

Aumento de la segmentación en el sistema de salud colombiano

Increasing Segmentation in the Colombian Health System

Félix Martínez
César Giraldo
Paola García
Carlos Rodríguez
Sandra Milena Barrios*

Artículo de investigación científica y tecnológica

Cómo citar este artículo: Martínez, F., Giraldo, C., García, P., Rodríguez, C., y Barrios, S.M. (2011). Aumento de la segmentación en el sistema de salud colombiano. *Revista CIFE*, 18, (13), 137-152.

Resumen

La Ley 100 de 1993 estableció el mandato legal de igualar los planes de beneficios en salud que reciben los colombianos, afiliados a los regímenes contributivo o subsidiado, antes del año 2001. Ese mandato no se ha cumplido al comenzar el año 2011. La razón de ello es que los recursos per cápita que reconoce el sistema para el régimen

subsidiado siguen siendo cerca de la mitad de los que reconoce para el régimen contributivo, y en consecuencia también los beneficios. El estudio financiero del sector salud que aquí se presenta, demuestra que la brecha entre los dos regímenes se ha ampliado a través del tiempo, especialmente debido a la reducción del esfuerzo fiscal del gobierno nacional para el financiamiento de la salud de la población pobre, de manera que las tendencias objeti-

* Miembros del Grupo de Investigación en Protección Social y Salud Pública de la Universidad Santo Tomás.

vas hacia la segmentación de los beneficios se mantienen, a pesar de discursos e incluso formulaciones legales que ordenan la unificación de los planes de salud.

Palabras clave: Ley 100 de 1993, régimen contributivo, régimen subsidiado, segmentación, plan de beneficios, financiamiento de la salud.

Clasificación JEL: I1, I18, I19.

Abstract

Law 100 of 1993 established the legal mandate to equalize the basic health plan that receives the Colombian affiliates to contributory and subsidiary regimes before 2001. This mandate has not been accomplished at 2011. The reason is that the resources per capita which recognizes

the subsidiary regime to remain about half of those recognized for the contributory regime, and therefore also the benefits. This study about financing Health System shows that the gap between the two regimes has widened over time, especially due to the reduction of the fiscal effort of the national government to finance the health of the poor, of so the objective tendencies towards segmentation of the benefits are maintained, despite speeches and even legal formulations which require the unification of the basic health plans.

Keywords: Law 100 of 1003, Contributory regime, Subsidiary regime, Segmentation, Basic health plan, Financing health system.

JEL Classification: I1, I18, I19.

1. Introducción

La Ley 100 de 1993, en desarrollo de la Constitución de 1991, estableció el mandato de la cobertura universal de la seguridad social en salud y ordenó que el plan de salud de la población sin capacidad de pago (subsidiada), que iniciaba con servicios básicos, debía ser igual al Plan Obligatorio de Salud (POS) de la población con capacidad de pago (contributiva), antes del año 2001.

La diferenciación de los planes entre las poblaciones que contribuyen y las que no contribuyen con sus aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), siete años después de la meta establecida, confirmaba un franco incumplimiento del mandato legal. Ante tal evidencia, y tras comprobar que la Ley 1122 de 2007, que reorganizó el SGSSS, planteaba lograr la universaliza-

ción de cobertura, pero no incluía en sus metas igualar el plan de salud de los ciudadanos sin capacidad de pago, con el de la población del régimen contributivo, la Corte Constitucional conminó al gobierno nacional en el 2008, mediante la sentencia T-760/08, al cumplimiento del mandato legal, basada en el derecho de todos los ciudadanos a la salud y la seguridad social, establecido en la Constitución de 1991.

El problema, como se demuestra en el presente trabajo, es que no tiene sentido plantear la igualación de beneficios cuando las asignaciones per cápita para cada régimen son distintas. En concreto, no resulta lógico pretender que los beneficios del régimen subsidiado sean iguales a los del contributivo (igualar el POS) cuando los recursos per cápita para el subsidiado son menos de la mitad que los del contributivo. Un razonamiento simple señala que

si los recursos son la mitad, es de esperar que los beneficios también lo sean. Sin embargo, a raíz de la sentencia de la Corte y de las demandas ciudadanas, el gobierno ha venido haciendo unos ajustes, supuestamente orientados nuevamente a dar cumplimiento al mandato original de la Ley 100.

Antes de desarrollar el tema de la imposibilidad material de igualar los planes de beneficios, es conveniente señalar, aunque esto no será materia del presente trabajo, que la universalidad tampoco se va a lograr, porque la forma como se elige la población para acceder al sistema produce un punto ciego de población que no puede ser elegible, la cual tradicionalmente se ha llamado “población sándwich”. Los elegibles para el sistema son los cotizantes y sus beneficiarios, por una parte, y los pobres, por otra, de tal suerte que aquellos que no pueden cotizar, porque no tienen un contrato laboral formal sobre el cual se origina la cotización, y quienes no clasifican como pobres, porque tienen una profesión o viven en una residencia que supera los requisitos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), así no tengan ingresos monetarios, no son elegibles, porque no entran en los criterios del sistema para definir a los pobres. En suma, no es posible lograr la universalidad mientras el SGSSS continúe basado en dos regímenes excluyentes, y esto no se termina de resolver con la Ley 1438 aprobada en enero del 2011, porque otra vez remite a las mismas condiciones de elegibilidad para recibir el subsidio de salud.

Retornando al tema de la igualación de beneficios, el sistema ha producido en la práctica una inequidad entre los diferentes regímenes. Mientras el ingreso per cápita en el régimen contributivo ha variado poco en pesos constantes entre 1997 y 2008, el del subsidiado ha disminuido en el mismo período. En el 2008 la (Unidad de Pago por Ca-

pitación) UPC del régimen contributivo era 1.8 veces la del subsidiado, mientras que en 1996 era 1.6 veces. Si se toman en cuenta las asignaciones adicionales per cápita que recibe el régimen contributivo por conceptos como ponderadores de edad, sexo y zona, los recursos adicionales para Promoción y Prevención (P y P), las incapacidades, las licencias, los pagos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) por servicios no POS, la relación entre contributivo y subsidiado, en asignaciones per cápita, pasa de 1.7 en 1997 a 2.0 en 2008. La diferencia entre los dos regímenes se ha acrecentado, en consecuencia, en contra del mandato legal, lo cual se expresa en una menor calidad del subsidiado con respecto al contributivo y significa que no será posible igualar los dos regímenes, sin una reestructuración financiera que iguale también el flujo de recursos per cápita.

La necesidad de la reestructuración, y el cumplimiento del mandato de la Corte, llevaron al gobierno de Álvaro Uribe Vélez a declarar una emergencia social al final de su segundo período de gobierno, la cual fue declarada inexecutable por parte de la Corte Constitucional. La reforma de Uribe desbordó sus propósitos y buscó tocar demasiados campos, con un afán fiscalista que se traducía en limitar el acceso a la salud y coartar la libertad del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud, lo que generó las naturales y legítimas resistencias. Se pretendía afectar a muchos sectores sociales a través de un acto administrativo (una especie de dictadura jurídica) sin recurrir a un procedimiento democrático de decisión.

Caída la emergencia, salvo el aumento de los recursos tributarios para los departamentos, el gobierno de Juan Manuel Santos promovió una reforma legal, aprobada mediante la Ley 1438/11. Aunque es prematuro evaluar la ley al momento de escribir estas notas (marzo del 2011), se puede decir que no es explícita en la definición

de los mecanismos financieros que permitirían igualar los planes de beneficios entre el régimen contributivo y el subsidiado, que supone por consiguiente una igualación de la UPC. A pesar de que en los principios generales se anuncia la igualación, no están expresadas las decisiones materiales en cuanto al manejo efectivo de los recursos. Lo que se dice, de forma general, en el artículo 44, es que la UPC se financiará con

...recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

Es claro que la ley dice que el presupuesto público debe colocar los recursos que hagan falta para la igualación, pero resulta ingenuo desconocer que existen muchas leyes incumplidas que obligan al gobierno a asignar las partidas para determinados gastos. Para no ir muy lejos, eso fue lo que sucedió con los aportes que ordenaba la Ley 100 que se dirigían al financiamiento del subsidiado y a la igualación del POS: el gobierno no cumplió con los recursos que estaba obligado a asignar.

El presente estudio permite visualizar estas diferencias como resultado de la disparidad en los recursos disponibles y en las asignaciones per cápita entre los regímenes subsidiado y contributivo, en el marco de un análisis de equidad entre grupos sociales, definidos de acuerdo a su condición de afiliación al SGSSS.

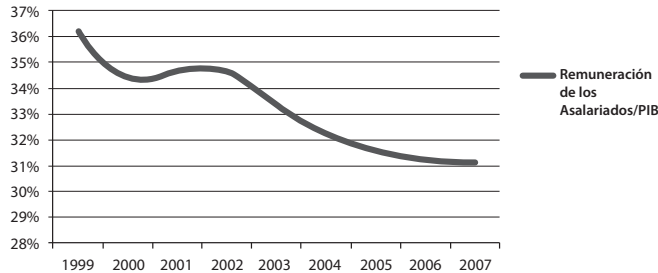
La segmentación del sistema, según la cual los recursos per cápita entre el régimen contributivo y el subsidiado cada vez son más divergentes, confirma una gran inequidad social y abre interrogantes acerca de la posibilidad financiera real de unificación del POS si no se introducen

reformas de fondo al sistema. Más allá de las variables financieras, hay que mirar las tendencias estructurales de la economía, la sociedad y la política pública colombiana, que finalmente determinan el proceso, para no caer en la posición simplista de resolver el problema financiero del SGSSS volviendo más coactivo el cobro en el régimen contributivo, y recortando más las transferencias de la nación para la población no contributiva. Esta parece ser la posición dominante en la política pública, y lo que va a producir, si se mantiene la tendencia, es una segmentación real, así en el papel se proclame lo contrario.

La política social en general, y en el caso de la salud en particular, ha tomado como eje el asistencialismo a la población pobre, lo que implica un costo fiscal creciente, porque se trata de grupos poblaciones que no contribuyen. Y por otro lado, se promueve la flexibilización laboral, lo que produce un deterioro del contrato laboral, con lo cual se debilita el sistema contributivo. Estas dos tendencias de la política pública están produciendo un deterioro financiero de los sistemas de salud y pensiones (la seguridad social en conjunto) irremediable, además de la creación de un mal clima social que para nada contribuye en la construcción de un sistema político y social democrático. Esto es lo que Rosavallon ha llamado la "deflación social", que se puede resumir en la expresión "cada vez son menos los que ponen y más los que toman".

La experiencia histórica permite vaticinar que los recursos del contributivo van a perder su dinámica en el futuro mientras impere la tendencia de la desalarización, que se ha venido dando en la economía colombiana, tal como se aprecia en la figura 1, donde se puede ver que la participación de la remuneración de los asalariados en el PIB ha disminuido desde un poco más del 36% en 1999, al 31% en el 2007, lo que significa que el ingreso salarial, base de la cotización a la seguridad social, incluida la salud, está disminuyendo (figura 1).

Figura 1. Remuneración de los asalariados/PIB



Fuente: DANE, Cuentas Nacionales, base 2000.

Por otra parte, estudios y publicaciones se refieren reiteradamente al incremento del gasto en salud en Colombia (Barón, 2007), así como a los logros en extensión de cobertura del SGSSS. Algunos incluso señalan progresos en la equidad (Acosta, 2007), pero pocos reparan en la segmentación que se ha producido en concordancia con la afiliación a los distintos regímenes o la no afiliación (Rodríguez, 2007; Artaza, 2004), en contra de los postulados teóricos del pluralismo estructurado (Frenk y Londoño, 1997).

Dichos estudios no profundizan en las grandes diferencias encontradas en financiamiento, cobertura y segmentación en los períodos 1993-1997, 1998-2002 y 2003-2008, diferencias que deben ser explicadas no sólo en función del comportamiento económico del país o de los cambios poblacionales, sino en relación con la expedición de normas que definieron profundos cambios en la estructura de financiamiento del SGSSS.

El conocimiento de estas diferencias y su impacto es necesario para la formulación de propuestas de política dirigidas a lograr la universalidad, poner fin a la segmentación, a la falta de equidad en el aseguramiento y en la

prestación de servicios, hoy vinculadas a las diferencias entre regímenes.

2. Evaluación de política pública

Esta investigación constituye una evaluación de la política pública en salud en nuestro país durante los años posteriores a la implementación de la reforma de la seguridad social en salud, con respecto a lo cual afirma Feinstein (2007):

Si las políticas públicas se implementaran siempre de acuerdo a las intenciones, y si no hubiera efectos no buscados, la evaluación no sería útil, excepto para confirmar el logro de los objetivos. En ese tipo de mundo no habría incertidumbre, coincidiendo lo planeado con lo realizado (no habría diferencias entre ex ante y ex post)... Pero en el mundo real las políticas no siempre pueden implementarse conforme a las intenciones, y los planes no siempre se cumplen, o se cumplen sólo parcialmente. Por lo tanto, es importante verificar qué es lo que realmente ha sucedido y el grado en que se han cumplido los objetivos.

3. Metodología

Para la evaluación del comportamiento de los distintos rubros de financiamiento se construyeron series de ingresos y gastos en salud en cada uno de los regímenes del SGSSS, para el período 1993 - 2008 en valores constantes y corrientes. Estos se agruparon teniendo en cuenta la población objetivo a la que fueron destinados los recursos (gasto) o de acuerdo con la fuente de financiación de que provienen (ingresos).

Los ingresos de cada régimen se definieron así:

- Régimen Contributivo: están compuestos por los aportes tanto familiares, como patronales, realizados para acceder al aseguramiento de una EPS contributiva.

- Régimen Subsidiado y no asegurados: las fuentes de financiación de estos regímenes son diversas, incluyen recursos provenientes de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), el situado fiscal, el Sistema General de Participaciones (SGP), la subcuenta de solidaridad, el esfuerzo fiscal propio de los territorios, las rentas cedidas, las Cajas de Compensación familiar (CCF), recursos destinados a la población vinculada, desplazada, recursos de la cuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) y otros aportes realizados por los gremios en 2004 y 2006.

Los gastos de cada régimen se identificaron así:

- Régimen Contributivo: incluye la Unidad de Pago por Capitación (UPC) efectiva, es decir, los recursos efectivamente pagados por el aseguramiento al régimen contributivo de acuerdo con el riesgo diferencial asociado a la edad y sexo de los afiliados al régimen contributivo. Otros gastos pagados corresponden a los fallos de tutela, incapacidades, licencias y recursos que la subcuenta de promoción y prevención de FOSYGA destina a la población contributiva.
- Régimen Subsidiado: incluye las UPC del régimen subsidiado y los pagos por fallos de tutela.
- Subsidios parciales: incluye las UPC normadas del Régimen de Subsidios parciales entregados desde 2003.
- No asegurados: incluyen recursos provenientes de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), el situado fiscal, el Sistema General de Participaciones (SGP), el esfuerzo fiscal propio de los territorios, las rentas cedidas, recursos destinados a la población vinculada, desplazada, recursos de la cuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), no aplicados al Régimen Subsidiado.

Las fuentes de información utilizadas son los informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, reportes de la Superintendencia de Salud, documentos del Consejo Nacional de Política Económica y Social y la publicación de las Cuentas Nacionales de Salud.

Es necesario precisar que todos los recursos girados a las aseguradoras están incluidos en el cálculo, incluso aquellos que éstas destinan a la administración (15% según Barón, 2007), pero se excluyen los copagos, las cuotas moderadoras y en general, el gasto de bolsillo pagado por parte de los afiliados.

El número de afiliados al régimen subsidiado se ajustó teniendo en cuenta la Base Única de Afiliados del Sistema (BDUA), de acuerdo con la cual los afiliados al régimen subsidiado finalmente validados para 2008 son 19.4% menos personas que las reportadas en los informes de cobertura del Ministerio de la Protección Social. Por otra parte, los afiliados al régimen contributivo se ajustaron por los afiliados suspendidos, que por el no pago de sus aportes al sistema durante tres meses consecutivos pierden el derecho a recibir atención médica, pero no son retirados de la base de datos de afiliación. Este ajuste es de 2% menos afiliados que los reportados en los informes del CNSSS.

Al centrarse el análisis en el gasto de los distintos regímenes, no se incluyen los ingresos y gastos no aplicables estrictamente a un régimen de atención a las personas, como el gasto central del Ministerio de Salud (después Ministerio de la Protección Social) y los institutos descentralizados, Instituto Nacional de Salud (INS), e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).

Se hizo un ajuste en el gasto per cápita del régimen subsidiado, equivalente a un 30% adicional sobre el valor de la UPC reconocida, por los servicios no contemplados en el POS Subsidiado, servicios que este grupo poblacional

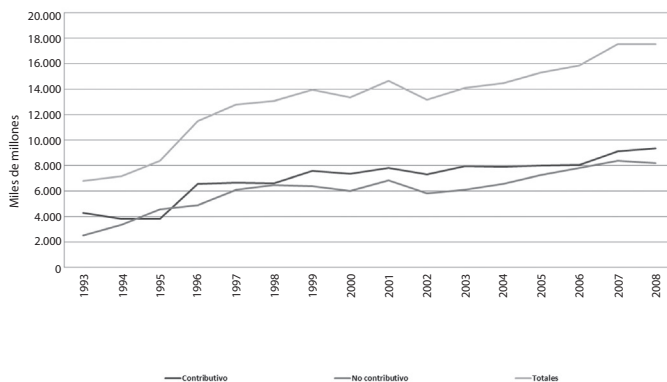
de todos modos recibe en los hospitales públicos y que terminan siendo pagados con subsidios a la oferta.

Se construyeron indicadores per cápita basados en los recursos efectivamente asignados, dadas las grandes diferencias entre el valor nominal o normativo y el efectivamente pagado a las aseguradoras en el Régimen Contributivo y en menor medida en el Régimen Subsidiado.

4. Resultados

En primer lugar, las series construidas nos muestran el crecimiento sostenido en pesos corrientes de los ingresos del sistema, en dos grandes rubros, el agregado que financia la población del régimen contributivo y el agregado para la población no contributiva, subsidiada bien sea por vía demanda u oferta (figura 2).

Figura 2. Ingresos totales (pesos constantes de 2008)

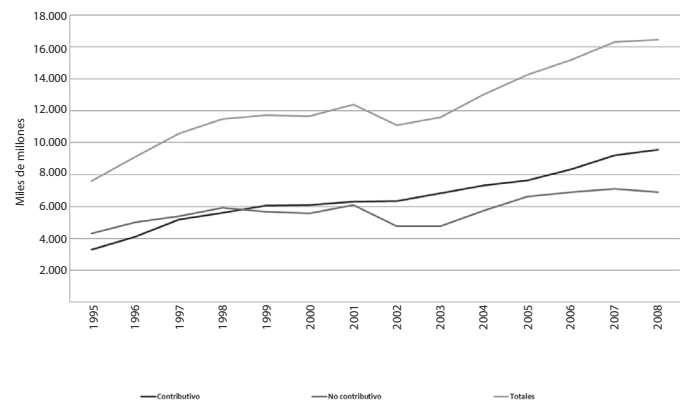


Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación de Protección Social, Universidad Santo Tomás.

Los gastos totales, muestran igualmente un importante crecimiento en pesos constantes (se utilizó el deflactor implícito del PIB en equivalentes a pesos de 2008), desde 7.6

billones de pesos en 1995, año de inicio práctico de los regímenes contributivo y subsidiado, hasta 16.5 en el año 2008, es decir, que se incrementaron en un 116%. Sin embargo, también señalan que los recursos del régimen contributivo crecieron de 3.3 a 9.5 billones, es decir, un 191%, mientras que los correspondientes a la población no contributiva ascendieron de 4.3 a 6.9 billones, es decir, un 60%. En este punto comienza a observarse que los recursos destinados al régimen contributivo han crecido mucho más que los dedicados al resto de la población, pero este dato, sin tomar en cuenta el crecimiento del número de afiliados, no se traduce aún en información concluyente sobre la segmentación (figura 3).

Figura 3. Gastos totales (pesos constantes de 2008)



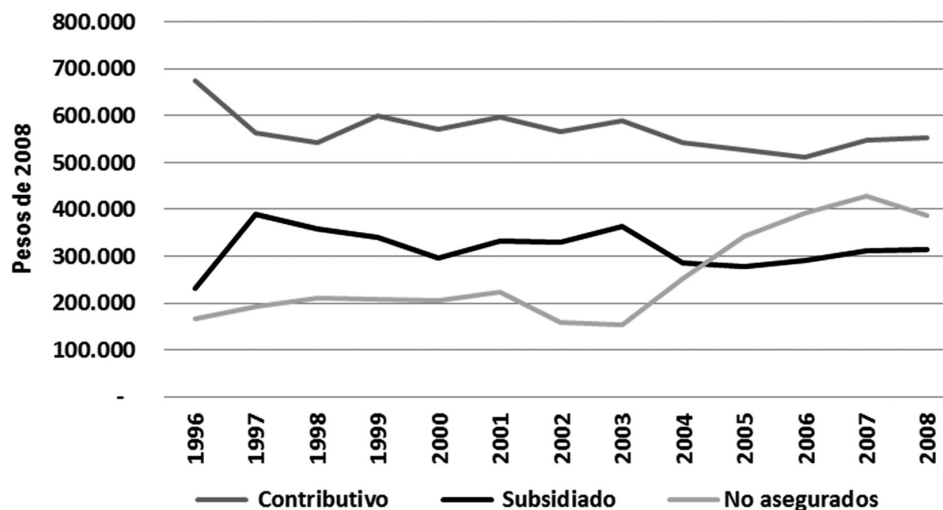
Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación de Protección Social, Universidad Santo Tomás.

Para analizar el comportamiento diferencial de la asignación de recursos del Sistema a los ciudadanos de uno y otro régimen, debemos establecer estas cifras en per cápita. Al revisar los ingresos destinados a uno u otro régimen, se aprecia que, a pesos constantes de 2008, el per cápita del régimen contributivo se ha reducido de 676 mil pesos en 1996 a 553 mil en 2008. Sin embargo, como el año 1996

puede ser considerado una desviación atípica, ocasionada por el incremento de la cotización en el seguro social, sin que se lograra aún la afiliación familiar en importante proporción, podemos comparar los 564 mil pesos de 1997 con los 553 mil de 2008 para presentar una tendencia bastante aplanada, aunque con una ligera caída los últimos años.

Otra situación muestran los ingresos del régimen subsidiado, con un ingreso per cápita que alcanzaba 388 mil pesos en 1997, que se reducen a 310 mil en 2008. La notoria reducción en el período posterior al año 2004 coincide con un ascenso de los ingresos per cápita para la población no asegurada. El efecto de este cambio en las dos curvas obedece al incremento notorio del denominador, es decir, del número de afiliados al régimen subsidiado, de 9.6 millones en 2003 a 18.1 en 2008 (cifras ajustadas con base en la BDUA), que redujo la población no asegurada de 17.1 millones de personas a 6.4 para este mismo período.

Figura 4. Ingreso per cápita (pesos de 2008)



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

En el gasto per cápita se separan las poblaciones del régimen subsidiado llamado “pleno”, del régimen subsidiado “parcial”, pues interesa al estudio mostrar la segmentación de las poblaciones en cuanto a la asignación de gasto.

Es necesario establecer en este punto que el gasto per cápita del régimen contributivo incluye la totalidad de los recursos que el sistema gira a las EPS para esta población, descritos en la tabla 1. Como puede observarse, los recursos per cápita que recibían las EPS eran en 2003 un 12.9% mayores que la UPC nominal, pero para 2008 superaban en un 31.9% la UPC nominal en función sobre todo del ajuste de ponderadores por grupo de edad, sexo y zona, y del crecimiento de los recobros por tutelas y CTC.

Tabla 1. UPC nominal y gasto real per cápita en el régimen contributivo 2003-2008

Año	UPC nominal	Ajuste ponderadores edad y zona	PyP acuerdos CNSS	Fallos de tutela + otros eventos	Incapacidades por enfermedad general	Licencias de maternidad y paternidad	TOTAL Gasto per cápita	% gasto per cápita que excede la UPC nominal
2003	323.316	14.226	13.489	3.306	5.359	3.341	365.040	12.9
2004	344.973	11.384	14.314	6.087	8.724	5.444	392.930	13.9
2005	365.674	6.582	14.314	13.593	8.039	6.409	416.616	13.9
2006	386.881	29.906	15.145	19.045	9.205	7.360	469.548	21.4
2007	404.215	37.014	15.901	33.001	9.892	10.270	512.300	26.7
2008	430.488	39.885	16.934	58.257	11.209	9.104	567.885	31.9

Fuente: Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

5. Régimen subsidiado

En el régimen subsidiado también se presenta un ajuste de ponderadores por zona, pero no por edad, que ha sido el más importante, y los recobros por CTC y tutelas son la décima parte del contributivo, hecho que explica que los per cápita reales se hayan distanciado progresivamente, aumentando la segmentación y la inequidad en el sistema.

En este punto, el estudio introduce un ajuste importante. El problema consiste en que los afiliados del régimen subsidiado, para todos los servicios no incluidos en el POS, son atendidos en los hospitales públicos con recursos de oferta, es decir, los correspondientes a la población no asegurada. Se estimó que cuando menos esta población recibía recursos por vía oferta correspondientes a un 30% adicional sobre el per cápita del régimen subsidiado.

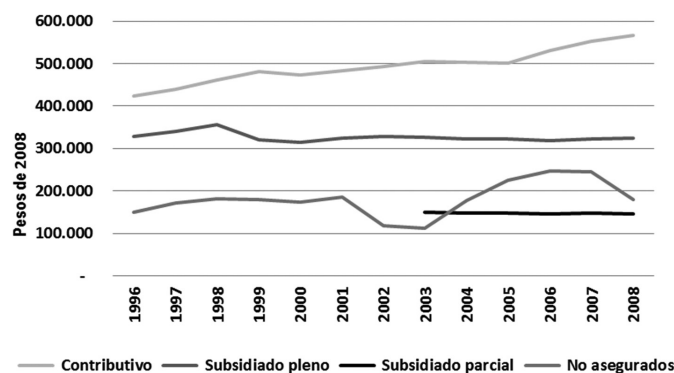
Se realizaron ejercicios estimando entre un 20 y 40%, sin que se presentaran mayores cambios en las tendencias. Quiere decir esto que si el per cápita del subsidiado está calculado en 141 mil pesos para el año 2000, recibirían servicios por oferta equivalentes a 32 mil pesos adicionales, para un total de 173 mil, cifra muy distante de los 266 mil del régimen contributivo para el mismo año, valor que debería alcanzar si recibieran iguales servicios.

Sin embargo, dicho 30%, que equivale a 1.3 billones de pesos en el 2008, aplicado a más de 18 millones de afiliados, es un recurso importante para la población del régimen subsidiado, sin cuyo valor su per cápita se vería sensiblemente reducido, pero resulta mucho más importante en términos de per cápita cuando se le resta al gasto de poco más de seis millones de no asegurados.

El resultado final es un per cápita del régimen subsidiado bastante estable después de la reducción del año 2000, fecha en que no se incrementó la UPC debido a la crisis económica, mientras crecen moderadamente los recursos per cápita de los no asegurados.

A pesar del ajuste realizado, se observa en el gasto per cápita una sensible divergencia entre el gasto per cápita del régimen contributivo, que crece sin cesar y el del régimen subsidiado, prácticamente estable desde un inicio (figura 6). La relación entre los per cápita pasó de 1.29 en 1996 a 1.75 en 2008. De no incrementarse el per cápita de la población subsidiada en un 30%, la divergencia sería mucho mayor y la relación habría sido superior a 2 a 1.

Figura 5. Gasto per cápita (pesos de 2008)



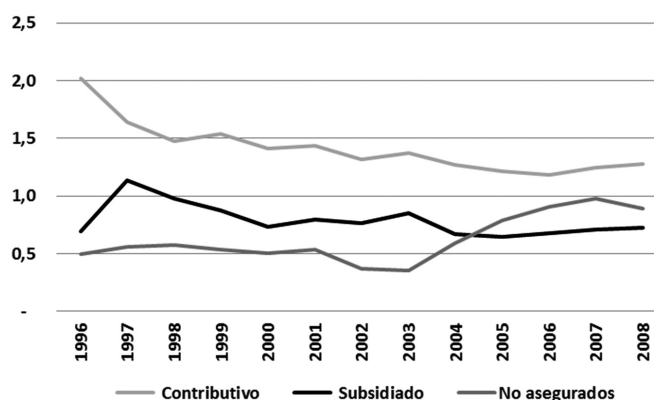
Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

A continuación, se realiza el mismo ejercicio de ingresos y gastos per cápita en términos de salarios mínimos mensuales vigentes de cada año (figura 6). Como quiera que el salario mínimo ha tenido un crecimiento superior a la inflación, y puede considerarse que el crecimiento de los salarios se asocia más con el gasto en un sector de servicios, las tendencias planas como el ingreso per cápita del contributivo acaban convertidas en un descenso notorio, de 1.6 salarios en 1997 a 1.2 salarios en 2007¹, mientras

¹ El alto valor de 1996 se da en función de que el Seguro Social recibe los ingresos de medicina familiar (cotización del 12%) sin haber realizado aún la afiliación de la familia de los trabajadores.

que tendencias de descenso como el ingreso per cápita del subsidiado aumentan su pendiente, desde un salario mínimo, hasta 0.7 en el mismo período. El ascenso en el per cápita de los no asegurados sigue siendo un efecto de su rápida reducción numérica a partir de 2004.

Figura 6. Ingreso per cápita en unidades de SMLV



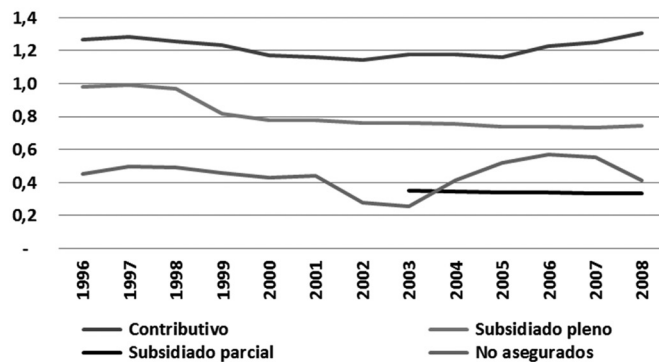
Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

El gasto per cápita en términos de salarios mínimos (figura 7) comienza a diferenciarse notoriamente del ingreso per cápita. Puede observarse que en el régimen contributivo el gasto se muestra bastante estable, con una pequeña reducción entre los años 2000 y 2005 y una tendencia al incremento a partir de 2006, al contrario de lo que muestra el ingreso, lo que evidencia las razones de la emergencia social.

En el subsidiado se precisa una notoria disminución del per cápita en el año 1999, año en que no se incrementó la UPC del régimen, en virtud de la crisis fiscal, lo que significa una reducción real, tanto en pesos constantes como en salarios mínimos.

Los recursos per cápita para los no asegurados, que se mostraban creciendo en los ejercicios anteriores, no lo hacen en términos del per cápita expresado en salarios mínimos y, dada la sensible reducción del número de no asegurados, indica la fuerte disminución de los recursos de oferta que recibieron los departamentos, que también hizo parte de la crisis reflejada en la emergencia social.

Figura 7. Gasto per cápita en unidades de SMLV



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

Los siguientes ejercicios muestran la relación del gasto en la población de los distintos regímenes con los agregados de producto nacional y gasto general del gobierno, para comprobar si es cierto que, tanto el país como el gobierno, han hecho un esfuerzo sensible para el financiamiento de la salud.

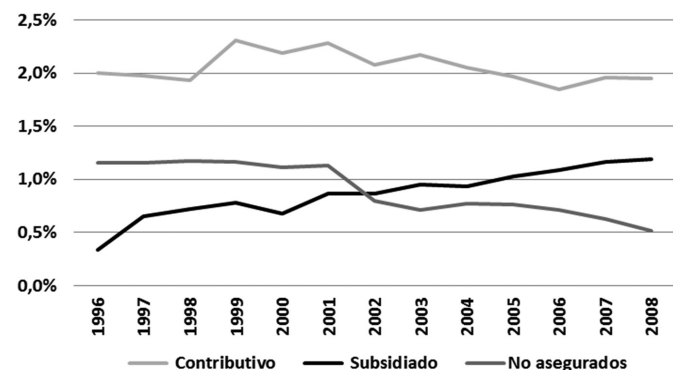
La primera relación permite observar el ingreso de los regímenes en relación con el Producto Interno Bruto (PIB) (figura 8). Se observa que el ingreso del régimen contributivo permanece cercano al 2% del PIB, con valores superiores en los años de crisis económica, 1999-2001 y reducción en los períodos de fuerte crecimiento económico, a partir de 2004.

De hecho, otros estudios del grupo señalan el debilitamiento del régimen contributivo en función de la flexibilización laboral en una etapa de gran crecimiento del PIB (Martínez, Giraldo y otros, 2009).

Sin embargo, la observación más importante en esta relación se refiere a la imagen en espejo que presentan los ingresos del régimen subsidiado y de la población no asegurada. El ascenso de los recursos del régimen subsidiado en proporción del PIB es equivalente a la reducción de los recursos de oferta. Para 1997, la relación era de 0,65% del PIB en el régimen subsidiado y 1,16% del PIB en recursos de oferta, con un total de 1,81 puntos del PIB para la población no contributiva. Para el año 2008, la relación es de 1,18% del PIB en el Régimen Subsidiado y 0,54 puntos porcentuales del PIB en oferta para la población no asegurada, con un total similar, incluso un poco menor, de 1,72 puntos del PIB.

Las cifras anteriores comprueban que el país sigue dedicando a la salud de la población no contributiva, pobre en su gran mayoría, la misma proporción del PIB en 2008, que doce años atrás, en el primer año de operación del régimen subsidiado.

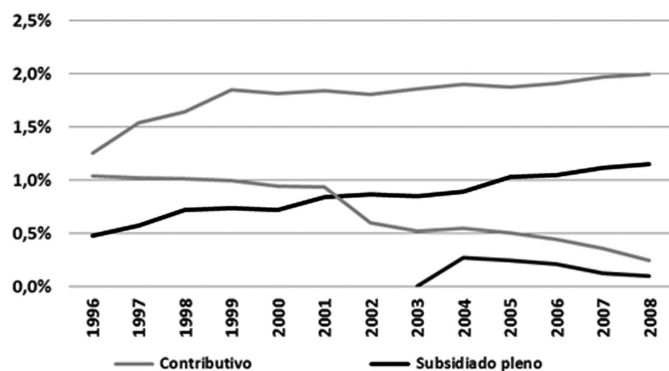
Figura 8. Ingresos en relación con el PIB



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS Grupo de Protección Social USTA

Al analizar la relación entre el gasto de los regímenes y el PIB (figura 9), se observa, a diferencia del ingreso, que el gasto del régimen contributivo se ha incrementado en 0.75 puntos porcentuales del PIB entre 1996 y 2008, del 1.25 al 2% (según cifras de Barón 2007, de 2.5 en 96 a 3.4 en el 2003, pero incluyen regímenes de excepción, otras entidades de previsión y partidas especiales giradas del Gobierno al ISS por fuera de la UPC, no contempladas en el presente estudio).

Figura 9. Gasto en relación con el PIB



Fuente: investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

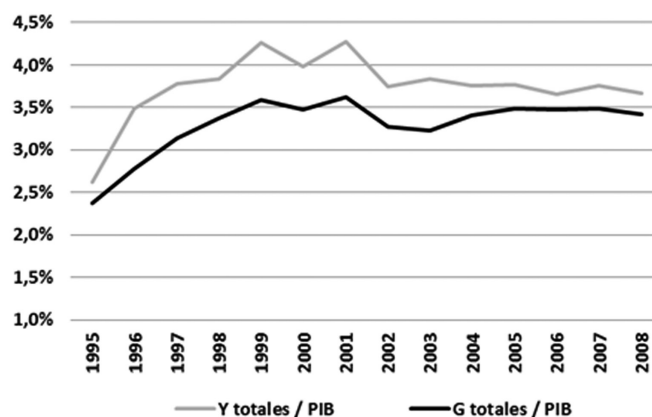
Por su parte, el gasto en el régimen subsidiado asciende de 0.48 a 1.25% puntos del PIB entre 1996 y 2008 (para 2008, 1.15 en los llamados subsidios completos y 0.10 en subsidios parciales), es decir, se incrementa en 0.77 puntos del PIB, mayor crecimiento que los ingresos, mientras que el gasto para la población no asegurada desciende del 1.04 al 0.24% puntos del PIB, 0.80 puntos, corroborando que el país no ha hecho un esfuerzo especial en financiamiento de la salud para la población no contributiva que recibe subsidios vía oferta o demanda.

Vale la pena mencionar en este punto, en términos de segmentación y equidad, que el régimen contributivo gasta el 2.0% del PIB en 2008 para 17.2 millones de afiliados y el régimen subsidiado el 1.25% para 22.5 millones de afiliados contratados.

Cabe anotar que, dentro del régimen subsidiado, la mínima cuantía en el gasto corresponde a los subsidios parciales, que representan apenas 0.27% del PIB con 1.8 millones de afiliados parciales en 2005 y 0.10% del PIB para 1.1 millones de afiliados de este tipo en 2008 (figura 9).

Si se observan conjuntamente los ingresos y los gastos de los distintos regímenes (figura 10), como proporción del PIB, se evidencia el acercamiento de los gastos totales a los ingresos, que coinciden con la pérdida del margen de seguridad y reservas del FOSYGA a partir de 2005.

Figura 10. Ingresos y gastos en relación con el PIB

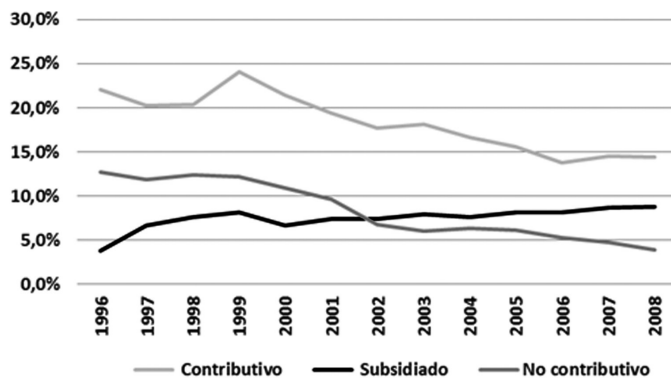


Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación de Protección Social, Universidad Santo Tomás.

Por último, se estudia la relación del ingreso y el gasto en los regímenes, con los ingresos y los gastos del gobierno central. Los ingresos y gastos del régimen contributivo se comparan igualmente, aunque no hagan parte de los ingresos y gastos del Gobierno central.

Al comparar los ingresos del régimen contributivo con los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) (figura 11), la relación se reduce de un 22.0% en 1996 a un 14.4% en 2008. Este resultado se explica porque los ingresos corrientes han crecido a una tasa mucho mayor que los ingresos del régimen contributivo.

Figura 11. Ingresos en relación con los ingresos corrientes de la nación



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

Se encuentra igualmente la relación en espejo de los ingresos del régimen subsidiado y los ingresos de los no asegurados. Los ingresos del régimen subsidiado pasan de representar el 3.7 de los ICN en 1996 a representar un 8.8% en 2008, mientras los ingresos para los no asegurados se reducen, desde 12.7% de los ICN en 1996, hasta 3.8% en 2008. Por tanto, los recursos del régimen subsidiado crecieron el equivalente a 5.1% los ICN, mientras

los ingresos de los no asegurados decrecieron en un 8.9% de los ICN. Si se suman ambos recursos, la población no contributiva perdió en estos 12 años 3.8%, pasando de 16.4 a 12.6% de participación en los ICN.

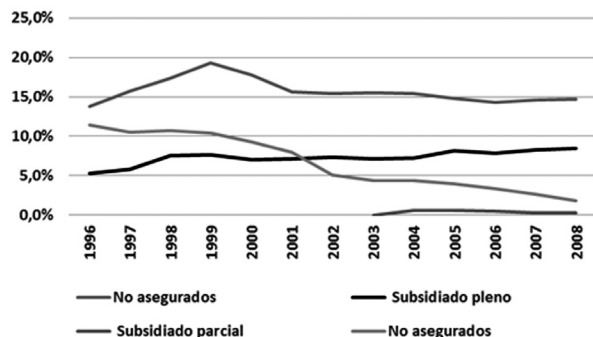
Lo anterior indica nuevamente que no ha habido en los 12 años esfuerzo fiscal alguno por parte del gobierno nacional para mejorar los recursos destinados a la salud de la población pobre (con subsidios de demanda u oferta) y que, por el contrario, perdió importancia y participación este gasto en salud respecto a otras prioridades del gobierno. Los actos legislativos para reducir el crecimiento de las transferencias, de los años 2001 y 2007, así como la Ley 715, constituyen el marco de reducción de la participación del sector salud en el presupuesto nacional.

Por supuesto, resulta difícil entender con estos resultados el gran crecimiento del régimen subsidiado en los últimos años, pero las cifras evidencian que simplemente se dio una transformación de recursos de la oferta a la demanda y que en los últimos dos años se liberaron adicionalmente recursos del FOSYGA que estaban constituidos en Títulos de Tesorería (TES).

En conjunto, el ingreso de los regímenes de la seguridad social relacionado con el valor de los ingresos corrientes de la nación pierde 11,4 puntos en 12 años, pues equivalía al 38.4% de los ICN y su equivalencia actual es tan sólo del 27.0% (figura 11).

El comportamiento del gasto con respecto a los ingresos corrientes de la nación no presenta resultados tan dramáticos (figura 12), lo que demuestra que el ingreso está mucho más afectado que el gasto del sistema y revela nuevamente la causa de la crisis develada con la emergencia social a finales de 2009.

Figura 12. Gasto en relación con los ingresos corrientes de la nación



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

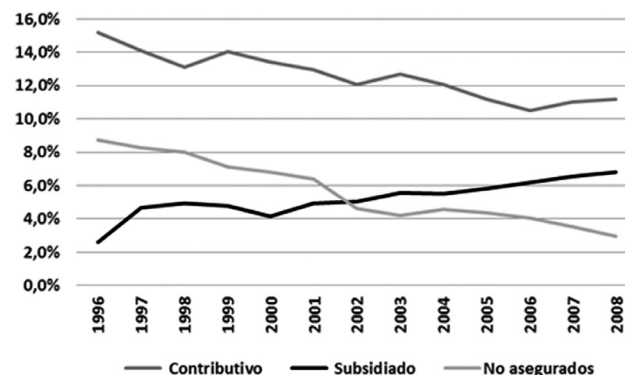
El gasto del régimen contributivo permanece estable, equivalente al 15% de los ingresos corrientes de la nación, mientras que el gasto del régimen subsidiado asciende del 5.9 a 8.7% de los ICN entre 1996 y 2008, y el gasto de los no asegurados se reduce dramáticamente, de 10.5 a 1.8% de los ICN. Una reducción total, si se suman los subsidios de oferta y demanda, del 16.4% al 10.5% de los ICN.

En la figura 12 resulta fácil deducir que la población del régimen subsidiado podría gastar en servicios no POS (estimando el 30% de gasto sobre la UPC), casi la totalidad de los recursos de oferta, lo que una vez más evidencia la gravedad de la situación financiera de los departamentos para lograr pagar a los hospitales los servicios no POS y los servicios de los no asegurados simultáneamente. O bien los hospitales, en el escenario opuesto, no estarían en capacidad de prestar los servicios no POS a los afiliados al régimen subsidiado, si dejáramos estos recursos en el cálculo del gasto para la población no asegurada.

Nuevamente se aprecia que los recursos de los subsidios parciales no tienen mayor importancia en términos de los ingresos corrientes de la nación (0.2%).

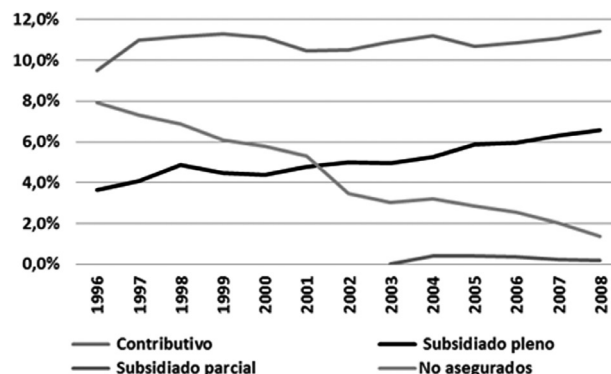
Por último, se relacionan los ingresos y gastos de los regímenes del SGSSS con los gastos del gobierno central, establecidos en el presupuesto nacional (figuras 13 y 14).

Figura 13. Ingresos en relación con los gastos del gobierno central



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

Figura 14. Gasto en relación con los gastos del gobierno central



Fuente: Investigación Financiación y Segmentación en el SGSSS, Grupo de Investigación en Protección Social, Universidad Santo Tomás.

Las cifras y gráficos confirman los hallazgos previos, una reducción significativa de los ingresos del régimen contributivo mas no de los gastos, relación de magnitud importante, aun cuando estos recursos no hagan parte del gasto de la nación. Así mismo, ratifican que la sustitución de recursos de la oferta a la demanda para la población pobre y el gran incremento de afiliados del régimen subsidiado se ha dado al tiempo que se reduce la proporción de gasto del presupuesto nacional en salud, del 11.6% al 8.1% del gasto del gobierno central entre 1996 y 2008.

6. Conclusiones

Las dificultades financieras del SGSSS, que se traducen en segmentación entre los regímenes y desigualdades en la asignación de los recursos, son resultado, en primer lugar, del aumento en el número de afiliados al subsidiado (cerca de 10 millones de personas entre 2003 y 2008), y la desaceleración simultánea en el crecimiento de los recursos destinados a la población vía subsidios de oferta o demanda, que sólo aumentaron 0.12% del PIB en el mismo período, como producto de las reformas constitucionales del 2001 y el 2007, que limitaron el crecimiento de las transferencias territoriales (Sistema General de Participaciones). Se debe recordar que la fórmula de la Constitución de 1991, que destina un porcentaje de los impuestos para salud (y educación), fue cambiada temporalmente en el 2001 y en el 2007, con vigencia hasta el 2016, lo que significó una desaceleración de los recursos para la salud. Muy seguramente para esa fecha se hará otro cambio constitucional para prolongar la restricción, de acuerdo con la constante histórica según la cual en tributación lo temporal se vuelve permanente. Y muy probablemente, ese recorte va a ser un obstáculo (¿insalvable?) para la igualación del POS.

En segundo lugar, la explicación de las dificultades de financiación de la población no contributiva tiene que

ver con la falta de crecimiento del régimen contributivo, que no logra cubrir más allá del 40% de la población. Este resultado es la combinación de una disminución de la salarización, que es la base de los regímenes de cotización, que lleva a que la participación disminuya. Con la des-salarización, el financiamiento de la salud, y de la seguridad social en general, se va desligando de su base económica, y eso genera un debilitamiento inevitable del sistema y una tensión entre los sistemas contributivos y los que dependen del fondo general de impuestos. Esta circunstancia no se presenta sólo en Colombia, se da en el mundo entero. Las medidas de flexibilización salarial, sin duda, agravan el problema.

Existen en el país muchas voces que atacan lo que llaman "los costos no salariales de la mano de obra" (Santa María et al., 2008; Echeverry y Santa María, 2004), que piden el desmonte de las cotizaciones sociales sobre el trabajo, y continuar con la desreglamentación laboral, como una forma de generar formalidad laboral y empleo. Las reformas que está proponiendo el gobierno actual tienen ese espíritu. Los resultados que se obtienen por este camino han sido contrarios a los anunciados: aumentan la informalidad, el subempleo y el desempleo. Cabe advertir que es sano hacer un alto y reflexionar, para no continuar por este camino, porque las condiciones materiales de la segmentación de la salud se continuarán produciendo, así en el espíritu de las nuevas leyes se invoque lo contrario.

Para reforzar esta afirmación, hay que recordar que la última reforma del sector salud, la Ley 1438, señala el principio de la sostenibilidad financiera. En el artículo 3°, se dice que "Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal". Esa sostenibilidad hace parte de las reformas que, simultáneamente con la aprobación de esta ley, el gobierno estaba promoviendo en el Congreso: 1. Reforma constitucional para

declarar la Sostenibilidad Fiscal un bien público, y 2. reforma legal que incorpora la regla fiscal. Esto sin contar con la ley de responsabilidad fiscal, ya aprobada (Ley 819 del 2003). Sin entrar en el detalle de estas reformas, se desprende de ellas que, mientras el gobierno declara que arbitrará recursos del presupuesto público, al mismo tiempo está señalando que sólo garantizará tantos como permita la sostenibilidad fiscal. ¿Qué sucede entonces si los recursos para la igualación de los POS pasan el límite de la sostenibilidad fiscal?: la misma Ley dice que debe preservarse dicho principio (Art. 3, parágrafo 3.13), de manera que abre la puerta para no cumplir el principio de la igualación. Y ello sería mucho más taxativo si se aprueba la reforma constitucional de la sostenibilidad fiscal, porque adquiriría rango constitucional, y con ello estaría por encima de las leyes 100 y 1438. Además, la Corte Constitucional estaría imposibilitada de ordenar la igualación porque le tendría que dar prelación al principio constitucional de la sostenibilidad fiscal.

Por último, no se puede olvidar que el presupuesto público, además de financiar la salud, también debe pagar la deuda, la guerra, el pasivo pensional, y los nuevos programas asistenciales que emanan de la Presidencia de la República, como es el caso de Familias en Acción o la Red Juntos. Como los recursos presupuestales se han quedado cortos para pagar estos rubros, se ha producido un recorte en las transferencias a los gobiernos locales, y es en este punto donde se ha concretado la disminución de los recursos destinados a la salud de la población pobre, vía régimen subsidiado o subsidios de oferta, con lo cual la segmentación del Sistema ha aumentado, acrecentando las diferencias en la calidad y el acceso entre los regímenes. Y no existen razones para pensar que la situación cambie en el futuro inmediato.

Referencias

- Echeverry, J.C. & Santamaría, M. (2004). *The Political Economy of Labor Reform in Colombia. Background Paper Prepared For The World Development Report 2005*. Washington: Banco Mundial.
- Santa María, M., García, F. y Mujica, A. V. (2009). *Los costos no laborales y el mercado laboral: Impacto de la reforma de salud en Colombia*. Working Paper No. 43. Bogotá: Fedesarrollo.