

**DESARROLLO DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD
EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

A ocho años de la reforma en Colombia

**Félix Martínez M.
Gabriel Robayo G.
Oscar Valencia A.**

FEDESALUD 2002

Introducción

Este estudio constituyó el primer gran proyecto de la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD–, entidad sin ánimo de lucro creada por un grupo de expertos del sector salud, con el objeto social de contribuir al crecimiento social y económico de Colombia y de otros países, en especial de Latinoamérica, a través del trabajo de investigación y mejoramiento en el campo de la salud y la seguridad social.

La Fundación, para cumplir con su objeto social, utiliza el conocimiento, la experiencia y la experticia de profesionales nacionales e internacionales ampliamente acreditados, en el propósito de lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud. Igualmente fomenta el debate, el análisis y la investigación en todos los temas de salud y seguridad social, con el propósito de generar e innovar líneas de acción y desarrollo, para lo cual busca y promueve la acción conjunta con los organismos nacionales e internacionales que tienen similares objetivos.

Desde su inicio de operaciones FEDESALUD estableció como propósito permanente la investigación sobre las dificultades en el avance del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Específicamente esta investigación, que constituye la primera parte de un macroproyecto iniciado en 1999 con este fin, se publica, no porque haya concluido su objeto, sino porque ha sido superada una etapa definitiva de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues según el Artículo 162 de la Ley 100 de 1993, la cobertura universal debería alcanzarse “antes del año 2001”. Por tal razón esta evaluación de la cobertura del Sistema cierra a Diciembre del 2000.

Lo importante de este esfuerzo investigativo, sin embargo, no son tanto los resultados en sí mismos, sino la construcción de una metodología que permita hacia el futuro continuar monitoreando el avance del Sistema, ya no siete sino diez o quince años después de formulado como Ley y como derecho para todos los habitantes del país. Igualmente creemos y lo hemos observado en estos años, que los principios aquí establecidos para poder evaluar la cobertura de la seguridad social son aplicables a otros países de Latinoamérica y el mundo.

Dos estudios complementarios están también en desarrollo desde 1999, uno sobre el Universo Potencial de Afiliados y Cotizantes del Sistema, en busca de alternativas para la universalización de la cobertura y el recaudo, que llaman desde ahora a buscar la unión de los recaudos con los subsidios como en otros servicios públicos, en lugar de la ruptura total existente en la actualidad. Otro estudio versa sobre las Condicionantes Externas del Sistema y sus Variaciones, especialmente las relacionadas con crecimiento económico, pobreza, exclusión e inversión social del Estado. En conjunto los tres constituyen el macroproyecto de investigación.

No obstante lo señalado, los resultados de la investigación no dejan de ser sorprendentes y en parte opuestos al discurso gubernamental tradicional, que pretendió siempre señalar a la crisis económica como la causa fundamental que impidió ampliar la cobertura de la seguridad social. Dejan igualmente lecciones a los países que siguen el camino de las reformas en busca de la cobertura universal del aseguramiento en salud.

Los problemas estructurales que se evidencian desde la formulación del Sistema llaman a una revisión de los planes y políticas de extensión de cobertura de la seguridad social en salud para los

próximos años, pues las proyecciones demuestran una tendencia hacia el estancamiento de la cobertura si persisten las actuales condiciones.

FEDESALUD ha desarrollado este proyecto únicamente con el esfuerzo de los investigadores principales y el apoyo desinteresado del importante grupo de expertos sectoriales que decidieron unirse al propósito de la Fundación y validaron el presente estudio. El propósito del mismo no es otro que perseguir que se haga realidad en Colombia lo que en derecho ya se logró.

Félix León Martínez Martín
Presidente Fedesalud

DESARROLLO DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Antecedentes y Justificación

Transcurridos más de siete años de formulada la Ley 100 de 1993¹, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para todos los habitantes de Colombia, y llegados al año 2001, fecha en la cual se previó alcanzar la cobertura universal en el aseguramiento, que garantizara el acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos los colombianos (Art. 162),² resulta evidente que no se logró la meta estipulada en el plazo previsto.

Pese a que el propósito de aseguramiento universal puede ya considerarse una política de Estado, en la medida que se ha sostenido durante tres gobiernos disímiles consecutivos, el reconocimiento de la imposibilidad de alcanzar la meta de universalidad en el plazo previsto ha generado cierta desazón al interior del Sector. De la misma forma ha originado el lanzamiento de juicios que atribuyen a diversas causas o responsabilidades el fracaso en alcanzar la cobertura universal, o simplemente se emiten justificaciones, sin que la mayoría de estas apreciaciones y criterios valorativos estén apoyados en estudios juiciosos y suficientes, es decir basados en el conjunto de información pertinente y necesaria que haga posible un verdadero análisis de las causas del incumplimiento de las metas.

Ante tales circunstancias, la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD- consideró prioritario y de especial utilidad para el país, dar respuesta a esta problemática mediante un gran estudio sobre el desarrollo del principio de Universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La seguridad social en salud para los trabajadores se estableció en Colombia en forma muy estratificada, comenzando con los grupos ocupacionales de mayor poder gremial. Se adoptó el modelo “bismarckiano” de seguro social, basado en la relación de empleo dependiente, que moldeó

¹ Con la expedición de la Ley 100 de 1993, se reformaron en Colombia, además del sistema de salud, el sistema de pensiones, el sistema de riesgos profesionales y el sistema de servicios sociales complementarios para ancianos indigentes.

² En el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993 se define el principio de Equidad: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago...”.

el Sistema³. Los hitos fueron la constitución de la Caja Nacional de Previsión para los empleados públicos, en 1946, así como la creación por Ley del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, por la Ley 90 de 1946, y el inicio del seguro de enfermedad general y maternidad para los trabajadores de empresas privadas, en 1949⁴.

La Ley 100 de 1993 desarrolló con gran celeridad el derecho a la seguridad social en salud de todos los habitantes de Colombia, promulgado por primera vez en la Constitución de 1991, derecho universal instaurado en los países de Europa Central y Occidental al finalizar la Segunda Guerra Mundial. La oportuna expedición de la ley, tan sólo dos años después de expedida la Carta Constitucional, en primer lugar, obedeció al interés de los gremios económicos y el Gobierno por pasar a manos del sector financiero el ahorro pensional de los trabajadores, que hasta entonces monopolizaba el Instituto de Seguros Sociales, tras argumentar que el sector privado podría ser más eficiente en la generación de riqueza. En segundo lugar fue consecuencia de la negativa de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República a dar trámite al proyecto gubernamental de reforma pensional, si no se presentaba una reforma integral a la seguridad social, que garantizara la atención en salud a los colombianos⁵

Otra realidad que impulsó la reforma fue el hecho de que el Sistema Nacional de Salud creado en 1975 había mostrado su agotamiento, tanto por las repetidas crisis originadas en la falta de recursos para financiar el funcionamiento de las instituciones de salud, como por la baja cobertura y las limitaciones de accesibilidad de la población pobre. Este Sistema, generado bajo la óptica de la Asistencia Pública, tuvo un gran desarrollo entre los años 1977 y 1984, pero a partir de esta fecha, debido a una severa crisis fiscal, vio reducidos sus recursos del 8 al 4% del presupuesto nacional⁶.

El efecto de la reducción del presupuesto de los hospitales públicos fue el incremento de los cobros a los usuarios, o cuotas de recuperación (mecanismo promovido por el mismo Gobierno para suplir la escasez de recursos fiscales), hecho que en muchas instituciones significó cerrar en la práctica las puertas a la población pobre para la cual supuestamente habían sido concebidos⁷. Por lo tanto los recursos del Estado habían dejado en buena parte de cumplir la función de redistribuir el ingreso y subsidiar a la población más pobre.

³ Las cinco características de este modelo son: Programas separados para atender distintos riesgos, cobertura obligatoria sólo para asalariados, cotizaciones basadas en aportes del trabajador, el patrono y el Estado, prestaciones directamente relacionadas con las cotizaciones, y régimen de capitalización para las pensiones. Ver Ayala Ulpiano "Introducción a la Seguridad y a los Seguros Sociales", del libro: Rodríguez Oscar, Arévalo Decsi y otros "Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992". Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. 1993.

⁴ El seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional tan sólo fue reglamentado en 1964 y el seguro obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte dos años después, en 1966. Ambos iniciaron su aplicación un año después de normados, es decir en 1965 y 1967, respectivamente.

⁵ Hecho conocido, citado entre otros por "Afilación de Población Pobre al Sistema de Salud: El Caso Colombiano" Beatriz Plaza y Ana Beatriz Barona. Fundación Corona. Diciembre de 1999. Pag 20.

⁶ Estudio Sectorial de Salud. La Salud en Colombia Tomo 1 Ministerio de Salud Bogotá 1990. Yepes Francisco Editor.

⁷ Los hospitales cerraban en la práctica las puertas a la población pobre mediante la aplicación de tarifas para ésta inalcanzables, o se quedaban sin recursos y exigían a los pacientes llevar sus propios insumos en suministros medicoquirúrgicos y medicamentos, hecho ampliamente documentado por la prensa en la década de los 80. Algunos hospitales del Estado acabaron convertidos en verdaderas clínicas privadas de los médicos, con salarios y recursos pagados por el erario público.

Según la Encuesta Nacional de Hogares de Septiembre de 1992, etapa 77⁸, el 19.2% de las personas que se sintieron enfermas no asistieron a servicios de salud: la mitad de los que no asistieron argumentaron como razón que los servicios eran costosos. La inasistencia era más grave en los quintiles inferiores de ingreso, como se observa en el siguiente cuadro.

Independientemente de la cobertura de la seguridad social u otros sistemas, el acceso a los servicios se evidencia en las razones de no asistencia.

Cuadro No. 1

Razones de no Asistencia a Servicios de Salud 1992							
Total Nacional							
Quintiles	Total enfermos	Total no asistencia	%	Razones de no asistencia			
				Es costoso	No hay centro médico	No lo atendieron	Otro
1	955.861	304.713	31,90%	56,80%	13,70%	2,50%	27,00%
2	944.830	246.584	26,10%	55,60%	8,50%	2,70%	33,20%
3	895.627	162.909	18,20%	49,90%	10,50%	5,40%	34,20%
4	919.338	112.459	12,20%	40,40%	5,60%	4,00%	50,00%
5	1.032.710	83.165	8,10%	27,40%	2,20%	2,80%	67,60%
Total	4.748.366	909.830	19,20%	50,50%	9,70%	3,30%	36,50%

Fuente: ENH de Septiembre de 1992. Cálculos de FEDESARROLLO

En Colombia, la asistencia pública en salud como deber del Estado sólo fue establecida en la Ley 10 de 1990, pues la constitución previa de 1886 no mencionaba la asistencia pública y tan sólo la incluyó para los indigentes en la reforma de 1936. Sin embargo el concepto se desarrolla en la práctica, a través de la política gubernamental en salud, a partir de la creación del Ministerio de Salud Pública de 1936 y toma fuerza especialmente como resultado de la reunión de Punta del Este y la Alianza para el Progreso, surgida como respuesta a la Revolución Cubana⁹, para llegar a su máximo desarrollo con la creación del Sistema Nacional de Salud de 1975.

Dada la trascendencia social y ética del propósito de aseguramiento universal en salud¹⁰, FEDESALUD considera de especial importancia para el país plantear estrategias que permitan alcanzar el mismo propósito en un plazo razonable, pero debidamente sustentadas en la realidad, a partir del análisis de todas las variables y elementos de juicio necesarios, muchos de los cuales es posible que no se hayan considerado hasta ahora, y que hacen parte por etapas de este macroproyecto de investigación.

⁸ Molina Carlos Gerardo y Otros 'El Gasto Público en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia. Fedesarrollo. Bogotá, Noviembre de 1993.

⁹ Rodríguez Oscar, Arévalo Decsi y otros 'Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992". Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. 1993. También otros autores como Hernández Mario: 'El Derecho a la Salud en Colombia. Obstáculos Estructurales para su Realización", en www.saludcolombia.com Edición 49. Revista Salud Colombia. Junio, Julio del 2000.

¹⁰ La posibilidad de lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud en Colombia se planteó por primera vez en el 'Estudio Sectorial de Salud', ya citado, Ministerio de Salud. 1990, con base en la comparación del gasto per cápita del Instituto de Seguros Sociales y el total de los recursos destinados a la salud.

La Organización Mundial de la Salud en “The World Health Report 2000” señala los mecanismos de aseguramiento como los mecanismos ideales de financiamiento de los Sistemas de Salud, por su capacidad de distribuir los riesgos y de generar equidad o subsidios cruzados entre quienes tienen capacidad de pago y quienes no la tienen. Específicamente, al conceder el primer lugar en equidad en el financiamiento a Colombia en este mismo informe, está afirmando que el modelo de financiamiento nacido con el Sistema General de Seguridad Social Salud a partir de la Ley 100 es ideal, además de pleno de solidaridad y equidad.

Sin embargo, una cosa es el modelo diseñado (un Plan de Salud igual para todos los ciudadanos, tengan o no capacidad de pago), y otra su aplicación, pues la universalidad y la equidad planteadas por la Ley 100 distan mucho de lograrse. La verdadera equidad en el financiamiento se logrará cuando se alcance en Colombia la cobertura universal del aseguramiento en salud y no antes.

De todos modos, nuestra visión coincide con el postulado de la OMS expresado en el informe:

“Los sistemas de salud no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos sino protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepago que reduzcan el riesgo para los ciudadanos.”

Abordaje del Problema

El hecho de que la Ley 100 de 1993 hubiera sido formulada con metas precisas de cobertura para un término de ocho años, implicó que dichas metas y dicho plazo, así como las proyecciones anuales del intervalo, fueran calculadas por expertos y presentadas en forma de análisis de factibilidad y viabilidad en la propuesta llevada ante el Congreso y el país en general.

Los estudios que acompañaban la propuesta fueron publicados al menos parcialmente por el Ministerio de Salud y difundidos ampliamente¹¹, lo que permite comparar en primer lugar las metas de cobertura propuestas frente a las alcanzadas en la actualidad.

Pueden constatarse igualmente algunos de los documentos que se consideraron en la discusión del Proyecto de Ley 155 de 1992, presentado al Congreso de la República, como también los documentos preliminares que sirvieron de base para conformar la propuesta de cobertura universal del aseguramiento en salud.¹² En ellos es posible encontrar citadas incluso observaciones sobre la factibilidad del aseguramiento de todos los colombianos: *“Muchos argumentan la imposibilidad de recaudar aportes del sector informal e independiente e incluso del sector asalariado no cubierto para negar de entrada la factibilidad financiera de la universalidad”*¹³.

Se procederá por tanto a establecer claramente la diferencia entre las cifras de cobertura proyectadas y logradas, consideradas tanto en número de afiliados reales como en recursos financieros, e igualmente se procederá a establecer la diferencia entre las tendencias actuales de incremento de cobertura y las tendencias calculadas en los estudios iniciales.

Es necesario precisar que los cálculos iniciales fueron realizados con base en la Encuesta CASEN¹⁴, diseñada con este propósito por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), ya que aún no se contaba con los resultados del Censo 93. Para revisar dichas cifras hoy se dispone de los datos y proyecciones del Censo, así como de la secuencia de Encuestas de Hogares y Calidad de Vida, que incorporan mayor detalle sobre muchas variables, como el ingreso de los hogares y el empleo, encuestas que, junto con otras herramientas, necesariamente serán utilizadas en el presente estudio, en lugar de la Encuesta CASEN, hoy no disponible.

Una vez establecida la diferencia en las tendencias, este macroproyecto de investigación pretende revisar, desde diversas perspectivas de aproximación, las variables y condicionantes sobre las cuales se estimaron las tendencias que suponían posible la cobertura universal para el año 2001, así como las modificaciones acaecidas desde entonces en tales variables y condicionantes, relacionadas tanto con el Régimen Contributivo como con el Régimen Subsidiado.

Dos hipótesis básicas se formularon desde un comienzo como causa del incumplimiento de la meta propuesta. La primera, que la caída de la tendencia proyectada obedecía a un cambio de las condiciones socioeconómicas del país, incluida la crisis económica, junto con un importante

¹¹“La Reforma de la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud”. 1ª. Edición 1994. Editorial Carrera Séptima Ltda. Santafé de Bogotá.

¹² Idem. Tomo 3: Anexo Documental.

¹³ Idem. Tomo 3 Pag 97 “Los Aspectos Financieros”.

¹⁴ Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN Colombia 1993. Departamento Nacional de Planeación.

fenómeno de evasión, hechos que no podían preverse en el momento que se realizaron las proyecciones iniciales. La segunda, que se sobrestimaron las posibilidades de cobertura y de recursos en los cálculos iniciales, pues los responsables de los mismos no tomaron en cuenta una serie de variables decisivas, por razones desconocidas. Cabría finalmente una tercera y posiblemente más real, que consistiría en la combinación de las dos anteriores.

Es obvio, por otra parte, que la diferencia entre la pendiente de cobertura planteada inicialmente y la obtenida en la realidad, significa que la meta de cobertura universal se ha diferido un número indeterminado de años. Se podrá estimar, en consecuencia, el lapso de tiempo en que se retrasará el cumplimiento de dicho propósito, de continuar sin modificación la tendencia actual de crecimiento.

Finalmente, el macroproyecto pretende al análisis detallado de las variables y condicionantes responsables de la débil tendencia actual de incremento de cobertura, para tratar de establecer cual es el impacto de cada una en el comportamiento de la pendiente, con el fin de poder plantear alternativas para lograr mayores tasas de crecimiento y por tanto alcanzar en el menor plazo posible la cobertura universal del aseguramiento en salud. Este ejercicio sería estéril si no sirviera como alerta que llama a la urgente necesidad de corregir los planes y políticas dirigidos a este objetivo. Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que una meta de desarrollo, o mejor quizás otro derecho constitucional definido como de carácter progresivo¹⁵, por ejemplo la cobertura pensional, puede diferirse cierto número de años, pero no la cobertura en salud, donde cada año de retraso se traduce en violencia social para muchos ciudadanos sin recursos.

Cabe precisar en este punto que la Reforma hacia el aseguramiento universal en Colombia no partió de cero, pues el Instituto de Seguros Sociales (ISS) se hizo cargo desde la década de los cuarenta del seguro de salud de los trabajadores formales y pensionados del sector privado, con base en los aportes o cotizaciones de patronos y trabajadores, mientras las Cajas de Previsión del orden nacional, departamental o municipal, garantizaban los servicios de salud de los empleados y pensionados gubernamentales, basadas en aportes patronales pero no siempre en aportes de los trabajadores. Incluso se había iniciado la cobertura familiar en algunas seccionales del Instituto de Seguros Sociales desde los años 80. También existían mecanismos de seguridad social o regímenes especiales al interior de las fuerzas militares, el magisterio (profesores de escuelas y colegios estatales) y la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL)¹⁶.

La Reforma

Con la Ley 100 de 1993 se aumenta la cotización del 7 al 12% del ingreso salarial, para poder cubrir de esta forma a la familia de los trabajadores y pensionados de los sectores público y privado en todo el país, al tiempo que se convierte en obligatoria la afiliación de trabajadores independientes con capacidad de pago y sus familiares, que no lo era hasta 1993. De esta forma se pretendió aumentar la cobertura y se constituyó en conjunto lo que se denomina el Régimen Contributivo del SGSSS (Art. 157 de la Ley).

¹⁵ Los derechos económicos sociales aparecen en el Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como un ideal, como un *desideratum*. En el Pacto de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), los derechos son "reconocidos" en vez de "declarados", o "asegurados". Se exige solo que estos derechos se "implementen progresivamente".

¹⁶ Estos grupos especiales de seguridad social fueron los únicos exceptuados del sistema General de Seguridad Social que creó la Ley 100 de 1993.

La extensión de la cobertura familiar, a todas las regiones del país y para todos los trabajadores, es el hecho que más ha incidido en el incremento de cobertura de la seguridad social en salud en Colombia a partir de la Ley, como se demostrará más adelante.

Otro cambio fundamental en el nuevo Régimen Contributivo fue la apertura hacia la competencia del aseguramiento en salud, con la conformación de las Empresas Promotoras de Salud públicas y privadas (EPS), reforma que puso fin a la afiliación forzosa en el Instituto de Seguros Sociales para los trabajadores de empresas privadas y en las Cajas de Previsión para los trabajadores del sector público.¹⁷

Adicionalmente, fue totalmente novedosa la creación del Régimen Subsidiado, para garantizar la seguridad social en salud a la población sin capacidad de pago, que implica subsidiar a las personas para cubrir total o parcialmente el monto de la cotización y garantizar de tal forma a estos ciudadanos el mismo Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. (Art. 157 y 162 de la Ley 100). Sin duda es este régimen una consecuencia lógica de la Constitución de 1991, que estableció los principios de solidaridad, universalidad y eficiencia para desarrollar la seguridad social como servicio público de carácter obligatorio¹⁸.

La necesidad de la aplicación de un sistema de subsidios a la demanda surgió en el marco de los requerimientos para superar las dificultades transitorias que se pudieran manifestar con la implantación de las políticas de ajuste económico, de tal manera que no se entorpecieran las condiciones del mercado y se siguiera el camino hacia el logro de la equidad, formulación correspondiente al llamado Consenso de Washington.

“Para el Banco Mundial (1987), la política para superar la pobreza durante los ajustes estructurales debía comportar dos características: 1) ser complementaria y subordinada a los programas de ajuste estructural, pues del éxito de tales programas dependería el desarrollo social futuro, de ahí que el objetivo fuera proteger a los que transitoriamente no pudieran incorporarse o fueran excluidos del proceso de crecimiento económico; 2) tales políticas deberían ejercerse mediante gasto público social, aun cuando se reconoce la dificultad de aumentarlo en condiciones de restricción fiscal. En materia de salud este organismo a través de su Departamento de Población, Salud y Nutrición pregonó el diseño, para los países de bajos ingresos, de un paquete mínimo de intervenciones clínicas y de salud pública con reducido costo destinadas a aliviar la carga ocasionada por las principales enfermedades y que debía ser subsidiado por el Estado”.

“En este escenario, el Estado debía reasignar el gasto social para aumentar su eficiencia social y técnica. Por ello se debía focalizar¹⁹ o concentrar los recursos en aquellos que más lo necesitaban, es decir, ciertos estratos de ingresos, zonas geográficas, grupos de edad o género, entre otros;

¹⁷ El discurso teórico que sustenta la reforma de la seguridad social en salud en Colombia esta contenido en el documento “Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina”, de Julio Frenk y Juan Luis Londoño. Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Economía y Salud, México 1997. El modelo establece cuatro funciones básicas, modulación, financiación, articulación y prestación de servicios, todas ellas separadas e introduce la competencia en la articulación y en la prestación de servicios.

¹⁸ En La Reforma a la Seguridad Social, Tomo 3, Pág. 30 se describe que el primer proyecto del Gobierno al Congreso, de Diciembre de 1992, se dedicaba únicamente a la creación de un Sistema de Subsidios a la Demanda para la población más pobre.

¹⁹ Se introduce el concepto de focalización, como estrategia para garantizar que los subsidios del Estado lleguen efectivamente a la población más pobre. Ver “Reexaminando la focalización” Dominique Van der Walle. The World Bank Research Observer, Vol 13 No. 2. 1998.

privilegiando además ciertas actividades de los servicios sociales, que se consideran más necesarias para ellos, tales como la medicina preventiva, la educación básica, la vivienda popular, entre otros. Los recursos públicos sociales debían destinarse a los más pobres, los menos pobres deben pagar los servicios que demanden, sean éstos públicos o privados”.²⁰

El Régimen Subsidiado instaurado en la ley colombiana también fue consecuencia del hecho de haber concebido el aseguramiento como el mecanismo capaz de hacer efectivo el derecho, es decir de garantizar la prestación de los servicios de salud²¹. El World Health Report 2000, de la Organización Mundial de la Salud, siete años después señala en este sentido: “Los sistemas de salud no sólo deben fomentar la salud de los ciudadanos sino protegerlos frente a los costos de la enfermedad. Los gobiernos deben reducir el regresivo gasto individual en salud y crear sistemas de financiamiento y prepagó que reduzcan el riesgo para los ciudadanos”.

Finalmente, la Ley 100 de 1993 define como participantes vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud a “las personas que por motivos de capacidad de pago, y mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas (hospitales) y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado”^{22 23}.

Será objeto también del presente estudio la disponibilidad de recursos, o la falta de los mismos, para lograr el aseguramiento universal, partiendo de la base de que, desde cuando se formuló la Ley 100, se sabe con precisión cuanto cuesta el aseguramiento universal. Igualmente se analizará la causa o causas posibles de que no se hayan logrado recaudar los recursos previstos para el Régimen Contributivo, ni los calculados para el Régimen Subsidiado. En última instancia se podrá analizar por qué no se ha cumplido el supuesto de que la riqueza del país permitiría financiar, utilizando mecanismos de solidaridad y eficiencia, el acceso equitativo a los servicios de salud.

²⁰ Rodríguez Oscar. “La difícil consolidación de un estado de bienestar. Desarrollo Económico y Social en el siglo XX. Cátedra Manuel Ancizar, Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, 2001.

²¹ La inclusión del aseguramiento como mecanismo para hacer efectivo el derecho a la seguridad social en salud, que finalmente adoptó la Ley 100 de 1993, sólo se encuentran en la propuesta presentada al Congreso por el Grupo de Macropolíticas de Salud y Seguridad Social del Instituto FES de Liderazgo, de Febrero de 1993, consecuencia de la reunión de expertos de Quirama realizada a finales de Enero de 1993. (Reforma a la Seguridad Social, Tomo 3, Pág. 90) Hasta ese entonces el sistema de subsidios era diferenciado del sistema de seguros de salud.

²² A partir de la Ley 100 se denominan subsidios de demanda los destinados a financiar la afiliación o el aseguramiento de los ciudadanos y subsidios de oferta los destinados a financiar directamente las instituciones de salud, para que continúen prestando servicios a los vinculados.

²³ Debe anotarse que adicionalmente al Plan Obligatorio de Salud, y complementario a este, la Ley 100 estableció el Plan de Atención Básica (PAB), constituido por aquellas intervenciones que se dirigen a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, así como las acciones de saneamiento ambiental. De carácter gratuito y obligatorio para todos los habitantes del país, es financiado directamente con recursos fiscales.

Algunas Consideraciones Preliminares

Es necesario aclarar que, si bien este estudio sobre el Desarrollo del Principio de Universalidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud aborda la problemática desde la perspectiva de la cobertura en el aseguramiento, o de los recursos necesarios para dicha cobertura, sus autores son conscientes de que el ámbito de la salud va mucho más allá de un problema estadístico o de la disponibilidad de unos recursos y que, aun cuando se contara con los recursos y se lograra la cobertura universal del aseguramiento, faltaría aún garantizar la accesibilidad real a los servicios, en condiciones de equidad y calidad, sólo posible de construir sobre la base de un sector salud fortalecido técnicamente desde los organismos de dirección hasta el último nivel de prestación de servicios.

Si bien consideramos trascendental la mirada económica sobre el sector, por cuanto este no es una isla, sino que está ubicado en un contexto de desarrollo económico y social del país (más aún desde la Ley 100, pues los ingresos del Sistema quedaron fundamentalmente amarrados a los salarios de los colombianos y el progreso de estos depende del comportamiento de la economía y de la distribución real del ingreso), somos así mismo conscientes de que la accesibilidad a los servicios de salud constituye un problema social que no da espera, con implicaciones políticas muy importantes para el futuro inmediato, pues el desarrollo del derecho y de la necesidad, incorporados a la conciencia colectiva por una parte y asentados en la jurisprudencia por otra, no dan espera al Estado Colombiano.

El derecho a la salud evolucionó notablemente en las últimas décadas del siglo XX. Los derechos económicos sociales aparecen en el Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como un ideal, como un *desideratum*²⁴. En el Pacto de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), los derechos son "reconocidos" en vez de "declarados", o "asegurados". Se exige solo que estos derechos se "implementen progresivamente". Esto es algo que en realidad queda para las legislaciones nacionales²⁵.

En este sentido, el problema de la cobertura de la seguridad social en salud aquí planteado tiene implicaciones que van mucho más allá de un problema financiero o estadístico, hacia la construcción de un país más justo para todos los colombianos. Por la misma razón el propósito final trazado en la Ley 100 de garantizar el acceso de todos los colombianos por igual a un Plan Obligatorio de Salud no puede éticamente reducirse, ni convertirse en un dilema la posibilidad de su aplicación sobre menos personas o con menos beneficios, salvo que estos planteamientos signifiquen únicamente la vía más expedita para alcanzar el propósito único y global señalado.

Más aún, puede comprobarse que la falta de cobertura del aseguramiento, trae como consecuencia en muchas ocasiones que el mismo Estado o los ciudadanos acaben asumiendo por otra vía los costos de atención en salud escatimados al aseguramiento. Un ejemplo de ello es que ya antes de la reforma, el Instituto de Seguros Sociales concentraba una proporción de enfermos con patologías de

²⁴ Calderón Legarda, Germán, 'La salud como derecho y la posibilidad de una ética de la distribución de los recursos sanitarios' Artículo de la publicación del seminario internacional Ética y Reforma a la Salud, Ministerio de Salud, Bogotá 1999.

²⁵ Algunos protocolos adicionales como el de San Salvador (no vigente aún) han tratado de precisar un poco más sobre el tema de la responsabilidad de la sociedad y del Estado.

alto costo, muy superior al porcentaje de la población asegurada por esta entidad.²⁶ Igualmente la encuesta ‘Demografía y Salud 2000’ realizada por Profamilia²⁷, permitió demostrar que en el Régimen Subsidiado fue incluida una mayor proporción de personas mayores de 55 años que en el grueso de la población pobre.²⁸ Ambos ejemplos demuestran que el mantener excluido un porcentaje de la población de un sistema de aseguramiento o financiación de patologías de alto costo, no garantiza que los enfermos correspondientes a ese porcentaje y su costo se queden en el grupo de los no asegurados.

Lo anterior es más válido a partir de la Constitución Política de 1991, que a más de establecer el servicio público de carácter obligatorio y el derecho a la seguridad social y la salud de todos los habitantes del país, creó el mecanismo de la tutela, para que los ciudadanos pudieran exigir con facilidad y celeridad ante cualquier juez sus derechos fundamentales²⁹, cuando hayan sido restringidos o negados.

Según el World Health Report 2000, ‘Un sistema de salud donde los individuos tienen que pagar de su propio bolsillo una parte substancial del costo de los servicios de salud en el momento de necesitar un tratamiento, claramente restringe el acceso solamente a aquellos que tienen recursos suficientes para pagarlos, por lo tanto excluye a los miembros pobres de la sociedad. Algunos tratamientos importantes pueden resultar inaccesibles para muchas personas..... La equidad en la protección del riesgo financiero que significa la enfermedad requiere la máxima separación posible entre la contribución y la utilización. Esto particularmente para intervenciones de alto costo en relación a la capacidad de pago de los hogares’.

Adicionalmente las reformas o los avances en seguridad social permiten la construcción de tejido social y mejoran la gobernabilidad de un país: ‘Junto a los mecanismos de intervención macroeconómica el Estado se orienta hacia la consolidación de un sistema de seguridad social como forma de legitimidad política y que se estructura en función de la correlación de fuerzas de los sectores sociales organizados’³⁰

Otra consideración, que es necesario plantear desde un comienzo, se relaciona con la inquietud que genera la tendencia gubernamental y de algunos otros sectores de considerar la evasión de aportes al Sistema y la corrupción como las causas de la insuficiencia de recursos³¹. Deben verificarse las características del importante porcentaje de trabajadores no afiliados al Sistema y la capacidad real de pago de estos trabajadores, antes de definir como evasión el grueso del problema. El mismo World Health Report 2000 reconoce que para estimar la capacidad de las familias para realizar aportes voluntarios para salud debe descontarse primero el gasto en alimentación y vivienda.

²⁶ A pesar de cubrir menos del 20% de la población, el Instituto de Seguros Sociales asumía desde la década de los 70 la mayoría de las enfermedades de alto costo en el país. El Informe de la OIT ‘Valuación Actuarial de los Regímenes de Seguridad Social Contenidos en la Ley 100 de 1993 Administrados por el Instituto de Seguros Sociales’, Marzo de 1998, afirma que en 1997 ‘...el ISS atiende el 90% de los casos de alto costo (por ejemplo pacientes con cáncer, Sida, programas de trasplantes) en el país,.....’.

²⁷ ‘Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000’ Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), Bogotá 2001.

²⁸ ‘Enfermedades de Alto Costo, una Propuesta para su Regulación’, Martínez Félix y Rossi Francisco. Cuadernos de Fedesalud Volumen 1. Marzo de 2002.

²⁹ Para la Corte Constitucional la salud y la seguridad social aunque no son derechos fundamentales, lo son por conexidad con el derecho a la vida. (Sentencia Unificada de Tutela 480 de 1998).

³⁰ Rodríguez Oscar, ‘La difícil consolidación de un estado de bienestar’ Cátedra Manuel Ancizar sobre Desarrollo Económico y Social en el siglo XX. Universidad Nacional, Bogotá 2000.

³¹ Plata, Beatriz y otros ‘La Evasión de Aportes Obligatorios al Sistema de Salud en Colombia’, Fedesarrollo, Fundación Corona, Bogotá 1999.

De la misma forma cabe preguntar si se estimó el porcentaje de evasión existente en el Instituto de Seguros Sociales antes de la Reforma, e igualmente el porcentaje de evasión calculado en los últimos años por la Administración de Impuestos Nacionales, pues de otra forma se estaría pretendiendo un escenario de recaudo alejado totalmente del comportamiento histórico del país.

Los problemas de cobertura que ha evidenciado el Sistema General de Seguridad Social en Salud deben analizarse igualmente desde la perspectiva del sistema de recaudo vigente, que corresponde al esquema Bismarckiano de seguridad social, ligado a la relación patronal desde la época de la sociedad industrial, sistema que plantea serias dificultades en una estructura socioeconómica caracterizada por negocios pequeños e informales y trabajo independiente, correspondientes por una parte al subdesarrollo y por otra a la etapa postindustrial. Este tema, sin embargo, es objeto del segundo componente del macroproyecto.

Una última consideración que no puede dejarse de lado desde el inicio, tiene que ver con la gran diversidad entre “Las dos Colombias” (así la han dado en llamar algunos autores)³², la una urbana, rica, industrializada y con gran desarrollo de los sectores financieros y de servicios, la otra rural, pobre y abandonada, donde gran parte de la población no tiene acceso a la gran mayoría de los bienes y servicios que definieron el progreso de la humanidad en el siglo XX. Indudablemente, la caracterización de la población permitirá establecer si el abordaje del aseguramiento mediante el régimen contributivo y subsidiado, en términos de pobres y no pobres, es suficiente para enfrentar la problemática de cobertura y si debe ser esta la única variable a considerar.

Finalmente, es necesario advertir que el propósito de este estudio no es determinar cifras con absoluta exactitud, en cualquiera de los campos que se precisen utilizar, sino construir, a partir de la información, dispersa y parcial muchas veces, aproximaciones suficientemente válidas, con pequeños márgenes de error, sobre las cuales se pueda aprehender la realidad sin temor a equivocación, así como ayudar a construir con seguridad una política hacia el futuro.

³² Plan de Desarrollo del Gobierno López Michelsen 1974 – 1978.

Capítulo I

Las Mediciones de Cobertura

La primera dificultad que se debe asumir en un estudio sobre Cobertura de la Seguridad Social en Salud, consiste en precisar los términos en que se pretende definir dicha cobertura. Previamente, es necesario tener claro que se entiende por seguridad social, aseguramiento y cobertura.

Por seguridad social suele entenderse la existencia de diversos mecanismos de protección social frente a los riesgos que afectan a los individuos en una determinada sociedad, basados en el principio de solidaridad que debe existir entre los miembros de la misma, de modo que, con base en ella, todo individuo, por el solo hecho de pertenecer a una comunidad tiene derecho a estar protegido por la sociedad en que vive³³.

“Una de las formas que se encontró para cohesionar el tejido social fue la aplicada en la Alemania de Bismarck gracias a la introducción del aseguramiento al manejo de los problemas sociales. Los seguros aparecen como técnica para la circulación de las mercancías a nivel internacional. La base estadística estaría dada por la ley de los grandes números, lo que permite calcular el riesgo y de contera introducir el principio de solidaridad recogido por la Revolución Francesa; como lo señala Pierre Rosanvallon (1985) “Al pasar de la noción subjetiva de comportamiento y responsabilidad individual, a la noción objetiva de riesgo, el seguro invitaba a mirar lo social de manera diferente (...) El enfoque en términos de riesgo en efecto, remite en primer lugar a una dimensión probabilística estadística de lo social (el riesgo es calculable) que permite relegar a un segundo plano el juicio sobre los individuos”. A diferencia de la asistencia social propia de los sistemas de protección precapitalistas, el seguro social representa la ejecución de un contrato en el cual los ciudadanos y el Estado están igualmente implicados. El seguro social funciona como una mano invisible que produce seguridad y solidaridad sin que intervenga la buena voluntad de los hombres. Por construcción el seguro atañe a las poblaciones: al hacer de cada uno la parte de un todo, hace así interdependiente a los individuos” (Rosanvallon.)....”

“...Teniendo en cuenta que la producción no es un asunto exclusivo del sector privado, toda vez que de su desenvolvimiento depende la vida de la sociedad, este tipo de Estado tomó a su cargo el establecimiento de relaciones más equitativas entre el capital y el trabajo; así, en la contraprestación a la subordinación del trabajo quedaron comprendidas la remuneración en salario nominal y la garantía de mejores condiciones de trabajo y de vida para los trabajadores y sus familias. Esta regulación, que permitió el acceso a la salud, educación, protección social y a las normas de seguridad industrial, dotó a los trabajadores y por su intermedio a toda la sociedad de los derechos sociales, los cuales sumados a los derechos civiles y políticos conforman lo que Bruno Lautier denomina la plena ciudadanía”³⁴

Desde nuestra perspectiva, la seguridad social consiste adicionalmente en el conjunto de mecanismos creados para garantizar la estabilidad del ingreso individual o familiar en una sociedad

³³ Ver “Una Visión Integral de la Seguridad Social” Capitulo IV Leonardo Cañón Ortegón. Ediciones Proa Ltda. 1988.

³⁴ Op. Cita Rodríguez Oscar, “La difícil consolidación de un estado de bienestar”.

de mercado. Seguros como el de enfermedad general y maternidad, el de invalidez, vejez y muerte o el de desempleo, constituyen la garantía de la seguridad y estabilidad económica de las familias de los trabajadores, es decir la protección contra las contingencias, indispensable en una sociedad capitalista, en la que el Estado no tiene la función directa de garantizar el ingreso y la provisión de las necesidades de las familias, a diferencia de las sociedades socialistas.

En este sentido, el desarrollo de la seguridad social es inherente al desarrollo de las sociedades capitalistas. De hecho la seguridad social cuando nace en Europa no sólo permite solucionar a los gobiernos las exigencias de la población trabajadora organizada, sino que al tiempo constituyó un mecanismo ideal para descargar a las empresas con mayor antigüedad de una costosa carga prestacional, responsabilidad que no les permitía ser competitivas frente a las empresas jóvenes.

La Constitución de 1991 estableció en su primer artículo que ‘Colombia es un Estado Social de Derecho’ y en el segundo que entre los fines esenciales del Estado está el de ‘garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución’, entre ellos el derecho irrenunciable a la seguridad social³⁵.

De no contar con dichos mecanismos de aseguramiento, las familias, ante las contingencias de enfermedad, invalidez, vejez o muerte del trabajador del grupo, se quedarían sin ingresos para subsistir o verían seriamente reducido su calidad de vida. Por otro lado, sin seguridad social, el esfuerzo de acumulación familiar (ahorro e inversión) de muchos años puede perderse por una sola contingencia.³⁶

Desde esta perspectiva, el aseguramiento en salud no se diferencia básicamente del aseguramiento de una propiedad o un vehículo, en el sentido de proteger contra un riesgo económico, tampoco se diferencia del mecanismo de seguros en el sentido de distribuir un riesgo entre todos los miembros de un grupo poblacional, y tampoco en el objetivo final de mantener la calidad de vida de los individuos y la familia.

En este sentido, el aseguramiento establecido en la Ley 100 es la forma de garantizar que el derecho a la salud se haga efectivo. El aseguramiento garantiza a una dimensión individual, el derecho que la seguridad social establece a nivel colectivo.

El aseguramiento en salud introducido por la Ley 100 se diferencia de los seguros de propiedad u otros, en el hecho de que es un seguro obligatorio y único, con carácter universal y estrictamente controlado por el Estado como servicio público, independientemente de que los aseguradores sean empresas públicas o privadas. Lo fundamental es que el aseguramiento es el mecanismo que permite responder colectivamente a las necesidades de cada individuo.

No consiste en principio en prestar servicios de salud, sino en el hecho de estar protegido por un seguro que garantice el pago de los servicios médico hospitalarios, así como la continuidad del salario durante la incapacidad, con el fin de que la familia no vea en peligro sus ingresos. El hecho de la organización o prestación, directa o no, de los servicios de salud por parte del asegurador

³⁵ El Artículo 48 de la Constitución Nacional establece que ‘la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad..... Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social’.

³⁶ Ver ‘Social Protection Concepts and Approaches. Implications for Policy and Practice in International Development’. Andy Norton y otros. Centre for Aid and Public Expenditure. Overseas Development Institute. London. UK, Febrero de 2001.

(Empresa Promotora de Salud –EPS- para el caso colombiano)³⁷, puede incidir en la calidad y el costo de los servicios y del mismo aseguramiento, pero no cambia sustancialmente el concepto de pagar una prima para estar cubierto de un riesgo financiero.

Tampoco el hecho de que la aseguradora sea privada o pública, domine todo el mercado o compita con otras, cambia sustancialmente el principio de aseguramiento, aunque sí el modelo de gestión del aseguramiento. Es necesario precisar a este respecto que la gestión de las entidades que manejan seguros de salud va más allá del pago de las contingencias, e incluye importantes funciones de agencia, para conseguir servicios de calidad y menor precio para los asegurados, informarlos adecuadamente sobre la utilización y necesidad de servicios, en suma, superar la asimetría de información entre prestadores de servicios de salud y usuarios, y reducir los costos de transacción.³⁸

Otro aspecto clave del aseguramiento es el tamaño del “pool” o grupo asegurado, que define la magnitud de la distribución del riesgo: cuanto más grande el grupo asegurado o poblacional, más efectiva la distribución del riesgo, para disminuir el efecto financiero de las contingencias para el asegurador y por tanto el costo para el asegurado. Por tal razón una condición del aseguramiento es el tamaño mínimo del pool. Otra forma adicional de distribuir el riesgo es el mecanismo de reaseguros, mediante el cual se distribuye a su vez el riesgo entre varios “pooles”.

La reforma en Colombia optó por delegar el servicio público de seguridad social en salud, es decir el manejo del seguro, a empresas públicas y privadas, las llamadas Entidades Promotoras de Salud, que pueden manejar sus propios “pooles” de riesgo o grupos poblacionales, pero tienen la obligación a su vez de distribuir más ampliamente los riesgos mediante un mecanismo de reaseguro parcial que cubra las enfermedades de mayor costo.

Adicionalmente el Sistema distribuye el costo de la póliza del seguro de salud, o unidad de capitación (UPC)³⁹, mediante un proceso de compensación entre las EPS que participan en el Régimen Contributivo para igualar sus ingresos per cápita y generar solidaridad entre individuos. El componente de solidaridad entre ciudadanos viene heredado de la antigua seguridad social, que permite que los trabajadores de mayores ingresos compensen la poca capacidad de pago de los trabajadores de menores ingresos, pero que fue ampliado al compensar el gasto de las familias con muchos miembros con el de las familias con pocos o un solo miembro. En última instancia se separa la capacidad de pago de la necesidad de servicio o del riesgo. La solidaridad se da en el pago, la equidad en el servicio o derecho igual para todos.

³⁷ Se definen estas aseguradoras como Empresas Promotoras de Salud (EPS), porque aparte del aseguramiento (“organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud”) tienen como función promover la afiliación de grupos de población no cubiertos y controlar la calidad de los servicios ofrecidos a sus afiliados. Debe aclararse que las EPS al responder a los principios de la seguridad social y dadas las características del producto ofrecido y su regulación (POS – UPC, preexistencias, etc.), dejan de ser aseguradoras puras aunque continúan siendo genéricamente denominadas como tales.

³⁸ “Ha mejorado el acceso en salud. Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado”. Arévalo Decsi y Martínez Félix Editores. Colección “la seguridad social en la encrucijada” Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. En edición.

³⁹ La Unidad por Capitación (UPC) se establece en la Ley 100 de 1993 como el pago anual por afiliado que hará el Sistema a las Empresas Promotoras de Salud, es decir equivale al valor de la prima fijada oficialmente de este seguro obligatorio de salud, fijada anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. La Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía fue creada por la misma Ley con el objeto de que las EPS que recauden por concepto de cotizaciones más del valor de la Unidad de Capitación por afiliado giren a dicha cuenta los excedentes y las que recauden menos de dicho valor per cápita cobren el faltante, de modo que todas las EPS reciban igual per cápita por afiliado, y se cumpla el principio de equidad.

Una tercera condición del aseguramiento es el cálculo de las contingencias para el asegurador en función de dos variables, el costo y la frecuencia de las mismas (finalmente, el costo de una póliza de seguros se calcula teniendo en cuenta estas dos variables más los costos de administración y ventas y la utilidad del asegurador). En cuanto a la dimensión probabilística estadística de lo social, el riesgo es calculable (como se citó anteriormente). Los riesgos en salud se llevan igualmente a un cálculo de frecuencias y costos, para estimar el valor de la póliza para un determinado “pool” o grupo poblacional.

En Colombia se incluyeron y calcularon dentro del seguro único de salud o Plan Obligatorio de Salud (POS), tanto los riesgos poco frecuentes y de alto costo (cáncer, enfermedades renales, etc), como la atención médica para el resfriado o la operatoria dental, problemas de bajo costo de atención y alta frecuencia. También se costearon independientemente y se incluyeron actividades de promoción y prevención de la salud dentro del paquete obligatorio.

Es necesario precisar que el aseguramiento en salud es necesario y resulta lógico para protegerse de las contingencias que supongan mayor riesgo financiero, como enfermedades catastróficas, u otras que requieran hospitalización y cirugía, etc., pero deja de funcionar la lógica de aseguramiento cuando se habla de servicios básicos o actividades de promoción y prevención, puesto que los ciudadanos no adquirirían por iniciativa propia seguros para esta clase de servicios, ni el mercado los ofrece. En este punto entre a funcionar la lógica social en términos de salud pública.

En el caso de las actividades básicas o de promoción y prevención, el que parece estarse asegurando es el Estado frente a unos costos de servicios y unos riesgos de salud pública. La racionalidad del aseguramiento no es compatible con la racionalidad de las actividades costo efectivas de salud pública para el Estado, pues el primero presupone la condición de baja frecuencia y alto costo y la segunda, por el contrario, implica alta frecuencia (prevalencia) y bajo costo⁴⁰.

Desde este punto de vista, la idea de cubrir a los pobres con un “seguro de atención básica” (que no incluye atenciones médicas de mediana o alta complejidad), no es otra que la de establecer una forma de contratar y garantizar a un costo fijo unos servicios que interesan a la comunidad y al Estado, línea de pensamiento útil desde el punto de vista de la salud pública, pero muy distinta de aquella que generó la seguridad social⁴¹.

En el mismo sentido, la reciente utilización en Latinoamérica del término “seguridad social” para mencionar una nueva forma de contratar los programas de atención primaria, que anteriormente prestaba el Estado, supone un malabarismo lingüístico o cuando menos la utilización inadecuada del término.

El punto se centra en que el ciudadano -partiendo de una situación de limitación de recursos-, no tiene la libertad de escoger contra que asegurarse, puesto que no se le plantean opciones en este sentido en el Sistema de Seguridad Social en Salud, por esta razón las decisiones tomadas por unos pocos técnicos sobre lo que le conviene o no a la ciudadanía pueden considerarse arbitrarias, sin importar lo bien intencionadas que sean, puesto que no se dio oportunidad a la sociedad,

⁴⁰ Los criterios que primaron en el diseño del POS Subsidiado fueron los de costo – efectividad. ‘La Reforma a la Seguridad Social en Salud’ Tomo 1 Libro Cuarto. Ministerio de Salud. 1ª. Edición 1994. Editorial Carrera Séptima Ltda. Santafé de Bogotá.

⁴¹ Exactamente lo contrario podría señalarse del reaseguro para enfermedades de alto costo en el actual Régimen Subsidiado, que sí obedece al concepto clásico de aseguramiento.

especialmente a los afectados por la decisión de aplicar un seguro parcial y limitado, de debatir sobre los riesgos que se deben incluir prioritariamente en tal aseguramiento limitado⁴².

Lo técnico, por tanto, no puede aislarse de lo político en la toma de decisiones que afectan a grandes sectores de la población. Cabe señalar, sin embargo, que sólo cuando el Plan sea igual para todos los ciudadanos, toma sentido real la participación en la discusión sobre sus contenidos. Entre tanto, sean desiguales los planes, el debate se centrará en la equidad.

Si bien la reforma de la seguridad social en Colombia prevé alcanzar la cobertura universal que garantice el acceso a un Plan Obligatorio de Salud igual para todos sus habitantes, este POS completo se aplicó desde el inicio tan sólo en el Régimen Contributivo.

Así mismo, previó que el Régimen Subsidiado, en su punto de partida, iniciara con un plan que incluyera “servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago de capitación (UPC) del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel⁴³ se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables” y ordenó que “el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)⁴⁴ diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001” (Art. 162).

El arranque del Régimen Subsidiado sobre un plan ideal para algunos técnicos, en cuanto a la racionalidad “costo efectiva” de la inversión en salud⁴⁵ y no sobre la demanda real de servicios de salud de la población pobre⁴⁶, significó una enorme pérdida de recursos en los primeros años de operación del Régimen Subsidiado, la desfinanciación de los hospitales por la atención de riesgos no cubiertos por este seguro y utilidades exageradas para las Administradoras del mismo⁴⁷. Prueba

⁴² Daniels Norman “Herramientas para orientar la distribución de recursos” Publicación Ética y Reforma a la Salud, del Seminario Internacional del mismo nombre, 1999. Ministerio de Salud.

⁴³ El Sistema Nacional de Salud creado en 1975, para racionalizar la prestación de servicios, estableció tres niveles de atención y el desarrollo de las instituciones correspondientes en municipios rurales, municipios intermedios y grandes ciudades. En los municipios rurales las instituciones deberían prestar servicios de medicina general (I Nivel). En municipios intermedios deberían haber hospitales con capacidad quirúrgica y de especialidades básicas (II Nivel). En las capitales se desarrollarían los hospitales universitarios, de alta tecnología y con subespecialidades (III Nivel).

⁴⁴ La ley 100 de 1993 crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), adscrito al Ministerio de Salud, como organismo de dirección del SGSSS, en el que se busca un proceso de concertación y participación de todos los actores del Sistema y el Gobierno para ir ajustando una reforma tan compleja y, especialmente acordar periódicamente las modificaciones del Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Capitación.

⁴⁵ El modelo de costo efectividad incorporado en la Ley 100 fue el de Años de Vida Saludable, metodología utilizada a principios de los 90 por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud en ocho regiones del mundo, según cita de “La Reforma a la Seguridad Social”, Tomo 1: Antecedentes y resultados, Pág. 87. No es la primera vez que en una ley de salud en Colombia se incorpora un modelo teórico, que como toda propuesta teórica puede ser fuertemente cuestionada, pues en la Ley 10 de 1990 se incorporó el modelo de salud de Blum y Lalonde.

⁴⁶ El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado fue construido y calculados sus costos adicionalmente sobre el idealismo de una cobertura del 100% en todas las actividades de promoción de la enfermedad y prevención de la salud, meta imposible de lograr en cualquier país del mundo.

⁴⁷ Se acordó la incorporación progresiva de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, al comprobar por estudios técnicos un gasto en salud inferior al 70% de la UPC por parte de las Administradoras del Régimen Subsidiado (entidades creadas con posterioridad a las Empresas Promotoras de Salud, con menos requisitos, para manejar el seguro de la población pobre). Acuerdos Nos. 23 de 1995, 49 de 1996, 62 y 72 de 1997.

de ello es que posteriormente el CNSSS debió incrementar los contenidos del Plan sin subir en valor constante el costo del aseguramiento y finalmente redujo el valor de la UPC pagada⁴⁸. En la actualidad no existe posibilidad cercana de acercar los contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado a los del POS completo del Régimen Contributivo, de acuerdo a la disponibilidad de recursos para subsidios, tema que será tratado más adelante.

Cabe aclarar que, en este estudio, independientemente de las consideraciones sobre la accesibilidad a los servicios o la calidad de los mismos, así como sobre los contenidos del seguro o Plan Obligatorio de Salud, se pretende definir la cobertura únicamente en términos de aseguramiento, o lo que podría señalarse más explícitamente como pólizas pagadas efectivamente.

La cobertura determinada exclusivamente desde el punto de vista del aseguramiento incluye a todas las personas cuya Unidad por Capitación (UPC) ha reconocido la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía en el Régimen Contributivo, al igual que todas las personas incluidas en los contratos del Régimen Subsidiado aprobados por el Ministerio de Salud⁴⁹.

Se podría observar en este punto, con razón, que muchas personas incluidas en los listados de los Contratos del Régimen Subsidiado no recibieron efectivamente su carnet para acceder a los servicios, hecho que será considerado, al igual que se podría observar que muchas personas recibían los beneficios del régimen contributivo en el Instituto de Seguros Sociales sin haber pagado efectivamente⁵⁰, hecho que también será considerado. Ambas observaciones no impiden definir la cobertura desde la perspectiva del *aseguramiento efectivamente pagado*. También se podría señalar que la cobertura efectiva incluye la garantía de prestación de servicios, que se ha visto gravemente afectada por la crisis financiera de los hospitales públicos, pero esto constituye otro problema que no es objeto de esta investigación.

Por último, es preciso señalar que si en el Régimen Subsidiado el seguro cuesta aproximadamente la mitad que en el Contributivo e igualmente cubre cerca de la mitad de los riesgos, debe considerarse como medio seguro y no como uno entero, desde la perspectiva de la Ley dirigida a alcanzar un Plan Obligatorio de Salud (POS) igual para todos los colombianos.

El Punto de Partida

En la página 97 del Tomo 3 o Anexo Documental de ‘La Reforma a la Seguridad Social en Salud’, ya citado, puede observarse el punto de partida de la Ley:

⁴⁸ Ante las dificultades financieras se decidió congelar la Unidad de Capitación del Régimen Subsidiado en 1999, lo que significó una reducción en pesos constantes de su valor. Acuerdo No. 119 de 1998.

⁴⁹ La Unidad de Capitación (UPC) del Régimen Subsidiado es fijada igualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y pagada con recursos del Fondo de Solidaridad, los departamentos o los municipios a las Administradoras del Régimen Subsidiado.

⁵⁰ Según el estudio citado de la O.I.T. sobre el I.S.S, esta institución “en 1997 gastó 255.000 pesos per cápita de afiliado. De estos 64.400 fueron para administración y 190,600 para servicios de salud. Estos últimos se encuentran afectados por servicios prestados a personas sin derecho, por no haber efectuado el pago, lo cual representa el 20% de los afiliados.....” Pág. 50 Op. Cita.

“En Colombia la seguridad social no sólo no es universal sino que los estudios demuestran que el sistema es uno de los de más baja cobertura en América Latina, pues esta no llega al 20% de la población, estando desprotegido el 95% de la población rural, el 95% de los trabajadores del sector informal e incluso cerca del 50% de los trabajadores asalariados. Igualmente la población infantil y estudiantil está casi por completo marginada”

Según el Tomo I del mismo documento, la población asegurada no llega al 20% (subsistema de seguridad social). De esta a su vez un 20% lo está mediante entidades de previsión social para trabajadores públicos. En cuanto a los dependientes o familiares de estos trabajadores, no están asegurados el 82%, pues sólo existía cobertura familiar del seguro en algunas regionales pequeñas del ISS⁵¹.

En segundo lugar cita un 11% de la población con alta capacidad de pago y no afiliada a la seguridad social utilizaba medicina prepagada o gasto directo ante servicios privados (subsistema privado).

En tercer lugar el subsistema público, financiado por el Estado, cubría cerca del 50% de la población sin ningún tipo de aseguramiento al igual que las familias de los asegurados.

Por último, señala el documento, el 19% de la población no accede a la prestación de los servicios en ninguno de los tres subsistemas.

Esta segmentación en tres subsistemas claramente diferenciados implicaba a su vez diferentes posibilidades de acceder a los servicios de salud.

“Una población económicamente activa asalariada afiliada de 3.500.000 personas y con 3.500.000 familiares dependientes. La afiliación familiar en el ISS, sin embargo, es menor del 20%”.

“Tan sólo el 52% de los asalariados se encuentran inscritos en el Seguro Social, dejando entonces una población económicamente activa asalariada no afiliada de 3.200.000 personas, con familiares que ascienden a 4.000.000 de personas”.

“Los informales pueden representar una cifra cercana a las 4.700.000 personas, con familias dependientes que suman 5.800.000”.

“Los independientes se calculan en 1.200.000 personas, y sus familiares en 1.400.000.”

“Se calcula que el 10% de la población, 3.300.000 personas conforman el grupo de los indigentes y que 1.100.000 están desempleadas y deben atender obligaciones con familiares que suman 1.300.000 personas”.⁵²

Por su parte, en el Tomo I de la misma obra citada, Libro Quinto, sobre la definición del Plan Obligatorio de Salud, se señala:

⁵¹ Este régimen familiar en el ISS se consideraba en prueba en dichas regiones y no costeable con la cotización vigente para salud, equivalente al 6% del salario. Fue organizado por recomendación de organismos internacionales de 1970 y puesto en marcha en 1975, según Decsi Arévalo . Op. Cita. “Estructura y Crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992”.

⁵² Las cifras corresponden a la Propuesta del Grupo de Macropolíticas de Salud y Seguridad Social del Instituto FES de Liderazgo, presentada después de la Reunión de Expertos de Quirama.

‘De acuerdo con las proyecciones poblacionales existentes, en 1993⁵³, existían en el país 33.453.515 colombianos, distribuidos en 6.695.060 familias asalariadas que aglutinaron a 21.500.284 individuos, y tuvieron un ingreso mensual promedio de 319.315 pesos; 3.014.905 familias independientes que aglomeraron 9.710.655 colombianos, con un ingreso laboral mensual promedio de 235.093 pesos; finalmente, existían 2.844.741 personas que viven en ‘familias’ en las cuales no existe ingreso laboral reportado’.⁵⁴

A partir de esta fecha - año 1993 -, se inicia en este estudio un proceso de revisión de las cifras poblacionales, de indicadores laborales y de afiliación a la seguridad social, que está lleno de dificultades, por problemas derivados de la existencia de diversas y disímiles fuentes de información y, al mismo tiempo, por causa de los vacíos de información, (por ejemplo en cuanto a la afiliación a la seguridad social en salud durante los primeros años de la Reforma), todo lo cual obliga a generar un proceso de reconstrucción, que permita obtener, si no cifras exactas, al menos lo más aproximadas posibles a la realidad para los años revisados, a fin de que el margen de error no sea significativo.

Cobertura Régimen Contributivo

Consideraciones sobre las cifras de asegurados mediante el Régimen Contributivo

Desde el inicio de la reforma ha existido un gran problema relacionado con las deficiencias del Sistema de Información, el cual ha sido señalado reiteradamente y destacado en algunos documentos⁵⁵ incluso como una de las causas de falta de control en la afiliación y pérdida de recursos por evasión. Adicionalmente, durante varios años no se realizó el cruce de información entre las distintas EPS y entre los afiliados del Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado y los otros Sistemas (régimenes excepcionales y planes privados), para controlar la doble afiliación. Tan sólo recientemente se ha avanzado en estos propósitos, con la creación de la base de datos única del Sistema⁵⁶ por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y el Registro Único de Aportantes, liderado por el Ministerio de Hacienda⁵⁷.

⁵³ En este punto se anota que la información del censo de 1993 aún no estaba disponible, pero que de encontrarse una mayor población absoluta debería generar un re-escalamiento de la población, sin mayores modificaciones de estructura.

⁵⁴ En este documento se define como familia asalariada aquella que tiene al menos un trabajador asalariado, aunque puede tener otros trabajadores asalariados o independientes. Igualmente define como familia independiente aquella que cuenta con ingresos laborales de sus miembros, pero no tiene ningún trabajador asalariado.

⁵⁵ Informe del CNSSS al Congreso 1999 ‘La falta de información en el Sistema, es uno de los aspectos más críticos y específicamente, por la inexistencia de bases de datos de los afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las EPS, hecho que genera la atención de afiliados con cargo a los recursos de oferta’

⁵⁶ La Ley 633 del 2000, o Ley de la Reforma Tributaria, creó el Registro Único de Aportantes a la Seguridad Social en Salud, como mecanismo para controlar la evasión de los distintos aportes parafiscales, medida que

En este sentido se han propuesto desde un comienzo los cruces de información del Sistema con las Administradoras de Riesgos Profesionales⁵⁸, con las Cajas de Compensación Familiar, con el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), entidades que reciben otros aportes parafiscales de las empresas, y con el Ministerio de Hacienda y la Dirección de Impuestos Nacionales, para cotejar con todos estos cruces de información, por una parte los afiliados y por otra los ingresos declarados.

De manera complementaria, el cambio del sistema de recaudo significó un gran trauma y una pérdida de la información en las instituciones antiguas como el ISS⁵⁹. Antes de la reforma el recaudo se basaba en la facturación por parte del ISS y el reporte de novedades por parte de las empresas, mecanismo que fue cambiado por el mecanismo de autoliquidación mensual de aportes, obligatorio para las empresas hacia las distintas EPS que tengan afiliados a sus trabajadores, y el registro de los familiares por estas últimas.⁶⁰

Por las causas antes señaladas no existe información clara y confiable sobre la afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en los primeros años de operación y será necesario efectuar a continuación un ejercicio complejo para la reconstrucción de las cifras.

Algunas observaciones sobre afiliación, recaudo, compensación y solidaridad

El hecho de que la reforma incluyera la competencia en el aseguramiento implicó la creación de un mecanismo de compensación para garantizar la solidaridad en el financiamiento del Sistema. Independientemente de que los trabajadores se afilien a una u otra EPS, las cotizaciones pertenecen al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y este reconoce igual valor por afiliado o unidad de capitación a todas las entidades.

El financiamiento del Régimen Contributivo incluye un gran concepto de solidaridad, pues por todos los trabajadores y pensionados (cotizantes) se debe aportar el 12% del salario al Sistema (4% el trabajador y 8% la empresa en el caso de los trabajadores dependientes y el 12% en su totalidad lo asumen los trabajadores independientes y los pensionados), sin importar que tengan bajos o altos

sustituye el Centro Único de Recaudo formulado por el Departamento Nacional de Planeación y el CONPES hace un par de años.

⁵⁷ Decreto 889 de 2001.

⁵⁸ La Reforma acabó con el manejo unificado que venía haciendo el ISS de los riesgos por enfermedad general y los riesgos profesionales. Creó las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) para el aseguramiento separado de la salud de dichos riesgos laborales, a cargo de los patronos. El efecto ha sido en los primeros años la disminución de los diagnósticos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional, lo que se tradujo en incremento de las cargas a las EPS y disminución de los cobros por estos riesgos a las ARP.

⁵⁹ El ISS seguía alegando en 1998 sus deficiencias de información cinco años después de la reforma. “Valuación Actuarial de los Regímenes de Seguridad Social Contenidos en la Ley 100 de 1993 Administrados por el Instituto de Seguros Sociales”, Informe de la OIT Marzo de 1998.

⁶⁰ El sistema de autoliquidación mensual de aportes por parte de las empresas venía siendo utilizado por el ISS sólo para las grandes empresas nacionales, pero fue presionada su implementación para todo tipo de empresas e incluso trabajadores independientes por parte de las nuevas Entidades Promotoras de Salud, de origen privado, que consideraban no podían competir con el ISS si este seguía facturando por todos los afiliados a las empresas. De hecho significó un gran esfuerzo para las empresas adaptarse a este método y aún en el año 2001 se sigue citando este mecanismo de autoliquidación como una de las causas de la evasión y elusión de aportes, especialmente por parte de los sindicatos del ISS.

salarios⁶¹, para tener derecho, junto con su familia (beneficiarios), al mismo Plan Obligatorio de Salud (POS), pues el Fondo de Solidaridad y Garantía reconoce a las EPS una Unidad de Capitación (UPC) por cada afiliado, sea este cotizante o beneficiario^{62 63 64}.)

Para contextualizar el valor de la UPC que el Sistema reconoce a las EPS por afiliado (en términos sencillos el valor de la prima anual del seguro obligatorio de salud), en los cuadros siguientes se muestran los valores del salario mínimo mensual, en pesos corrientes, en pesos constantes y en dólares y el valor de la UPC del mismo año.

Cuadro No. 2

UPC y Salario mínimo mensual en pesos corrientes

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Salario mínimo	118.903	142.125	172.005	203.826	236.460	260.100
Unidad de Capitación	125.000	144.595	174.989	207.362	241.577	265.734
Salario / UPC	95,1%	98,3%	98,3%	98,3%	97,9%	97,9%

Fuente: Minsalud y D.N.P.

Cuadro No. 3

UPC y Salario mínimo mensual en pesos a valor presente año 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Salario mínimo	252.508	248.149	255.200	260.700	259.160	260.100
Unidad de Capitación	265.456	252.462	259.627	265.223	264.768	265.734

Fuente: Minsalud y D.N.P.

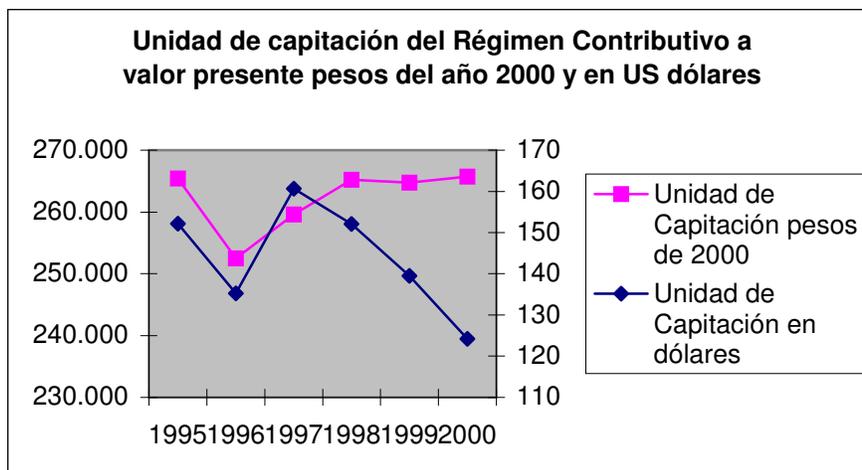
Gráfico No. 1

⁶¹ Se estableció, sin embargo, un tope superior de 20 salarios mínimos mensuales. Quienes devengan un salario superior a este cotizan el 12% sobre 20 salarios mínimos.

⁶² Los pensionados y los trabajadores independientes pagan el total del 12%. A los pensionados anteriores a la Ley 100 de 1993 se les reajustó la pensión en un 5%, de tal modo que el incremento en la cotización no les significara una reducción de la pensión y dado que ya disfrutaban previamente del derecho a la medicina para el grupo familiar, que incluía esposa e hijos menores de 18 años.

⁶³ La misma solidaridad se da cuando, sin importar el número de trabajadores por familia, el Sistema concede un seguro (UPC) por cada miembro de la familia, cónyuge o hijos menores de 18 años, hijos hasta 25 años si están estudiando y padres a los trabajadores que no tienen esposa e hijos.

⁶⁴ El POS Contributivo tiene en realidad otras dos fuentes de financiación, aparte de la UPC, que son las cuotas moderadoras y copagos establecidos por el Acuerdo 30 de 1996 y los recursos aprobados para promoción y prevención.



Fuente: Minsalud, D.N.P. y Banco de la República

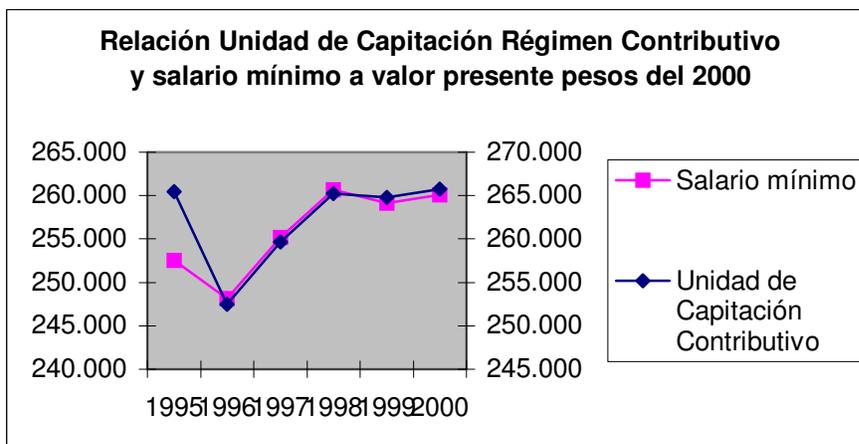
Cuadro No. 4

UPC y Salario mínimo mensual en \$US dólares

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Salario mínimo	144,8	132,9	157,9	149,5	136,5	121,6
Unidad de Capitación	152,2	135,2	160,7	152,1	139,5	124,2

Fuente: Minsalud y D.N.P. y Banco de la República

Gráfico No. 2



Fuente: Minsalud, D.N.P. y Banco de la República

Cabe señalar en este punto que el cruce de cuentas mes a mes entre las EPS y la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía, para establecer la diferencia entre los recaudos que reciben las EPS y la doceava de las UPC que les corresponde, ha sido un proceso difícil de controlar, por cuanto por varios años el consorcio bancario que administró por encargo fiduciario el Fondo de Solidaridad, por falta de regulación, no corroboraba los recursos consignados o cobrados

por las EPS contra los recaudos efectivos de las mismas, a pesar que por Ley las cotizaciones pertenecen al Sistema, tienen carácter de contribuciones parafiscales, es decir, que son rentas con destinación específica, de las cuales no puede disponer libremente el Gobierno y menos los particulares⁶⁵. Adicionalmente el ISS, la más grande EPS, no cruzó cuentas con el sistema hasta octubre de 1997.

Es importante considerar que el incremento de la cotización en salud, al mismo tiempo que el incremento en la cotización de pensiones, según la tabla siguiente, incrementó los costos laborales y seguramente causó efectos sobre el empleo. El promedio salarial de los trabajadores fue calculado al inicio de la Reforma en 1.6 salarios mínimos mensuales.⁶⁶

Cuadro No. 5

	1988	1992	1996	2000
Cotizaciones salud	7,0%	7,0%	12,0%	12,0%
Cotizaciones pensiones	6,5%	8,0%	13,5%	13,5%
Total	13,5%	15,0%	25,5%	25,5%

Fuente: Revisión de los autores con base en normas legales

Formas de contabilizar los afiliados

Existen dos formas de cuantificar los afiliados al Régimen Contributivo. Un tipo de registro recoge mensualmente los afiliados inscritos en las distintas Empresas Promotoras de Salud (EPS)⁶⁷, el cual fue llevado por la Dirección General de Seguridad Social en Salud del Ministerio de Salud hasta la reestructuración del mismo⁶⁸. Esta forma de contabilizar los afiliados, que inicialmente fue la única disponible y oficial⁶⁹, tenía el problema de incluir a muchas personas ya retiradas de las EPS, pero que seguían apareciendo en la base de datos correspondiente.

A comienzos de 1997 todas las bases de datos de las EPS arrojaban datos inflados, pues no existía un mecanismo de retiro automático en determinado tiempo y se presentaba igualmente el fenómeno de la duplicación. Los afiliados que se trasladaban a otra EPS no eran retirados oportunamente de los listados de la anterior. Igualmente se presentaron afiliaciones fraudulentas por parte de los agentes comerciales de las EPS buscando el cobro de comisiones y las mismas EPS estaban hasta cierto punto interesadas en mostrar cifras más altas con propósitos comerciales, además de lograr el cumplimiento del requisito mínimo de afiliados para los primeros años de afiliación, establecido por el Decreto 1485 de 1994.

Sin limpiar las bases de datos, tanto las nuevas EPS privadas como las públicas comenzaron a especular públicamente sobre la existencia de una evasión de pagos cercana al 50%. En realidad, aquellas personas, que por razón laboral o no, habían cambiado de EPS seguían apareciendo en las

⁶⁵ El Decreto 1725 de 1999 confirmó esta apreciación al conceder una ‘‘amnistía’’ sobre recursos no declarados por las EPS.

⁶⁶ La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Ministerio de Salud. OP. Cita. Tomo 1, Pág. 146.

⁶⁷ Circular 2 de la DGSS y Resolución 2390 de 1998 del Ministerio de Salud.

⁶⁸ Decreto 1152 de 1999 pasó esta función a la Dirección General de Análisis y Planeación de la Política Sectorial.

⁶⁹ Tomada en cuenta en los informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso de la República.

bases de datos de ambas EPS y también aquellas otras que habían dejado de laborar, continuaban en las bases de datos. Este fenómeno aún ahora existe pero en una proporción muy inferior, pues fue normado el retiro automático tras 6 meses de suspensión del pago⁷⁰.

En realidad, por falta de información confiable, se especuló sobre las cifras. Por ejemplo, las directivas del Instituto de Seguros Sociales se referían públicamente en 1996 y 1997 a doce millones de afiliados a la entidad, sin poder certificarlos, pues no presentaban compensación. Afirmaban que la causa de la inoportunidad de los servicios era el enorme crecimiento de afiliados por la nueva cobertura familiar, hasta que un estudio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁷¹ sobre la institución, arrojó cifras reales, apenas superiores a siete millones.⁷² Entre tanto el Ministerio de Salud le reconocía poco más de nueve millones. Por su parte, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) que agrupa a la mayor parte de las EPS privadas, informó sobre 180.000 afiliados duplicados, al cruzar por primera vez las bases de datos de las EPS privadas y el ISS a finales de 1997, sin que este descubrimiento tuviera ningún efecto financiero en el SGSSS; pues si bien, en el caso de los cotizantes era obvio que no iban a pagar en dos EPS, el Sistema si pudo pagar doble UPC por los beneficiarios⁷³.

Según la circular 2⁷⁴, después reiterada y ampliada por la Resolución 2390 de 1998, el siguiente fue el comportamiento de la afiliación en el Régimen Contributivo. Los datos de los primeros años incluían cifras estimadas sobre los afiliados de algunas EPS públicas y no incluían los afiliados de entidades adaptadas⁷⁵: Las cifras de 1995 a 1998, incluidas en el cuadro fueron oficiales e incluso ratificadas por el CNSSS.

Cuadro No. 6

Cifras de afiliados 1995-1998 reportadas al Ministerio

	1995	1996	1997	1998
--	------	------	------	------

⁷⁰ Decreto 806 de 1998.

⁷¹ “Validación Actuarial de los Regímenes de Seguridad Social Contenidos en la Ley 100 de 1993 Administrados por el Instituto de Seguros Sociales”, Informe de la OIT. Marzo de 1998.

⁷² Para justificar estas cifras, y ante su deficiente sistema de información, el ISS optó por multiplicar el número de cotizantes por un indicador promedio de densidad familiar, sin haber realizado la afiliación y carnetización efectiva de estas personas. El objetivo era igualmente no girar recursos al Fondo de Solidaridad, pues en los primeros años 1995 y 1996 la institución cobró la tarifa del 12% de afiliación familiar sin prestar efectivamente el servicio, lo que hubiera significado grandes superávits a favor de la Subcuenta de Compensación, al cruzar los recaudos contra los afiliados reales. La Corte Constitucional ordeno al ISS compensar a partir de Noviembre de 1997, pagar retroactivamente y entregar estos dineros. Posteriormente, por Decreto 1725 de 1999 el Gobierno perdona la deuda.

⁷³ El Decreto 1919 de 1994 estableció la obligación de que ambos cónyuges coticen a la misma EPS de modo que el Sistema no pague dos veces a distintas EPS la UPC correspondiente a los hijos. Este control no existía entre las EPS, por lo que el Estado podía estar pagando doblemente, hasta que la Superintendencia Nacional de Salud unificó la base de datos. Aún no existe en relación con otros sistemas como el magisterio, las fuerzas militares o la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL) que tienen sistemas propios, pero el Decreto 47 del 2000 permitió a los cotizantes al SGSSS cambiarse a los regímenes especiales si su cónyuge pertenece a estos.

⁷⁴ La Circular 2 fue complementada por la Resolución 2390 de 1998, que tuvo vigencia breve, pues a partir del año 1999 el Ministerio sólo proporcionó cifras de la compensación.

⁷⁵ Según el Artículo 236 de la Ley 100 las Cajas, Fondos de Previsión y entidades de seguridad social del sector público, del orden nacional, departamental o municipal, que con anterioridad a la Ley prestaban servicios de salud o amparaban los riesgos de enfermedad general y maternidad, tendrían dos años para convertirse en EPS, adaptarse al nuevo Sistema o Liquidarse. Las adaptadas según reglamentación posterior solo pueden seguir prestando servicios a los antiguos trabajadores afiliados y sus familiares, por lo que tienden a desaparecer, aunque aumentaron sus beneficiarios al iniciar la medicina familiar.

ISS	9.319.654	9.255.287	9.255.287	10.023.634
Otras públicas	485.504	524.890	726.499	958.474
Adaptadas	s.d	s.d	342.739	342.739
EPS Privadas	1.029.647	3.585.978	4.446.709	4.563.360
Total	10.834.805	13.366.155	14.771.234	15.888.207
Población total	38.541.631	39.295.798	40.064.093	40.826.816
Porcentaje	28,1%	34,0%	36,9%	38,9%

Fuente: Circular 2 Minsalud e informes del CNSSS al Congreso

Este fenómeno, de las cifras de afiliados infladas tanto en las EPS privadas como públicas y la posterior depuración de las bases de datos, causó una disminución aparente de los afiliados totales en 1999 respecto a 1997, que fue reportada en algunos estudios y publicaciones⁷⁶ y reconocida finalmente por el CNSSS en el informe del 2000⁷⁷. Por su parte, el Ministerio de Salud y la Superintendencia, que tenían sus propios reportes, trataron de ajustar las cifras, para no mostrar una caída, en la realidad inexistente, de la cobertura poblacional del Régimen Contributivo, al corregir a posteriori las cifras sobrestimadas de 1996 y 1997⁷⁸.

Afiliados compensados

La segunda forma de cuantificar los afiliados, considerada más real y aplicada en este estudio, incluye tan sólo los afiliados correspondientes a los cotizantes que efectivamente hicieron el aporte en cada periodo con sus correspondientes beneficiarios. En el siguiente cuadro, publicado por la Superintendencia Nacional de Salud, se puede apreciar que las cifras de afiliados estaban muy infladas los primeros años, lo que hacía pensar en una alta evasión de pagos.

Cuadro No. 7

EPS privadas Total afiliados, afiliados compensados y porcentaje 1996-2000					
	1996	1997	1998	1999	2000
afiliados	3.210.941	4.405.054	4.936.114	7.692.995	7.706.260
compensados	1.839.195	3.121.430	4.040.694	5.382.629	6.888.501
% de compens.	57,3%	70,9%	81,9%	70,0%	89,4%

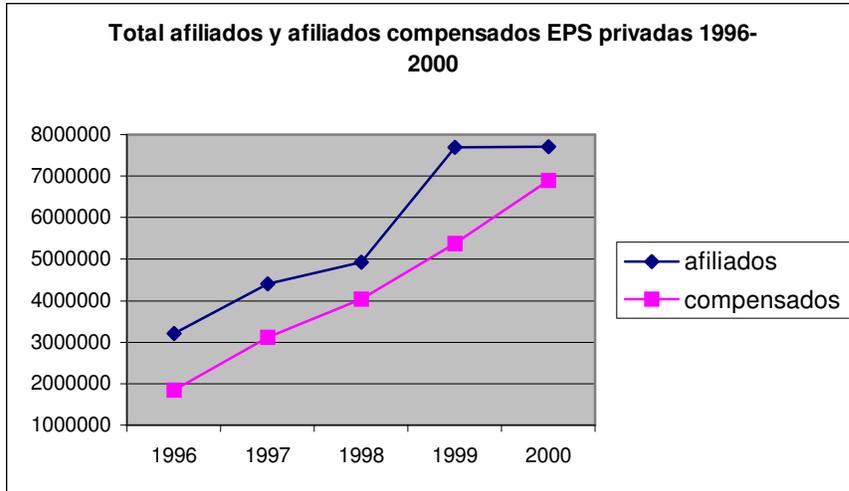
Fuente: Cifras compensados y afiliados de la Superintendencia Nacional de Salud

Gráfico No. 3

⁷⁶ Cardona Álvaro y otros. "Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación del servicio de salud en Colombia". Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín. 1999.

⁷⁷ Informe del CNSSS al Congreso Julio del 2000.

⁷⁸ Ibid, Informe del CNSSS Julio del 2000.

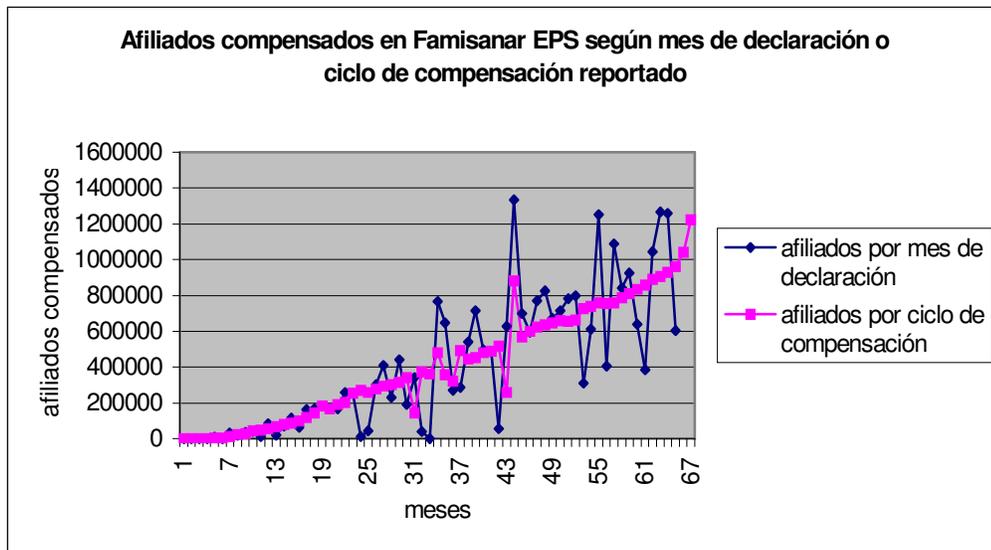


Fuente: Cifras compensados y afiliados de la Superintendencia Nacional de Salud

Dado que la norma permite que un aportante pueda pagar meses atrasados e igualmente -lo que es más importante- que una EPS pueda reportar informes adicionales de recaudos sobre periodos anteriores, práctica usual en la compensación sobre una proporción importante de afiliados y recaudos, la cifra puede observarse de dos maneras: corte por ciclo de compensación o por mes de recaudo (mes al que corresponde el pago o mes en que se declara el mismo, respectivamente).

En los primeros años de la reforma, el consorcio que administraba el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA no divulgaba las cifras por ciclo de compensación, que serían mas exactas, sino por ciclo mensual de recaudo, que fueron las utilizadas, con grandes deficiencias, en la medida en que presentan oscilaciones bruscas en el número de cotizantes de un mes a otro, como se evidencia en el ejemplo del siguiente gráfico de una EPS.

Gráfico No. 4



Fuente: Informes de compensación FOSYGA

Las oscilaciones se atenúan utilizando los promedios simples anuales, que arrojaría el promedio mensual de afiliados compensados durante el año. Debe tenerse en cuenta que el dato así obtenido equivale a los afiliados a mitad de periodo y no al fin del mismo. Es decir que para obtener la cifra a Dic 31 sería necesario revisar el período Julio - Junio y no Enero - Diciembre. El primer informe oficial corresponde al promedio de la compensación entre Enero y Diciembre de 1998. Para los años anteriores no existe este dato final de compensación válido por parte del FOSYGA, por la simple razón de que el ISS, que reunía más de dos tercios de los cotizantes no declaraba⁷⁹. Se reconstruye la información a partir de otras fuentes, como el informe de la OIT sobre el ISS⁸⁰, los informes de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y otros estimativos y cifras parciales sobre otras EPS públicas y entidades adaptadas.

En síntesis, se tienen datos completos de los años 1993 y 1994⁸¹, cifras que el ISS llevaba con detalle en su propio sistema, y se vuelven a tener datos completos y confiables a través de la compensación, o nuevo sistema, tan sólo en 1998, primer año que incluye la compensación del ISS. Los años intermedios requieren mayor proceso de reconstrucción para alcanzar una cifra bastante aproximada, aunque si se considera que los datos oficiales de la compensación de las EPS privadas y los del ISS suministrados por la OIT, son bastante exactos, habría seguridad sobre el 95% del universo⁸².

Cuadro No. 8

Reconstrucción de las cifras del ISS Diciembre de 1993 – Diciembre de 1998

	1.992	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998
Afiliados y sus beneficiarios OIT	5.049.854	5.515.546	5.789.541	5.987.652	6.395.903	7.155.563	
Pensionados y sus beneficiarios	518.026	557.127	566.478	625.117	671.438	721.192	774.632
Subtotal	5.567.880	6.072.673	6.356.019	6.612.769	7.067.341	7.876.755	
Afiliados por compensación						7.841.980	7.330.463
Total estimado anual	5.567.880	6.072.673	6.356.019	6.612.769	7.067.341	7.841.980	7.330.463

Fuente: Informe de la OIT y cifras de compensación del FOSYGA

Una vez reconstruidas las cifras del ISS, incluimos las demás EPS privadas con base en la compensación desde 1995. Las EPS públicas distintas del ISS tienen cifras de compensación sólo a partir de 1998. Para cifras de años anteriores se tomaron las reportadas por el Estudio de la

⁷⁹ El ISS fue obligado finalmente a presentar la compensación al FOSYGA a partir de Noviembre de 1997, por fallo de la Corte Constitucional (Sentencia T-480 de 1997).

⁸⁰ OP. Cita Informe de la OIT sobre el ISS.

⁸¹ El informe del ISS correspondiente a 1993 es absolutamente confiable, en relación con los periodos anteriores. No así el de 1994, donde se presenta un crecimiento de afiliados por la nueva medicina familiar fuera de proporción, que en realidad corresponde a la falta de información por parte del ISS y al interés de esta entidad para que el Gobierno le aprobara un presupuesto más alto para 1995, cercano a los ingresos obtenidos con la nueva cotización familiar del 12%.

⁸² Las cifras de este estudio de la OIT sobre el desarrollo de la demanda entre 1960 y 1997 no tomaron en cuenta a los pensionados y sus beneficiarios, que ascendían a 555.000 en 1993 y que según el mismo estudio actuarial deberían llegar a 800.000 en 1998.

Universidad de Antioquia⁸³, sin medicina familiar hasta 1995 y con medicina familiar pero sin compensar en 1996 y 1997. Las cifras de entidades adaptadas se obtienen sumando las cifras de compensación más las cifras de los afiliados correspondientes a las entidades que no compensaron para lograr las cifras totales de 1998 al 2000. Para los años 1993 a 1997 se tomaron las cifras de afiliados reportadas al Ministerio y la Superintendencia de Salud.

Cuadro No. 9

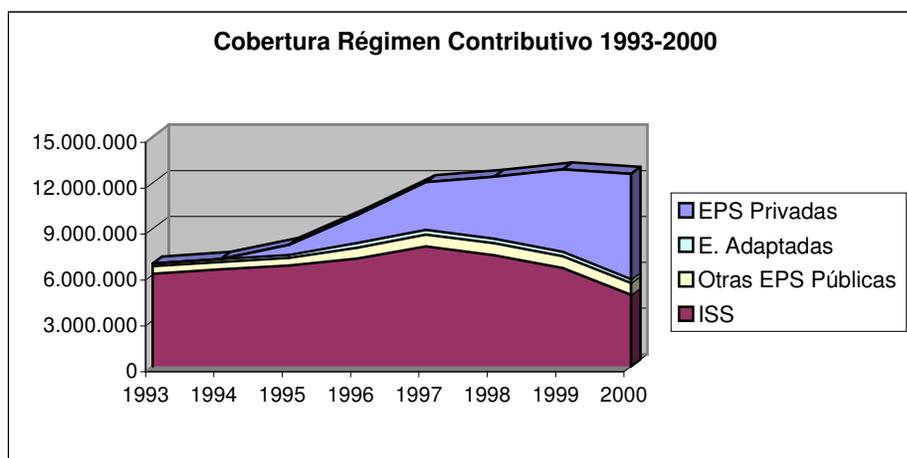
Afiliados régimen contributivo 1993 – 2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EPS Privadas			667.790	1.839.195	3.121.430	4.040.694	5.382.629	6.888.501
ISS	6.072.673	6.356.019	6.612.769	7.067.341	7.841.980	7.272.683	6.439.522	4.685.734
Otras EPS Públicas	479.608	479.608	479.608	692.421	870.852	776.345	773.553	763.707
E. Adaptadas	180.000	190.000	190.000	342.739	349.739	309.916	290.097	252.448
	6.732.281	7.025.627	7.950.167	9.941.696	12.184.001	12.399.639	12.885.801	12.590.389
Incremento		4,36%	13,16%	25,05%	22,55%	1,77%	3,92%	-2,29%

Fuente: Cifras finales del Estudio Régimen Contributivo-FEDESALUD

En forma gráfica

Gráfico No. 5

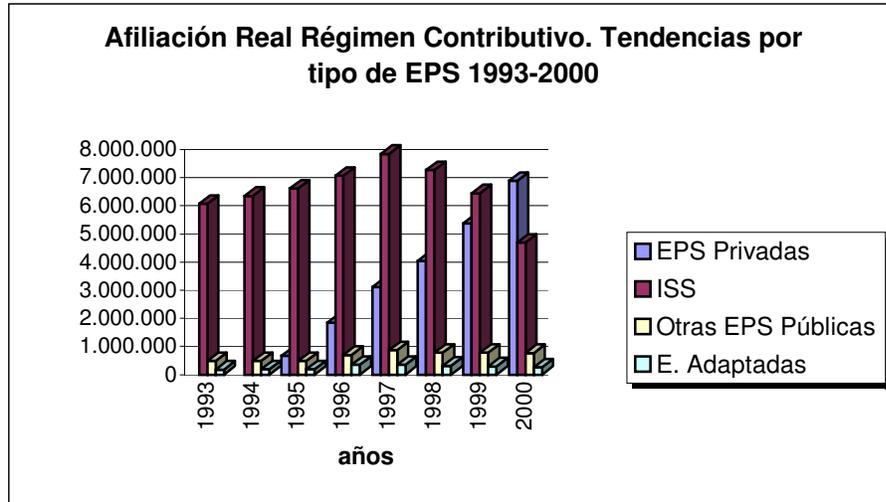


Fuente: Cuadro No. 9

Por tipo de EPS se aprecia la tendencia de la cobertura en el siguiente gráfico, con un gran crecimiento de las EPS privadas y una notoria pérdida de afiliados por parte del I.S.S.

Gráfico No. 6

⁸³ Cardona Álvaro y otros. "Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la organización institucional y la prestación del servicio de salud en Colombia". Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín 1999.



Fuente: Cuadro No. 9

La cobertura del Régimen Contributivo en porcentaje sobre la población total sería la siguiente:

Cuadro No. 10

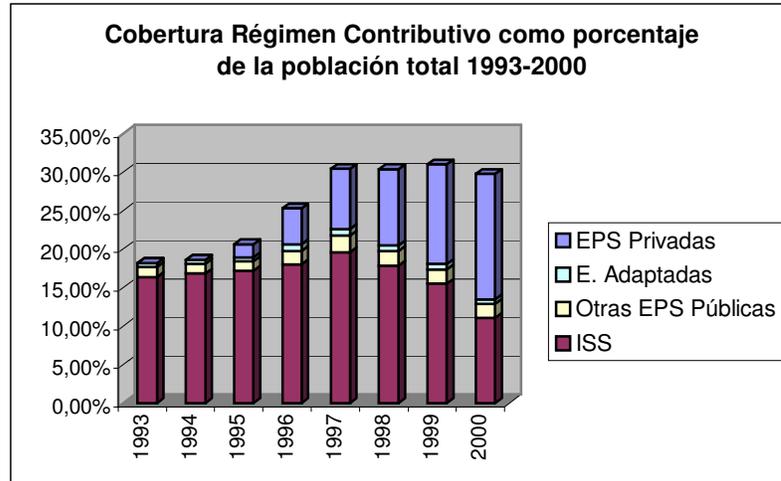
Cobertura poblacional del régimen contributivo 1993 – 2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
EPS Privadas	0,00%	0,00%	1,73%	4,68%	7,79%	9,90%	12,94%	16,28%
ISS	16,36%	16,79%	17,16%	17,98%	19,57%	17,81%	15,48%	11,07%
Otras EPS Públicas	1,29%	1,27%	1,24%	1,76%	2,17%	1,90%	1,86%	1,80%
E. Adaptadas	0,48%	0,50%	0,49%	0,87%	0,87%	0,76%	0,70%	0,60%
Cobertura total	18,13%	18,56%	20,63%	25,30%	30,41%	30,37%	30,98%	29,75%
Total población	37.127.295	37.849.150	38.541.631	39.295.798	40.064.093	40.826.816	41.589.018	42.321.386

Fuente: Cuadro No. 9

Del cuadro anterior se deduce que la cobertura real del Régimen Contributivo nunca ha superado el 31% de la población. En forma gráfica:

Gráfico No. 7



Fuente: Cuadro No. 10

De las anteriores cifras y gráficos también se desprende que el número total de afiliados compensados y por tanto con derechos reales nunca los alcanzó los 13.000.000, en promedio anual durante el periodo de análisis, y menos alcanzó los 16.000.000 mencionados en informes oficiales.

Igualmente las cifras muestran las serias limitaciones de cobertura del Régimen Contributivo, un crecimiento inicial que se frenó muy rápidamente, y de la misma manera se aprecia que el crecimiento de las EPS privadas a partir de 1998 sucede a expensas del decrecimiento del ISS⁸⁴

Caracterización de los afiliados

Es prioritario en el análisis conocer la distribución de los distintos tipos de afiliados del Régimen Contributivo, para poder observar el comportamiento de otras variables que afectan la cobertura y que formaron parte de los presupuestos de extensión de cobertura: fundamentalmente la relación de cotizantes y beneficiarios, así como la relación por tipo de cotizantes, independientes, dependientes y pensionados.

Debe aclararse en este punto que la Ley 100 convirtió en obligatoria la afiliación del trabajador independiente y su familia, pero la reglamentación colocó una barrera para la afiliación (o carga excesiva para la mayoría de estos trabajadores), al obligarlos a cotizar tanto el 8% correspondiente al patrono como el 4% correspondiente al trabajador (previamente cotizaban al ISS sobre el 7%), y al determinar el límite inferior para la afiliación en un ingreso mensual de dos salarios mínimos, el doble de lo estipulado en la Ley (previamente cotizaban al ISS sobre un salario mínimo). Como resultado los aportes mínimos para la afiliación de trabajadores independientes al Sistema de

⁸⁴ Una factor que influye en la disminución de afiliados del ISS, aparte de la apertura de la competencia, es la suspensión de la afiliación a esta entidad ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, por no cumplir el margen de solvencia establecido en el Decreto 882 de 1998.

Seguridad Social en Salud se incrementaron en un 243%⁸⁵, es decir se elevaron a más del triple del valor previo.

Cabe señalar igualmente que mientras en la reglamentación de la Ley se reguló el periodo de transición, a través de una serie de normas que contemplaban esta etapa⁸⁶, no se definió un periodo, ni un plan de transición, ni se estimuló en forma alguna la afiliación de trabajadores independientes y sus familias⁸⁷, por lo cual, automática y simplemente, la falta de cobertura de la seguridad social de los trabajadores independientes y sus familias, que era considerada una deficiencia de la sociedad y el Estado antes de la reforma, se transforma de un momento a otro, con la simple expedición de la norma, en una irresponsabilidad de los ciudadanos, calificada simplemente como incumplimiento de la Ley o evasión.

En síntesis, por una parte se convirtió en obligatoria la afiliación de trabajadores independientes y sus familiares, mientras por otra se desestimuló, al fijar como requisito aportes muy superiores a los normados previamente. En realidad, al determinar la cotización sobre dos salarios mínimos mensuales como límite inferior, se trató de controlar la evasión de estos trabajadores en la declaración de ingresos y proteger la Unidad de Capitalización, colocando a la fuerza a los trabajadores independientes en el nivel promedio de ingreso de los trabajadores dependientes.

Cuadro No. 11

**Régimen Contributivo: Cotizantes dependientes e independientes
1993/1998**

	1993	1998	2000	Incremento 93/98
Independientes	101.002	167.937	136.000	34,65%
Dependientes	4.014.213	5.214.660	5.227.181	30,22%
Total cotizantes	4.115.215	5.382.597	5.363.181	30,33%
Porcentaje de independientes	2,45%	3,12%	2,54%	

Fuente: Estadísticas ISS y cifras compensadas FOSYGA

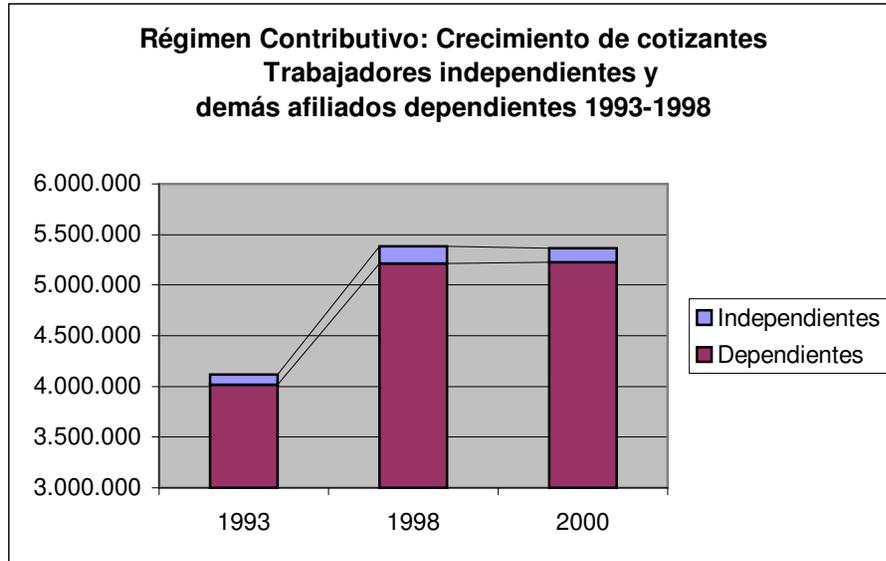
En forma gráfica se puede apreciar igualmente el número de cotizantes independientes y su relación con los cotizantes dependientes y el total de cotizantes del Régimen Contributivo:

Gráfico No. 8

⁸⁵ Porcentaje resultante del incremento del 200% de la base mínima de cotización más el incremento del 171% de la tasa de cotización.

⁸⁶ Normas especialmente destinadas al régimen subsidiado y a las entidades públicas que venían haciéndose cargo de la seguridad social, con el fin de que se transformaran en Empresas Promotoras de Salud y entraran en condiciones de igualdad a competir con las nuevas EPS privadas por los afiliados del Sistema.

⁸⁷ Por primera vez en el Plan de Desarrollo del Gobierno Pastrana, de 1998, se plantea una política de subsidios parciales para facilitar el acceso de las familias de los trabajadores independientes e informales de niveles SISBEN 3 y 4, correspondientes a estratos medios bajos, que se concreta en el Acuerdo 190 del CNSSS, el cual no fue implementado.



Fuente: Cuadro No. 11

En consecuencia, el número y la proporción de trabajadores independientes afiliados al Régimen Contributivo continúan siendo muy pequeños. A pesar de que la Ley 100 de 1993 hizo obligatoria la afiliación de los trabajadores independientes, que no lo era hasta esa fecha, tan sólo se presenta un ligero incremento hasta 1998, que parece haberse perdido en el 2000 como consecuencia de la crisis económica.

Por otra parte, el comportamiento de la distribución de los afiliados en las distintas EPS puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Afiliados compensados por EPS 1998 – 2000

Cuadro No. 12

	1998	1999	2000
EPS privadas			
Saludcoop	695.717	1.305.075	1.528.944
Coomeva	419.644	679.449	895.469
SuSalud	759.091	463.126	650.426
Salud Total	149.369	257.480	549.709
Famisanar	369.252	487.171	461.473
Cruz Blanca	175.377	245.419	398.870
Cafesalud	135.714	246.186	380.452
Sanitas	143.492	212.343	311.573
Compensar .	198.557	282.095	280.564
Colmena	188.941	218.073	228.945
S.O.S.	113.389	159.177	226.913
Unimec	407.246	321.263	192.933
Humana V.	28.375	69.248	185.769

Colseguros	48.781	114.319	171.616
Comf. Antioquia	63.841	114.968	155.010
Comf. Valle	88.911	110.709	138.125
Solsalud	20.404	50.298	74.182
S. Colpatria	34.593	46.232	57.528
Subtotal privadas	4.040.694	5.382.629	6.888.501
EPS Públicas			
I.S.S.	7.272.683	6.439.522	4.685.734
Cajanal	578.861	573.193	568.998
Caprecom	128.941	118.794	110.872
Convida	53.897	54.675	42.789
Caldas	6.030	17.611	27.317
Selva Salud	111	1.902	5.037
Capresoca	7.462	4.762	4.033
Condor	877	1.525	2.677
Calisalud	166	1.091	1.985
Subtotal públicas	8.049.029	7.213.075	5.449.441
TOTAL	12.089.723	12.595.704	12.337.941

Fuente: Supersalud, con base en Informes del administrador del FOSYGA (No incluye entidades adaptadas)

Cobertura Régimen Subsidiado

El Régimen Subsidiado inició su operación en 1995 con la aplicación del Decreto 2491 de 1994, que autorizaba a las direcciones departamentales y distritales de salud para ejercer las funciones de administración del régimen de subsidios dado que la cobertura universal en salud prevista en el Sistema General de Seguridad Social solo se cumpliría progresivamente, y teniendo en cuenta que aún no funcionaban las Entidades Promotoras de Salud.

Se adelantó una campaña nacional para aplicar la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios del Subsidios del Estado (SISBEN) que el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) había definido como instrumento para seleccionar los beneficiarios de subsidios en salud, educación u otros sectores.

De esta forma las Direcciones de Salud reportaron haber identificado y carnetizado como afiliados al Régimen Subsidiado a 4.800.916 personas al finalizar 1995, y firmado contratos con los hospitales públicos y privados para la atención de estas personas por cuyas cuentas responderían las direcciones de salud. Cabe señalar que los hospitales, convertidos por la Ley 100 de 1993 en Empresas Sociales del Estado, iniciaban un proceso como empresas que deberían progresivamente financiarse por la venta de servicios a las aseguradoras.

En Junio de 1996 este esquema termina con la autorización de Administradoras del Régimen Subsidiado, entidades privadas en su mayoría que asumen la función de aseguramiento y articulación de los servicios.

Tanto en la etapa transitoria como en la ulterior de las Administradoras los municipios aseguraban los servicios de salud de los ciudadanos, identificados como pobres por la encuesta del SISBEN, mediante un contrato de afiliación colectiva firmado con las Administradoras y financiado con recursos municipales de salud y cofinanciado por recursos de la nación, y en algunos casos de los departamentos.

Cuadro No. 13

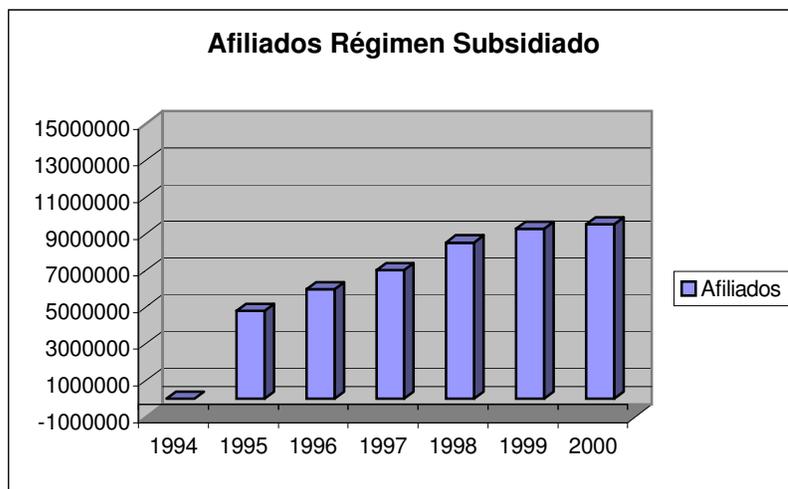
Afiliados Régimen Subsidiado 1994-2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Afiliados	0	4.800.916	5.981.774	7.026.690	8.527.061	9.283.966	9.510.566
Incremento			24,60%	17,47%	21,35%	8,88%	2,44%

Fuente: Dirección de Aseguramiento – Ministerio de Salud

En forma gráfica:

Gráfico No. 9



Fuente: Cuadro No. 13

En porcentaje de la población

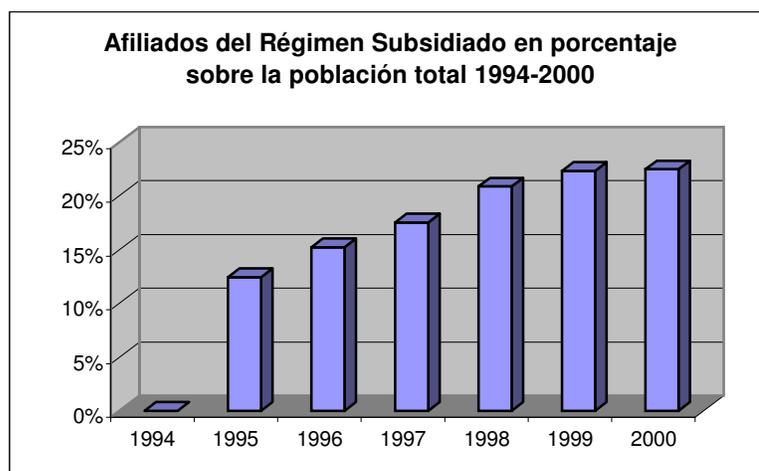
Cuadro No. 14

Cobertura poblacional del régimen subsidiado 1994 – 2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Afiliados	0	4.800.916	5.981.774	7.026.690	8.527.061	9.283.966	9.510.566
Población	37.849.150	38.541.631	39.295.798	40.064.093	40.826.816	41.589.018	42.321.386
Porcentaje	0,00%	12,46%	15,22%	17,54%	20,89%	22,32%	22,47%

Fuente: Dirección de aseguramiento – Ministerio de salud

Gráfico No. 10



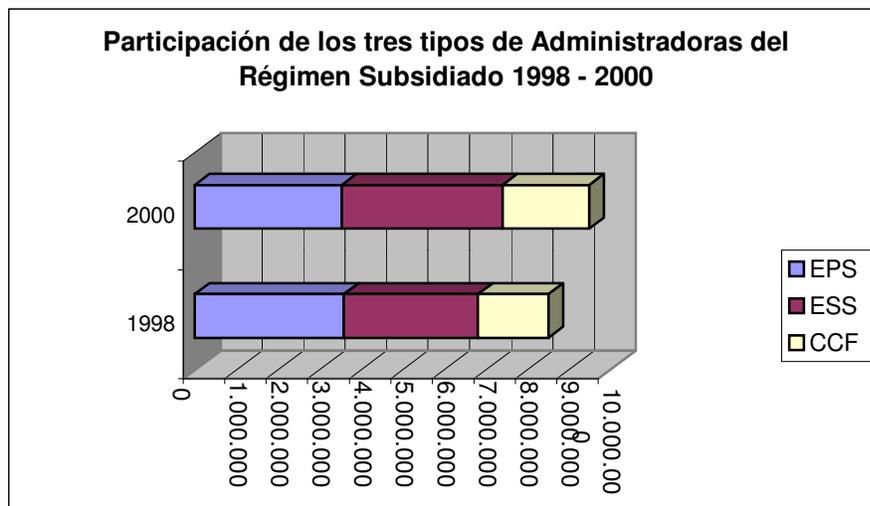
Fuente: Cuadro No. 14

Para 1998 estaban autorizadas para administrar el Régimen Subsidiado 19 EPS, 176 Empresas Solidarias de Salud, 41 Cajas de Compensación y 7 convenios interinstitucionales de Cajas de Compensación.

Las Empresas Solidarias de Salud fueron creadas antes de la Ley 100 de 1993 que dio origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud, como organizaciones de carácter comunitario que recibirían subsidios del Estado para que las mismas comunidades autogestionaran sus necesidades básicas de salud, con un énfasis en la atención primaria. Abruptamente el Decreto 2357 de 1995 las convirtió en Administradoras del Régimen Subsidiado, al igual que las EPS, pero sin cumplir ninguno de los requisitos técnicos ni financieros exigidos a estas últimas entidades para la gestión del aseguramiento en salud.⁸⁸

Las Cajas de Compensación Familiar existían en Colombia desde los años 60 como entidades de seguridad social que, con base en los aportes de los patronos, prestaban servicios de recreación, salud, vivienda y otros a las familias de los trabajadores. Los recursos destinados a salud dejaron de ser necesarios para atender a las familias de los trabajadores debido a la cobertura familiar de la nueva seguridad social, por lo que la Ley 100 los destinó al Régimen Subsidiado, pero autorizando a las Cajas a gestionar directamente dichos recursos, por lo que fueron nombradas también como administradoras del Régimen Subsidiado por Decreto 2357 de 1995.

Gráfico No. 11



Fuente: Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud

Para el año 2001 se redujo notoriamente el número de ARS con la expedición del Decreto 1804, que incrementó los requisitos para su funcionamiento, ante las sucesivas evaluaciones negativas de las ARS⁸⁹ y la protesta general de los hospitales públicos por una supuesta intermediación de los recursos que no agregaba valor, ni pagaba oportunamente los servicios contratados.

⁸⁸ Se trataba de privatizar a toda costa, sin ninguna consideración de la calidad de las instituciones o de la necesidad de un proceso de transición, ya que se identificaba el Régimen Transitorio, en manos de las direcciones de salud y hospitales públicos, como un retroceso o un verdadero atentado contra la Ley 100 por parte de algunos de los más puristas defensores de una reforma orientada al mercado.

⁸⁹ El Ministerio de Salud contrató estudios como los de la Universidad del Valle CIMDER que mostraron una gestión endeble del aseguramiento por parte de las Empresas Solidarias de Salud, especialmente las que habían perdido su vocación comunitaria.

Por otra parte se retiraron algunas Cajas de Compensación cuando consideraron lesivo el incremento de la siniestralidad y la congelación de la UPC para el año 2000. Surgieron adicionalmente EPS indígenas autorizadas por una nueva ley de seguridad social para estas comunidades étnicas (Ley 691 de 2001), que procura defender también en salud el derecho a sus prácticas culturales y a preservar su sistema socioeconómico colectivo.

Consideraciones sobre las cifras de asegurados mediante el Régimen Subsidiado

En el Régimen Subsidiado no hay dificultad en cuanto a la forma de cuantificar los afiliados, por existir unas bases de datos aprobadas por el Ministerio de Salud que constituyen requisito previo para girar los recursos de cofinanciamiento correspondientes a cada contrato de aseguramiento firmado en un municipio o distrito, con las Administradoras del Régimen Subsidiado.

De esta forma, las cifras de **aseguramiento efectivamente pagado** son exactas hasta el punto del compromiso firmado en cada contrato de aseguramiento colectivo en un municipio. Debe anotarse que algunos municipios dejaron de pagar los seguros contratados, fenómeno presentado especialmente en los primeros años, por distintas razones, desde el desconocimiento hasta la desviación o el fraude con los recursos de destinación específica para el aseguramiento de la población pobre, pero dicho fenómeno se ha reducido.

En este Régimen se cuestiona que los servicios de salud, correspondientes al aseguramiento efectivamente pagado, no son recibidos como beneficio por un número considerable de personas, a las cuales no se les entrega el carnet o no se les informa debidamente de sus derechos.

Igualmente se mencionan problemas relacionados con la deficiente información, que permite incluso la doble afiliación en el Régimen Contributivo y el Subsidiado, hecho que se da fundamentalmente por la falta de mecanismos de actualización, cuando un afiliado del Subsidiado comienza a trabajar⁹⁰ Finalmente se cuestiona la suficiencia y calidad del servicio por parte de algunas Administradoras del Régimen Subsidiado.

Independientemente de lo señalado anteriormente, que desde luego evidencia la necesidad de evitar por todos los medios que los recursos se desvíen del objetivo establecido, el número de personas financiadas o de seguros efectivamente pagados no varía para efectos de estudiar la posibilidad de cobertura universal.

Como se señaló con anterioridad el valor de la Unidad de Capitación del Régimen Subsidiado, según la Ley 100 de 1993 debería ser inicialmente al menos el 50% de la UPC del Régimen Contributivo y posteriormente debería incrementarse progresivamente hasta igualarse a la del contributivo en el año 2001.

Este ha sido el comportamiento de la UPC del Régimen Subsidiado. Como se podrá observar en las siguientes tablas el propósito de igualar el valor de las dos UPC se alejó desde 1999, año en que el CNSSS decidió no aumentar la UPC ni siquiera en el valor de la inflación, lo que significó una reducción en valor real.

Cuadro No. 15

Unidad de capitación pesos corrientes y salario mínimo 1995-2000

⁹⁰ No existen sin embargo, los mecanismos expeditos previstos por la Ley para garantizar, por el contrario, la afiliación al Régimen Subsidiado cuando un trabajador pierde su empleo y se queda sin ingresos. (Art. 157).

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Salario mínimo	118.903	142.125	172.005	203.826	236.460	260.100
UPC	75.000	89.625	108.460	128.530	128.530	141.480

Fuente: Ministerio de Salud y Banco de la República

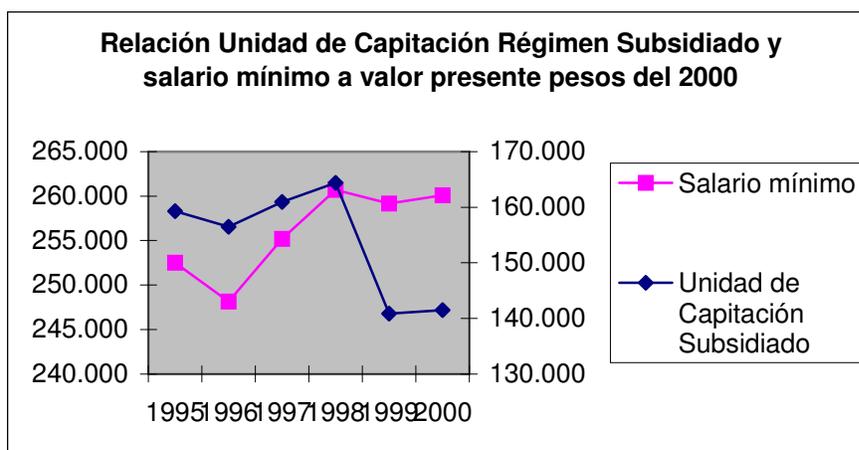
Cuadro No. 16

Unidad de capitación y salario mínimo valor presente año 2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Salario mínimo	252.508	248.149	255.200	260.700	259.160	260.100
UPC	159.274	156.484	160.920	164.394	140.869	141.480

Fuente: Ministerio de Salud y Banco de la República

Gráfico No. 12



Fuente: Cuadro No. 16

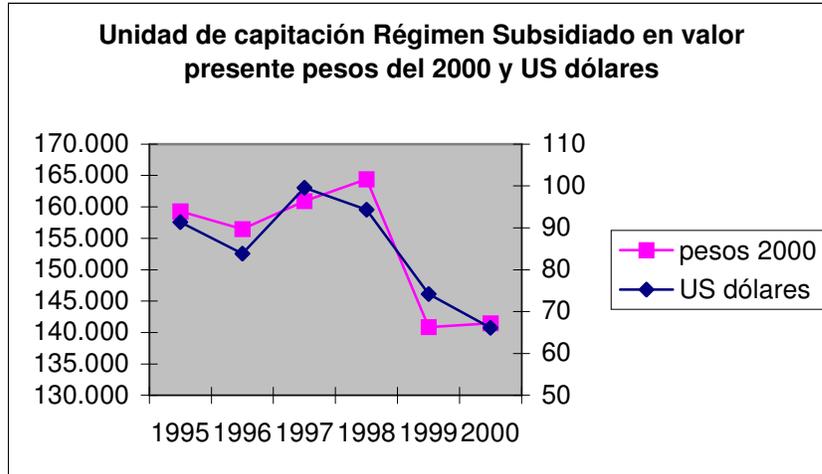
Cuadro No. 17

Valor Unidad de Capitación Régimen Subsidiado valor presente pesos 2000 y US dólares

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
pesos 2000	159.274	156.484	160.920	164.394	140.869	141.480
US dólares	91	84	100	94	74	66

Fuente: Ministerio de Salud y Banco de la República

Gráfico No. 13



Fuente: Cuadro No. 16

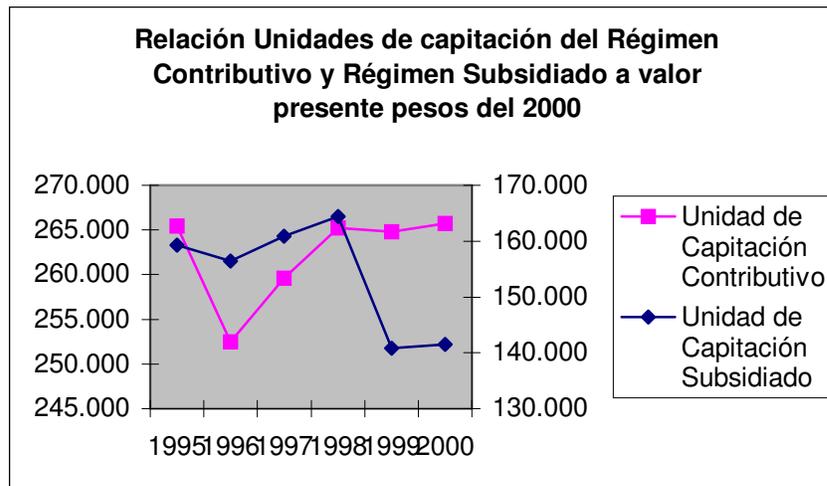
Cuadro No. 18

Comparación Unidad de Capitación Régimen Subsidiado y Contributivo

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
UPC Subsid.	75.000	89.625	108.460	128.530	128.530	141.480
UPC Contrib.	125.000	144.595	174.989	207.362	241.577	265.734
	60,0%	62,0%	62,0%	62,0%	53,2%	53,2%

Fuente: Ministerio de Salud y Banco de la República

Gráfico No. 14



Fuente: Cuadro No. 18

Afiliados y quintil de ingreso

Dado que se implementó una estrategia de focalización de subsidios hacia la población más pobre, la variable importante a considerar debería ser si los subsidios están llegando efectivamente a esta población, pues de no ser así significaría en última instancia que un pobre dejado de asegurar se

traducirá en una carga asistencial para el sistema público. Igualmente que el no pobre que recibe subsidio estaría evadiendo su obligatoriedad de afiliarse al Régimen Contributivo o de pagar al menos parcialmente el aseguramiento⁹¹, lo que le restaría recursos al Sistema, recursos que van a ser definitivos para alcanzar la cobertura universal.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Septiembre de 1997 y la Encuesta de Hogares de Marzo de 2000 muestran que los subsidios, si bien se concentran en los quintiles de menores ingresos, no llegan exclusivamente a ellos e incluso ha disminuido el porcentaje de los afiliados en los deciles más pobres entre 1997 y el año 2000.

Cuadro No. 19

Distribución porcentual de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por quintiles de ingreso 1997 y 2000						
quintiles	ENCV 1997			ENH 2000		
	Subsidiado	Contributivo	Total cobertura	Subsidiado	Contributivo	Total cobertura
1	37,45%	5,72%	43,17%	27,08%	7,94%	35,02%
2	30,22%	15,80%	46,02%	25,76%	18,10%	43,86%
3	19,37%	34,65%	54,02%	15,43%	33,47%	48,90%
4	9,28%	54,70%	63,98%	10,99%	48,44%	59,43%
5	2,16%	76,61%	78,77%	4,24%	70,51%	74,75%

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Se confirma con las anteriores cifras la desviación del aseguramiento subsidiado hacia grupos menos pobres, o no pobres, dado que aún considerando que más de la mitad de la población colombiana es pobre por ingresos, los quintiles cuatro y cinco no caben en ninguna clasificación de pobreza. Este mecanismo de corrupción y desviación de recursos, obedece a prácticas políticas clientelistas, según lo reporta el estudio del Régimen Subsidiado realizado por la Universidad Nacional^{92 93}.

El Sisbén

Es importante considerar que para definir quienes tienen derecho a acceder a los subsidios en el aseguramiento en salud u otros sectores existe una herramienta, que es el ‘Sistema de identificación de beneficiarios de los subsidios del Estado’ SISBEN, reglamentado en primer lugar por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES y el Departamento Nacional de Planeación.

Sobre el instrumento adoptado por el Ministerio de Salud⁹⁴, es necesario aclarar que consiste en una encuesta para determinar el ingreso presuntivo de una familia. La herramienta estudia el nivel de vida en términos de vivienda, educación, servicios, etc. El resultado no se basa por tanto en el ingreso mensual vigente de la familia, sino en los recursos que fueron necesarios para obtener un

⁹¹ El Plan de Desarrollo del Gobierno Pastrana, de 1998, plantea la política de subsidios parciales.

⁹² ‘Ha mejorado el acceso en salud. Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado’. Arévalo Decsi y Martínez Félix, Editores. Colección ‘la seguridad social en la encrucijada’ Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. En edición.

⁹³ Es importante precisar que las cifras de la ENCV de 1997 tienen un margen de error, pues la pregunta realizada fue sobre el carné del SISBEN y no sobre la afiliación a una ARS por lo que resultaron sobreestimadas para medir el aseguramiento, hecho comprobado en la presente investigación.

⁹⁴ Decretos 1895 y 2491 de 1994.

determinado nivel de vida, independientemente de que los bienes y servicios alcanzados por la familia hayan sido subsidiados, regalados o sean producto de una herencia o el azar, por ejemplo.

“El SISBEN es un conjunto de reglas, normas y procedimientos, que permiten obtener información socioeconómica confiable y actualizada para focalizar el gasto social. Es una herramienta que facilita la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de programas sociales, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, representada mediante un indicador resumen de calidad de vida”.

*“En lugar de 4 ó 5 indicadores que se definan a priori como asociados a la pobreza, el SISBEN construye en forma empírica un indicador sintético de calidad de vida a partir de la evaluación econométrica de 150 variables que pueden obtenerse con encuestas de hogares. Estas variables –que incluyen tenencia de activos físicos como vivienda y servicios públicos, tenencia de propiedad raíz o activos financieros, la educación de los padres y los niños, la ocupación de todos los miembros del hogar, características sociodemográficas tales como tamaño y estructura básica de las familias y su ubicación geográfica, así como ingresos monetarios y no monetarios- se ponderan de acuerdo con su capacidad de predecir el estado de pobreza de una familia cualquiera. Y de allí, se identifican empíricamente los mejores predictores de calidad de vida que puedan obtenerse con información de las personas”.*⁹⁵

La herramienta ha sido cuestionada, por castigar a los habitantes pobres de las ciudades con excelentes servicios públicos y de educación, en buena parte subsidiados, o por afectar a los habitantes de los centros poblados distintos de las cabeceras municipales, a quienes se califica sobre el puntaje de habitantes rurales y no sobre el más alto correspondiente a las familias urbanas.

Igualmente por premiar a las personas pudientes que no gastan recursos en mejorar su vivienda, servicios o educación y de generar incentivos perversos para la inversión de las familias en su vivienda a fin de no perder el subsidio. Según el estudio de la Universidad Nacional citado, el instrumento SISBEN, aunque es bueno para rechazar a los no pobres, rechaza también a la mitad de los pobres por ingresos. Es más específico entonces para incluir pobreza absoluta⁹⁶.

La crítica fundamental que recibe es por el hecho de dejar muchos pobres sin subsidio de salud, todos aquellos que califican por encima de los niveles 1 y 2 de pobreza, sobre una clasificación de 6 niveles. Este problema no corresponde realmente a la herramienta sino a la norma⁹⁷, que concede el subsidio a los niveles uno y dos SISBEN y lo niega al nivel tres.

Según la metodología, el nivel 2 a nivel urbano obtiene entre 24 y 48 puntos al aplicarse la encuesta. Un punto de diferencia (49) en la calificación puede determinar entre dos familias vecinas y prácticamente con iguales condiciones de vida, que una tenga derecho a subsidios y la otra no. La causa real del problema es que el sector salud haya trabajado sobre la base de otorgar la totalidad del subsidio o no concederlo, en lugar de un sistema gradual. Los subsidios parciales para niveles tres y cuatro tan sólo fueron aprobados en el año 2000 y aún no han comenzado a implementarse. Es necesario aclarar que el Nivel 3 del SISBEN también corresponde a familias pobres por ingresos.

La focalización de subsidios pretende corregir la desviación de subsidios del Estado hacia la clase media presentada en el Sistema Nacional de Salud, pues los recursos se enviaban directamente a los hospitales, donde las alzas de tarifas para compensar los déficit fiscales muchas veces se convertían en una barrera de acceso para los pacientes pobres para quienes supuestamente se habían creado los servicios hospitalarios públicos, o subsidiaban en servicios a otros estratos con poder adquisitivo.

⁹⁵ La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Tomo 1 Pág. 208.

⁹⁶ Fresneda Oscar, en “Ha mejorado el acceso en salud. Evaluación de los Procesos del Régimen Subsidiado”. Arévalo Decsi y Martínez Félix, Editores. Colección “la seguridad social en la encrucijada” Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo. En edición.

⁹⁷ Decretos 1895 y 2491 de 1994.

Problemas de administración del instrumento y actualización de las bases de datos

Un problema adicional, este sí relacionado con el instrumento, se refiere a que el mismo fue creado por el Departamento Nacional de Planeación como un estudio de corte, para ser aplicado cada tres años. No se diseñó inicialmente, ni se ha normado aún los mecanismos de actualización permanente de la base de datos municipal, mecanismos que permitan registrar a los nacidos y los inmigrantes, retirar a los emigrantes y fallecidos, incluir por demanda a personas pobres que no hayan sido encuestadas en la fase inicial, excluir a personas mal clasificadas, retirar a las personas que ingresen al Régimen Contributivo o incluir a aquellas pobres que pierdan el empleo y por tanto el derecho al Contributivo.

El mismo Departamento Nacional de Planeación reconoce que la cobertura del SISBEN no es total y las autoridades municipales, sin normas que señalen como proceder, han frenado la aplicación del instrumento, por barrido e incluso por demanda, bien por no tener recursos para su aplicación, o para no generar más expectativas frente a la limitación de subsidios. Por la misma causa y la falta de normas han dejado de actualizar la base de datos, que en promedio tiene ya cerca de cinco años. Este hecho afecta seriamente a personas que por la crisis económica u otra razón se les ha deteriorado su nivel de vida y siguen apareciendo en la base de datos sin derecho a subsidios. También a aquellos retirados de la afiliación por haber conseguido un trabajo y ser afiliados al Régimen Contributivo. Después de perder el empleo no logran retornar al Régimen Subsidiado.⁹⁸

El resultado es grave para gran parte de la población pobre, que sin la certificación del nivel de pobreza, no puede exigir los descuentos en las instituciones de salud del Estado, establecidos por las normas para quienes aún no han sido afiliados al régimen subsidiado y demuestren su pertenencia a los Niveles 1, 2 y 3 de pobreza. En suma, esta certificación los clasifica como vinculados en los términos del Sistema.

El estudio realizado por la Unión Temporal BDO Salud AGE – Corporación Centro Regional de Población en el año 2000, con representatividad nacional para El Ministerio de Salud, a través del Programa de Apoyo a la Reforma, para la evaluación integral del proceso SISBEN, en sus etapas de identificación, clasificación y selección de beneficiarios, arrojó entre sus resultados algunos que merecen ser destacados:

- ♣ *En el 94% de los municipios evaluados existen administrador responsable de SISBEN y de ellos el 90% ha recibido capacitación para el manejo del proceso.*
- ♣ *Se encontró que en más del 50% de los casos objeto de búsqueda, los soportes documentales fueron hallados y además, pudieron ser leídas el 93% de las bases de datos suministradas.*
- ♣ *Realizando la expansión a nivel nacional se concluyó que existen 26.758.459 personas a quienes se ha aplicado la encuesta SISBEN, de las cuales el 22.4% se encuentran afiliados al Régimen Subsidiado.*
- ♣ *Del total de personas sisbenizadas, 17.413.019 se encuentran clasificados en los niveles I y II, y de ellos cerca del 30% se encuentran afiliados a las ARS.*

⁹⁸ El incremento de la problemática alrededor del SISBEN motivó al Departamento Nacional de Planeación a una revisión del instrumento, que se prueba actualmente, para posteriormente aplicar nuevamente la encuesta a nivel nacional.

- ♣ *De los 7.981.822 afiliados al Régimen Subsidiado, el 83.7% están sisbenizados, lo que quiere decir que el SISBEN es un instrumento útil en la Selección e Identificación de Beneficiarios para el Subsidio en Salud.*
- ♣ *Sobre la concordancia de la información obtenida por medio de la ficha SISBEN y la aplicación de la reencuesta se encontró que existía concordancia para la clasificación urbano-rural eran del 95%. En relación con el puntaje se encontró que era similar en un 65%.*
- ♣ *Es de destacar que el 52% de los municipios de la muestra no cuentan con el apoyo de cartografía e informática, el 15% no tiene cartillas de instrucción y el 58% carece de presupuesto para presupuesto del sistema.*
- ♣ *El porcentaje de registros no identificables por ningún criterio en la base de datos fue del 3.7%, siendo en número de identificación el dato que en el 43% de los casos revisados no se registró. El 12% de las fichas aparecen aplicadas antes del 1990, cuando el sistema aún no se había implantado.*
- ♣ *El 9.8% de personas sisbenizadas y clasificadas en el nivel III y superiores se encuentran afiliados a alguna ARS, mientras el 71% de los sisbenizados clasificados en el nivel I y II no han sido afiliados al Régimen Subsidiado.*
- ♣ *Encontramos 120.200 personas sisbenizadas en el nivel I y II afiliadas a los regímenes subsidiado y contributivo simultáneamente y 136.000 sisbenizados y clasificados en el nivel III o superiores, afiliadas igualmente de manera concurrente a los dos regímenes mencionados. Además, el 15.4% de la población afiliada a las ARS, no se encuentra registrada en la base de datos SISBEN.*

Otros hallazgos y conclusiones generales del estudio fueron:

- ♣ *Durante los seis años de funcionamiento del SISBEN, no se ha realizado en forma masiva la actualización de la información obtenida, por lo que es fácil concluir que la información existente en el momento carece en alto grado de validez por la desactualización que presenta.*
- ♣ *Es importante que los entes territoriales revalúen y actualicen la información, que de acuerdo con las normas, tiene una vigencia de tres años.*
- ♣ *La información que se obtenga debería almacenarse en una base de datos nueva con el fin de determinar las personas potencialmente objeto de la asignación de subsidios, además excluir las personas que han mejorado su condición socioeconómica y aún reciben subsidios, o finalmente incluir aquellas a quienes se le han deteriorado sus condiciones socioeconómicas y son ahora potenciales receptores de subsidios estatales.*
- ♣ *Debe contratarse un sistema de evaluación y auditoría externa que realice procedimientos de evaluación verificando la información existente y verificando que los encuestadores estén aplicando la ficha de acuerdo a las normas y definiciones establecidas.*
- ♣ *De otro lado, consideramos que el SISBEN, como instrumento de clasificación socioeconómica ha sido útil, a pesar de las dificultades e inconvenientes de todo orden. Es de destacar la gran sensibilidad que tiene para identificar la extrema pobreza y la poca especificidad para la identificación de la mediana categoría de pobreza, dejando por fuera de los seleccionados, personas que en realidad se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.*
- ♣ *Es una obligación inapelable de los gobernantes locales, darle mantenimiento a la información del SISBEN, actualizando las encuestas, realizando nuevas a grupos vulnerables y aplicando procesos selectivos por demanda a población especial en condición de riesgo.*

- ♣ *Finalmente, debe tenerse en cuenta la actual clasificación, codificación y calificación de las variables, evaluando el peso específico de las mismas tanto para el área urbana como para el área rural, con el fin de reevaluarlas adecuadamente, considerando que en las actuales condiciones se cometen grandes errores de inequidad*

Equidad entre regiones en la aplicación de subsidios

Uno de los problemas derivados de la aplicación del Régimen Subsidiado en Salud es el de la equidad entre regiones. Con anterioridad a la formulación del nuevo Sistema supuestamente existían en el país grandes inequidades en la distribución del financiamiento del sector salud entre departamentos y Distritos por presupuestos históricos, pues aquellos más desarrollados, donde se encuentran las grandes ciudades, recibían muchos más recursos⁹⁹.

Cabe señalar que a partir de 1986, que inicia el proceso de descentralización en Colombia, se propone una nueva metodología para asignación territorial del gasto social, con base en la medición de necesidades básicas insatisfechas o NBI. Esta metodología trascendió incluso hasta la Constitución Nacional, Artículo 350, “*En la distribución territorial del gasto público social se tendrá en cuenta el número de personas con **necesidades básicas insatisfechas**, la población, y la eficiencia fiscal y administrativa, según reglamentación que hará la ley.*” dadas las palabras coincidentes, aunque estas se podrían interpretar como un concepto amplio y no como una metodología¹⁰⁰

Era de esperar, de conformidad con los postulados de equidad y universalidad, que los nuevos recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía sirvieran para compensar progresivamente las inequidades (claro está definidas con la metodología NBI), con tendencia a igualar el per cápita a mediano plazo. Sin embargo, la mayor parte de los nuevos recursos fue jalonada precisamente por los departamentos con mayores recursos y desarrollo, especialmente en el centro del país y en el Occidente, donde se ubican los centros urbanos más poblados y los departamentos más desarrollados, por lo que la resultante, en términos NBI, es el incremento de la inequidad entre regiones.

La razón de este “refuerzo de la inequidad” en la etapa inicial de desarrollo del Régimen Subsidiado tuvo que ver con la mayor eficiencia de los departamentos y distritos desarrollados en la aplicación inicial del SISBEN, condición exigida para lograr los recursos de cofinanciación del FOSYGA o recursos de demanda y poner en marcha el Régimen Subsidiado. En realidad, de esta forma se pretendió estimular a los departamentos, sin suponer que los recursos del Régimen Subsidiado contemplados en la Ley fueran a ser reducidos por lo que los departamentos que no realizaron la focalización con rapidez llegaron a un Fondo ya casi agotado.¹⁰¹

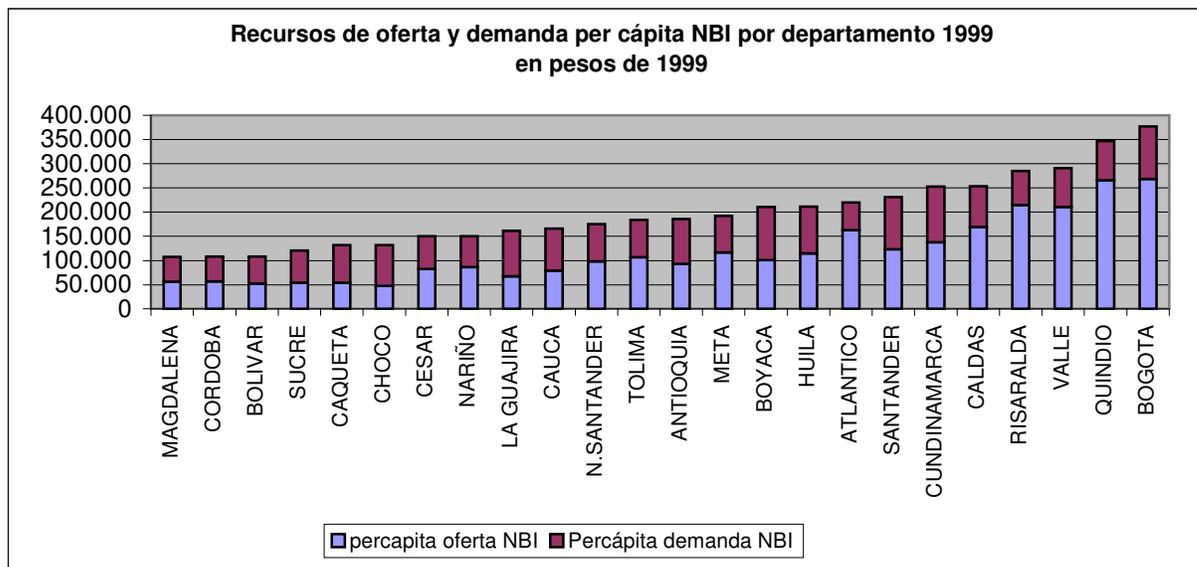
⁹⁹ Los presupuestos de la salud se elaboraron en los años 70 y 80 con base en las instituciones de salud existentes, de modo que las regiones que habían construido más hospitales recibían más recursos. Esta distribución sigue afectando algunos rubros como el Situado Fiscal, pero a partir de 1990 se inició un proceso de reasignación progresiva tomando en cuenta la población NBI.

¹⁰⁰ Todas los documentos y publicaciones oficiales, del Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación cuando se refieren a equidad entre regiones o departamentos o a cobertura del Régimen Subsidiado utilizan como denominador la población NBI y no la población pobre por ingresos.

¹⁰¹ El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud inició la corrección de estas inequidades al aprobar el presupuesto de cofinanciación de 1999. Este presupuesto exigió mayor cofinanciación proporcional por recursos de oferta. Al no aumentar los afiliados, el efecto fue la reducción de los recursos del FOSYGA para los departamentos desarrollados. (Acuerdo 119 de 1998).

Adicionalmente existieron otras causas que dirigieron recursos del Fondo de Solidaridad hacia ciertas regiones, como la existencia de desplazados por la violencia, catástrofes naturales o simples presiones políticas.¹⁰²

Gráfico No. 15

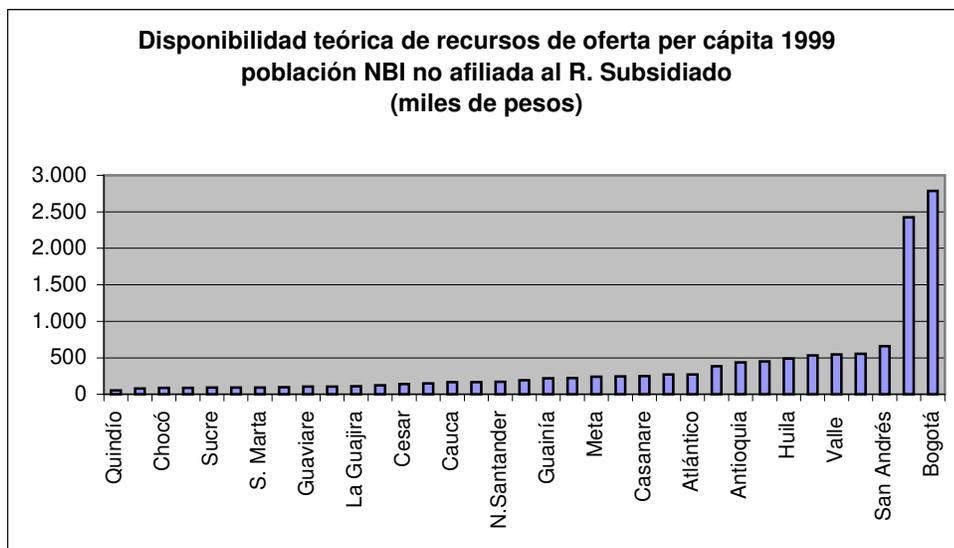


Fuente: Cifras Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud

Si se calculan los recursos per cápita a partir de los recursos de oferta, tomando únicamente la población definida por el Departamento nacional de Planeación como población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), y se restan los afiliados al Régimen Subsidiado, las inequidades regionales aparentan ser mucho más desproporcionadas.

Gráfico No. 16

¹⁰² La Revisión detallada de las Actas y Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud confirma estas apreciaciones.



Fuente: Cifras Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud

Las exageradas inequidades regionales surgen como efecto de tomar como denominador solamente la población NBI no afiliada al régimen subsidiado, sin tener en cuenta que los 9 millones de afiliados también son vinculados para los servicios no cubiertos por el POS, lo que sería equivalente aproximadamente a otras cuatro millones de personas por atender.

Cuadro No. 20

Relación afiliados Régimen Subsidiado con población pobre y población NBI 1999					
Población total	Población pobre	Población NBI	Afiliados R. Subsidiado	Pobres no afiliados subsidiado	NBI no afiliados Subsidiado
41.539.011	22.364.604	15.236.142	9.325.832	13.038.772	5.910.310
100,00%	53,84%	36,68%	22,45%	58,30%	38,79%

Fuente: Cifras de pobreza y población NBI Planeación Nacional

De la misma manera esta forma de hacer los cálculos basada en NBI tampoco toma en cuenta todos los demás pobres que no se encuentran bajo la clasificación de NBI. Cabe recordar que la diferencia entre la línea de pobreza por ingresos y el NBI es superior a siete millones de personas, igualmente sin capacidad de pago en salud, las que en la práctica también son cubiertas con recursos de oferta, salvo que estén afiliadas al Régimen Contributivo.

Esta relación entre pobreza por ingresos y NBI puede apreciarse en la tabla siguiente, por departamentos, y los correspondientes efectos sobre el per cápita resultante de recursos de oferta o recursos disponibles en los hospitales per cápita para atender la población pobre o NBI no afiliada al Régimen Subsidiado. Al tomar como denominador la población pobre no afiliada el per cápita disponible por oferta se reduce a un tercio (de 538 a 165 mil).

Cuadro No. 21

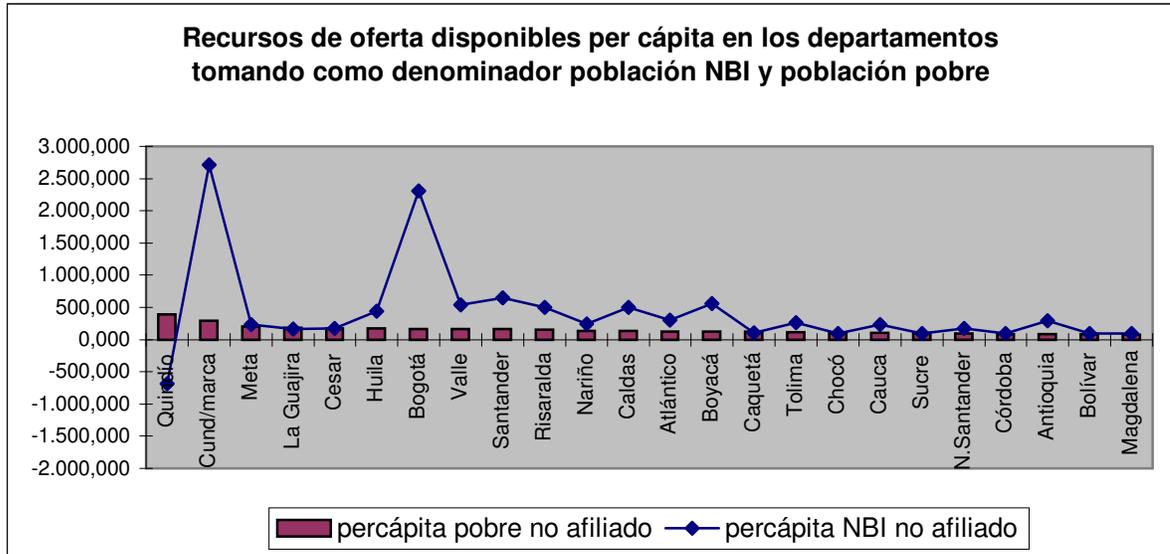
Recursos per cápita para población pobre no afiliada y para población NBI no afiliada
(pesos 1999)

Departamento	Per cápita pobre no afiliado	Per cápita NBI no afiliado
Quindío	391,619	-686,541
Cund/marca	289,004	2.712,192
Meta	201,448	234,467
La Guajira	188,243	166,507
Cesar	176,242	171,614
Huila	169,023	443,470
Bogotá	166,163	2.305,389
Valle	165,011	537,650
Santander	163,714	650,069
Risaralda	152,988	498,510
Nariño	137,245	239,841
Caldas	134,545	500,716
Atlántico	126,905	305,182
Boyacá	124,446	563,502
Caquetá	120,507	109,458
Tolima	119,388	265,868
Chocó	107,476	98,153
Cauca	106,415	233,645
Sucre	103,495	94,033
N. Santander	94,697	170,952
Córdoba	85,615	93,638
Antioquia	84,231	292,140
Bolívar	81,660	91,332
Magdalena	79,705	93,478
Promedio	165,011	537,650

Fuente: Cálculos del estudio y cifras del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud

En la gráfica puede apreciarse que los recursos de oferta están más uniformemente distribuidos en relación con la población pobre que con la población NBI.

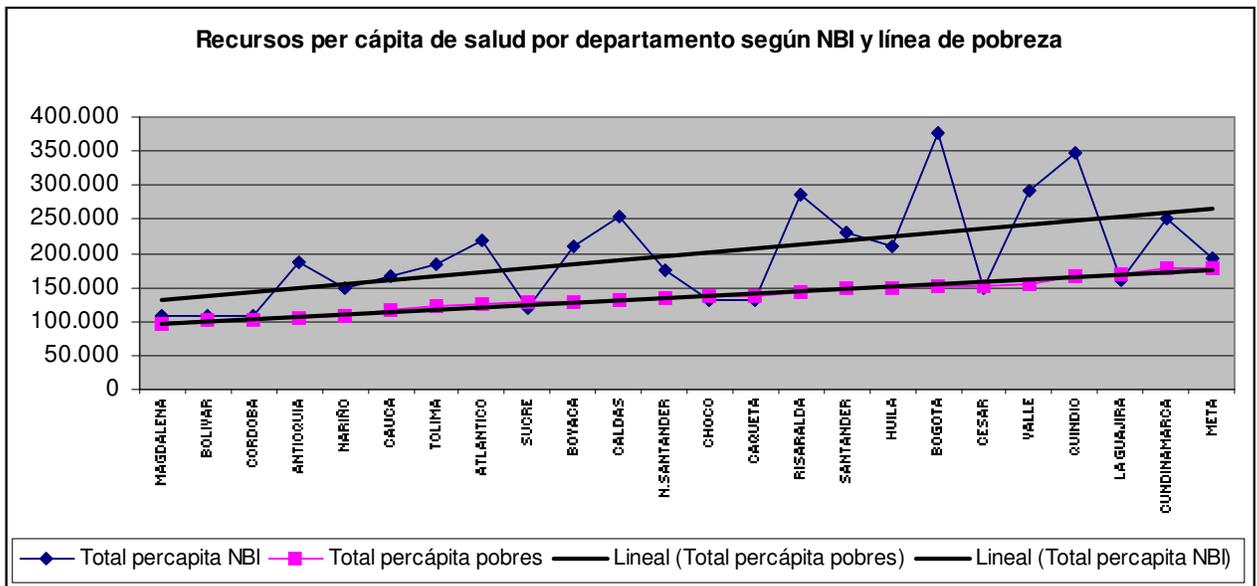
Gráfico No. 17



Fuente: Cuadro No. 21

Para profundizar en este análisis sobre el efecto en las regiones y el país de tomar uno u otro denominador de pobreza, se sumaron las cifras totales recibidas por vía subsidios (demanda) y las cifras recibidas por vía oferta (hospitales) en cada departamento y se dividieron por los dos denominadores, población NBI y población pobre por ingresos, operación que arroja un resultado muy destacado sobre la gran diferencia entre las dos formas de medir la distribución de los recursos de salud.

Gráfico No. 18



Fuente: Cálculos del estudio

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, son divergentes las tendencias de estimación de recursos necesarios de las dos metodologías. Los departamentos más desarrollados y también las grandes ciudades muestran recursos per cápita desproporcionados con la metodología NBI, fuera de

la tendencia, sin evidenciar al mismo tiempo mayores recursos per cápita por población pobre, pues permanecen dentro de la tendencia uniforme.

Como consecuencia de lo anterior, puede suponerse que si la política de distribución de recursos toma la línea de pobreza como metodología para buscar equidad, recibirían iguales recursos los grandes departamentos y las grandes ciudades. Sin embargo, si la metodología adoptada es la población NBI, recibirán muchos menos recursos pues aparentan tenerlos en exceso.

Señala el Informe de Desarrollo Humano 1998¹⁰³, en su último capítulo que ‘La medida más común utilizada en Colombia, desde 1986, ha sido la de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI que se puede considerar como un índice que capta principalmente condiciones de desarrollo de infraestructura urbana.... En su aplicación, la medición de la pobreza con el NBI tiene algunas limitaciones..... no ha permitido profundizar en la intensidad ni en la distribución’

Y agrega: ‘Los estudios sobre pobreza realizados recientemente muestran que al comparar el NBI con el índice basado en ingresos, sólo una de cada tres personas clasificadas como pobres absolutos por ingresos, se clasificarían como pobres según NBI’.

De aquí se desprende que la aplicación de la metodología NBI implica que tienen mucho más peso los pobres por calidad de vivienda y falta de servicios públicos que el número total de pobres para la asignación de recursos, o lo que es igual, que millones de pobres por encima de la línea NBI se concentran fundamentalmente en departamentos desarrollados y grandes ciudades, donde cuentan con servicios públicos y estos no van a ser tenidos en cuenta para la asignación de los recursos.

Las diferencias entre las dos formas de estimar cobertura en el Régimen Subsidiado pueden observarse para las regiones del país en la siguiente tabla.

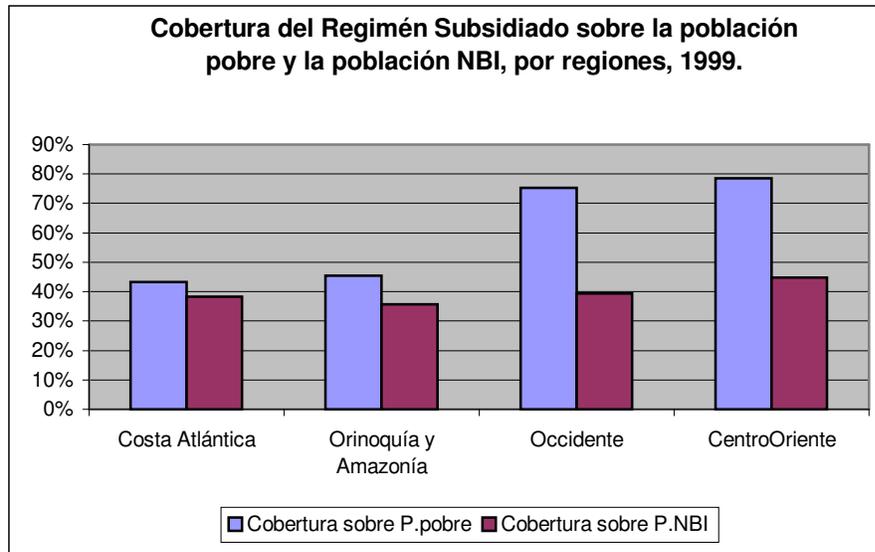
Cuadro No. 22

Afiliados R. Subsidiado vs. población pobre y población NBI.					
Dic. 99					
	Población por línea de pobreza	Población NBI	Afiliados Subsidiado	Cobertura población pobre	Cobertura población NBI
Costa Atlántica	5.245.584	4.661.865	2.013.896	38,39%	43,20%
Orinoquía y Amazonía	1.687.068	1.323.418	600.679	35,60%	45,39%
Occidente	8.405.559	4.392.262	3.302.807	39,29%	75,20%
CentroOriente	7.593.811	4.340.691	3.408.410	44,88%	78,52%

Fuente: Informe del CNSSS al Congreso Julio 2000 y cálculos propios

Gráfico No. 19

¹⁰³ Informe de Desarrollo Humano para Colombia 1998. Departamento Nacional de Planeación, Misión Social. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). TM Editores y DNP 1ª Edición. Junio de 1998.



Fuente: Cuadro No. 22

Como se puede observar en el gráfico, la “inequidad” señalada en todos los estudios en función del NBI, deja de serlo en la práctica en función de la población pobre.

La presente investigación macro incluye en otro aspecto, no editado aquí, el análisis de las medidas de pobreza y la utilizada en este caso para el otorgamiento de subsidios, pues este es un punto crucial para poder definir si la proporción de recursos estimada en el proyecto inicial, correspondiente a aportes de los particulares y del Estado, para financiar el aseguramiento universal, es viable o no.

Cobertura Total de la Seguridad Social en Salud

Considerada esta como la suma de los afiliados del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. La diferencia con el total de la población constituiría la población no afiliada. Sin embargo, dadas las excepciones contempladas por la Ley al Magisterio, Ecopetrol¹⁰⁴, las Fuerzas Militares y la Policía, deben considerarse estos grupos como cubiertos por un sistema de Seguridad Social.¹⁰⁵

Esta especie de subsistema, si bien aporta el 1% de la nómina de los trabajadores para la Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado, permanece separado de los mecanismos de solidaridad del Régimen Contributivo citados anteriormente, de modo que los afiliados cuentan en la realidad con un gasto per cápita mucho más alto¹⁰⁶, en virtud de salarios superiores al promedio nacional de estos

¹⁰⁴ Los sindicatos de Ecopetrol y el Magisterio se opusieron en el Congreso a su inclusión en el Sistema y específicamente en el Régimen Contributivo, y lograron la excepción en la Ley 100 de 1993.

¹⁰⁵ Recientemente, por Ley 647 del 2001 se creó también un Régimen Excepcional de Seguridad Social en Salud para Universidades Públicas.

¹⁰⁶ Reporte de la Comisión de Gasto Público creada por el Gobierno Nacional 1998.

funcionarios públicos, aportes especiales patronales o del presupuesto, o arreglos convencionales muy onerosos para el Estado.

Adicionalmente, el hecho de que no se cruzara la información con el Sistema hizo posible que estos trabajadores de régimen especial pudieran pertenecer a los dos sistemas, es decir costarle doblemente al Estado, cuando el cónyuge era trabajador afiliado regular del Régimen Contributivo, hasta la expedición del Decreto 47 de 2000, que buscó corregir la doble afiliación.

En la tabla siguiente se observan los afiliados totales por régimen y la población sin cobertura.

Cuadro No. 23

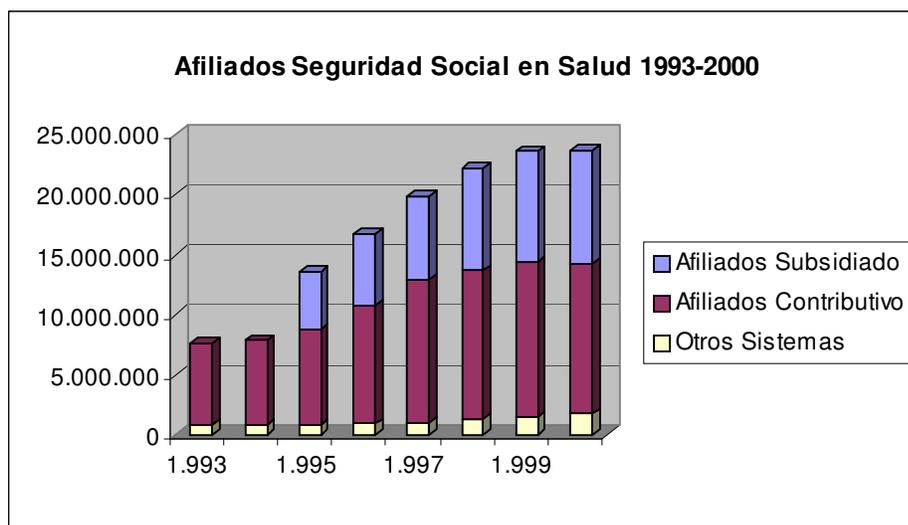
Afiliados Seguridad Social en Salud y no afiliados 1993 - 2000

	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Afiliados Subsidiado			4.800.916	5.981.774	7.026.690	8.527.061	9.283.966	9.510.566
Afiliados Contributivo	6.732.281	7.025.627	7.950.167	9.908.874	12.049.672	12.399.639	12.885.801	12.590.389
Otros Sistemas	792.500	812.500	832.500	852.500	889.500	1.280.000	1.480.000	1.680.500
Sin cobertura	29.602.514	30.011.023	24.958.048	22.552.650	20.098.231	18.620.116	17.939.251	18.539.931
Total población	37.127.295	37.849.150	38.541.631	39.295.798	40.064.093	40.826.816	41.589.018	42.321.386

Fuente: Cuadros anteriores

En forma gráfica

Gráfico No. 20



Fuente: Cuadro No. 23

La cobertura en porcentaje sobre la población total sería la siguiente:

Cuadro No. 24

Cobertura total y por regímenes. Seguridad Social en Salud 1993 – 2000

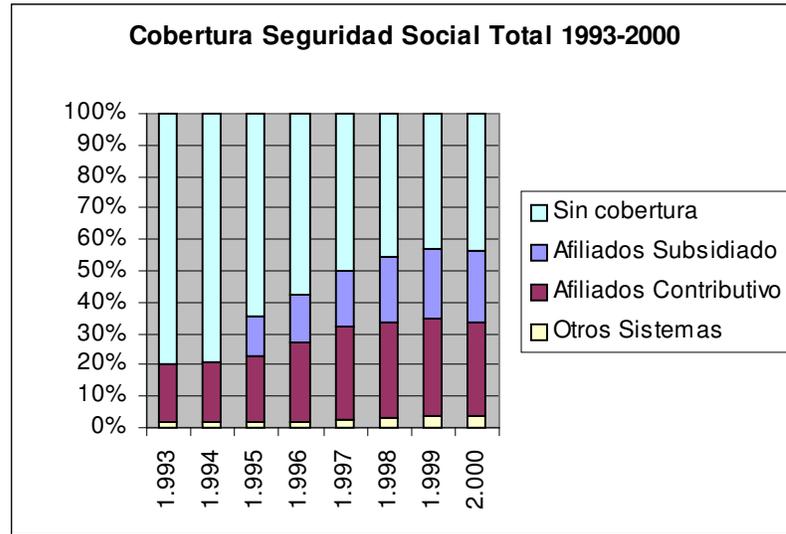
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Afiliados Subsidiado	0,00%	0,00%	12,46%	15,22%	17,54%	20,89%	22,32%	22,47%
Afiliados Contributivo	18,13%	18,56%	20,63%	25,22%	30,08%	30,37%	30,98%	29,75%
Otros Sistemas	2,13%	2,15%	2,16%	2,17%	2,22%	3,14%	3,56%	3,97%

Total cobertura	20,27%	20,71%	35,24%	42,61%	49,83%	54,39%	56,87%	56,19%
Sin cobertura	79,73%	79,29%	64,76%	57,39%	50,17%	45,61%	43,13%	43,81%

Fuente: Cuadro No. 23

En forma gráfica

Gráfico No. 21



Fuente: Cuadro No. 24

En resumen, si se contaran numéricamente los afiliados del Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado y otros sistemas, estos representan el 56% de la población. Puede observarse igualmente que el Sistema tuvo un incremento notorio de afiliación entre 1995 y 1998, pero después se estabilizó en el 53% de la población.

Capítulo II

La Cobertura en Términos de Recursos

El presente estudio considera, sin embargo, que para medir la cobertura en un Sistema de Seguridad Social en Salud de carácter universal, mientras se de la posibilidad de aseguramientos parciales o diferenciales, es pertinente medir no sólo los afiliados, sino también los recursos disponibles para pagar las primas de aseguramiento.

Resulta consecuente de la formulación del principio de universalidad en el aseguramiento con un mismo Plan Obligatorio de Salud y básicamente sobre la misma UPC, objeto final de la Ley 100, que para estimar el costo total del Sistema, basta multiplicar el valor del POS completo, del Régimen Contributivo, por el número total de habitantes del país.

Se da por hecho generalmente, al hablar de cobertura, que los 9.5 millones de afiliados del Régimen Subsidiado, con seguro parcial, cuentan con seguridad social, afirmación que sólo es correcta en cierta medida, dada la cobertura parcial de beneficios de este aseguramiento. Por ello, cuando en este estudio revisamos la cobertura de la seguridad social en salud lo hacemos desde el punto de vista del aseguramiento, calculando las Unidades por Capitación (UPC) o primas que han sido pagadas a las aseguradoras, así como el valor de las mismas. Si en el Régimen Subsidiado el seguro cuesta aproximadamente la mitad que en el Contributivo e igualmente cubre poco más de la mitad de los riesgos¹⁰⁷, debe considerarse como medio seguro y no como uno entero, desde la perspectiva del aseguramiento efectivamente pagado, en concordancia con la ley dirigida a alcanzar un Plan Obligatorio de Salud igual para todos los colombianos.

De esta forma, los problemas de disponibilidad de recursos para el aseguramiento y los problemas relacionados con la equidad se aprecian con mucha mayor claridad. De aquí la propuesta presentada por FEDESALUD ante el I Congreso Internacional de Seguridad Social 2001, en Cuba, de *definir la cobertura en términos de número de ciudadanos con aseguramiento efectivamente pagado y en relación al valor de un Plan de Salud lo más completo posible disponible en el país* (por ejemplo el que rige en los Institutos de Seguros Sociales), para materializar la efectividad del derecho.

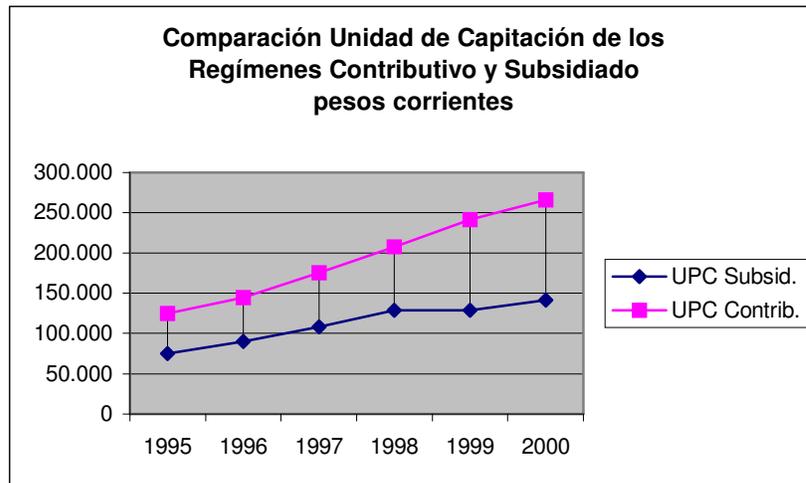
Precisemos lo anterior, en cuanto a las consecuencias sobre la equidad: cuando el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determina el Plan Obligatorio de Salud y el valor de la Unidad de Capitación del Régimen Contributivo, sin proponérselo, emite una declaración política y genera una expectativa sobre los servicios de salud que deben garantizarse a cada ciudadano y deja una constancia pública del costo promedio por persona de estas atenciones.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Se estima que si bien la UPC del Régimen Subsidiado es aproximadamente el 50% de la del Régimen Contributivo, la cobertura del POS equivale al 60%, por el desfase debido al no incremento en el año 1999, es decir la reducción en términos reales de su valor presente.

¹⁰⁸ Algunas consideraciones importantes se relacionan con la posibilidad de que el mismo plan de beneficios para la población pobre en el Régimen Subsidiado pueda costar menos, en función de una demanda más restringida por factores socioculturales, sin embargo, en contrapeso a lo anterior habría que considerar que llevar servicios a poblaciones rurales (la gran mayoría pobres en Colombia) tiene mayor costo, lo que ya contemplan parcialmente las tarifas obligatorias y la UPC subsidiada para ciertas zonas de población dispersa.

Resulta fácil a partir de dicho reconocimiento del gasto necesario por ciudadano, hecho por el mismo Estado, evaluar los recursos requeridos para garantizar los servicios de salud a todos los habitantes del país, e igualmente resulta sencillo cuantificar la disponibilidad de los mismos para los grupos asegurados o no asegurados. La equidad o inequidad se puede medir entonces también a partir de las diferencias en el per cápita que un sistema de salud destina para cada grupo o segmento poblacional identificable.

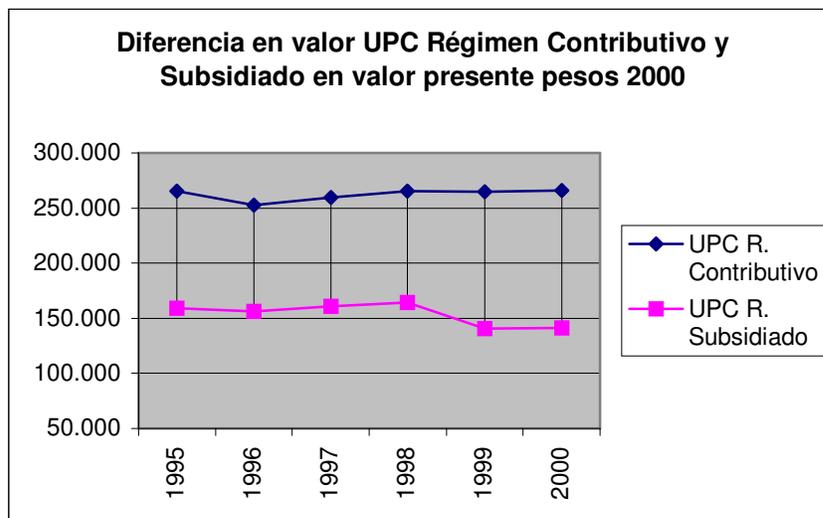
Gráfico No. 22



Fuente: Acuerdos del CNSSS

En valor presente a pesos del año 2000 se observa más claramente la diferencia de valor de la UPC del Régimen Subsidiado frente a la del Contributivo, brecha que aumentó a partir de 1999.

Gráfico No. 23



Fuente: Cuadro No. 18

Si aplicamos la definición de cobertura propuesta, podremos observar un grave problema de inequidad en la etapa actual de implementación de la Seguridad Social en Salud en Colombia, o de transición entre el sistema de asistencia pública y el sistema de aseguramiento. En primer lugar, la disponibilidad de recursos per cápita para la población pobre afiliada al Régimen Subsidiado es la mitad de la estimada como necesaria por el mismo Sistema -la que el Fondo de Solidaridad reconoce por cada afiliado al Régimen Contributivo-. Análisis similar, en términos de per cápita disponible, se requiere respecto a los grupos poblacionales no asegurados, aunque resulte algo más difícil establecer con precisión estos segmentos de población y los recursos efectivamente disponibles para sus servicios, por lo que las cifras se manipulan fácilmente según lo que se pretenda demostrar.¹⁰⁹

Considerar la cobertura parcial del Régimen Subsidiado y una UPC de menor valor como aseguramiento real, puede inducir por otra parte a serios errores en los cálculos del Gobierno, como sucedió en el proyecto de presupuesto del año 2000 presentado al país por El Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda¹¹⁰, donde se pretendía que transformando todos los recursos del subsidio de oferta (recursos para hospitales públicos) a subsidios de demanda se podría alcanzar la cobertura de todos los pobres al Régimen Subsidiado, sin considerar siquiera cómo se cubriría entonces la otra mitad de las atenciones no incluidas en el POS a estos afiliados o a todos los demás pobres o vinculados que no clasificaron en la población NBI.

Puesto que la población del Régimen Subsidiado corresponde a los niveles SISBEN 1 y 2 (los mas pobres de los pobres), no tiene posibilidad alguna de pagar de su bolsillo los servicios no incluidos en el POS, se requerirá siempre que el Gobierno calcule el costo de financiar la prestación de los mismos servicios mediante subsidios a la oferta, entre tanto este seguro no sea completo, aunque lo deseable sería simplemente que se entregara el POS completo.

Para los cálculos siguientes de cobertura en términos de recursos, no se toma el valor de la Unidad de capitación del Régimen Contributivo únicamente, por cuanto el POS Contributivo tiene otras fuentes de financiación: Las cuotas moderadoras y copagos y los recursos para promoción y prevención¹¹¹.

Si bien en el comienzo del Sistema se definieron claramente las tres partidas, asignándoles un valor específico a cada una, posteriormente se eliminó el control sobre los ingresos de las EPS por copagos y cuotas moderadoras¹¹², de modo que resulta imposible saber hoy cuanto se está reconociendo a las EPS por el POS. Por concepto de promoción y prevención se reconocieron en el año 2000 10.800 pesos per cápita¹¹³.

En conjunto, para el año 2000, la suma de los 265.734 pesos de la UPC aprobada por el CNSSS¹¹⁴, más los 10.800 pesos de promoción y prevención¹¹⁵, más las cuotas moderadoras y copagos (para

¹⁰⁹La consecuencia, como se observó al calcular los per cápitas regionales por NBI y línea de pobreza, es que el número de pobres incapaces de asegurarse por su propia cuenta cambia dramáticamente y las obligaciones financieras del Estado, igualmente se reducen o aumentan, de acuerdo con la metodología que se adopte o el interés de quien las presente.

¹¹⁰ El Presupuesto de la Verdad. Justificación del Proyecto de presupuesto nacional para el año 2000. Publicación del Ministerio de Hacienda

¹¹¹ Acuerdo 18 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

¹¹² EL Acuerdo 30 del CNSSS decide que los recaudos por copagos y cuotas moderadoras pertenecen a las EPS y estos en adelante no se estiman para el cálculo de los ingresos para el financiamiento del POS.

¹¹³ Acuerdo 161 del CNSSS

¹¹⁴ Se trabaja sobre la UPC aprobada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, pues ni el FOSYGA ni la Dirección General Financiera del Ministerio de Salud reportan al final del periodo cual fue la

los cuales inicialmente (Acuerdo 18 de 1994) se estimó un tope de 5.800 pesos por afiliado año), para este ejercicio llevados a valor presente del 2000 equivalen a 12.317 pesos¹¹⁶, daría una cifra aproximada a los 290.000, que utilizaremos como base de costo del POS en cuanto a prestaciones de salud¹¹⁷ para los cálculos del costo del Sistema.

De esta forma es posible establecer, desde un principio y año por año, a valor presente del año 2000, los recursos necesarios para lograr la cobertura universal, compararlos con los recursos empleados y determinar los faltantes para lograr el objetivo de universalidad.

Es pertinente aclarar que la UPC subsidiada para el año 2000 alcanzó el valor de 141.480. Como el POS del Régimen Subsidiado incluye las actividades de promoción y prevención que en el contributivo se pagan adicionalmente a la UPC, para efectos prácticos del cálculo tomaremos la UPC del Régimen Subsidiado por un valor de 145.000 pesos, equivalente a la mitad del valor de lo pagado por cada afiliado Régimen Contributivo.

Para el análisis también estimaremos los afiliados de otros sistemas al mismo valor del afiliado del Régimen Contributivo, es decir 290.000, aunque tengan un gasto superior, pero que actualmente no es transferible al Subsidiado ni al Contributivo.

Cuadro No. 25

Recursos de la Seguridad Social en Salud disponibles y faltantes sobre la base de un costo per cápita de 290.000 pesos (millones de pesos a valor presente del 2000)

	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Recursos Subsidiado	0	0	696.133	867.357	1.018.870	1.236.424	1.346.175	1.379.032
Recursos Contributivo	1.952.361	2.037.432	2.305.548	2.883.092	3.533.360	3.595.895	3.736.882	3.651.213
Recursos Otros Sistemas	229.825	235.625	241.425	247.225	257.955	371.200	429.200	487.200
Sin Recursos	8.584.729	8.703.197	7.933.967	7.398.107	6.808.402	6.636.258	6.548.558	6.755.757
Total población	10.766.916	10.976.254	11.177.073	11.395.781	11.618.587	11.839.777	12.060.815	12.273.202

Fuente: Cálculos del estudio

En forma gráfica

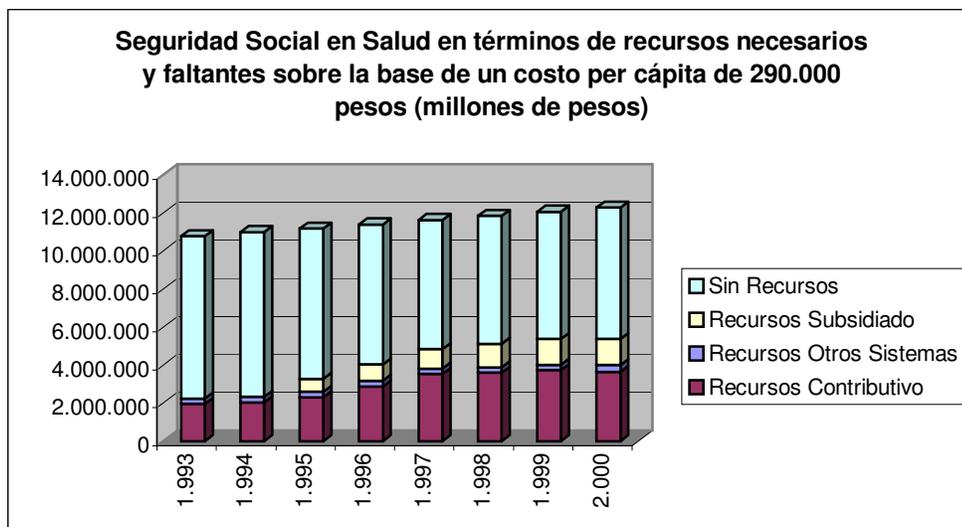
Gráfico No. 24

UPC promedio efectivamente pagada. Cálculos iniciales realizados por FEDESALUD sobre la compensación de 1998 indican que la UPC pagada efectivamente en ese año resultó aproximadamente un 5% superior a la aprobada por el CNSSS (cerca de 218.000 contra 207.362 aprobados por el CNSSS). El pago total promedio por afiliado habría ascendido por tanto en 1998 a cerca de 235.000 pesos si se hubieran ejecutado los recursos de promoción y prevención. Un documento reciente del Ministerio de Salud, confirma el hallazgo de esta investigación, en el sentido de que la UPC efectivamente pagada ha superado por varios años la UPC promedio dictada por el CNSSS.

¹¹⁵ Las EPS deberán forzosamente gastar estos recursos de conformidad con el Acuerdo 117.

¹¹⁶ Se trabajó sobre una proyección en pesos constantes de dicho valor ya que no ha sido posible conocer el valor real de los recaudos per cápita de las EPS por este concepto. Igualmente el estudio reciente del Ministerio de Salud (Evaluación del Equilibrio Financiero del Sistema. Diciembre de 2001) demuestra que el promedio recaudado por concepto de Cuotas Moderadoras y Copagos entre los años 1996 y 2000 fue promedio del 4.3% de la UPC, cifra que concuerda con la estimada.

¹¹⁷ Las prestaciones económicas, incapacidades y licencias de maternidad tienen una fuente de financiación distinta, el 0.25% de la cotización que recauda cada EPS.

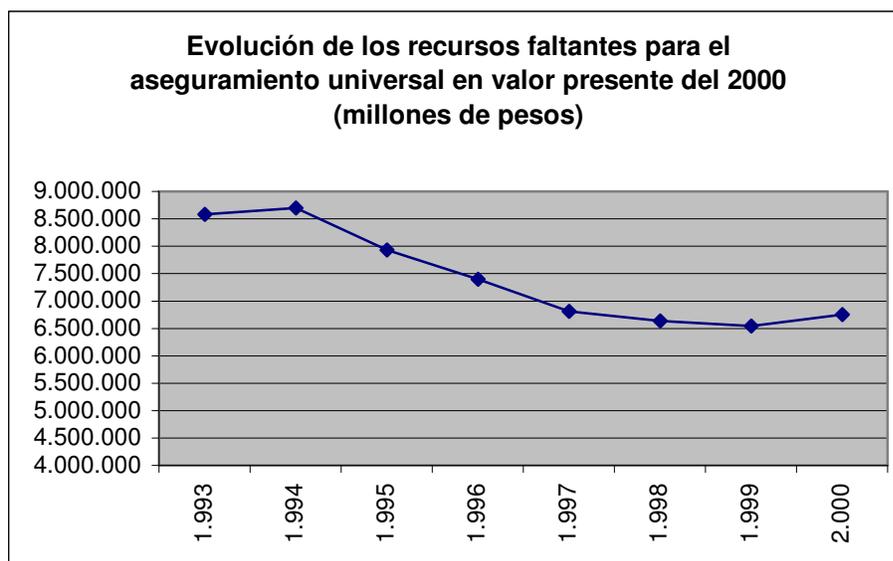


Fuente: Cuadro No. 25

Como se aprecia en la tabla y gráfico anteriores, el resultado de multiplicar 290.000 pesos del año 2000 por el número de habitantes, significa que el costo global del Sistema General de Seguridad Social en Salud planteado en la Ley 100 de 1993 era cercano a los 12.3 billones de pesos para el año 2000, mientras los recursos del Régimen Contributivo apenas superaban los 3.65 billones de pesos y los recursos del subsidiado apenas alcanzaban 1.38 billones de pesos. El faltante en aseguramiento era por lo tanto cercano a 6.7 billones de pesos.

De igual forma, se pueden representar los recursos faltantes para lograr la cobertura universal del aseguramiento en salud.

Gráfico No. 25



Fuente: Cuadro No. 25

También puede representarse en porcentaje la cobertura de aseguramiento en términos de recursos disponibles y faltantes. Como podrá observarse el Régimen Subsidiado, que en términos de

cobertura poblacional significaba más del 22% para el año 2000, representa tan sólo un 11% en términos de proporción de recursos para el aseguramiento universal.

Cuadro No. 26

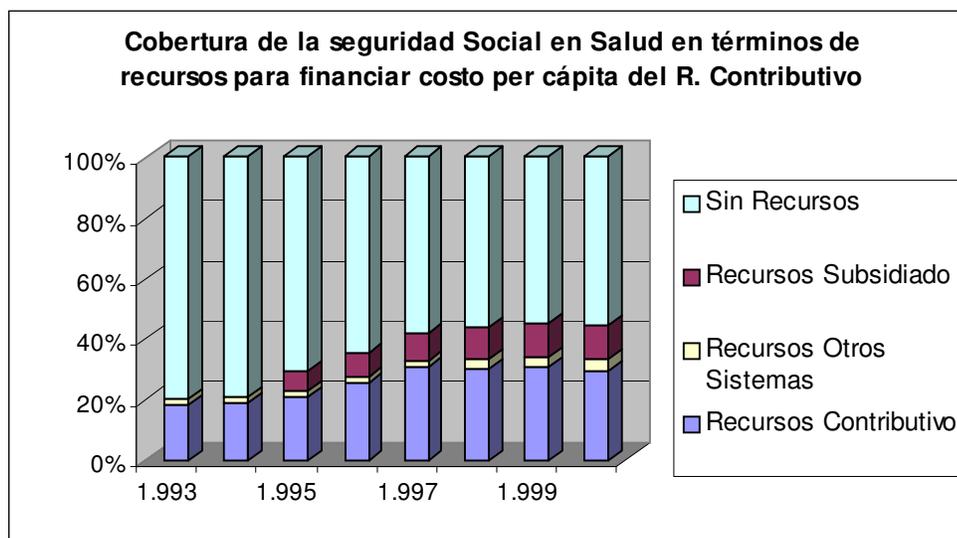
Recursos para el aseguramiento universal a costo per cápita del R. Contributivo

	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Recursos Subsidiado	0,00%	0,00%	6,23%	7,61%	8,77%	10,44%	11,16%	11,24%
Recursos Contributivo	18,13%	18,56%	20,63%	25,30%	30,41%	30,37%	30,98%	29,75%
Recursos Otros Sistemas	2,13%	2,15%	2,16%	2,17%	2,22%	3,14%	3,56%	3,97%
Sin Recursos	79,17%	78,80%	70,55%	64,54%	58,32%	56,74%	55,45%	56,18%
Total población	10.766.916	10.976.254	11.177.073	11.395.781	11.618.587	11.839.777	12.060.815	12.273.202

Fuente: Cuadro No. 25

En forma gráfica

Gráfico No. 26



Fuente: Cuadro No. 26

Esta misma forma de medición permite establecer hasta donde llegaría la cobertura de aseguramiento si se hubieran llevado la totalidad de los recursos de oferta que reciben los hospitales públicos^{118 119} hacia subsidios, (más adelante se observara que ello no es posible)¹²⁰ en términos del costo per cápita del Régimen Contributivo establecido, que llamaremos en adelante Al Costo Afiliado del Régimen Contributivo (ACARC) a pesos constantes de 2000.

Los recursos disponibles y faltantes para el aseguramiento universal, meta definitiva de la Ley 100,

¹¹⁸ Para este cálculo se tomaron cifras del documento Análisis Financiero de los Hospitales Públicos. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud. Marta Madrid Malo.

¹¹⁹ Se incluyen en pesos constantes de 1998 los recursos recibidos por todo el sistema hospitalario público, de primer, segundo y tercer nivel, por concepto de Situado Fiscal, Rentas Cedidas y Ayuda Financiera. No se incluyen estos rubros recibidos por las Direcciones de Salud que pueden tener como objeto el financiamiento del Régimen Subsidiado, el Plan de Atención Básica (PAB) o los propios gastos de las Direcciones.

¹²⁰ El Documento "El Presupuesto de la Verdad", que presenta el proyecto de presupuesto para el año 2000, plantea la transición del 100% de los recursos de oferta a demanda.

se observan en el siguiente cuadro en cuatro grupos, más los faltantes.

Cuadro No. 27

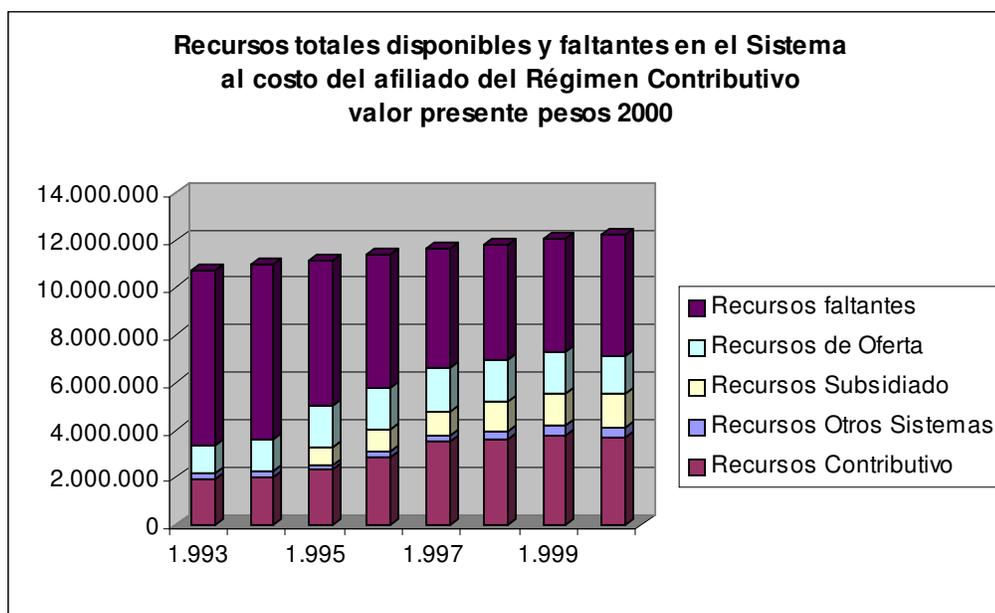
Recursos totales disponibles y faltantes para el aseguramiento universal (millones de pesos a valor presente del 2000)

	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Recursos Subsidiado	0	0	696.133	867.357	1.018.870	1.236.424	1.346.175	1.379.032
Recursos Contributivo	1.952.361	2.037.432	2.305.548	2.883.092	3.533.360	3.595.895	3.736.882	3.651.213
Recursos Otros Sistemas	229.825	235.625	241.425	247.225	257.955	371.200	429.200	487.200
Recursos de Oferta	1.147.889	1.344.032	1.816.391	1.822.307	1.816.929	1.774.356	1.751.205	1.599.664
Recursos faltantes	7.436.840	7.359.165	6.117.575	5.575.801	4.991.472	4.861.901	4.797.353	5.156.093
Total población	10.766.916	10.976.254	11.177.073	11.395.781	11.618.587	11.839.777	12.060.815	12.273.202

Fuente: Cálculos del estudio y Programa de Mejoramiento del Ministerio de Salud

En forma gráfica

Gráfico No. 27



Fuente: Cuadro No. 27

En número de personas aseguradas y no aseguradas a costo de la UPC del Régimen Contributivo, se hubieran tenido las siguientes cifras:

Cuadro No. 28

Personas asegurables teóricamente con los recursos de los distintos rubros a costo del afiliado al régimen contributivo (ACARC)

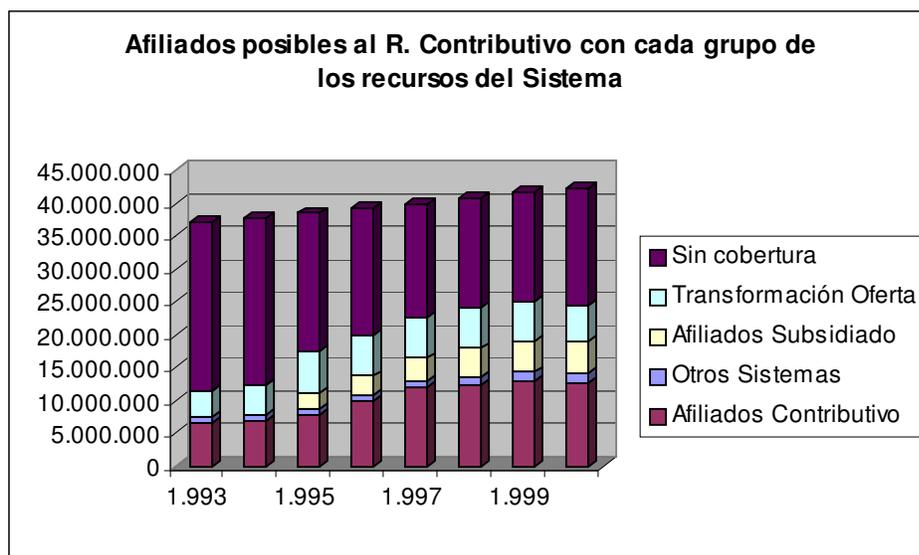
	1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000
Afiliados Subsidiado	0	0	2.400.458	2.990.887	3.513.345	4.263.531	4.641.983	4.755.283
Afiliados Contributivo	6.732.281	7.025.627	7.950.167	9.908.874	12.049.672	12.399.639	12.885.801	12.590.389
Otros Sistemas	792.500	812.500	832.500	852.500	889.500	1.280.000	1.480.000	1.680.000

Transformación Oferta	3.958.238	4.634.592	6.263.418	6.283.816	6.265.274	6.118.470	6.038.636	5.516.084
Sin cobertura	25.644.276	25.376.431	21.095.088	19.226.899	17.211.974	16.765.176	16.542.598	17.779.629
Total población	37.127.295	37.849.150	38.541.631	39.295.798	40.064.093	40.826.816	41.589.018	42.321.386

Fuente: Cuadro No. 27

Que se representarían de esta forma

Gráfico No. 28



Fuente: Cuadro No 28

E igualmente en términos de porcentaje de la población que hubiera quedado y no hubiera quedado asegurada bajo este supuesto, sería

Cuadro No. 29

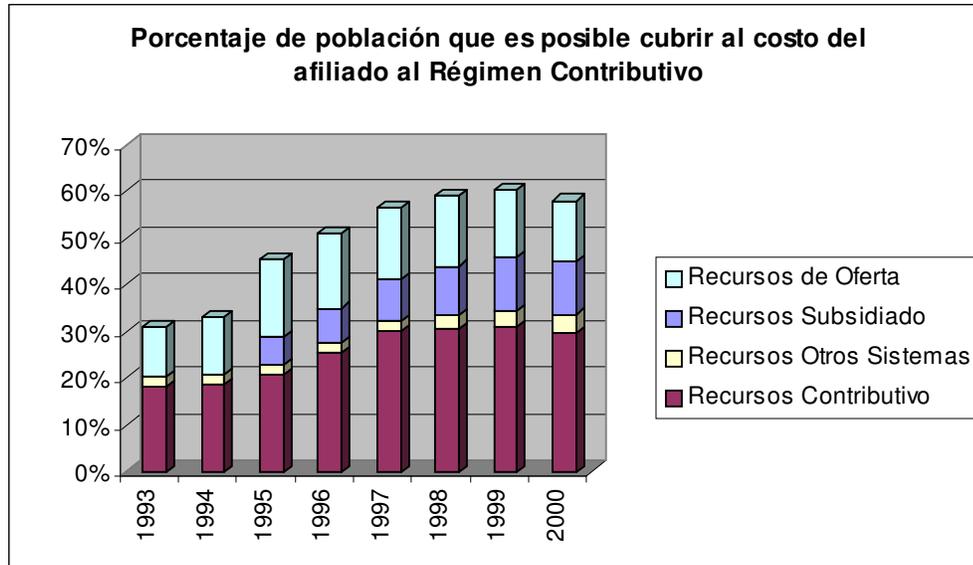
Población asegurable por los distintos rubros a costo del afiliado al régimen contributivo, en porcentaje

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Recursos Subsidiado	0,00%	0,00%	6,23%	7,61%	8,77%	10,44%	11,16%	11,24%
Recursos Contributivo	18,13%	18,56%	20,63%	25,22%	30,08%	30,37%	30,98%	29,75%
Recursos Otros Sistemas	2,13%	2,15%	2,16%	2,17%	2,22%	3,14%	3,56%	3,97%
Recursos de Oferta	10,66%	12,24%	16,25%	15,99%	15,64%	14,99%	14,52%	13,03%
Sin Recursos	68,51%	66,55%	54,30%	48,55%	42,69%	41,75%	40,93%	43,15%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Cuadro No. 28

En términos gráficos

Gráfico No. 29



Fuente: Cuadro No. 29

Como puede observarse la cobertura no pasaría del 59% (1999) aún incluyendo todos los recursos de oferta, y la participación de la totalidad de los recursos que aún llegan por oferta a los hospitales tan sólo significan una cobertura cercana al 14% de la población (1999)

Sin embargo, la realidad es que no todos los recursos de oferta se pueden transformar a demanda. Desde la formulación de la Ley 100 se ha considerado que un porcentaje de los recursos de oferta deberá mantenerse siempre como tales para financiar el sostenimiento de aquellos servicios no rentables en poblaciones pequeñas o dispersas, donde es indispensable mantener servicios abiertos^{121 122}. Lo anterior es aún más cierto dado que toda la población pobre no recibe subsidios sino tan sólo aquella seleccionada por la metodología SISBEN, lo que quiere decir que los hospitales deben seguir atendiéndolos como vinculados.

¹²¹ Harvard University. Report on Colombia Health reform, and Proposed Master Implementation Plan. Harvard University, Ministerio de Salud, 1996.

¹²² El mismo cálculo se aplicó en la Ley 344 de 1996 que ordenaba la transición gradual de recursos hasta dicho tope del 60%.

Capítulo III

Diferencias entre la Cobertura Encontrada y la Cobertura Propuesta

El proyecto inicial¹²³ mencionaba “Se consideró relevante para el régimen subsidiado la población perteneciente a los tres deciles más pobres, lo cual coincide con familias que reciben ingresos mensuales menores a 1 salario mínimo”, y más adelante “La simulación ha supuesto, de acuerdo con las metas y propósitos de la Ley 100, que aquella fracción de la población del 70% con mayor capacidad de pago, que en cada decil no se encuentra cubierta por la seguridad social, se irá incorporando progresivamente a esta en el período de 7 años comprendido entre el año 1995 y el año 2001. La población de los tres deciles más bajos se incorporará de acuerdo con la disponibilidad de recursos del régimen subsidiado”.

La cobertura esperada entonces para el año 2000 debería corresponder al 90% del 70% de la población en el régimen contributivo, (según gráficas del mismo documento), y al 90% del 30% en el régimen subsidiado. Resulta especialmente curioso que todas las gráficas proyectadas en el documento citado muestran un incremento lineal, donde coincide la curva de incremento de cotizantes con la de incremento total de afiliados en el régimen contributivo, lo que no era lógico teniendo en cuenta que el efecto inicial de la Ley 100 iba a ser el incremento de afiliados por la cobertura familiar, mientras el incremento de cotizantes seguía siendo una incógnita por más que se convirtiera en obligatoria la afiliación de trabajadores independientes.

En el régimen subsidiado, sin embargo, se proyectó un gran esfuerzo de afiliación en los tres primeros años y un incremento de recursos, mas no de cobertura en afiliados, hasta financiar la totalidad del POS en los tres siguientes.

Cuadro No. 30

Cobertura propuesta del SGSSS 1994 – 2000

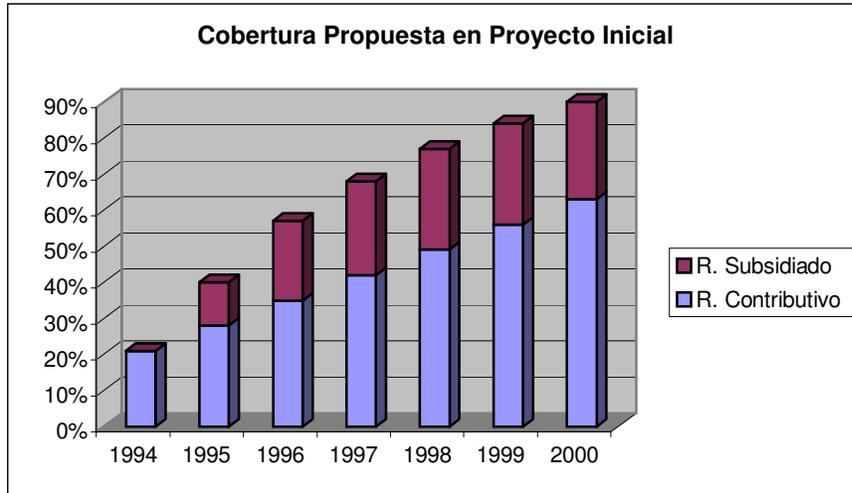
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
R. Contributivo	21%	28%	35%	42%	49%	56%	63%
R. Subsidiado	0%	12%	22%	26%	28%	28%	27%
Total	21%	40%	57%	68%	77%	84%	90%

Fuente: Tomo I. La reforma de la Seguridad Social – Tomo I (citado)

Podemos observar gráficamente la cobertura propuesta

Gráfico No. 30

¹²³ Op. Cita. La Reforma de la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Tomo 1.



Fuente: Cuadro No. 30

y se compara con la cobertura observada o resultante en la realidad

Cuadro No. 31

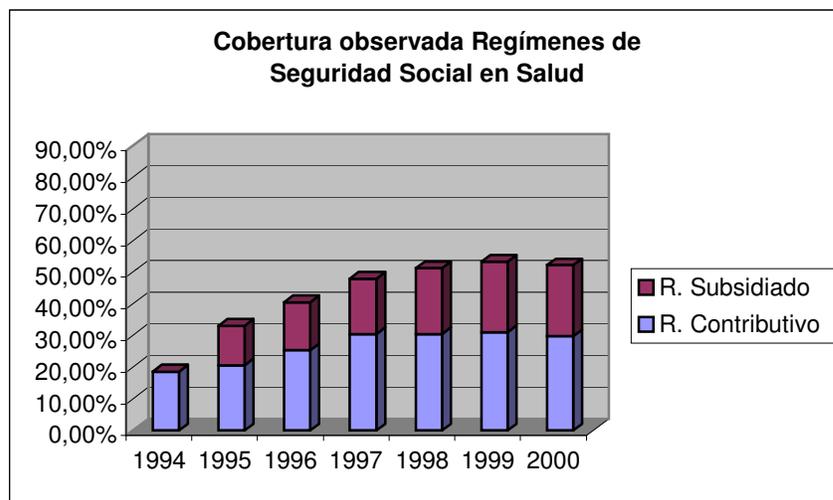
Cobertura observada del SGSSS 1994 – 2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
R. Contributivo	18,56%	20,63%	25,30%	30,41%	30,37%	30,98%	29,75%
R. Subsidiado	0,00%	12,46%	15,22%	17,54%	20,89%	22,32%	22,47%
Total	18,56%	33,08%	40,52%	47,95%	51,26%	53,31%	52,22%

Fuente: Cuadros No. 10 y No. 14

En forma gráfica

Gráfico No. 31



Fuente: Cuadro No. 31

A continuación se muestra la diferencia en la cobertura total proyectada y observada, considerados los dos regímenes.

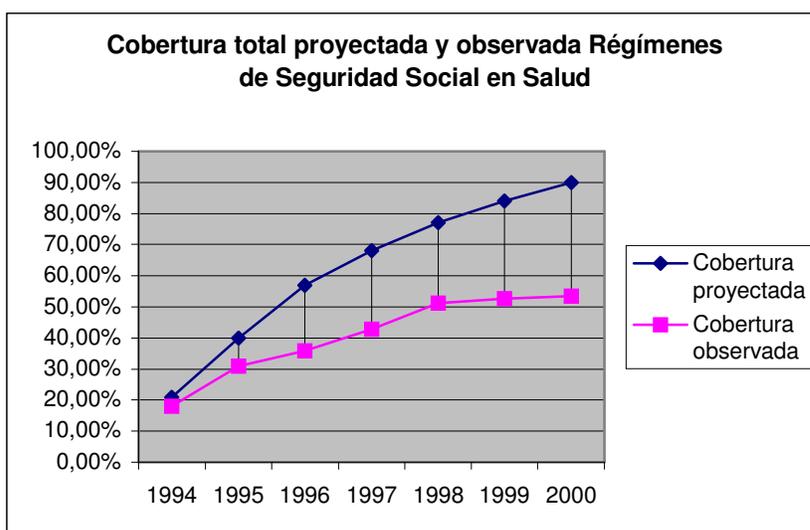
Cobertura del SGSSS proyectada y observada 1994 - 2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura proyectada	21,00%	40,00%	57,00%	68,00%	77,00%	84,00%	90,00%
Cobertura observada	18,13%	31,02%	35,85%	42,84%	51,30%	52,69%	53,46%
Diferencia	2,87%	8,98%	21,15%	25,16%	25,70%	31,31%	36,54%

Fuente: Cuadros No. 30 y No. 31

En forma gráfica

Gráfico No. 32



Fuente: Cuadro No. 32

Régimen Contributivo

Separando los dos regímenes estas son las coberturas proyectadas y encontradas en el Régimen Contributivo

Cuadro No. 33

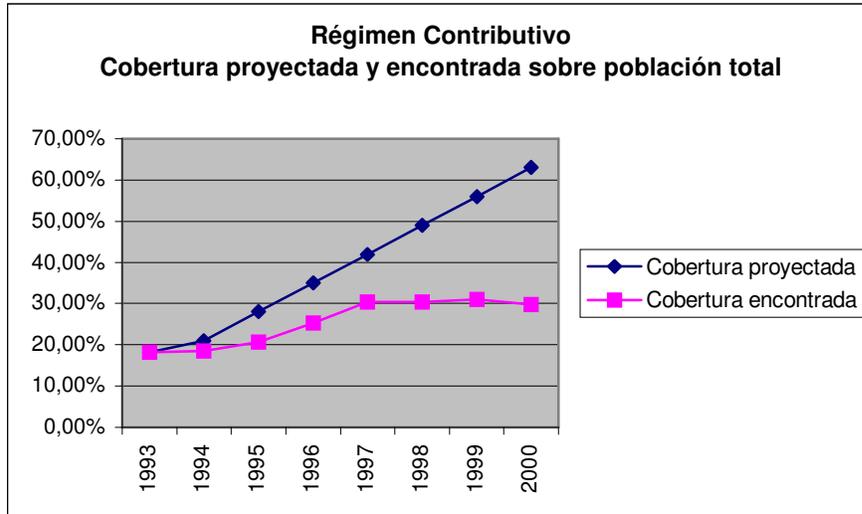
Régimen Contributivo: cobertura proyectada y observada 1994 - 2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura proyectada	21,00%	28,00%	35,00%	42,00%	49,00%	56,00%	63,00%
Cobertura encontrada	18,56%	20,63%	25,30%	30,41%	30,37%	30,98%	29,75%

Fuente: Cuadros No. 30 y No. 31

En forma gráfica

Gráfico No. 33



Fuente: Cuadro No. 33

Como se aprecia en el gráfico, la cobertura resultante o encontrada, si bien se muestra algo rezagada respecto a la contemplada en el proyecto inicial hasta 1997, comienza a distanciarse abruptamente a partir de 1998.

Obsérvese en porcentaje el incremento anual de afiliados 1993-1998 en el Régimen Contributivo

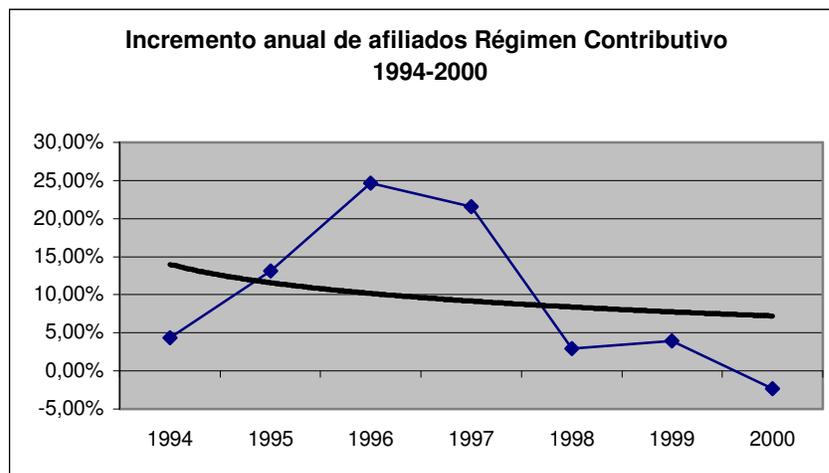
Cuadro No. 34

Régimen Contributivo Incremento anual de afiliados							
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Porcentaje	4,36%	13,16%	24,64%	21,60%	2,90%	3,92%	-2,29%

Fuente: Cuadro No. 9

En forma gráfica

Gráfico No. 34



Fuente: Cuadro No. 34

Todo incremento lineal o aritmético en un periodo de años, al observarlo en porcentajes muestra una tendencia decreciente, pues siempre resulta más fácil lograr porcentajes de crecimiento mayores los primeros años cuando la base es menor, al tiempo que va resultando más difícil obtener porcentajes altos de crecimiento en la medida que aumenta la base.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede apreciar en la gráfica anterior que además del descenso esperado de la curva, en los años 1996 y 1997 el porcentaje de incremento es muy superior al esperado y que a partir de 1998 está por debajo de la tendencia esperada.

Es necesario tener en cuenta que la curva en este caso se ve afectada por la incorporación familiar al Régimen Contributivo, fenómeno que es transitorio y no permanente, por lo que la curva deberá hacerse nuevamente separando los beneficiarios para encontrar la tendencia real del fenómeno de afiliación, basado en los cotizantes.

Régimen Subsidiado

En la tabla siguiente se muestran las coberturas proyectadas y encontradas en el Régimen Subsidiado, en términos de afiliados sobre la población total del país.

Cuadro No. 35

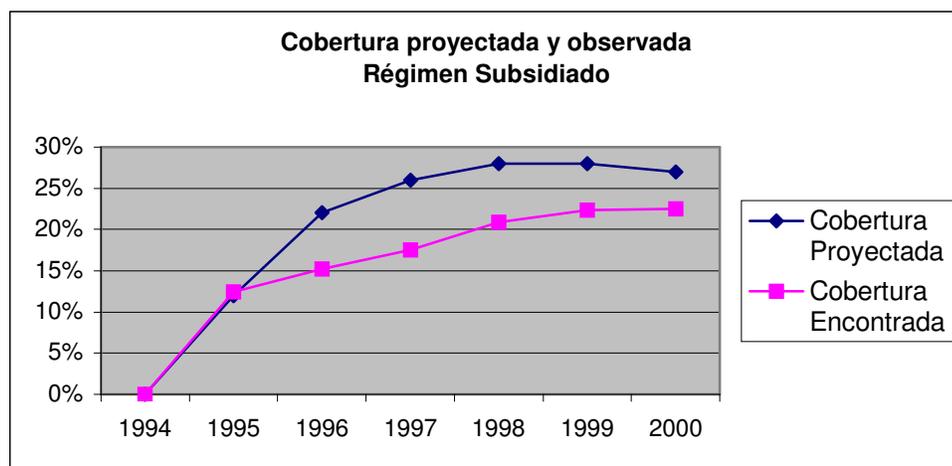
Régimen subsidiado: cobertura proyectada y observada 1994 – 2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura Proyectada	0%	12%	22%	26%	28%	28%	27%
Cobertura Encontrada	0%	12%	15%	18%	21%	22%	22%

Fuente: Cuadros No. 30 y No. 31

En forma gráfica

Gráfico No. 35



Fuente: Cuadro No. 35

La anterior gráfica muestra una diferencia de cobertura respecto a la proyectada más acentuada en 1997 y un acercamiento al año 2000 entre las cifras proyectadas y observadas. Sin embargo, si se

toma en cuenta que tan sólo se financia cerca de la mitad de la UPC en el Régimen Subsidiado, la cobertura real al costo del afiliado del Régimen Contributivo (ACARC) sería la correspondiente a la siguiente tabla.

Cuadro No. 36

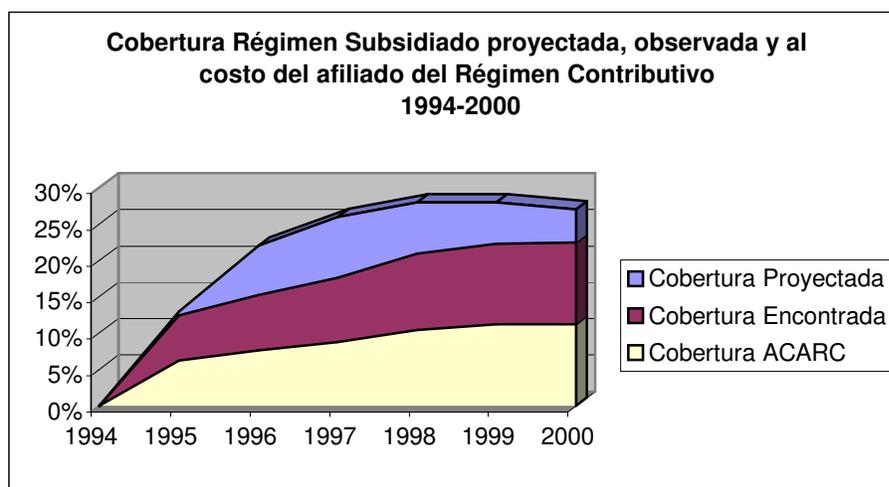
Régimen subsidiado: cobertura proyectada y observada 1994 - 2000

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura Proyectada	0%	12%	22%	26%	28%	28%	27%
Cobertura Encontrada	0%	12%	15%	18%	21%	22%	22%
Cobertura ACARC	0%	6%	8%	9%	10%	11%	11%

Fuente: Cuadros No. 28 y No.35

En forma gráfica

Gráfico No. 36



Fuente: Cuadro No. 36

De hecho la comparación válida en términos de recursos se basa en el costo del afiliado del Régimen Contributivo (ACARC) con el cual se hizo la proyección inicial. Para la proyección se estimó la población a cubrir año por año y el porcentaje del POS y la UPC del Régimen Contributivo que tendría el POS Subsidiado año por año, de conformidad con lo que quedó contemplado en el Artículo 162 de la Ley 100 de 1993, que ordenaba la unificación antes del año 2001.

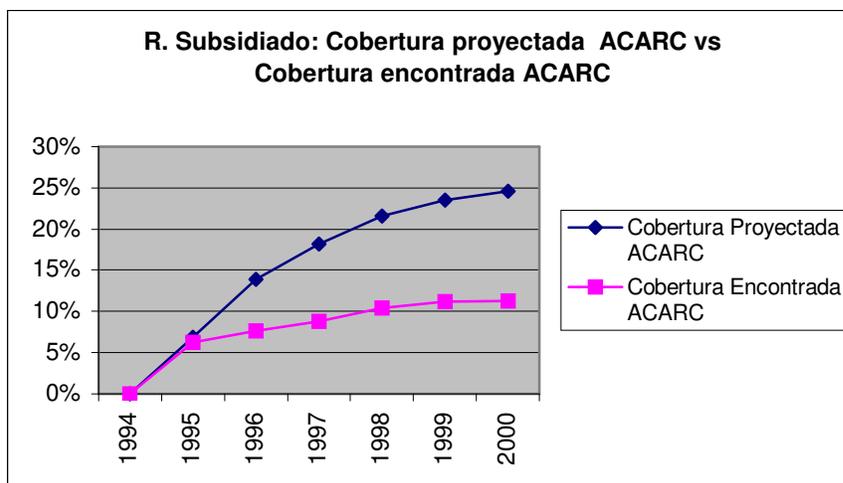
Cuadro No. 37

Régimen Subsidiado, cobertura según proyecto inicial							
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cobertura afiliados	0%	12%	22%	26%	28%	28%	27%
% gradualidad de paquete	50%	57%	63%	70%	77%	84%	91%
Cobertura ACARC	0%	7%	14%	18%	22%	24%	25%

Fuente: Reforma a la Seguridad Social. Tomo I. Ministerio de Salud. Op. cita.

La cobertura ACARC proyectada se puede comparar con la cobertura ACARC observada, lo que se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico No. 37



Fuente: Cuadros No. 36 y No. 37

Como se aprecia en el gráfico, los recursos proyectados para el Régimen Subsidiado ACARC alcanzaban para cubrir al 25% de la población, mientras los recursos del Régimen Subsidiado observados ACARC tan sólo permiten cubrir al 11% de la población, es decir que se destinaron menos de la mitad de los recursos proyectados y que las curvas en lugar de acercarse, como en el gráfico de cobertura simple de afiliados, se distancian, aumentando la brecha en términos de recursos destinados a los subsidios.

Obsérvese a continuación, en porcentaje, el incremento anual de afiliados 1993-1999 en el Régimen Subsidiado

Cuadro No. 38

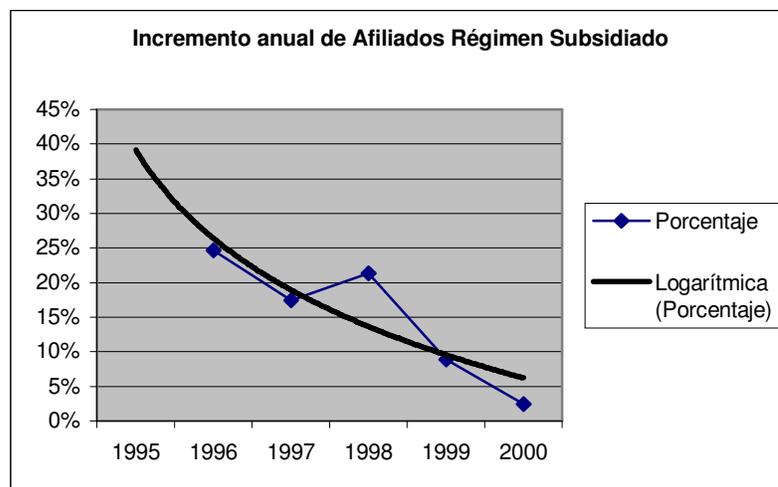
Régimen Subsidiado Incremento anual de afiliados

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Porcentaje		25%	17%	21%	9%	2%

Fuente: Cuadro No. 13

En forma gráfica

Gráfico No. 38



Fuente: Cuadro No. 38

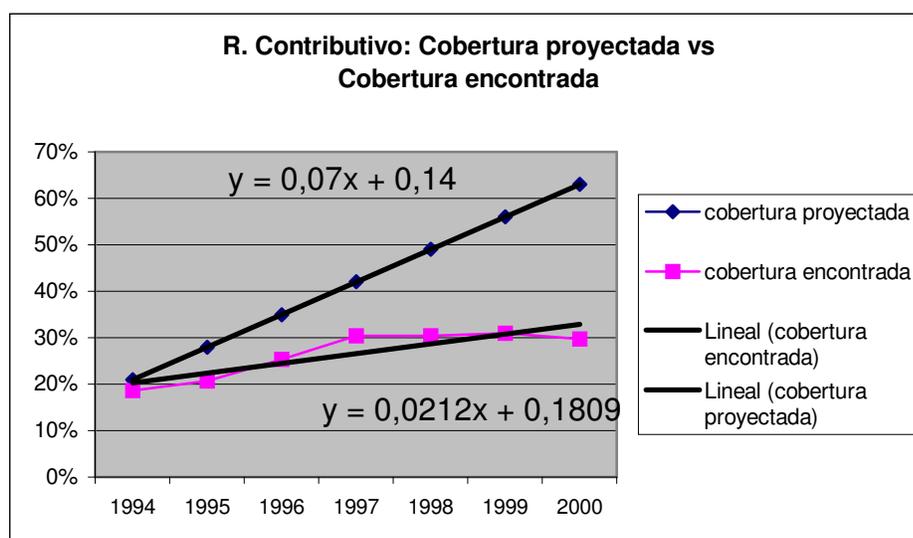
En la gráfica anterior se observa en el año de 1998 un incremento superior a lo esperado en una curva logarítmica decreciente, mientras por el contrario, en los años 1999 y 2000, el incremento se muestra por debajo de la tendencia esperable.

Síntesis cobertura encontrada contra proyecciones iniciales

Al comparar la tendencia de la curva proyectada y la curva encontrada en cada uno de los regímenes y en el total del Sistema, se aprecia mejor la diferencia entre el plan inicial y los resultados de la aplicación del Sistema General de Seguridad Social en el período estudiado.

En el Régimen Contributivo el incremento anual proyectado, en tendencia lineal, era del 7% de la población anualmente y el obtenido tan sólo alcanza poco más del dos por ciento.

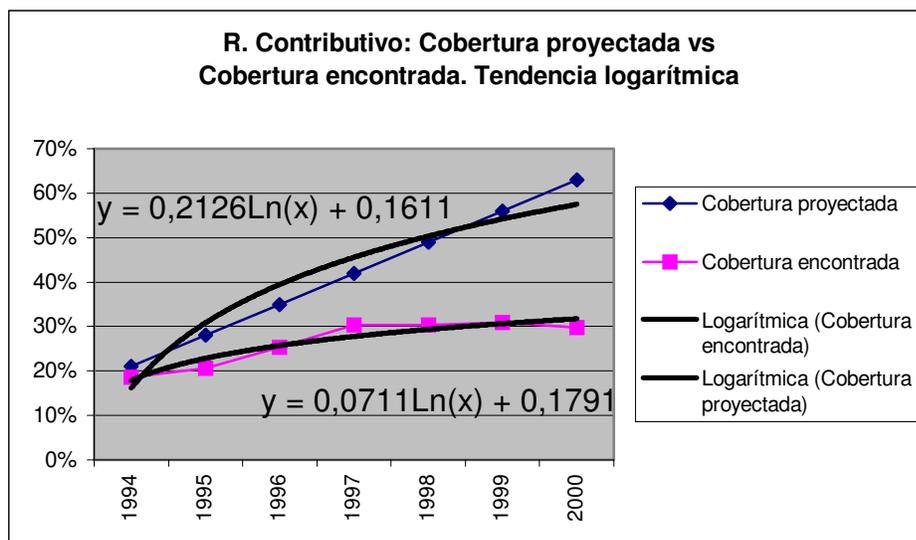
Gráfico No. 39



Fuente: Cuadro No. 33 y cálculos del estudio

Cabe precisar que en términos del porcentaje anual de crecimiento de cualquier proyecto social no es de esperar una línea recta para el incremento anual en términos de porcentaje sino que se podría asemejar más bien a una curva logarítmica, con incrementos más difíciles cada año. Curiosamente el proyecto inicial coincide con una tendencia lineal. Si se utilizan líneas de tendencia logarítmicas el resultado sería el siguiente.

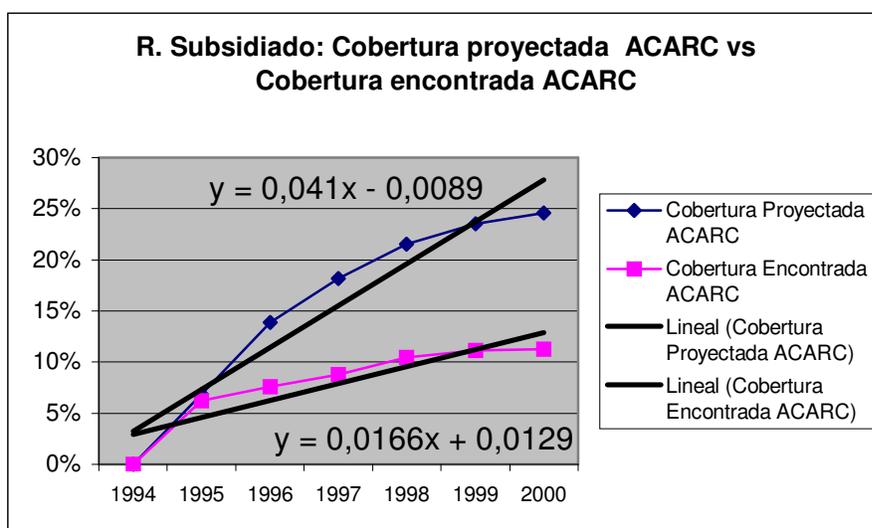
Gráfico No. 40



Fuente: Cuadro No. 33 y cálculos del estudio

En el Régimen Subsidiado la tendencia lineal de la curva proyectada equivale a un crecimiento anual de cobertura del 4% de la población y la observada es inferior al 2%.

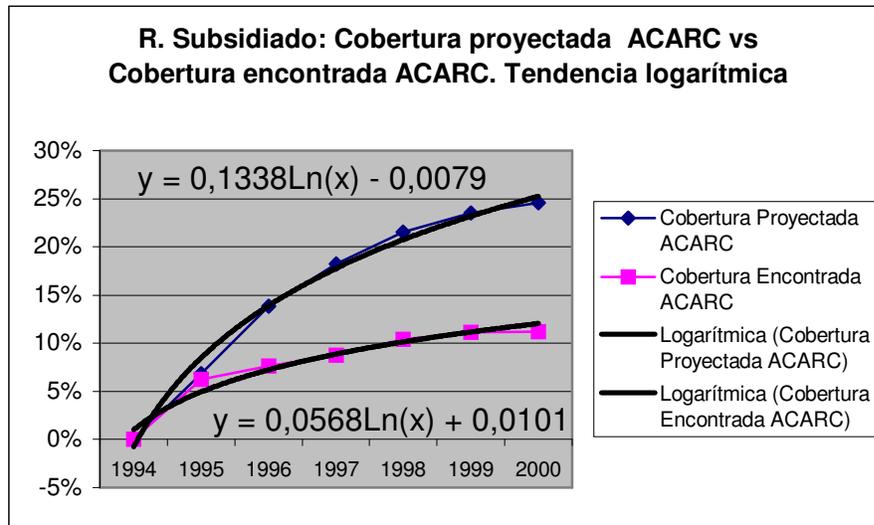
Gráfico No. 41



Fuente: Cuadro No. 36 y No. 37 y cálculos del estudio

Sin embargo la proyección inicial del Régimen Subsidiado no es una tendencia lineal y se comporta como es de esperar en un proyecto social con un mayor incremento los primeros años. Al utilizar las tendencias logarítmicas se aprecia mejor la diferencia entre lo proyectado y la situación encontrada.

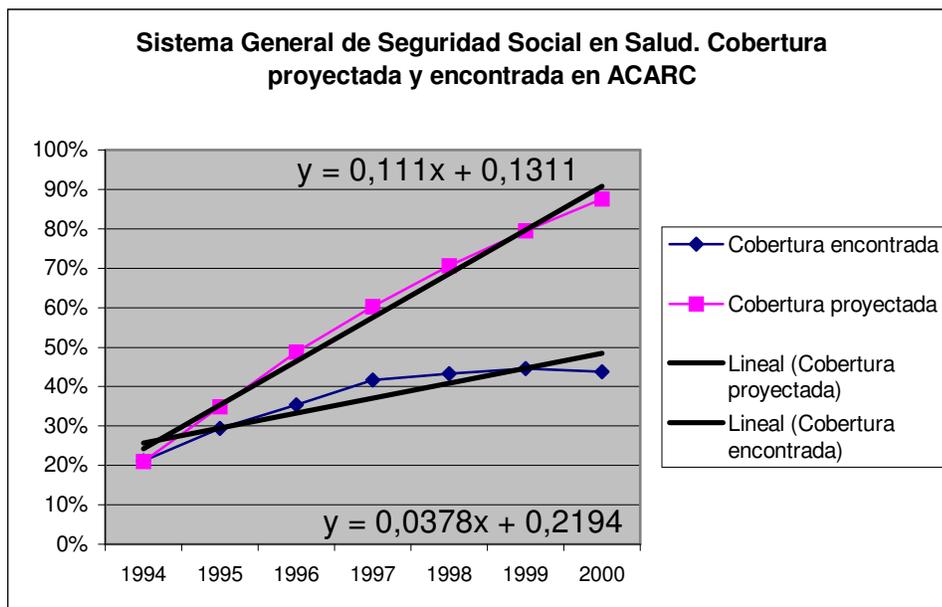
Gráfico No. 42



Fuente: Cuadros No. 36 y No. 37 y cálculos del estudio

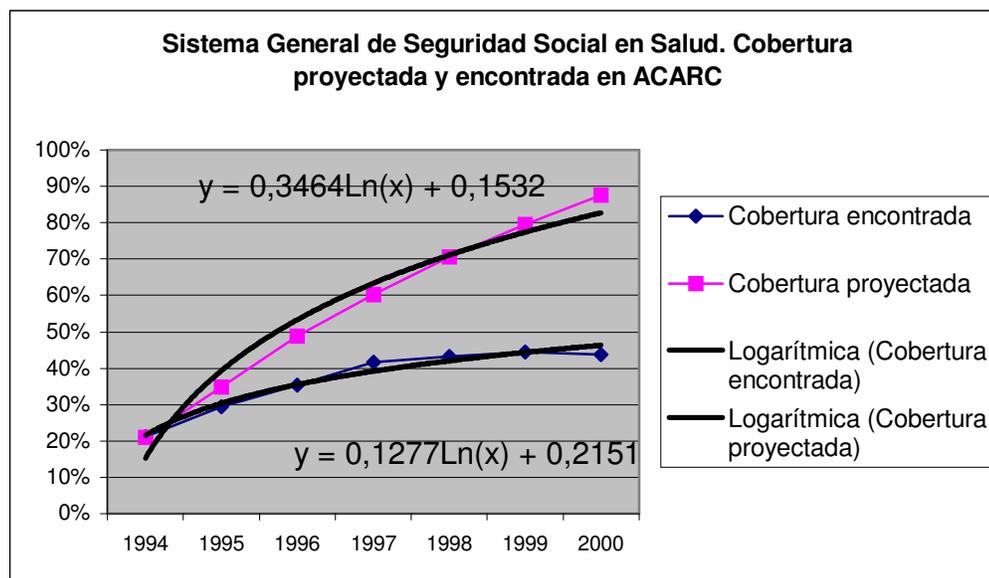
En conjunto, el incremento de cobertura proyectado del Sistema General de Seguridad Social en Salud equivale a un incremento de cobertura anual en tendencia lineal del 11% de la población y el encontrado se acerca al 4%.

Gráfico No. 43



Fuente: Cálculos del estudio

Al utilizar las tendencias logarítmicas se evidencian mejor las diferencias entre el incremento de cobertura anual proyectado y encontrado.



Fuente: Cálculos del estudio

De los anteriores gráficos se concluye que la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud muestra una tendencia muy inferior a la proyectada y que esta diferencia de tendencias se aprecia desde los primeros años de implementación, si bien se acentúa en 1999 y 2000.

Igualmente se observa que en la diferencia total encontrada entre lo proyectado y lo observado influye más el desfase del Régimen Contributivo por mostrar mayor diferencia de brecha de crecimiento (5% anual contra 3.5% del subsidiado en tendencia lineal).

Para corroborar el problema de cobertura, las encuestas nacionales arrojan los siguientes guarismos por quintiles de ingreso, que demuestran un grave estancamiento en la cobertura, e incluso disminución en términos porcentuales entre los años 1997 y 2000.

Cuadro No 39

Distribución porcentual de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por quintiles de ingreso 1997 y 2000						
Quintiles	ENCV 1997			ENH 2000		
	Subsidiado	Contributivo	Total cobertura	Subsidiado	Contributivo	Total cobertura
1	37,45%	5,72%	43,17%	27,08%	7,94%	35,02%
2	30,22%	15,80%	46,02%	25,76%	18,10%	43,86%
3	19,37%	34,65%	54,02%	15,43%	33,47%	48,90%
4	9,28%	54,70%	63,98%	10,99%	48,44%	59,43%
5	2,16%	76,61%	78,77%	4,24%	70,51%	74,75%

Fuente: DANE Encuestas Nacionales de Calidad de Vida Sept. 1997 y ENH Dic. 2000

Finalmente al comparar los porcentajes de atención por quintiles en el año 2000, según la Encuesta Nacional de Hogares, con las cifras mostradas en la situación inicial antes de la reforma, resulta

preocupante la evaluación del acceso a la atención, según la Encuesta Nacional de Hogares del 2000.

Cuadro No. 40

Enfermos y atendidos según quintil de ingreso 1993 y 2000

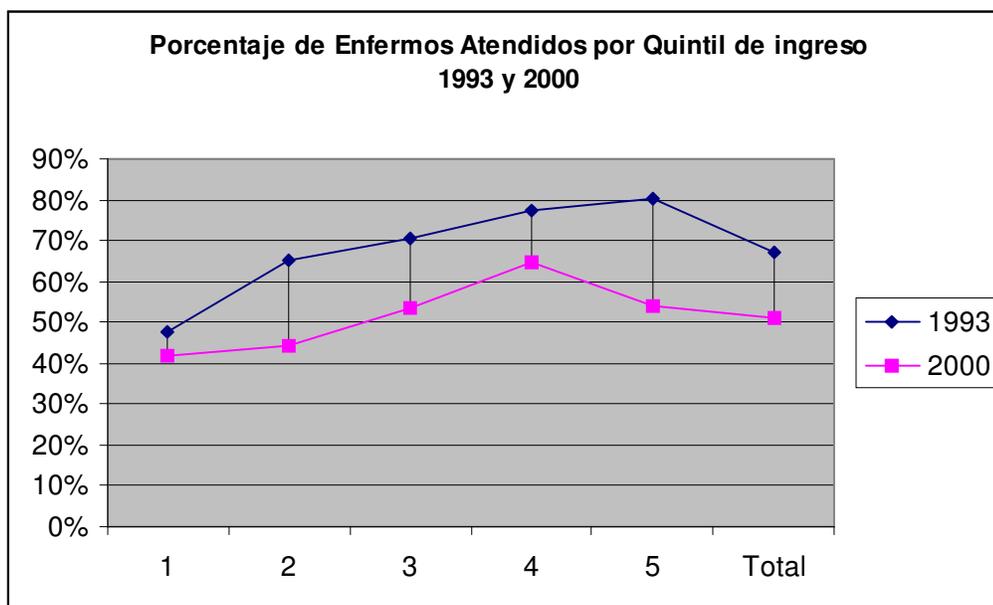
Quintil	1993			2000		
	Enfermos	Atención	%	Enfermos	Atención	%
1	1.322.938	629.930	47,6%	1.156.213	484.880	41,9%
2	1.253.341	814.498	65,0%	1.046.272	464.179	44,4%
3	1.172.104	825.465	70,4%	1.031.786	554.586	53,8%
4	1.096.060	848.176	77,4%	890.343	575.637	64,7%
5	983.841	790.981	80,4%	957.555	516.303	53,9%
Total	5.828.284	3.909.050	67,1%	5.082.169	2.595.585	51,1%

Fuente: Misión Social con base en Encuesta Nacional de Hogares 2000

Según la encuesta todos los quintiles reciben en el año 2000 menos atención frente al año 1993, en relación con la morbilidad sentida, pero ha sido más notoria la disminución en los quintiles 2, 3 y 5. Es explicable lo sucedido en los quintiles 2 y 3, en función de que el SISBEN excluye buena parte del dos y todo el quintil tres, pero no resulta muy comprensible la baja en el quintil de más altos ingresos.

La reducción en cada quintil, y en conjunto la disminución de atendidos del 67 al 51% entre quienes se sintieron enfermos, se aprecia mejor en términos gráficos.

Gráfica No. 45



Fuente: Cuadro No. 40

Capítulo IV

Caracterización de las Diferencias entre lo Proyectado y lo Encontrado

Régimen Contributivo

Para entender las diferencias entre la cobertura proyectada y observada en el Régimen Contributivo, es necesario desagregar el número de cotizantes y el número de beneficiarios.

Cuadro No. 41

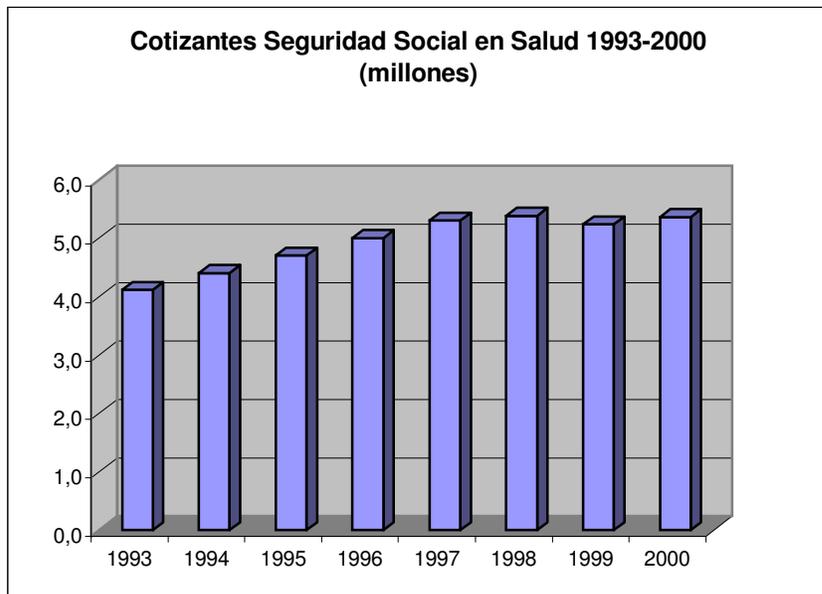
Total afiliados, cotizantes y relación 1993 2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Afiliados	6.732.281	7.025.627	7.950.167	9.908.874	12.049.672	12.399.639	12.885.801	12.590.389
Cotizantes	4.115.215	4.400.000	4.700.000	5.000.000	5.300.000	5.382.597	5.238.390	5.363.181
Relación cotiza/afiliados	1,64	1,60	1,69	1,98	2,27	2,30	2,46	2,35

Fuente: Estadísticas ISS, cálculos del estudio y FOSYGA
En color gris cifras proyectadas por el Estudio

En la siguiente gráfica se aprecia el número total de cotizantes del régimen Contributivo y su incremento a partir de 1993.

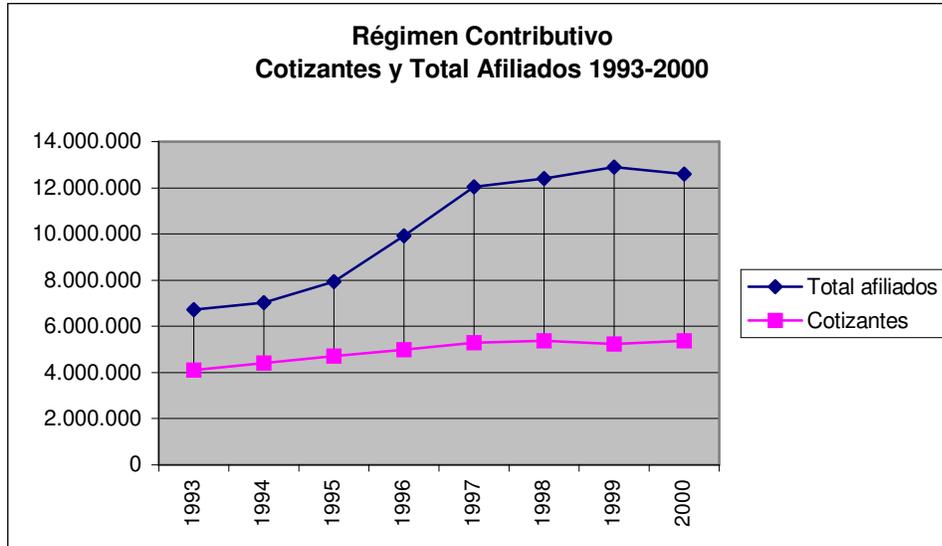
Gráfico No. 46



Fuente: Cuadro No. 41

En la siguiente gráfica se aprecia adicionalmente el progreso del total de afiliados en relación con el incremento de cotizantes entre 1993 y el año 2000.

Gráfico No. 47



Fuente: Cuadro No. 41

Los anteriores gráficos permiten observar un crecimiento de cotizantes moderado y sostenido hasta 1998. A partir de 1998 se observa una disminución del crecimiento de cotizantes como efecto de la crisis económica¹²⁴. Cabe señalar que el crecimiento de cotizantes igualmente se había afectado en la crisis económica de 1983-84. De tasas de crecimiento anual entre el 4 y el 8% (1974-80) se cayó al 0.14% en 1983 en el Instituto de Seguros Sociales¹²⁵.

El total de afiliados crece a expensas de la cobertura familiar, crecimiento más acentuado entre 1995 y 1997. En 1995 iniciaron operaciones las EPS privadas y entró en funcionamiento la Subcuenta de Compensación del FOSYGA. De 1997 a 1999 continúa aumentando el número de beneficiarios, aunque más lentamente, especialmente por el atraso en la cobertura familiar del Instituto de Seguros Sociales. Finalmente en el 2000 se reduce el número de beneficiarios compensados como consecuencia de que se incrementaron los requisitos para el reconocimiento de las UPC correspondientes.

Evidentemente existe una estrecha y directa relación entre el crecimiento económico del PIB y el grado de formalidad en el empleo, que se traduce en un incremento de la cobertura de la Seguridad Social, a niveles constantes de evasión. Obviamente la crisis económica del periodo 1998-1999 también afectó negativamente el crecimiento de los cotizantes al régimen contributivo.

Cuadro No. 42

Colombia, Producto Interno Bruto (PIB) Precios corrientes y constantes de 1994 1990-2000p				
Período	Precios corrientes		Precios constantes de 1994	
	Millones de pesos	Variación %	Millones de pesos	Variación %
1990	24.030.173	-	56.873.930	-
1991	31.130.592	29,55	58.222.935	2,37

¹²⁴ El crecimiento del PIB comenzó a reducirse en 1998, fue negativo en 1999 y posteriormente continúa con cifras inferiores al 2% hasta el 2001.

¹²⁵ Instituto de Seguros Sociales. Estadísticas 1993.

1992	39.730.752	27,63	60.757.528	4,35
1993	52.271.688	31,56	64.226.882	5,71
1994	67.532.862	29,20	67.532.862	5,15
1995	84.439.109	25,03	71.046.217	5,20
1996	100.711.389	19,27	72.506.824	2,06
1997	121.707.501	20,85	74.994.021	3,43
1998	140.483.322	15,43	75.421.325	0,57
1999	151.565.005	24,53	72.250.601	-4,20
2000p	173.729.806	23,67	74.228.458	2,74

Fuente: DANE - Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales

p: provisional

El crecimiento de cotizantes en el periodo correspondiente a los 20 años anteriores a la Ley 100 de 1993 se puede apreciar en las cifras del ISS, único afiliador obligatorio para los trabajadores del sector privado.

Gráfico No. 48

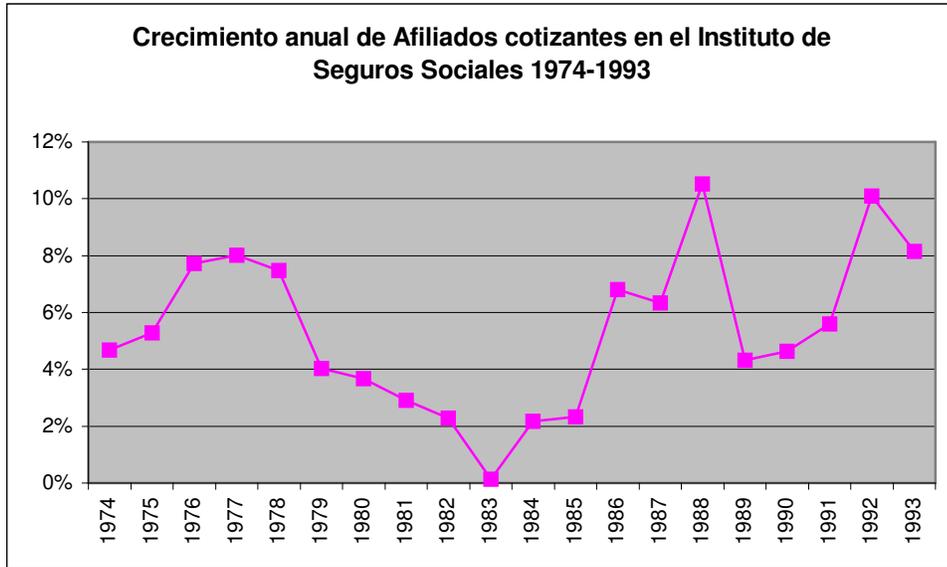


Fuente: I.S.S. Estadísticas 1993

Como se puede observar en el gráfico, el crecimiento ha sido sostenido desde 1.270.014 afiliados cotizantes en 1974 hasta 3.424.986 en 1993.

Al revisar el incremento anual se puede apreciar que el crecimiento muestra un comportamiento cíclico, en el cual es bastante visible, por ejemplo, la caída correspondiente a la crisis económica de 1983- 84.

Gráfico No. 49



Fuente: Estadísticas ISS

El crecimiento promedio de afiliados cotizantes en los 20 años fue del 5.36% anual. Igual tendencia positiva se recoge al principio de la reforma en el total de cotizantes del Sistema que a partir de 1994 incluye a los trabajadores públicos y pensionados en el total de cotizantes. También se observa en este caso el efecto de la crisis económica de 1999.

Cuadro No. 43

Cotizantes Régimen Contributivo 1993-2000 (millones)

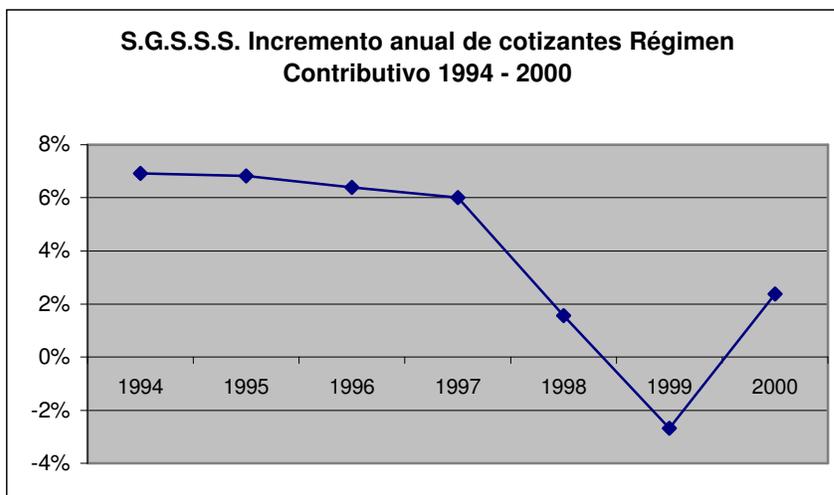
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cotizantes	4,12	4,40	4,70	5,00	5,30	5,38	5,24	5,36
Incremento anual		6,92%	6,82%	6,38%	6,00%	1,56%	-2,68%	2,38%

Estimado

Fuente: Cuadro No. 41

En forma gráfica

Gráfico No. 50



Fuente: Cuadro No. 43

Las cifras hasta aquí analizadas permiten establecer que el crecimiento de cotizantes a partir de 1994 continuó la misma tendencia anual que traía antes de la reforma, cercana al 6%. Con esta tendencia no se hubiera podido crecer más del 50% en siete años y se proyectó doblar la cifra en el mismo periodo. Es decir que la reforma no logró modificar positivamente la tasa de incremento anual de cotizantes, tasa que posteriormente cae por causa de la crisis económica. Por tanto el importante incremento de afiliados obedece casi exclusivamente a la afiliación familiar iniciada en 1995.

Igualmente demuestran que la crisis económica no explica por sí sola la diferencia entre los cotizantes proyectados y observados.

Para establecer las causas reales de las diferencias entre lo proyectado y lo observado en cuanto al número de cotizantes, es necesario caracterizar en forma desagregada a los cotizantes, básicamente en dos grupos, trabajadores dependientes e independientes, en relación a la posición ocupacional. Entre los dependientes se incluyen empleados de gobierno, trabajadores de empresas particulares y servicio doméstico. Entre los independientes se encuentran los trabajadores por cuenta propia y los patronos.

En el siguiente cuadro se puede apreciar el comportamiento de estos dos grupos desde 1993 hasta el año 2000, con un significativo corte en 1998. Las cifras demuestran el hecho particular de que el crecimiento de independientes es similar al de trabajadores dependientes, dato opuesto al esperado en el proyecto de reforma, relativo a un incremento muy superior del grupo de trabajadores independientes, cuya afiliación no era obligatoria antes de la Ley 100 de 1993. Se proyectó un crecimiento del 100% para trabajadores dependientes y del 750% para los independientes en el periodo de siete años.

Cuadro No. 44

Régimen Contributivo: Cotizantes trabajadores dependientes e independientes 1993/2000

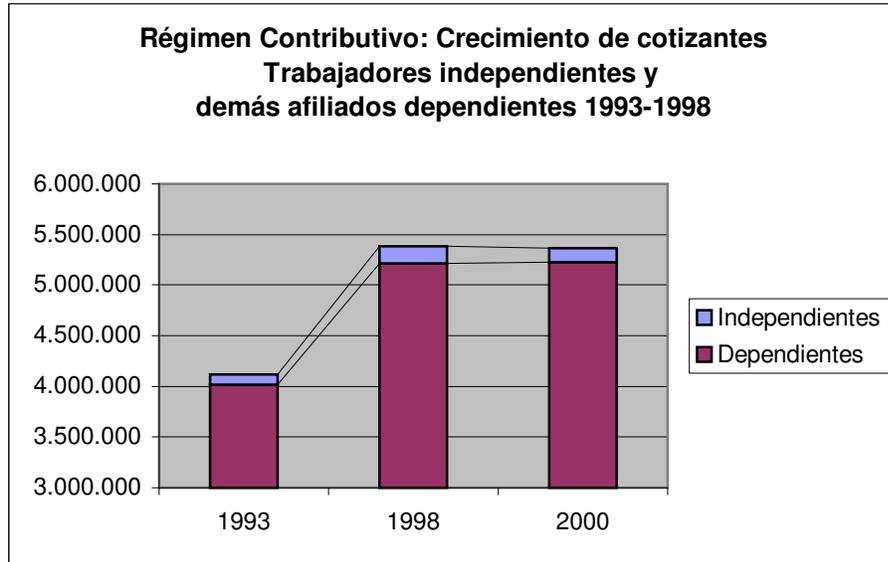
	1993	1998	2000	Incremento 93/98
Independientes	101.002	167.937	136.000	34,65%
Dependientes	4.014.213	5.214.660	5.227.181	30,22%
Total cotizantes	4.115.215	5.382.597	5.363.181	30,33%

Porcentaje de independientes	2,45%	3,12%	2,54%	

Fuente: Estadísticas ISS y cifras compensados FOSYGA

En forma gráfica se puede apreciar igualmente el número de cotizantes independientes y su relación con los cotizantes dependientes y el total de cotizantes del Régimen Contributivo

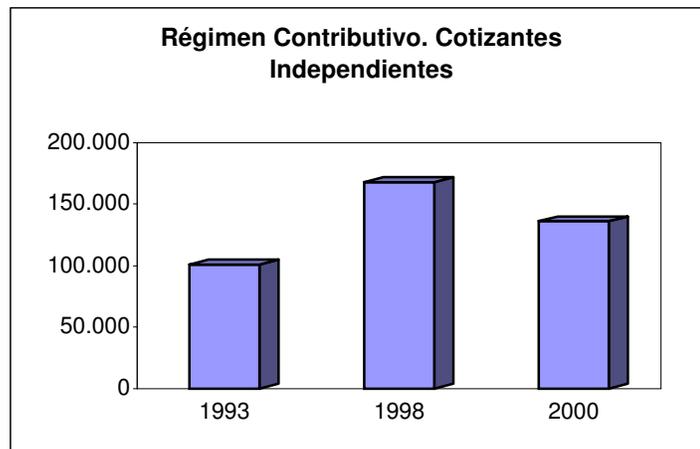
Gráfico No. 51



Fuente: Cuadro No. 44

En consecuencia, el número y la proporción de trabajadores independientes afiliados al Régimen Contributivo continúan siendo muy pequeños. A pesar de que la Ley 100 de 1993 hizo obligatoria la afiliación de los trabajadores independientes, que no lo era hasta es fecha, tan sólo se presenta un ligero incremento hasta 1998, que parece haberse perdido en el 2000 como consecuencia de la crisis económica.

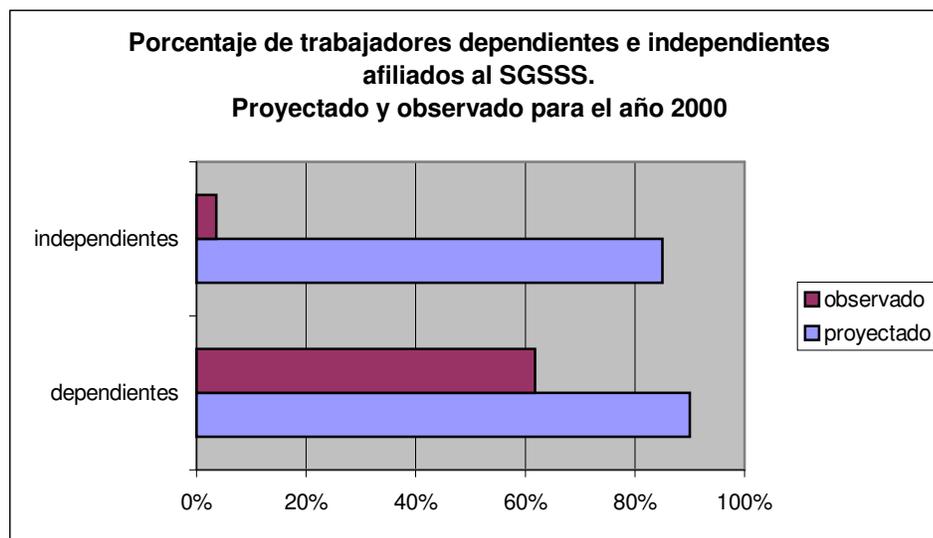
Gráfico No. 52



Fuente: Cifras del ISS para 1993. Informe al Congreso de 1998. Información de Fidusalud proporcionada por la Dirección General de Aseguramiento para el año 2000

La diferencia más importante sin duda entre las cifras correspondientes al proyecto inicial de la reforma y las cifras observadas del Régimen Contributivo se encuentra entre la proyección de afiliación de trabajadores independientes y la afiliación observada o real de los mismos. Para el año 2000 el proyecto inicial estimaba que un 80% de los trabajadores independientes estarían afiliados al régimen Contributivo¹²⁶, y la cifra observada no alcanza el 4%.

Gráfico No. 53



Fuente: Cálculos del estudio y La Reforma de la Seguridad Social. Tomo I (citado)

En términos de metas, se cumplió el 70% de lo proyectado en Cotizantes dependientes afiliados y apenas el 2.32% en Cotizantes independientes.

En cifras totales resulta más evidente la limitación de la afiliación de los trabajadores independientes, aunque también existe un porcentaje significativo de trabajadores dependientes (36.8%) no afiliados al SGSSS, que se han considerado tradicionalmente evasores, siendo en su gran mayoría empleos informales.

Cuadro No. 45

Trabajadores dependientes e independientes y cotización al Régimen Contributivo 2000

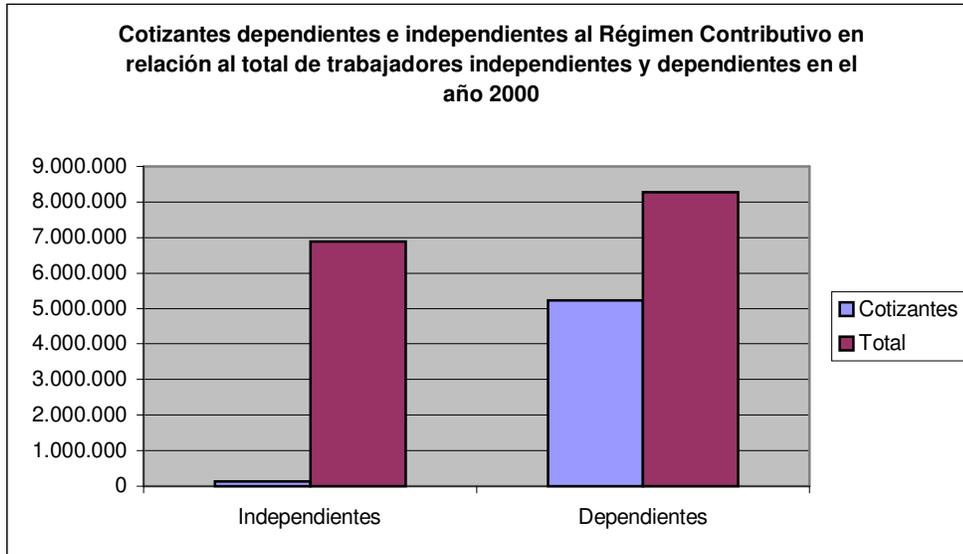
	Cotizantes	Total
Independientes	136.000	6.889.457
Dependientes	5.227.181	8.273.001

Fuente: Fidusalud y ENH 2000

En forma gráfica:

Gráfico No. 54

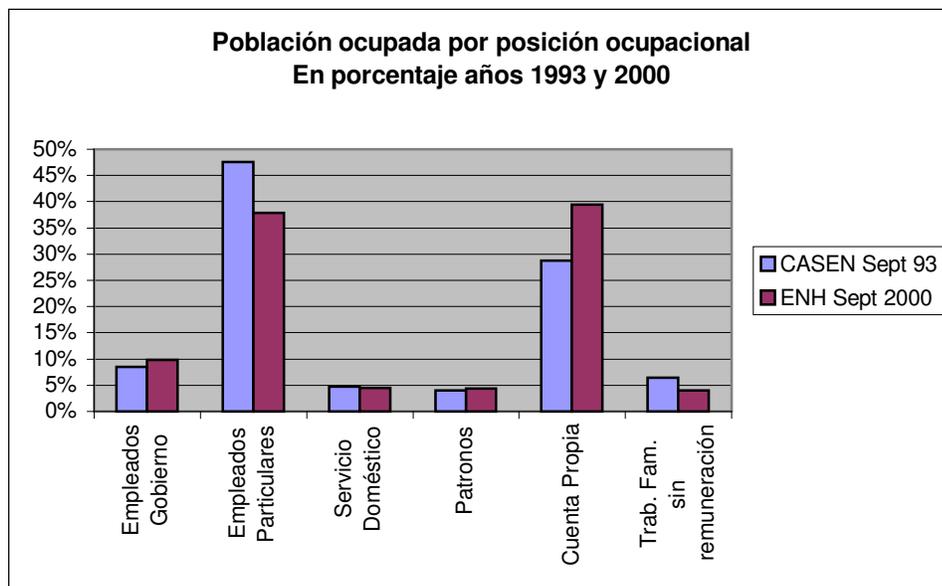
¹²⁶ Op. Cita. La Reforma de la Seguridad Social, Tomo I. Ministerio de Salud. Pág. 150. Gráfico 26.



Fuente: Cuadro No. 45

El fracaso de la afiliación proyectada de trabajadores independientes se torna más preocupante al observar la tendencia al incremento del número de trabajadores independientes entre 1993 y el año 2000. Mientras los empleados particulares disminuyeron del 48 al 38% en dicho período, los trabajadores por cuenta propia aumentaron del 29% al 39% del total de trabajadores.

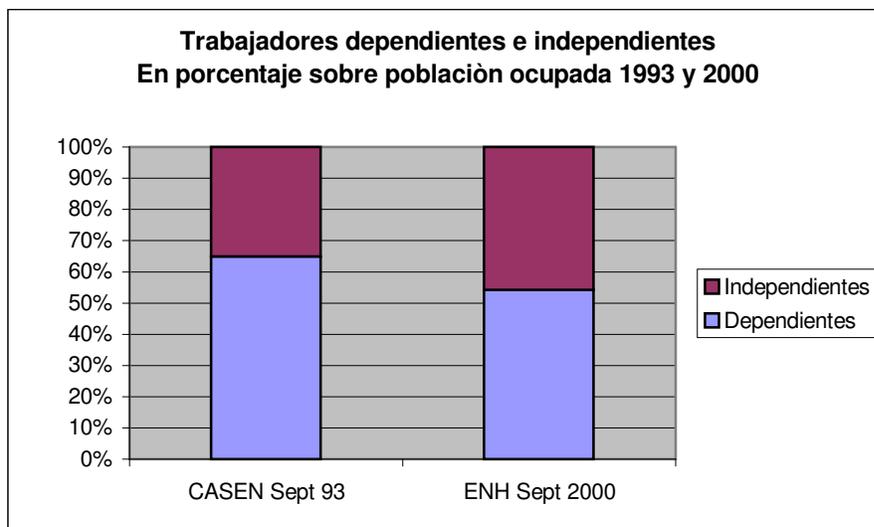
Gráfico No. 55



Fuente: Cifras CASEN Sept. 1993. ENH Sept. 2000

En porcentaje de la población ocupada, los trabajadores independientes, que incluyen los trabajadores por cuenta propia y los patronos, aumentaron del 32.8% al 42.7% sobre el total de la población ocupada entre 1993 y el año 2000.

Gráfico No. 56



Fuente: CASEM Sept. 1993. ENH 2000

En cifras totales en este periodo desaparecieron 700.000 empleos dependientes y surgieron 1.680.000 trabajadores independientes.¹²⁷

Cuadro No. 46

Trabajadores dependientes e independientes 1993-2000

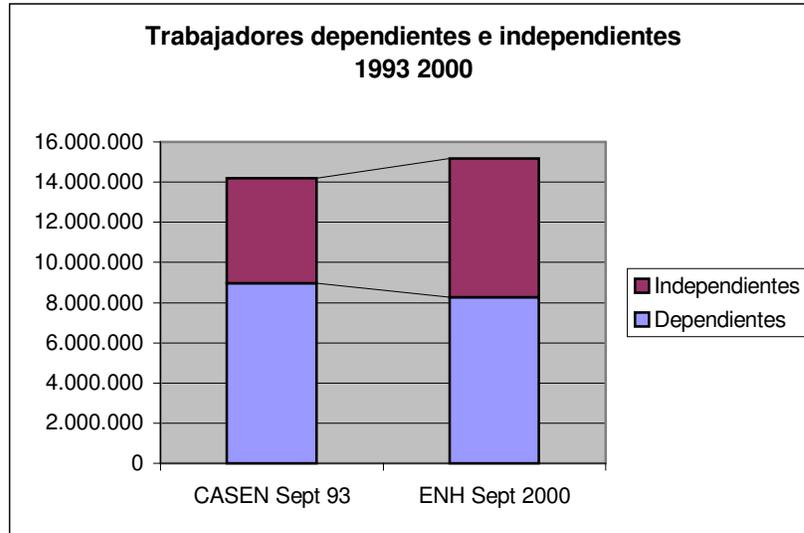
	CASEN Sept 93*	ENH Sept 2000
Dependientes	8.974.762	8.273.001
Independientes	5.206.607	6.889.457

* Cifras expandidas sobre la base del censo de 1993

En forma gráfica se puede observar dicho fenómeno con mayor claridad

Gráfico No. 57

¹²⁷ Es importante señalar que en los últimos gobiernos se ha impulsado una política de flexibilización laboral, que propicia el trabajo independiente, pero lo más curioso es que el mismo Ministerio de Salud propende por el cambio de la forma de vinculación laboral de los trabajadores de los hospitales públicos, de empleo formal hacia contratos de prestación de servicios, para evitar el costo prestacional y de la seguridad social, lo que no deja de ser una contradicción.



Fuente: Cuadro No. 46

Régimen Subsidiado

En el Régimen Subsidiado toda la diferencia entre la cobertura calculada en el proyecto inicial de reforma y la cobertura observada pareciera explicarse por una sola causa: los recursos estimados para lograr las metas de aseguramiento de la población pobre no fueron aportados. Tal ha sido el reclamo de distintos gremios y entidades, e incluso del mismo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud¹²⁸

Para explicar las diferencias en términos de financiamiento es necesario desagregar los distintos rubros que financian el Régimen Subsidiado tanto en el proyecto inicial como en las cifras observadas entre 1997 y el año 2000.

Cuadro No. 47

Recursos Régimen subsidiado proyecto inicial

Millones de pesos valor presente del 2000				
	1997	1998	1999	2000
ICN	601.646	707.580	907.311	1.033.614
FOSYGA	699.376	756.441	821.906	889.791
Situado Fiscal y Rentas C.	428.408	662.032	1.204.969	1.544.015
Total	1.729.430	2.126.053	2.934.186	3.467.420

Fuente: Cuadro 4, Pág. 26, Tomo 1, La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud, 1994

Cuadro No. 48

¹²⁸ Informe del CNSSS, 1999 y 2000.

Recursos Régimen Subsidiado ejecutados

Millones de pesos valor presente del 2000				
	1997	1998	1999	2000
ICN	379.497	382.197	467.594	444.825
FOSYGA	513.888	734.564	518.012	429.694
Situado Fiscal y Rentas C.	113.690	181.798	260.804	226.680
Esfuerzo propio		64.736	52.875	63.654
Gasto Directo Cajas de Com.	41.127	68.154	62.238	76.426
Total	1.048.202	1.431.448	1.361.523	1.241.279

Fuente: Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud

Para poder comparar los cuadros anteriores se considerará que todo el esfuerzo propio es municipal y procedente de los ICN (es la mayoría) y que el gasto directo de las Cajas es parte de los recursos del FOSYGA.

Cuadro No. 49

Recursos Régimen Subsidiado ejecutados (Agregado para comparar)

Millones de pesos valor presente del 2000				
	1997	1998	1999	2000
ICN	379.497	446.932	520.469	508.479
FOSYGA	555.015	802.718	580.250	506.120
Situado Fiscal y Rentas C.	113.690	181.798	260.804	226.680
Total	1.048.202	1.431.448	1.361.523	1.241.279

Fuente: Cuadro No. 48

En consecuencia, los siguientes son los porcentajes de ejecución

Cuadro No. 50

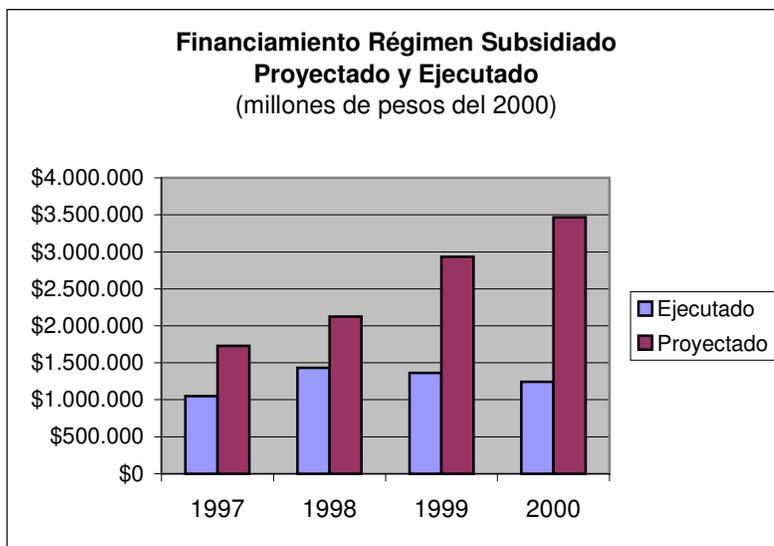
Porcentaje de Ejecución sobre lo proyectado

Millones de pesos valor presente del 2000				
	1997	1998	1999	2000
ICN	63,1%	63,2%	57,4%	49,2%
FOSYGA	79,4%	106,1%	70,6%	56,9%
Situado Fiscal y Rentas C.	26,5%	27,5%	21,6%	14,7%
Total	60,6%	67,3%	46,4%	35,8%

Fuente: Cuadros No. 47 y No. 49

Una primera mirada permite observar que para el año 2000 tan sólo habían sido arbitrados un 35.8% de los recursos proyectados y que incluso, en pesos a valor presente del año 2000, los recursos del Régimen Subsidiado venían disminuyendo desde 1998.

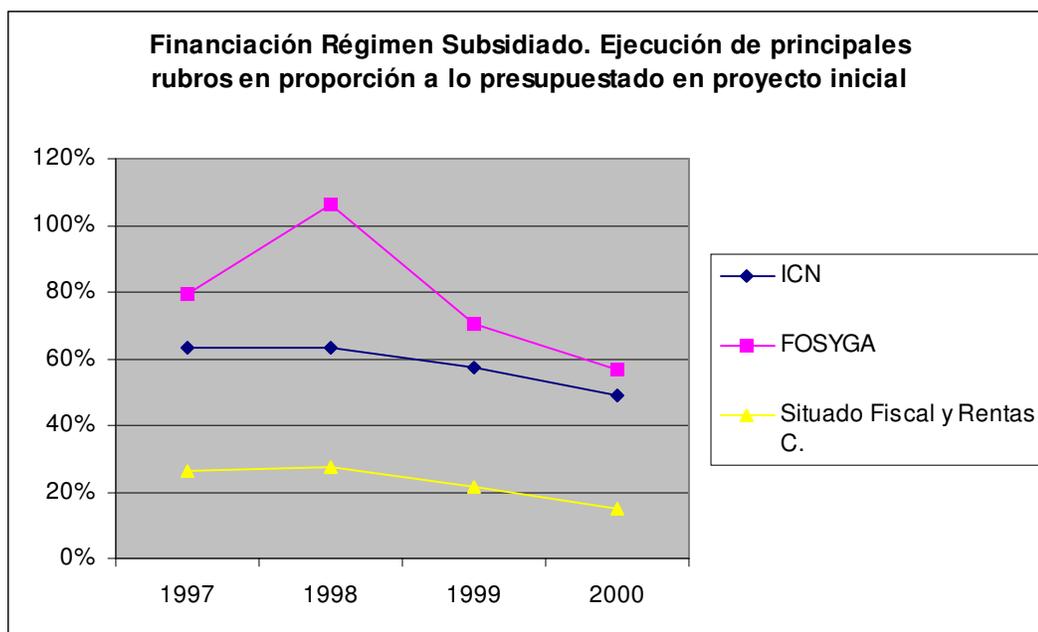
Gráfico No. 58



Fuente: Cuadro No. 50

Al observarlos discriminados por ítems se observa el cumplimiento entre los años 1997 y 2000 de cada uno de los principales rubros estimados en el proyecto inicial.

Gráfico No. 59



Fuente: Cuadro No. 50

Nota: En esta gráfica se incluyen en FOSYGA todos los recursos aportados al Subsidiado directamente por las Cajas de Compensación y en ICN el esfuerzo propio.

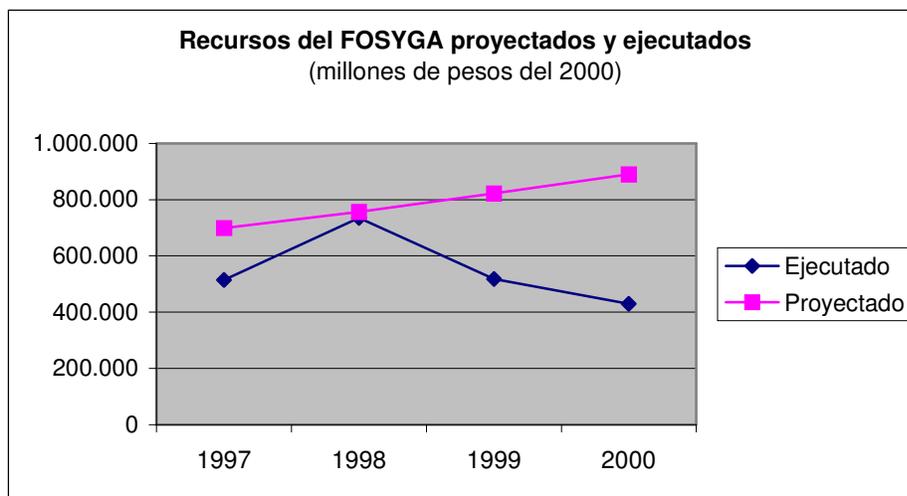
Para apreciar mejor las diferencias entre los recursos proyectados y ejecutados conviene revisar cada rubro separadamente, así como los subrubros que lo componen.

Análisis por rubro

Los recursos ejecutados del FOSYGA en el año 2000 alcanzaron un 48.3% de los proyectados en pesos a valor presente del mismo año y muestran una tendencia a la disminución a partir de 1998.

Es conveniente señalar que en las proyecciones definitivas, aunque se mencionan, no se incluyen los recursos procedentes de los impuestos a las remesas del petróleo¹²⁹ (señalados en la Ley 100 de 1993, para el financiamiento del Régimen Subsidiado), pues al parecer ya se conocía que dichos recursos no serían aportados, como en efecto sucedió por falta de desarrollo de la norma.

Gráfico No. 60

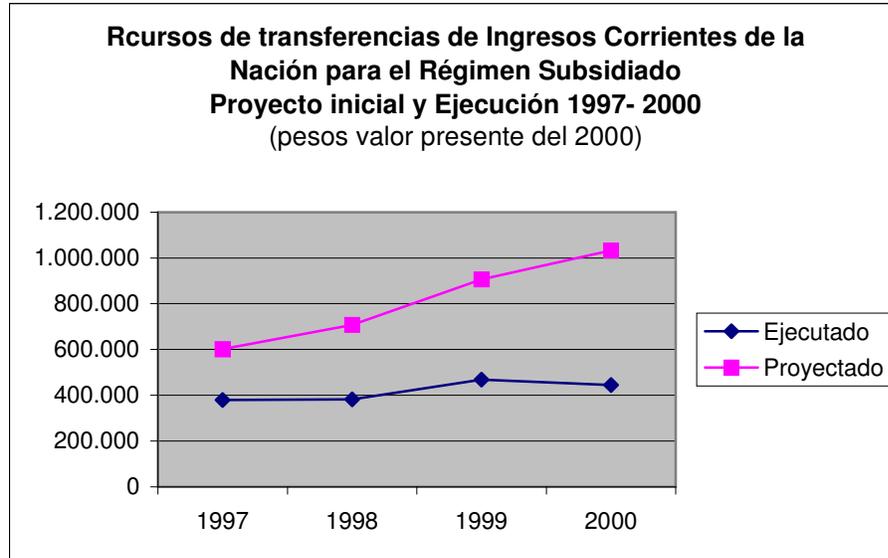


Fuente: Cuadros No. 47 y No. 49

Los recursos ejecutados correspondientes a las participaciones municipales de los ingresos corrientes de la nación tan sólo alcanzaron en el año 2000 un 43% y con esfuerzo propio un 49.2% de los programados en pesos a valor presente del mismo año.

Gráfico No. 61

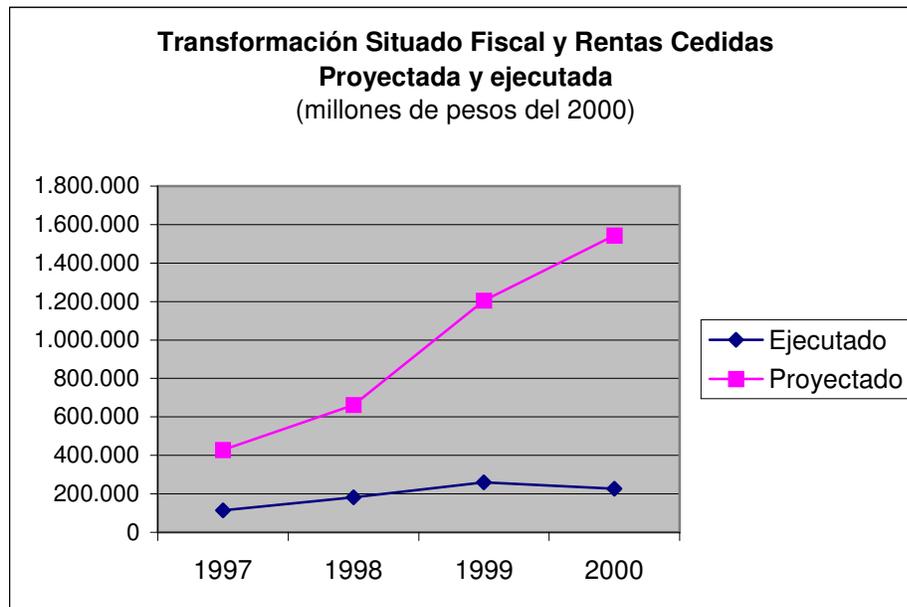
¹²⁹ Op. Cita. La Reforma de la Seguridad Social en Salud, Tomo 1, Pág. 50.



Fuente: Cuadros No. 47 y No. 49

Finalmente, los recursos correspondientes a los antiguos subsidios a la oferta, es decir procedentes del Situado Fiscal y las Rentas Cedidas que venían manejando los departamentos, deberían transformarse a subsidios a la demanda. La ejecución de estos recursos tan sólo alcanza para el año 2000 un 14.7% de lo proyectado, en pesos a valor presente del mismo año.

Gráfico No. 62



Fuente: Cuadros No. 47 y No. 49

Dado entonces que el cumplimiento de lo proyectado es muy bajo en términos porcentuales, se debe entender que, o bien se incumplió con los recursos proyectados y definidos en la Ley, por distintas causas voluntarias o involuntarias, o bien se proyectaron recursos más allá de lo que la prudencia permitía aconsejar, o una combinación de las anteriores, por lo que resulta indispensable analizar en detalle el cumplimiento de cada uno de los rubros.

Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía

Una primera aproximación al comportamiento de los distintos rubros que alimentan la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), en el año 2000, permite apreciar un grado importante de incumplimiento sobre lo proyectado.

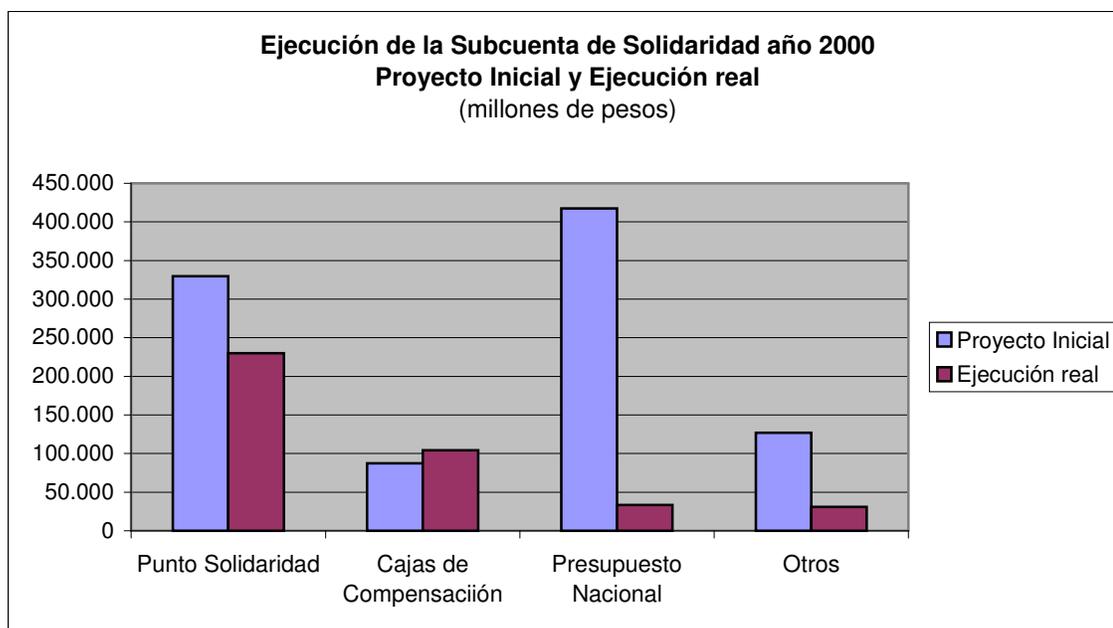
Cuadro No. 51

Subcuenta de Solidaridad FOSYGA
Proyecto inicial y ejecución real de ingresos año 2000

	Proyectado	Ejecutado	Porcentaje
Punto Solidaridad	329.798	229.780	70%
Cajas de Compensación	87.397	104.221	119%
Presupuesto Nacional	417.195	33.353	8%
Otros	126.846	31.086	25%
Total	961.236	398.440	41%

Fuente: Tomo I, La Reforma de la Seguridad Social e Informe del CNSSS 2001

Gráfico No. 63



Fuente: Cuadro No. 51

Como puede observarse en el gráfico anterior, de los rubros presupuestados en el proyecto inicial, para el año 2000 tan sólo se cumple y se excede el correspondiente a Cajas de Compensación Familiar con un 119%¹³⁰.

Entre tanto, el presupuesto ejecutado por concepto del punto de solidaridad de los trabajadores del Régimen Contributivo alcanza tan sólo el 70% de lo proyectado y el paripassu del presupuesto

¹³⁰ Se contabilizan 27.795 millones girados por las Cajas de Compensación al Fondo de Solidaridad y 76.426 millones ejecutados directamente por las Cajas como cofinanciamiento a los municipios en los contratos de afiliación al Régimen Subsidiado.

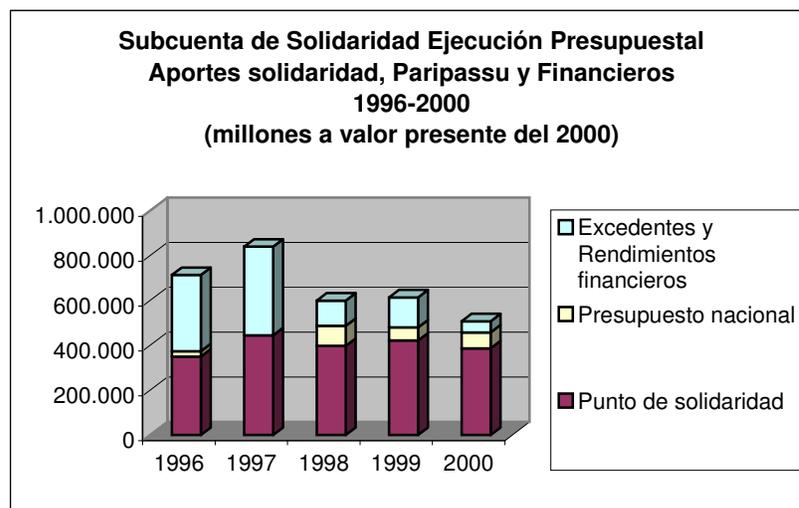
nacional, un peso por cada peso aportado por los trabajadores del Régimen Contributivo, según la Ley 100 de 1993¹³¹, se cumple apenas en un 8% de lo proyectado, rubro que deja por sí sólo un déficit de 384 mil millones.

El rubro “ótros” corresponde básicamente a rendimientos financieros, rubro que resultó muy importante en la financiación del Régimen Subsidiado los primeros años, pero que se terminó agotando para sustituir el incumplimiento del aporte del presupuesto nacional.

Se concluye por tanto, que el mayor incumplimiento corresponde a los recursos proyectados del paripassu, o el equivalente que debería aportar el presupuesto nacional, por cada peso de solidaridad aportado por los trabajadores del Régimen Contributivo. Caso aparte constituyen los recursos derivados de la explotación petrolera que nunca se arbitraron ni consideraron siquiera.

El comportamiento descrito anteriormente se observa en la ejecución presupuestal de ingresos de la Subcuenta de Solidaridad 1996-2000, confirmando la dificultad para recaudar los recursos del Fondo.

Gráfico No. 64

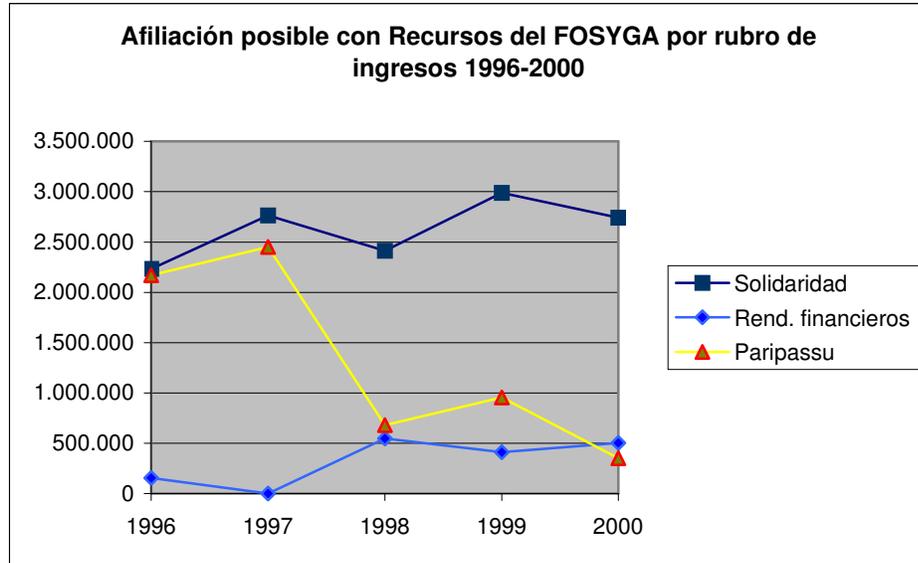


Fuente: Cuadro No. 51

Se aprecia como los rendimientos financieros sustituyeron el incumplimiento de los aportes del presupuesto nacional los primeros años, pero fueron perdiendo importancia y ya no fue posible dicha sustitución para el año 2000, año en que por dicha causa no se incrementó la UPC del Régimen Subsidiado como los años anteriores, con el fin de compensar la inflación, es decir se disminuyó en términos reales. En el gráfico siguiente se aprecia mejor el efecto, al estimar el número de afiliados que hubiera sido posible financiar con cada uno de los rubros de ingreso del FOSYGA.

Gráfico No. 65

¹³¹ Este paripassu se intentó reducir al 25% mediante la Ley 344 de 1997, pero el artículo fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional. De nuevo se intentó su reducción mediante el Plan de Desarrollo de 1999 correspondiente al Gobierno 1998-2002, pero esta Ley fue derogada por vicios de trámite y, finalmente el Gobierno logró su reducción al 0.25% para el año 2002, en virtud de la Ley 715 de 2002.



Fuente: Cálculos del estudio

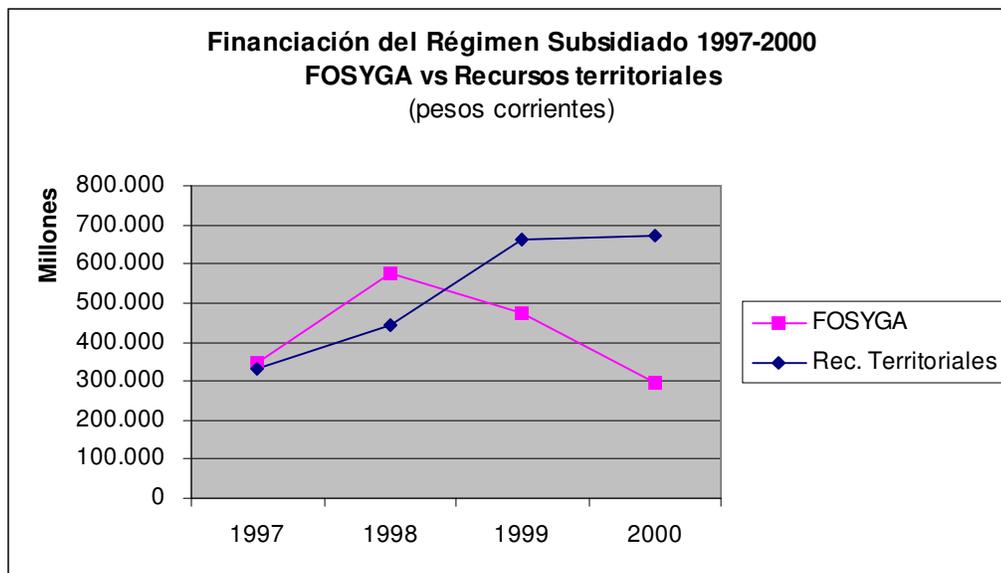
A partir de 1999 el FOSYGA comienza a perder importancia como fuente de financiación del Régimen Subsidiado y crecen en importancia los recursos municipales (transferencias de ingresos corrientes de la nación) y departamentales (Situado Fiscal y Rentas Cedidas).

En realidad en la misma publicación sobre la reforma¹³², se señalaba: “...la composición de las fuentes de financiamiento cambia sustancialmente a lo largo del tiempo, toda vez que el aporte de las transferencias que la Nación hace directamente a los municipios por la ley 60 tiende a crecer más rápido que los propios recursos de solidaridad del régimen contributivo. Así, estos últimos recursos resultan esenciales para el comienzo del Sistema, mientras que el sistema tiende a descansar crecientemente en los recursos administrados directamente por los municipios.” De tal modo que la supresión del paripassu, que el Gobierno intentó con el trámite de sucesivas leyes fue calculado desde un comienzo.¹³³

Gráfico No. 66

¹³² Op. Cita ‘La Reforma de la Seguridad Social en Salud, Ministerio de Salud, Tomo 1.

¹³³ Los investigadores conocieron documentos adicionales, donde, de conformidad con lo señalado en el texto, se estimaron los escenarios del proyecto inicial de la reforma ya tomando en cuenta la supresión del paripassu o aporte del presupuesto nacional.



Fuente: Cuadro No. 48

Se revisan entonces las causas de las diferencias entre los recursos territoriales proyectados para el Régimen Subsidiado y los recursos efectivamente aportados en el período estudiado para su financiamiento.

Transferencias de Ingresos Corrientes de la Nación

Los recursos ejecutados provenientes de las transferencias de ingresos corrientes de la nación apenas alcanzan el 40% de lo proyectado para el año 2000 (444.825 millones contra 1.033.614 <Cuadros Nos. 47 y 48>), diferencia que resulta difícil de explicar por cuanto estos recursos por Ley deben ser una proporción fija (15%) de las transferencias de los ingresos corrientes de la nación a los municipios, que a su vez son una proporción determinada en la Constitución de los ingresos corrientes de la nación.

Cuadro No. 52

Ingresos Corrientes de la Nación y Transferencias a los municipios 1997 / 2000				
Millones de pesos valor constante del año 2000	1997	1998	1999	2000
ICN	23.349.610	24.432.371	25.412.416	22.107.788
Porcentaje de las transferencias	0,18	0,19	0,2	0,21
Transferencias	4.202.930	4.642.151	5.082.483	4.642.635

Fuente: Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud - Ministerio de Salud

A pesar de que la Ley 60 de 1993 estableció que el 25% de las transferencias de ingresos corrientes de la nación a los municipios se destinarían a salud, la base de cálculo se ha visto afectada por otras disposiciones, relacionadas con el pasivo prestacional del sector educativo y gastos de funcionamiento autorizados a los municipios del total de recursos.

Posteriormente la Ley 100 de 1993 estableció que el 60% del 25% destinado a salud (es decir el 15% del total de las transferencias) debía destinarse a financiar el Régimen Subsidiado.

Si se toma en cuenta el esfuerzo propio, el cumplimiento se aproxima al 60% entre 1997 y el año 2000, como se observa en el siguiente cuadro, por lo que se puede afirmar que en el proyecto inicial no se tuvieron en cuenta algunas de estas condiciones que afectarían los cálculos de las transferencias.

Cuadro No. 53

Recursos de ICN proyectados y ejecutados en Régimen Subsidiado

millones de pesos del año 2000	1997	1998	1999	2000
Bruto 15% transferencias	630.439	696.323	762.372	696.395
Ejecutado	379.497	382.197	467.594	444.825
	60%	55%	61%	64%

Fuente: Cuadro No. 52 y Dirección de Aseguramiento del Ministerio de Salud

Sin embargo, las proyecciones iniciales no sólo difieren en el monto, pues se encuentran distintas cifras en el Libro 1 sobre la reforma, sino también en la tasa de crecimiento, lo que evidencia una estimación de mayor crecimiento de los ingresos corrientes de la Nación en el período.

Cuadro No. 54

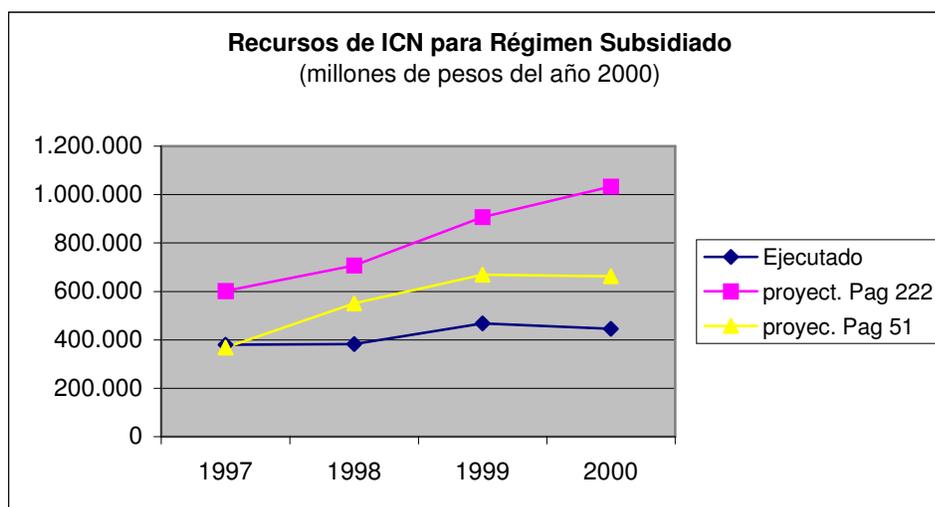
Recursos de ICN proyectados y ejecutados en Régimen Subsidiado

millones de pesos del año 2000	1997	1998	1999	2000
Ejecutado	379.497	382.197	467.594	444.825
proyect. Pág. 226	601.646	707.580	907.311	1.033.614
proyec. Pág. 51	367.398	550.960	669.692	661.954

Fuente: Pags. 51 y 226, Tomo I, La Reforma a la Seguridad Social. Op. Cita. y Cuadro No. 53

Sin duda la diferencia en la estimación del crecimiento de ingresos tiene que ver con la crisis económica y fiscal de los últimos años. En el gráfico siguiente se observa mejor la diferencia de pendiente entre los recursos proyectados y ejecutados, en pesos del año 2000.

Gráfico No. 67



La reciente aprobación de la reforma constitucional (Acto Legislativo 1 de 2001) limita el crecimiento de las transferencias hasta el año 2008 a la determinación de la tasa de inflación anualizada resultante, más el 1.5%.

Recursos transformados de la oferta a la demanda

La Ley 60 de 1993 ordenaba la distribución de los recursos del Situado Fiscal de la siguiente manera:

ARTÍCULO 10. NIVEL DEL SITUADO FISCAL. Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 356 de la Constitución Política y las disposiciones de esta ley, el situado fiscal será un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la Nación que como mínimo tendrá los siguientes niveles de participación en ellos, así:

a) Para el año de 1994: 23%

b) Para el año de 1995: 23.5%

c) Para el año de 1996: 24.5%

Su cesión efectiva y autónoma a las entidades territoriales se realizará de conformidad con las disposiciones previstas sobre la descentralización de la salud y educación y en los términos y condiciones dispuestos en la presente ley.

PARÁGRAFO 1o. Del total que corresponda a cada departamento, será obligatorio destinar como mínimo el 60% para educación y el 20% para salud. El 20% restante lo deberá destinar el departamento o distrito, a salud o educación según sus metas en coberturas y demás fuentes de financiación de estos sectores.

Como mínimo el 50% del situado fiscal destinado a salud deberá aplicarse al primer nivel de atención y debe ser transferido a los municipios y distritos cuando estos asuman esa competencia. Cada nivel territorial deberá aplicar al menos cinco puntos porcentuales a prevención de la enfermedad y fomento de la salud”

Al igual que con los ingresos corrientes, la normatividad reglamentaria posterior disminuyó, aunque en un porcentaje menor, los recursos del Situado Fiscal a distribuir. Sin embargo ello se ha visto compensado porque los departamentos y distritos destinan a salud partidas del 20% de libre destinación, es decir mayor porcentaje del 20% obligatorio.

Como consecuencia de la norma este ha sido el comportamiento del situado fiscal

Cuadro No. 55

Ingresos Corrientes de la Nación, Situado Fiscal y Situado Fiscal Salud

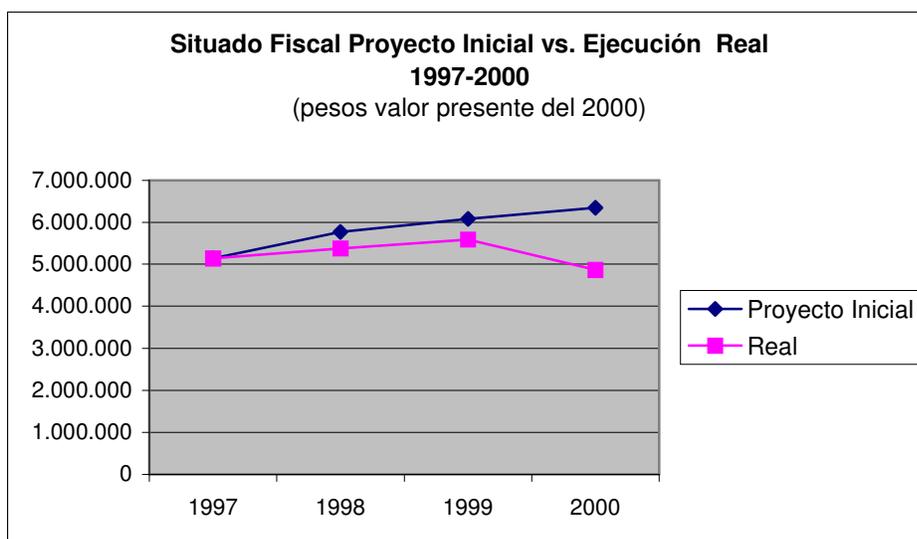
Millones de pesos valor presente del 2000				
	1997	1998	1999	2000

Ingresos Corrientes	23.349.610	24.432.371	25.412.416	22.107.788
Total Situado Fiscal	5.136.914	5.375.122	5.590.732	4.863.713
Porcentaje	22,0%	22,0%	22,0%	22,0%
Situado Fiscal Salud	1.198.956	1.254.553	1.304.736	1.176.133
Porcentaje	23,3%	23,3%	23,3%	24,2%

Fuente: Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud - Ministerio de Salud

La crisis económica que se agudizó en 1999 se tradujo en la reducción de los ingresos corrientes para el año 2000 y por tanto del situado fiscal total.

Gráfico No. 68



Fuente: Cuadro No. 55 y Tomo I. Op. Cita.

En términos de los recursos contemplados en el proyecto inicial, los ejecutados resultan sensiblemente inferiores.

Cuadro No. 56

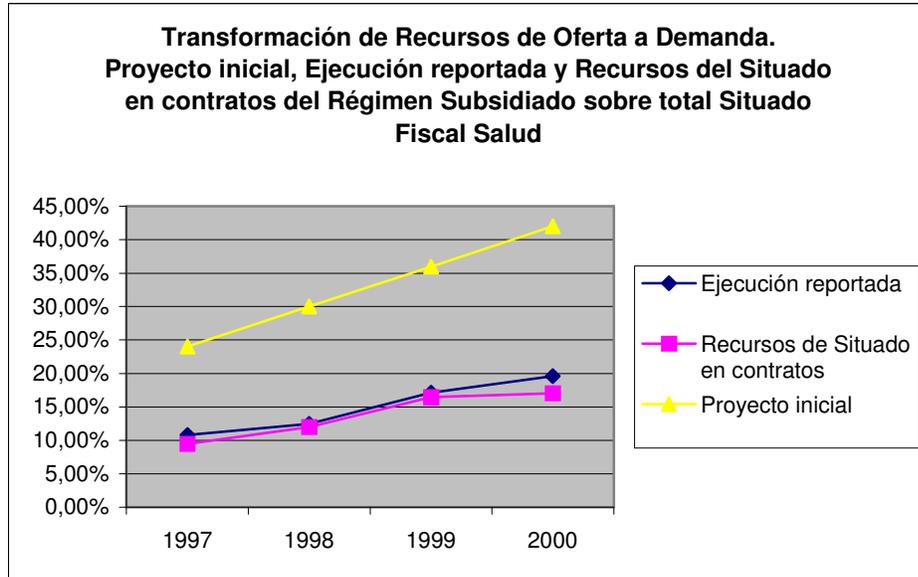
Situado Fiscal Salud Ejecutado y Proyecto Inicial

millones de pesos a valor presente del 2000	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ejecutado	948.906	1.009.809	1.193.147	1.198.956	1.254.553	1.304.736	1.176.133
proyectado Pág. 226	1.928.722	1.974.633	2.042.607	2.142.046	2.206.775	2.409.939	2.573.359
proyectado Pág. 48	1.291.107	1.446.039	1.628.240	1.833.399	2.064.407	2.324.522	2.613.019

Fuente: La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Op. Cita. y Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud - Ministerio de Salud

Pese a lo anteriormente señalado, la diferencia mayor entre los recursos proyectados y ejecutados para el Régimen Subsidiado de este rubro se encuentra en el porcentaje de los mismos destinado subsidios a la demanda y el porcentaje que continúa financiando la oferta de servicios a través de los hospitales públicos.

Gráfico No. 69



Fuente: Cuadro No. 56

En la siguiente tabla puede apreciarse el monto creciente de recursos no transformados en relación con el proyecto inicial, que alcanza 600.000 millones para el año 2000.

Cuadro No. 57

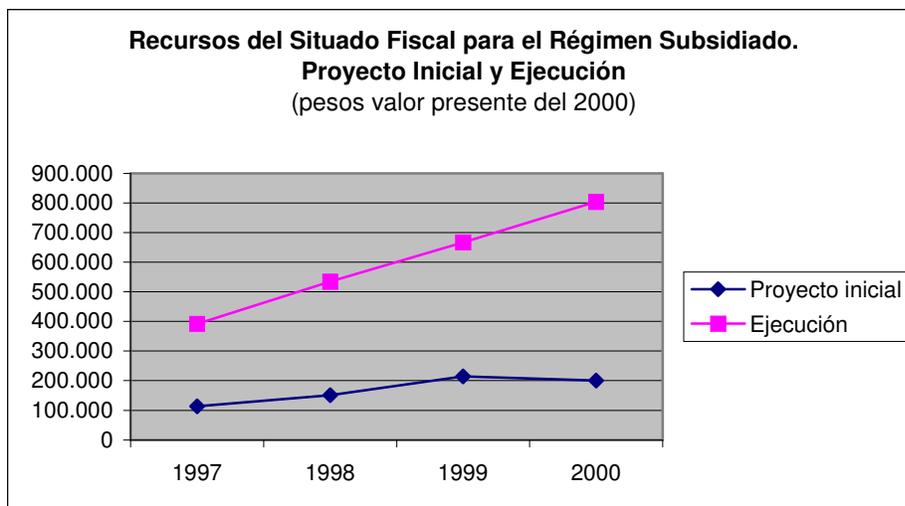
Situado Fiscal transformado para Régimen Subsidiado

millones de pesos valor presente del año 2000	1997	1998	1999	2000
ejecutado	113.690	150.633	214.504	200.488
proyectado	391.661	533.996	667.344	804.053

Fuente: Dirección General de Seguridad Social y Tomo I. Op. Cita.

La tendencia divergente entre lo ejecutado y lo proyectado se aprecia mejor en el gráfico siguiente:

Gráfico No. 70



Fuente: Cuadro No. 57

Sin embargo, cabe señalar que los últimos gobiernos intentaron por distintas vías incrementar el porcentaje de recursos que se deberían trasladar obligatoriamente de la oferta a la demanda. Por Ley 344 de 1996 se obligaba a la siguiente transformación 25 % en 1998, 35% en 1999 y 60% a partir del año 2000.

“ARTÍCULO 20. Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud tendrán plazo hasta el 1o. de junio de 1997 para presentar al Ministerio de Salud el plan de ampliación de coberturas, mejoramiento de la calidad, de gestión y de descentralización de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993, así como la transformación de su financiamiento del sistema de subsidios a la oferta por subsidios a la demanda, indicando los criterios, los mecanismos operativos y el esquema de seguimiento y control del proceso de conversión.

En todo caso, dentro del plan de conversión, deberá establecerse que de los recursos del situado fiscal, descontando los recursos destinados a la financiación del Plan de Atención Básica, PAB, y al pago de los aportes patronales para cesantías y pensiones establecidos en la Ley 60 de 1993, deberán dedicarse a subsidios a la demanda como mínimo un porcentaje equivalente al 15% durante la vigencia de 1997; al 25% en 1998; al 35% en 1999 y al 60% a partir de la vigencia del año 2000.

Las rentas cedidas y las destinaciones específicas para la salud harán parte del Plan de Conversión a partir de 1998, en los siguientes porcentajes: en 1998, 15%, en 1999, 25% y a partir del año 2000, 60%”.

En el artículo se observa que antes de la transformación se descuenta el situado fiscal retenido por el Ministerio de Hacienda para asegurar el pago de aportes en salud y pensiones de los trabajadores de los hospitales, así como los recursos destinados a la promoción de la salud y la promoción de la enfermedad. Posteriormente el reglamento separa igualmente algunos recursos para los hospitales psiquiátricos del país.

Cuadro No. 58

Distribución Situado Fiscal 1996- 2000

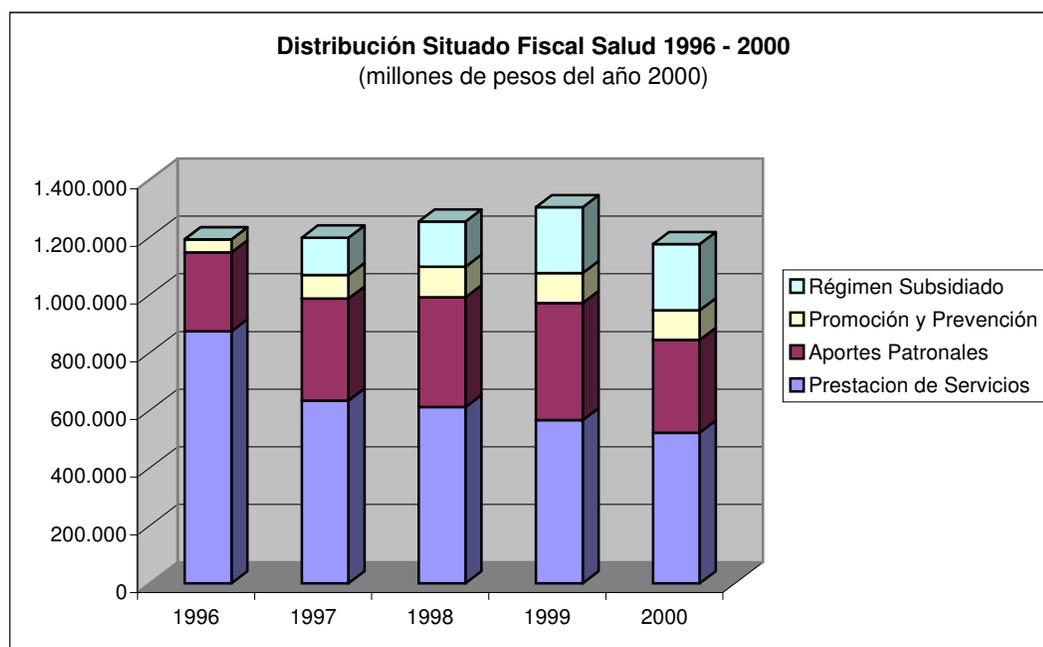
Millones de pesos a valor constante del año 2000	1996	1997	1998	1999	2000	Var. 96-00

Prestación de Servicios	873.706	634.040	611.488	566.624	522.650	-40%
Aportes Patronales	273.457	353.643	380.602	406.053	321.560	18%
Promoción y Prevención	45.984	81.789	105.824	103.453	102.799	124%
Régimen Subsidiado	0	129.483	156.640	228.606	229.124	
TOTAL	1.193.147	1.198.956	1.254.553	1.304.736	1.176.133	-1,4%

Fuente: Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud - Ministerio de Salud

En forma gráfica se aprecia que la retención de los aportes patronales por el Ministerio de Hacienda incidió mucho más en la disminución de los recursos recibidos por los hospitales para su funcionamiento, que la transformación de oferta a la demanda o recursos para el Régimen Subsidiado¹³⁴.

Gráfico No. 71



Fuente: Cuadro No. 58

El importante efecto de la reducción de recursos a los hospitales por concepto de la retención de aportes patronales a la seguridad social pareciera no haber sido estimado en el proyecto inicial de reforma, pues no se encuentran referencias al respecto, a pesar de que constituiría una de las limitantes más importantes para la transformación de recursos de la oferta a la demanda.

De cualquier forma los recursos de oferta disminuyeron drásticamente en función de las tres variables señaladas, hecho que en parte causó la crisis financiera de los hospitales públicos, pero que especialmente impidió que se transformaran más recursos hacia la demanda, dado que por vía oferta todavía se debía atender a la mitad de la población colombiana y a los diez millones de afiliados al Régimen Subsidiado en aquellos servicios no incluidos en el POS Subsidiado.

Los poco más de 500.000 millones restantes en la oferta evidentemente no eran suficientes siquiera para cubrir a los afiliados al Régimen Subsidiado en los servicios no cubiertos del POS. Sin

¹³⁴ Se aprecian diferencias según la fuente en los Recursos Transformados. En el cuadro 57 son contratos firmados reportados por la Dirección de Seguridad Social y en el cuadro 58 los Departamentos reportan su ejecución en distintos rubros a la Dirección Financiera del Ministerio de Salud.

embargo, en algunos documentos oficiales¹³⁵ y otros estudios se continuó insistiendo en la transformación de estos dineros a la demanda. Por tal motivo los hospitales, y los departamentos responsables de los mismos, organizaron un movimiento para defenderse de tal posibilidad incluso ante el Congreso de la República, y si bien lo lograron inicialmente, posteriormente la ley fue declarada inexecutable.¹³⁶

Cabe anotar que la Ley 344 de 1996 ordenó igualmente la transformación de otro rubro departamental destinado al financiamiento de los hospitales de II y III nivel de atención, a pesar de que la Ley 100 de 1993 señalaba que dichos recursos sólo deberían transformarse cuando se incluyeran en el POS Subsidiado los servicios correspondientes a estos niveles de atención, hecho que complicó la situación financiera de los grandes hospitales del país.

En realidad se ha dado un debate sin mucho sentido entre quienes propugnan por transformar recursos a la demanda, sin considerar la indispensable destinación de estos para financiar a la población no asegurada y a la parcialmente asegurada con otros servicios, y quienes cuestionan la reforma, la crisis financiera de los hospitales y el aseguramiento en manos de intermediarios que supuestamente no agregan valor y se quedan con gran parte de los recursos, proponiendo la devolución de los mismos a los hospitales, sin ofrecer alternativas centradas en los usuarios.

Dicha crisis y el debate alcanzó su punto álgido en el trámite de la Ley 715 de 2001. Finalmente el Congreso quita algunos recursos a las aseguradoras y hace un llamado perentorio al Ministerio de Salud, al tiempo que le concede facultades extraordinarias para superar el problema de flujo de recursos a los hospitales públicos y reformar el sistema de vigilancia y control.

De una forma u otra, los recursos de oferta y demanda no suman lo suficiente para cubrir a la población pobre no asegurada y a la asegurada parcialmente y, adicionalmente, no se ha diseñado una estrategia para lograr incorporar a la seguridad social a la población que no tiene derecho a subsidios y tampoco cuenta con recursos suficientes para ingresar al Régimen Contributivo.

¹³⁵ Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación. Presupuesto de la Verdad. Bogotá, Julio del 2000.

¹³⁶ Plan de Desarrollo del Gobierno Pastrana 1998 - 2002.

Capítulo V

CONCLUSION

En síntesis, podría concluirse de este estudio que el problema de cobertura del Sistema obedece a varias razones, pero que la más importante es un vacío en el diseño y la estrategia de políticas para la población de estratos medios no vinculada al trabajo formal.

La diferencia más notoria sin duda entre las cifras correspondientes al proyecto inicial de la reforma y las cifras observadas del Régimen Contributivo se encuentra entre la proyección de afiliación de trabajadores independientes y la afiliación observada o real de los mismos. Para el año 2000 el proyecto inicial estimaba que un 80% de los trabajadores independientes estarían afiliados al régimen Contributivo, y la cifra observada no alcanza el 4%.

En porcentaje de la población ocupada, los trabajadores independientes, que incluyen los trabajadores por cuenta propia y los patronos, aumentaron del 32.8% al 42.7% sobre el total de la población ocupada entre 1993 y el año 2000.

Por otra parte, existe un porcentaje elevado de trabajadores dependientes en la informalidad, sector para el que tampoco se ha diseñado una política específica y que se siguen considerando genéricamente evasores.

El sistema cuenta hoy con un Régimen Contributivo cada día más excluyente, puesto que adicionalmente en las reglamentaciones consecutivas ha venido rechazando afiliados con poca capacidad de pago o que significan riesgo en el gasto, con lo que se rompe el principio de la seguridad social que indica la separación absoluta entre el riesgo y el pago.¹³⁷

Por otra parte cuenta con un Régimen Subsidiado que excluye millones de pobres urbanos, por no encontrarse dentro de la definición de pobreza establecida para la Seguridad Social muy ligada a la vivienda y los servicios públicos. Aunque el último motivo de la exclusión sea la escasez de recursos para financiar más pobres y la limitación de cobertura del Régimen Contributivo.

La diferencia entre los recursos proyectados y ejecutados para el Régimen Subsidiado se explica por dos rubros fundamentales, los aportes del presupuesto nacional al Fondo de Solidaridad y el porcentaje de los recursos territoriales destinado a subsidios a la demanda. La investigación permitió obtener documentos en borrador, de 1993, donde ya se diseñaban escenarios con la supresión del aporte del presupuesto nacional, que reiteradamente se ha intentado.

Es obvio que no es posible alcanzar la universalidad con dos regímenes excluyentes que dejan entre ellos sin cabida a la mitad de la población colombiana.

¹³⁷ El Decreto 47 de 2000 es un ejemplo de aversión al riesgo en el caso de la licencia de maternidad.

Un estudio reciente de la Contraloría General de la República¹³⁸ señala: ‘diferentes estudios sobre el impacto de las reformas del Sistema muestran que uno de los mayores logros del nuevo esquema es el incremento de cobertura de la seguridad social, cuyo cubrimiento en 1992 era del 23% y pasó al 52.4% en 2000. Sin embargo, es inapropiado comparar el acceso a la salud en el SNS y en el SGSSS mediante el indicador de cobertura del aseguramiento. En el SNS concurrían tanto la seguridad social, como la atención privada y el subsistema público para garantizar el acceso a la salud de la población. Así en 1992 el 17% de las personas acudían a la práctica privada, 23% a la seguridad social, 40% al sector oficial y el 25% estaba desprotegido (La Reforma de la Seguridad Social, Minsalud, 1994)’.

El problema estructural tampoco puede ocultarse detrás de las tesis de evasión o disculparse en la crisis económica, que tienen un efecto importante en el Sistema, pero no constituyen la causa fundamental de la limitación de cobertura.

En el Régimen Contributivo no se contempló la situación real del empleo en el país y se pretendió que los trabajadores independientes e informales ingresarían en su totalidad al Régimen Contributivo¹³⁹, calculada la cotización sobre la base de los ingresos familiares. Algunos estudios internacionales¹⁴⁰ señalan que la disposición a cotizar un seguro de salud voluntariamente se calcula sobre los excedentes de las necesidades básicas y no sobre el total del ingreso de familias consideradas pobres por ingresos, como se pretende en el proyecto inicial y se reafirma en algunos documentos¹⁴¹.

Por otra parte, en el Régimen Subsidiado se sobrestimaron los ingresos posibles, algunos a pesar de conocer las dificultades para recaudarlos, como los procedentes del petróleo; otros, como los derivados de los ingresos corrientes de la nación, por cálculos ligados a un crecimiento optimista del desarrollo económico y, finalmente se dejaron de considerar gastos ocasionados por la misma Ley sobre los recursos que previamente financiaban los hospitales públicos.

Incluso en algunos apartes del Tomo I sobre la Reforma, documento de partida de este análisis, ya se evidencia que no se creía en muchos de estos recursos para el Régimen Subsidiado y se presiona mayor transformación de los recursos de oferta que la contemplada en la Ley.

En alguna forma, la congelación del POS Subsidiado y la mayor transformación corresponden más a la propuesta presentada al Congreso que a la Ley aprobada por el mismo, lo que señala que el modelo técnico siguió siendo implementado sin importar los cambios introducidos en la Ley hacia la equidad y universalidad.

Este comportamiento es recogido por una reciente publicación, que muestra que la implantación de la reforma no respeta muchas veces los canales democráticos y su aprobación y desarrollo se controlan por los mismos métodos.¹⁴²

¹³⁸ ‘Colombia entre la Exclusión y el Desarrollo’. Luis Jorge Garay y col. Contraloría General de la República. En edición.

¹³⁹ Op. Cita. ‘La reforma de la Seguridad Social en Salud’. Ministerio de Salud. Tomo 1.

¹⁴⁰ OMS. World Health Report 2000.

¹⁴¹ Plata, Beatriz, Morales Luis Gonzalo y otros ‘La Evasión de Aportes Obligatorios al Sistema de Salud en Colombia’, Fedesarrollo, Fundación Corona, Bogotá 1999.

¹⁴² González A y Mogollón O. ‘La Reforma de Salud y su Componente Político: Un Análisis de Factibilidad Gaceta Sanitaria Número 16 Vol. 1 Barcelona Marzo 2002.

Las limitaciones al incremento de la cobertura de la Seguridad Social identificadas en esta investigación, constituyen barreras estructurales y no coyunturales, que han originado un nuevo tipo de segmentación en función de la cobertura del POS (total, parcial o ninguna).

De no actuar decididamente para enfrentar dichas barreras estructurales, el objetivo primordial de la reforma, lograr la cobertura universal para garantizar el derecho de todos los colombianos a la salud y la seguridad social, no será posible de alcanzar en ningún tiempo, de acuerdo con las proyecciones calculadas.