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- Se están cerrando los hospitales públicos y el déficit hospitalario no se ha podido corregir. Ello, según los ponentes, se debe en parte a que los recursos del FOSYGA se han destinado a inversiones en TES y a que los supuestos macroeconómicos que justificaron el diseño del sistema en la Ley 100 no se cumplieron.
- Existen diferencias notables en las coberturas que ofrecen los Planes Obligatorios de Salud del Régimen Contributivo, por una parte, y del Régimen Subsidiado, por la otra. Más importante aún: según cifras de los ponentes, hay más de 18 millones de colombianos que no están afiliados al sistema en forma alguna.
- La libertad de competencia ha generado una crisis en las llamadas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Destacan los ponentes el problema del flujo de recursos y la cartera morosa, especialmente proveniente de las EPS públicas y las entidades territoriales. También hay confusión en el tema de tarifas.
- Argumentan que las EPS y las ARS no han tenido un desarrollo adecuado. Al contratar los servicios con los prestadores por capitación, han trasladado el riesgo y las funciones que deberían asumir directamente.
- No existe una política clara y articulada en materia de salud pública.
- El sistema no cuenta con un sistema de vigilancia, inspección y control adecuados.
- Se carece de un sistema de información, lo que facilita la aparición de fenómenos como las multi-afiliaciones y la evasión.

Existe la percepción de que muchas de estas afirmaciones son válidas. Infortunadamente, ni la exposición de motivos, ni las dos ponencias hasta ahora debatidas son respaldadas por medio de cifras, estudios o análisis técnicos que permitan confirmar o refutar sus dimensiones, alcance, magnitud o certeza.

El texto aprobado en el Senado tiene 62 artículos y contiene normas que buscan ampliar la cobertura del sistema, aumentar su financiamiento, equilibrar la relación entre aseguradores y prestadores, y mejorar los sistemas de evaluación. Sin embargo, ante la falta de sustento técnico que respalde muchas de las propuestas, aún aquellas que parecen bien encaminadas, cabe reiterar lo dicho en el editorial del diario “El Colombiano” de Medellín el pasado 24 de octubre:

“...la reforma al sistema debe ser para perfeccionarlo y fortalecerlo, no para debilitarlo en perjuicio de la población y en beneficio de grupos de interés que son muy eficientes en mostrar los indicadores de su beneficio, pero igualmente eficientes en ignorar los indicadores y percepciones de la población. Estos evidencian un significativo avance en el sistema de salud....Si el proyecto de ley

052 no fortalece el sistema, mejor que sea retirado por petición de todos los gremios del sector.”

El proyecto contiene propuestas que, de hallarse un adecuado sustento técnico para las mismas, podrían contribuir a mejorar algunos aspectos del sistema de salud aún deficientes. Pero la falta de soporte técnico las convierte en una apuesta riesgosa. En todo caso, hay algunos temas en el proyecto que, por sí mismos, generan preocupaciones, especialmente desde el punto de vista fiscal, tales como los que a continuación pasan a comentarse.

4. El incremento del aporte de solidaridad del Régimen Contributivo

El proyecto propone que el punto porcentual que hoy en día se destina al Régimen Subsidiado, el “punto solidario”, proveniente de la cotización obligatoria que hacen los afiliados al Régimen Contributivo, se aumente al 1.20%. Según cálculos del Ministerio de Hacienda, esto equivale a disminuir los recursos destinados a financiar el POS del Régimen Contributivo en \$358 mil millones anuales, lo cual afectaría la prestación de servicios, el pago de licencias de maternidad y la prestación de actividades de promoción y prevención. Esto podría afectar la auto-sostenibilidad del Régimen Contributivo, que de por sí ya se encuentra en una situación de equilibrio precario. Buena parte de sus recursos deben destinarse al pago de tutelas y a cubrir medicamentos no contemplados en el POS, entre otras contingencias.

El proyecto no prevé ninguna alternativa para el hecho de que el Régimen Contributivo deje de ser auto-sostenible. Teniendo en cuenta que las personas contribuyeron a él para financiar sus servicios de salud, sería absurdo que ese faltante tuviera que cubrirlo la Nación. Es posible que, ante este nuevo factor de desequilibrio en el Régimen Contributivo, se haga necesario reducir la Unidad de Pago por Capitación, el POS y las licencias de maternidad del Régimen Contributivo. El proyecto no plantea alternativas en este sentido.

Hoy en día, como se explicó antes, el Régimen Contributivo cumple con el principio constitucional de solidaridad a través del mencionado punto porcentual. Un aumento de ese porcentaje podría afectar la naturaleza parafiscal de las contribuciones al Régimen Contributivo, en la medida en que se comprometería la debida financiación de los servicios de la población que las aporta, y que, en consecuencia, tiene el primer derecho a beneficiarse de ellos.

5. La progresividad de los aportes de la Nación a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga

También propone el proyecto que el Régimen Subsidiado se financie, además, con un aporte progresivo anual del Presupuesto Nacional, que para el año 2006 será igual a quinientos cuarenta y cuatro mil millones de pesos (\$544.000.000.000) y que se incrementará anualmente en un 10% real hasta que se logre igualar el monto que generen anualmente los recursos derivados del aporte proveniente del Régimen Contributivo mencionado en el punto anterior.

El incremento del 10% compromete las metas de ajuste a las que se ha comprometido el gobierno nacional, y más que duplica el crecimiento esperado de la economía. Esta progresividad luce en consecuencia desproporcionada, y no tiene respaldo en estudio

técnico alguno. Además, aumentaría la inflexibilidad del gasto público al crear una nueva obligación para la Nación.

6. El esquema de financiamiento de las enfermedades de alto costo

El proyecto propone, en su Artículo 14, la creación de una subcuenta en el Fondo de Solidaridad y Garantía denominada “Eventos Catastróficos, Accidentes de Tránsito y enfermedades de alto costo”. La novedad consiste en que a la subcuenta que hoy existe en el FOSYGA se le incluye un componente adicional a financiar: las enfermedades de alto costo.

Para financiar esta subcuenta, además de los recursos que actualmente se destinan a ella, se establece un aporte equivalente al 2% de la Unidad de Pago por Capitación de los dos regímenes (Contributivo y Subsidiado), a manera de reaseguro. Dice textualmente la norma:

“El cubrimiento de algunos eventos catastróficos, accidentes de tránsito complementario al SOAT y excesos en la atención de enfermedades de alto costo se financiará de la siguiente forma:

...d. Los recursos obligatorios que aporten las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado correspondientes al 2% de la UPC del respectivo régimen que se destinarán proporcionalmente a financiar el exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo de acuerdo con la reglamentación que establezca el Consejo de Seguridad Social en Salud.”

Esta propuesta, en principio interesante, contiene un enorme peligro fiscal: Por un lado, le genera una contingencia de última instancia a la Nación, pues no existen cálculos actuariales que permitan saber si ese aporte del 2% es suficiente para cubrir el exceso de gasto en el componente de enfermedades de alto costo. Es evidente que en un sistema de reaseguro como el que se propone, el primer paso es establecer adecuadamente cuáles son las reservas técnicas requeridas. La propuesta no presenta este sustento técnico, y en el Ministerio de la Protección Social tampoco poseen estudio alguno sobre la materia. En consecuencia, lo que no se alcance a cubrir con el referido 2%, tendrá necesariamente que cubrirse por recursos de la Nación.

Hoy en día, la Ley 100 prevé que, para cubrir esas desviaciones, las EPS y ARS contraten con compañías de seguros una póliza. Es posible que este esquema sea susceptible de modificaciones, pero no parece que el sustituto ideal sea con cargo al Presupuesto Nacional.

7. Los aportes adicionales de la Nación a la Superintendencia Nacional de Salud

El artículo 98 de la Ley 488 de 1998 estableció que todas las entidades vigiladas por la Superintendencia de Salud deben pagar una tasa anual destinada a garantizar el desarrollo de las actividades de vigilancia que le corresponden. Es un esquema similar al previsto para otras superintendencias. El proyecto aquí comentado propone que el gobierno le asigne a esta entidad, en el Presupuesto General de la Nación, *como mínimo*, un monto igual al recaudado por la tasa en la vigencia del año inmediatamente anterior.

Por razones de coherencia macroeconómica, el Ministerio de Hacienda está facultado para decidir el monto a programar en cada vigencia fiscal para cada entidad. Así, es posible, y

sucede con frecuencia, que a una superintendencia, por ejemplo, le asignen un monto menor que el que le correspondería por virtud del monto recaudado por la tasa destinada a su funcionamiento. La norma que propone el proyecto, no sólo generaría una inflexibilidad presupuestaria inconveniente, adicional a las existentes, sino que le daría un tratamiento de privilegio a la Superintendencia de Salud en comparación con otras entidades similares.

8. Exención de cuotas moderadoras y copagos a los pensionados con menos de dos salarios mínimos

El proyecto propone que los pensionados por jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes y sustitución, con dos o menos de dos salarios mínimos de mesada pensional, estarán exentos del pago de cuotas moderadoras y copagos.

Además de que, por ser de iniciativa parlamentaria, este aspecto del proyecto podría ser inconstitucional (ya que este tipo de exenciones deben ser propuestas por el Gobierno), la propuesta tendría un enorme impacto. El Ministerio de Hacienda ha calculado que, tan sólo en el Seguro Social, implicaría una reducción de ingresos por \$54.000 millones anuales. La Corte Constitucional, ante normas anteriores de la misma naturaleza⁷, se ha pronunciado en contra, por considerar que se trata de establecer tratamientos desiguales entre los afiliados al sistema, sin que exista justificación para ello. Estas cuotas moderadoras y copagos, al fin y al cabo, no solo racionalizan el servicio, sino que contribuyen a su financiación. La sostenibilidad del sistema podría, también por este motivo, ponerse en peligro.

9. Financiamiento del Régimen Subsidiado con el Gravamen a los Movimientos Financieros

El proyecto de Ley, tal y como fue aprobado en el Senado, propone que a partir del año 2007 el recaudo proveniente del Gravamen a los Movimientos Financieros (GMF) se destine a financiar el mejoramiento de la cobertura hasta alcanzar la universalidad y equidad del Régimen Subsidiado en el Sistema de Seguridad Social en Salud a través de subsidios. Esta propuesta es a todas luces inconveniente, ya que este impuesto fue concebido como temporal en el momento de su creación y tiene graves implicaciones sobre el sistema financiero, como veremos más adelante.

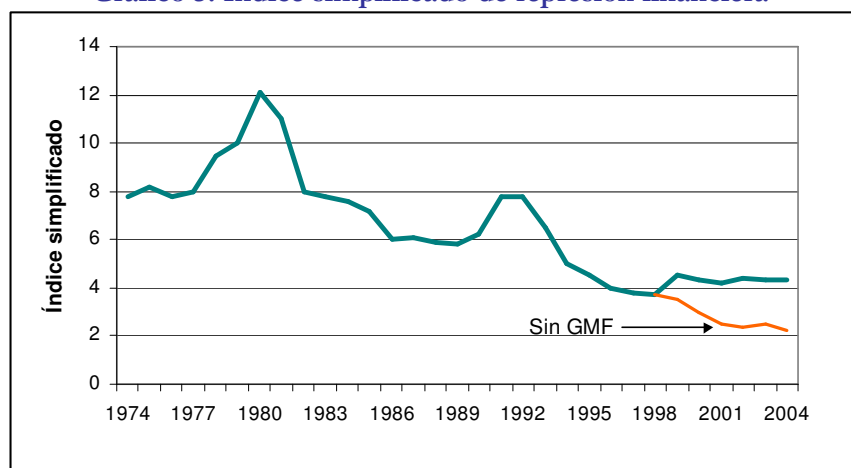
El GMF fue creado por el Gobierno Nacional en 1998, amparado en las potestades especiales que le otorga la Constitución en momentos de emergencia económica, para hacerle frente a la difícil situación del sistema financiero. Inicialmente, el gobierno anunció que el impuesto era temporal y estableció una tarifa de dos por mil. Sin embargo, la reforma tributaria de 2000 lo hizo permanente y su tarifa aumentó a tres por mil en 2001 y a cuatro por mil a partir de 2003. Indiscutiblemente el hecho que los impuestos que originalmente son anunciados como transitorios se vuelvan permanentes atenta contra la estabilidad tributaria y jurídica del país. Como se menciona en la edición No. 6 de Economía y Política, la estabilidad jurídica, así como las reglas de juego claras, son un requisito fundamental para un ambiente de negocios saludable que efectivamente atraiga la inversión extranjera directa. En vez de perpetrar este tributo en la estructura impositiva, se debería aprovechar la coyuntura actual de buen comportamiento de los ingresos tributarios para eliminarlo y así hacer más creíbles los compromisos del gobierno.

⁷ Sentencia C-1707 del 2000

Adicionalmente, este tipo de impuestos tienen efectos negativos para el desarrollo del sistema financiero tal y como se explicó en detalle en Economía y Política No 1. Para el caso del mercado financiero doméstico, el establecimiento de un impuesto a las transacciones genera problemas de eficiencia, por el incremento en el costo de uso del capital y por la alteración en la estructura de financiamiento de las empresas. Además, cuando este tipo de impuestos se extiende a los retiros bancarios, se reduce la rentabilidad efectiva de los recursos depositados en las cuentas corrientes y de ahorro, lo que genera una mayor preferencia por efectivo o, alternativamente, una sustitución hacia otros instrumentos financieros que no son objeto del gravamen. Estos fenómenos afectan, a su vez, el uso de los sistemas modernos de pago, entorpeciendo la profundización del sistema financiero.

Una de las implicaciones puntuales del GMF en Colombia es que se han desarrollado varias prácticas para eludir su contribución, como por ejemplo un menor uso de cheques y un mayor uso de efectivo. Adicionalmente, como anotan Lozano y Ramos (2000)⁸, desde su implementación se han reducido las operaciones bancarias y los agentes se han visto en la necesidad de recomponer sus portafolios financieros de activos, con los costos que esto conlleva. De igual forma, Villar et al.(2005) encuentran que la introducción del impuesto a las transacciones financieras desde 1998 aumentó considerablemente el grado de represión financiera (calculado mediante un índice) e hizo revertir en muy alta proporción la tendencia decreciente que ésta venía presentando (ver Gráfico 5).

Gráfico 5. Índice simplificado de represión financiera



Fuente: Villar et al.(2005)

Por lo anterior, Colombia debería seguir el ejemplo de Perú y Argentina, países que desmontaron estos gravámenes al poco tiempo de establecidos, y debería proponer una fuente de financiación alternativa para el Régimen Subsidiado a partir del año 2007, teniendo en cuenta que hasta el momento ha sido posible aumentar cobertura, y en alguna medida mejorar la calidad de los servicios de salud, sin estos recursos.

Pero, al margen de la inestabilidad jurídica y las deficiencias técnicas del gravamen, la propuesta del proyecto es inconveniente por cuanto introduce una destinación específica a una renta nacional que no se origina ni se relaciona con el sistema de salud. La

⁸ Lozano y Ramos (2000). “Análisis sobre la incidencia del impuesto del 2x1000 a las transacciones financieras”. *Borradores de Economía*, Banco de la República.

inflexibilidad compromete la capacidad de los representantes elegidos para ejecutar sus planes de gobierno, puede poner en peligro la estabilidad macroeconómica, favorece el exceso de apropiaciones por parte de grupos de interés, dificulta la posibilidad de llevar a cabo ajustes en situaciones fiscales deficitarias, entorpece la definición de prioridades, favorece la duplicidad de erogaciones para un mismo fin y le resta transparencia al proceso presupuestal. En buena medida, las inflexibilidades surgen del interés del legislativo de garantizar rentas específicas para determinados sectores y regiones, contrarrestar su falta de acceso formal al presupuesto y limitar la discrecionalidad del ejecutivo. Además, este tipo de rentas están, en principio, prohibidas por la Constitución, y solo se admiten en algunos eventos específicos. Uno de esos eventos es la inversión social, pero no conviene, basados en esta autorización constitucional, introducir una enorme inflexibilidad al manejo del presupuesto, que no parece tener justificación. Téngase en cuenta, además, que la propuesta traslada recursos de un sector (usuarios del sistema financiero) a otro (salud), con la cual, la destinación específica, de suyo debatible, pierde toda racionalidad.

10. Conclusión

A pesar de que no es posible afirmar que el sistema actual es perfecto, son indudables los logros provenientes de implementación la Ley 100 de 1993 en materia cobertura, equidad y focalización. En consecuencia, cualquier modificación al sistema actual debe tener una sólida justificación, en cuanto a su necesidad, oportunidad y conveniencia. La falta de esta justificación técnica es el principal defecto del proyecto de reforma que actualmente se tramita en el Congreso. Por lo demás, el proyecto contiene algunas propuestas que presentan peligros graves desde el punto de vista fiscal. Parecería que los objetivos loables que inspiran a sus proponentes se pretenden alcanzar con instrumentos equivocados. Genera una percepción negativa que se estén comprometiendo impuestos que en principio están destinados a desaparecer, como es el caso del gravamen a las transacciones financieras. También preocupa el riesgo que la propuesta le genera a la sostenibilidad del régimen contributivo en salud. Sería conveniente que el Congreso, antes de aventurarse a modificar el actual régimen, estudiara el sustento técnico y financiero de cada una de las reformas propuestas. En ese ejercicio, convendría una posición unificada y sólida del Gobierno Nacional, y que la opinión conociera la posición del Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre los contenidos del proyecto.