

No.143 Julio-septiembre de 2008

Carta Financiera es una publicación
de la Asociación Nacional de
Instituciones Financieras - ANIF

Resolución No.002012 de 1975
Tarifa postal reducida 2007-256 de Adpostal
ISSN No.0120-3436

DIRECTOR
Sergio Clavijo

SUBDIRECTOR
Carlos Ignacio Rojas

SECRETARIA GENERAL
Helena Hidalgo

INVESTIGADORES ANIF
Raúl Ávila
Katherine Cartagena
Mario Castro
Carolina Gil
Mario A. González
Germán Montoya
María Olga Peña
Camila Torrente

PRODUCCIÓN ELECTRÓNICA
Luz Stella Sánchez

DISEÑO CARÁTULA
Gustavo Bernal
gbernalsaldana@gmail.com

IMPRESIÓN
Punto & Línea Impresores

DIRECTORA DE PUBLICIDAD Y MERCADEO
María Inés Vanegas
Publimarch Ltda. Tel 312 45 03

EJECUTIVA DE CUENTA
Claudia Patricia Sánchez



SUSCRIPCIONES
Amanda González
Calle 70 A No.7-86
Tels 543 30 55 / 310 15 00 / 312 44 70
Desde cualquier parte del país sin costo
01 800 011 99 07
Fax 235 59 47 / 312 45 50 Bogotá

CORREO ELECTRÓNICO anif@anif.com.co
INTERNET <http://www.anif.org>

Se prohíbe la publicación
parcial o total de los artículos
de Carta Financiera
sin previa autorización.

editorial

2 | ¿En qué va el ajuste fiscal?

actualidad económica

- 7 | El déficit fiscal de la salud en Colombia:
un análisis comparativo internacional
Sergio Clavijo y Camila Torrente
- 16 | Aseguramiento en salud y falla migratoria
Alberto Carrasquilla
- 24 | El sistema de salud colombiano:
logros y retos después de quince años de reforma
Mauricio Santa María y Fabián García
- 32 | La salud pública: el componente olvidado de la Ley 100
Juan Carlos Correa
- 38 | Sin ética, ni la comunidad ni la persona individual
son viables
Mario Acosta

notas destacadas de Anif

- 41 | Productividad, crecimiento y mercado laboral:
¿quién lidera las reformas estructurales?
- 44 | Política económica: interés general vs. particular
- 49 | Finanzas territoriales y política fiscal anticíclica

entrevista

- 54 | Entrevista al presidente de Acemi:
Juan Manuel Díaz-Granados
“Asegurando la salud de los colombianos”

torre de marfil

- 62 | *El economista encubierto*
Libro escrito por Tim Harford
Comentado por Sergio Clavijo

Sin ética, ni la comunidad ni la persona individual son viables

Mario Acosta Gómez M.D., M.S.P *

Un investigador de la Universidad EAN, especialista en salud pública, plantea un CASO HIPOTÉTICO en el cual estudia un dilema ético: “¿Qué hacer si dos grupos de pacientes, uno de niños y otro de ancianos, no pueden ser simultáneamente atendidos, en un momento dado, con tecnología de punta?”

Cuando ante los acontecimientos percibimos un cariz desgraciado y cualquiera que sea la solución que se arbitre la hallamos desventajosa, solemos decir que se aproxima una tragedia. Sería torpe pensar así de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues nuestros empresarios saben sacar adelante una empresa que como ninguna, es de todos, ya que el bien de la salud es plataforma para muchos otros bienes. No podemos sin embargo decir que en salud “ha de gastarse lo que se deba aunque se deba lo que se gaste”. Es desacierto lanzarse a cualquier emprendimiento sin análisis de costos, esto es, sin presupuesto. Es preciso pensar también que los economistas tienen preferencias al igual que las tienen los médicos y unos y otros barruntan

lo que debe ser bueno para la gente. Mientras menos riesgo de cáncer corra una persona más cerca está ella y nosotros de un bien. Y esto ya por sí mismo justificaría la vida de entrega a la ciencia de un especialista en oncología. Por tanto, es preferible, por ejemplo, que no fume, y todavía es mejor que fumando o no, cada persona viva una vida sana. Igualmente el economista puede sostener que determinado gasto en objetivos sociales es elegible para su país, como empresa de todos, y sin embargo puede alcanzar a percibir que ciertas inversiones son a la larga ruinosas. Médico y economista estarían aplicando sus criterios, pero alguien ha de tomar la decisión correcta porque aprecia la razón más proporcionada o al menos la que menos daño traiga a la salud de la comunidad y a la economía de

un país, en el caso nuestro en trance de despegue económico. Se dice que ese alguien es el político y también podría ser el juez probo cuando incurre en la tentación de legislador o de gobernante. ¿Cuál debe ser entonces el criterio que prime, cuando los recursos no son infinitos y no es posible hacer inmortales a las personas? ¿El del médico, el del economista, el del jurista, el del político? La justificación de la ciencia económica queda en suspenso cuando el economista no puede actuar y entonces entramos en un problema que hoy empieza a estudiarse con lógica matemática, pero también con filosofía. Es el

* Grupo de Investigación en Salud, Universidad EAN.

Vicepresidente Academia Colombiana de Salud Pública –ASPYDESS–.

problema de la subordinación de las ciencias. La subordinación no puede anular la autonomía de cada ciencia y en consecuencia cuando una ciencia irrumpe en el ámbito de otra alguien tiene que poner orden. Hemos llegado, por tanto, a la ética. Sin la ética nuestra vida no es viable. No hay ninguna ciencia que sea éticamente neutra, así una contemple meramente la vida, otra contemple el derecho, una tercera las finanzas y otra la gobernabilidad.

Viene, pues, como apropiado decir que no sería ético invertir los recursos de la salud en trasplantes de pulmón que se habrían de realizar a cien pacientes ancianos, si un millón de niños, en ese supuesto y doloroso caso, estuviese condenado a morir de enfermedades evitables. El ideal sería atenderlos médicamente a todos. Pero si los implicados en esta ficticia coyuntura acuden a la tutela para salvaguardar su derecho a la salud, tampoco se evitaría así que algunos murieran y que también funcionarios responsables perdieran su libertad por unos días. La falacia está en que la respuesta a la tutela de derechos fundamentales o en conexidad con el derecho a la vida esté redactada de tal forma que sea preciso gastar lo que se deba a pesar de que se deba lo que se gaste, pues en lugar de una sentencia que reconozca la necesidad de brindar servicios médicos proporcionados a todos, la solución impetrada por ley haya ordenado un procedimiento o tratamiento médico "exacto". No obstante, la sentencia la redacta un juez, el procedimiento lo realiza un médico, el economista anuncia la ruina de una determinada empresa y el político está cumpliendo la ley. Algo anda mal.

Una ciencia al contemplar sus criterios puede ser neutra, no así el científico que la ejerce. Cada uno

de los cuatro anteriores agentes de ciencia debe hacer juicios éticos y detenerse en unos límites, que si son humanos, no deben ser sobrepasados. Cada ciencia subordinada puede conservar su autonomía, pero una ciencia subordinante debe plantear alternativas que conserven o amparen el bien común. A mi entender nada mejor en el presente caso que confiar en los salubristas que tienen a su cargo la salud de la comunidad.

**La falacia está en
que la respuesta a
la tutela de derechos
fundamentales o en
conexidad con el
derecho a la vida esté
redactada de tal forma
que sea preciso
gastar lo que se deba
a pesar de que se deba
lo que se gaste.**

Ellos seriamente estudian el costo-beneficio y el costo-efectividad de determinadas actividades. Deben también ser expertos en equidad y para ello someterse a comités de bioética, ciencia joven que ha alcanzado un desarrollo extraordinario y a la que se debería acudir en estos casos de distribución de recursos escasos para tantas necesidades de salud que forzosamente hemos de

atender. Los jueces de la República no deberían fallar tutelas que no incluyan un estudio bioético, y así evitarían acudir siempre al recurso de abrir la posibilidad de repetir en derecho contra aquel ciudadano que sin razones proporcionadas obtuvo un fallo que perjudicó a la postre al bien común. Cada ciencia sigue siendo en sí misma autónoma, pero cada científico cuyas labores tengan conexión con la vida ha de estudiar las consecuencias éticas de sus actos. Precisamente la bioética estudia las garantías, condiciones y límites para que tenga lugar una vida digna en cada ser humano, incluidos los no nacidos. En la aplicación práctica de todo saber, la valoración ética es imprescindible. Justicia, economía y medicina no sabrían qué hacer con las propias alternativas si éstas no son razonables y proporcionalmente cribadas por la ética. Y aunque las ciencias humanas y sociales que se distinguen de la ética tengan autonomía al estudiar las leyes que rigen los fenómenos medidos por ellas, deben siempre obligatoriamente remitirse a la leyes de la ética, ciencia que propone criterios para dar la última palabra y resolver conflictos de intereses entre la medicina individual y la medicina colectiva, entre la medicina y la economía y entre la medicina y el derecho. En definitiva, las ciencias, al estudiar las alternativas, no son las llamadas a decidir. Es siempre el ser humano, iluminado por los principios éticos, quien toma las decisiones. Hay diferencia entre simplemente estudiar o, en su caso, poner por obra alternativas. La ética tiene que ver con lo ético de distinta manera a como la medicina tiene que ver con la salud o la economía con la distribución de los recursos o la justicia con dar a cada uno lo

suyo. Estas últimas ciencias quedarían perplejas ante las alternativas de que dependen. La iluminación que proporcionan es insoslayable, pero es una iluminación subordinada. Aquí se ve clara la relación ciencia subordinante-ciencia subordinada.

Sin embargo, la ética no garantiza el éxito a corto plazo, por la sencilla razón que siempre habrá en el conglomerado social individuos no éticos. Conciérne, entonces, llamar a liza a la educación y a la pedagogía, que deben aclimatar desde las primeras acciones escolares y con adecuados instrumentos, los hábitos imprescindibles para que todos aportemos y dispongamos con libertad de aquello mejor que tenemos, en beneficio de un proyecto de nación equitativamente planeado y al que todos debemos tender. En la persuasiva educación aludida no ha de faltar enseñanza-aprendizaje, en profundidad, para conservar en sus justos límites y bondades la respectiva relación entre profesional de la salud y el respectivo paciente. En esta relación el usuario de servicios no debe acudir a consultas que él mismo reconoce como innecesarias y el médico no debe permitir que se deteriore la vida de su paciente, en aquellos casos en que el profesional

tíficamente requeridos. De nuevo, el profesional de la salud ha de estar orientado en sus criterios éticos por el respectivo comité de bioética con el que cada empresa de salud debe contar. Este comité ha de tener presente que el éxito empresarial que contraviene el bien humano no es verdadero éxito.

El profesional de la salud ha de estar orientado en sus criterios éticos por el respectivo comité de bioética con el que cada empresa de salud debe contar.

de la salud es inducido a la situación de velar, rebasando sus alternativas éticas, por intereses económicos de la empresa de salud que lo contrata, y que por ejemplo pone topes a los exámenes costosos o no, pero cien-

Si de educación hablamos, ya que hemos recordado que los recursos siempre están por debajo de las necesidades, no huelga insistir en dos aspectos. El primero: la atención de salud en el nivel local ha de ser óptima, pues el 80% de las consultas en este nivel puede ser resuelto con eficiencia, y en esta perspectiva y proporción las consultas no deben invadir niveles superiores que se reservan para los casos que realmente ameritan nivel de complejidad mayor, y por ende más costoso. Y segundo, prevenir es preferible a curar, no sólo por las molestias que ya no sufre el enfermo sino también por los gastos personales y fiscales que se ahorra la comunidad. Cada peso invertido lo ha aportado con su trabajo la comunidad. Para que la autonomía de cada saber práctico sea consistente se requiere siempre la subordinación de todos esos saberes a la ética, en este caso la ética social. Pero nadie es ético por necesidad sino por libertad. Luego instituciones como aquella a la que me honro en pertenecer, haciendo parte de su grupo de profesores investigadores en salud y donde cada vez son más las personas que acuden a sus posgrados, están en el camino correcto cuando en su plan de estudios incluyen la bioética como asignatura transversal. 



Aseguramiento en salud y falla migratoria

Alberto Carrasquilla *

I. Introducción

Los avances que en materia de cobertura y equidad ha implicado en Colombia la Ley 100 de 1993 son indiscutibles a la luz de las cifras y de los análisis más cuidadosos que se han efectuado a lo largo de los años.

Varios hechos concretos ilustran el punto. Antes de 1993, por ejemplo, el 72% de la población trabajadora -entre ella el 91% de los trabajadores pobres- no tenía acceso alguno a la seguridad social en salud, no obstante el hecho de que en la época existían más de 1.000 cajas de previsión, creadas por diversas entidades y existentes al amparo de consideraciones que raras veces, si alguna, guardaban relación con el bien común. Según el trabajo reciente de Carmen Elisa Flórez, para la Fundación Corona, por ejemplo, en 1990 la cobertura apenas llegaba a 20% en 1990 y era fuertemente inequitativa.

De otra parte, el principal proveedor para las minorías que si gozaban de cobertura era el ISS que apenas lograba un cubrimiento de un 20%

de la población adulta generando una enorme inequidad: estos afiliados -una minoría poblacional- contaba con recursos cuatro veces más altos que aquella que acudía a la red asistencial pública.¹

Era frecuente encontrar tasas de ocupación hospitalaria inferior a 50% en los hospitales de nivel 1 y 2 encargados de tratar los padecimientos más frecuentes y extendidos, y sobrecupo en los hospitales que proveían cobertura para enfermedades de alto costo a las minorías afiliadas.

El contraste entre el régimen vigente antes de 1993 y el sistema nuevo comenzó muy pronto a ofrecer visibles mejorías en el asunto esencial de la cobertura. Para 1996 la cifra ya se había elevado de 25% a 47% y en 2002 alcanzó 62%.

En cuanto a los numerosos análisis académicos efectuados, vale la pena resaltar que, muy tempranamente, se dio cuenta del estado inicial del sistema. En un reconocido trabajo elaborado para la Cepal, Morales² describe el sistema imperante antes de la Ley 100 como “un esquema dicotómico de

carácter monopólico, desarticulado e ineficiente, en el que por un lado existía un sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal, que cubría cerca del 22% de la población y, por otro lado, el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población, que apenas alcanzaba a cubrir, de manera limitada, al 40% de ella” (pág.9).

Representativo del tipo de resultados que se documentan reiteradamen-

* Exministro de Hacienda y Crédito Público y consultor.

¹ Estas cifras se toman de: B. Londoño.; I. Jaramillo y J.P Uribe (2001) Descentralización y reforma en los servicios de salud: el caso colombiano, Banco Mundial. Los autores utilizan la encuesta de Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud (CAP) producida por Profamilia y el ISS con cifras a finales de 1993, es decir inmediatamente antes de entrar en vigencia la Ley 100. Ver también Morales, L.G (1997), “El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia”, Cepal, Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 55.

² Morales, L.G (1997), “El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia”, Cepal, Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 55.

te, Gaviria *et al.* (2006)³, en un trabajo bastante crítico de los resultados de la reforma, dicen: “A primera vista los resultados de la reforma han sido positivos. El porcentaje de la población con aseguramiento, aunque por debajo de las predicciones de la reforma, ha crecido notablemente, especialmente entre los más pobres”

En materia de equidad, un trabajo reciente, elaborado por investigadores de las universidades de los Andes y del Rosario⁴, muestra que: “Los aumentos en afiliación se han dado en todos los estratos, ya sea por zona de residencia, región, género o quintil de riqueza. Sin embargo, los avances han sido mayores en los grupos menos favorecidos, lo que ha llevado a un descenso en todas las inequidades”.

La conclusión es sencilla: la Ley 100 ha implicado un avance indiscutible en materia de acceso y equidad. No obstante el avance es completamente insuficiente, como lo establece el hecho de que la cobertura universal en aseguramiento, estimada para tener vigencia en 2001, no es una realidad en Colombia.

En este artículo presento inquietudes acerca de la sostenibilidad del sistema en el largo plazo, ausentes unas reformas importantes. El punto de fondo es que la principal limitación que tiene el sistema colombiano es la informalidad y las presiones de tipo demográfico que ella impone.

II. El SGSSS: cuatro premisas para su éxito

Definamos el éxito del sistema como la combinación de tres logros. Primero, toda la población tiene aseguramiento. Segundo, ese aseguramiento es sostenible, en el sentido de que el valor presente de todas sus obligaciones es igual al valor presente de sus fuentes de recursos. Tercero, todos los asegurados gozan de una cobertura de riesgos y de un servicio idéntico.

El actual SGSSS dista de ser exitoso. Ninguno de los tres requisitos se cumple. Primero, parte importante de la población (25% en 2006) carece de aseguramiento.

Segundo, un 54% de la población que sí está asegurada depende de transferencias provenientes, en última instancia, de la población formalizada (sólo 33% de la población total está en el régimen contributivo) y la magnitud de esas transferencias depende del ciclo económico. En otras palabras, no hay relación directa entre el monto de los recursos transferidos y su utilización como fuente de aseguramiento. Entre tanto, hay deficiencias al interior del Régimen Contributivo, como lo sugiere la composición de su balance. Sobresale el hecho de que las cuentas por cobrar superan ampliamente el valor del patrimonio.

Tercero, hay una gran diferencia entre la canasta asegurada para un afiliado del Régimen Subsidiado (POS-S) y un afiliado al Régimen Contributivo (POS).

Desde su inserción en 1993, era claro que la Ley 100 implicaba una serie de importantes premisas de tipo demográfico. Estas premisas son las siguientes:

1. El país se formaliza gradualmente. Cada vez más ciudadanos amparan su actividad en el marco legal vigente para efectos económicos, convirtiéndose en sujetos de los derechos y las obligaciones derivados del mismo.
2. En materia de salud y servicios sociales, la población migra de la ausencia de vinculación hacia un Régimen contributivo caracterizado por la autofinanciación, incluyendo en ella un papel importante

para la solidaridad por la vía de la compensación.

3. El Régimen Subsidiado opera, a corto plazo, como una escala temporal en el curso de este flujo poblacional fundamental. A más largo plazo, el Régimen Subsidiado opera como una red de solidaridad social basado en transferencias provenientes del sector formal.

La Ley 100 ha implicado un avance indiscutible en materia de acceso y equidad. No obstante el avance es completamente insuficiente, como lo establece el hecho de que la cobertura universal en aseguramiento, estimada para tener vigencia en 2001, no es una realidad en Colombia.

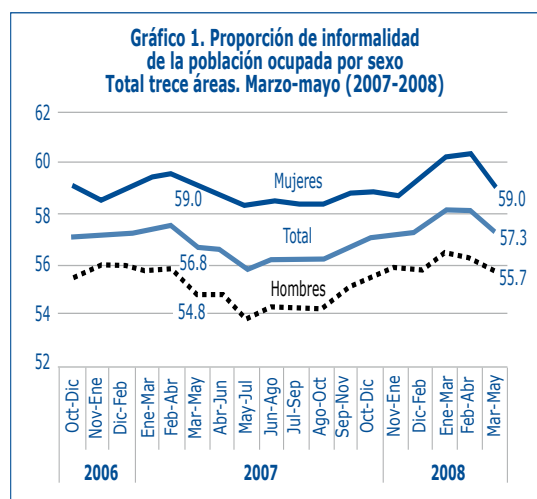
4. Los recursos fiscales migran del subsidio a la oferta hacia los subsidios de demanda, en el contexto general de un Régimen subsidiado delineado en los términos anteriores.

III. Premisa No. 1: informalidad

Colombia es un país altamente informalizado y hay poca evidencia en el sentido de que, en la fase ascendente del ciclo 2003-2007, se hayan presentado mejoras importantes. Según el informe especial sobre informalidad, obtenido a partir de la nueva Gran Encuesta Integrada de Hogares del Dane, a partir de 2006,

³ A. Gaviria, C. Medina y C. Mejía (2006), Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: from Theory to Practice, Documento Cede, 2006-06.

⁴ Fundación Corona, Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano, Documentos de Trabajo No. 15, 2007.



Fuente: Dane - Gran Encuesta Integrada de Hogares.

y utilizando criterios estándar internacionalmente (OIT-PREALC 78), el 57% de la población ocupada en las trece principales ciudades estaba en el sector informal en mayo de 2008, cifra muy similar a lo observado en 2006 y 2007⁵ (gráfico 1).

De manera poco sorprendente, es clara la enorme asimetría global en materia de vinculación al Régimen Contributivo entre uno y otro grupo de personas ocupadas. Con base en la misma encuesta, se obtiene la clasificación del cuadro 1.

Es decir, mientras que el 95% de la población ocupada en el sector formal está vinculado al Régimen Contributivo, en el sector informal la cifra es de apenas 58%. La asimetría es muy notoria y sugiere, en sí mis-

Aunque esta hipótesis sea cierta, y ello no está demostrado, lo importante es que no aporta mucho al debate. Al contrario, su validez reforzaría la inquietud inicial, en el sentido de sugerir una asimetría adicional, quizás aún más inquietante, entre la letra de la Ley 100, que no discrimina acceso al sistema por nivel de ingresos, y la evolución de la afiliación, que sería prioritariamente para ocupados de ingresos relativamente altos.

El costo de acceder a la formalidad es muy elevado en Colombia. Desde el punto de vista puramente empresarial, el país sigue exhibiendo indicadores internacionalmente comparativos muy pobres, si bien han mejorado un poco.⁶ Estos indicadores incluyen la rapidez y el costo de abrir un negocio

formal, los derechos de propiedad, los costos y arquitectura de los litigios comerciales, etc.

En segundo lugar, también resulta muy costoso contratar formalmente la mano de obra. Primero, el salario mínimo colombiano no está entre los más altos de América Latina, con relación al ingreso medio de la población. Por ejemplo, el BID estimó que,

en el período 1996-2001, el salario mínimo legal equivalía al 80% del salario mediano, significativamente más alto que el promedio regional.⁷ Esto explica por qué en Colombia, según éste y otros estudios igualmente juiciosos, hay tantas personas trabajando por debajo del salario mínimo legal, obviamente amparados en la informalidad. El gráfico 2, tomado del estudio que comento, ilustra elocuentemente el punto.

La premisa según la cual, para lograr éxito en cuanto a la meta de un aseguramiento universal y equitativo en salud, la informalidad debe caer gradualmente, no se está cumpliendo. Una explicación importante es que la figura del salario mínimo legal, cuyo loable propósito es defender el ingreso de la población más vulnerable, está implicando justamente lo contrario: mantener en la informalidad y la exclusión a una proporción de la población que es muy alta, incluso para estándares latinoamericanos.

Una segunda explicación es que contratar en la formalidad, al implicar una carga impositiva importante, por la vía de los tributos a la nómina, exhibe un sobre costo que para muchas empresas puede significar enormes dificultades para lograr los márgenes que les permitan competir en el mercado y sobrevivir. El cua-

Cuadro 1

Concepto	2006 Oct - Dic	2008 Mar-May
Total ocupados	6.995	7.847
R. Contributivo	5.359	5.940
R. Subsidiado	1.633	1.907
Informal		
Salud	3.632	4.146
R. Contributivo	2.163	2.412
R. Subsidiado	1.465	1.734
Formal		
Salud	3.363	3.701
R. Contributivo	3.196	3.528
R. Subsidiado	167	173

⁵ Ver el documento correspondiente a marzo-mayo 2008 en el siguiente vínculo de internet: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bolet_ech_informalidad_mar_may2008.pdf.

⁶ Dos ejemplos son el indicador del Banco Mundial Doing Business 2008, en el cual, entre 178 países analizados, Colombia se ubica en el lugar 66 para 2008. Otro ejemplo es el Global Competitiveness Report, 2007 - 2008, preparado en el contexto del World Economic Forum en el cual Colombia ocupa la posición 69 entre 131 países.

⁷ Ver BID (2004), (*Good Jobs Wanted: Labor Markets in Latin America*), capítulo 7, *Labor Market Regulations and Institutions*.

dro 2⁸ muestra que más allá de un salario mínimo que las cifras sugieren es excluyente para muchos informales que quisieran entrar a la formalidad, hay una sobrecarga que adiciona unos grados (72%) de dificultad.

La premisa supone un Régimen Contributivo autosostenible en lo financiero. En otras palabras, supone que hay una igualdad entre el valor presente neto de todas las obligaciones del régimen, de un lado, y el valor presente neto de los aportes efectuados por los afiliados, de otro lado.

Las obligaciones del sistema son, fundamentalmente, tres. Primero, el pago a los prestadores del servicio de salud, a su vez el resultado de multiplicar el valor de cada servicio cubierto (POS) por la incidencia de cada uno entre la población, variable conocida en el sector asegurador como la “sinies-tralidad”, α . Segundo, el costo de administrar el sistema (A) y, tercero, la solidaridad para con el Régimen Subsidiado (S).

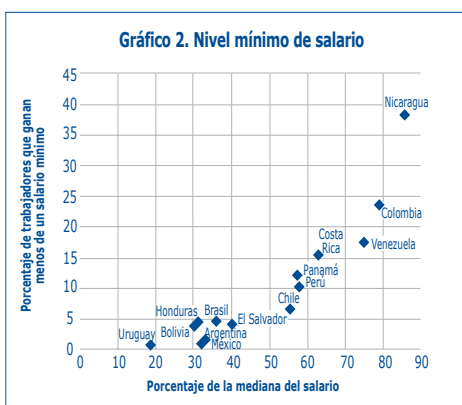
Los aportes de los afiliados son la fuente de recursos y son un múltiplo de la nómina formal (λW). Medido en valor presente neto, se debe satisfacer la siguiente igualdad:

$$(1) \alpha POS + A + S = \lambda W$$

La igualdad implica que existe un límite a las posibilidades de cubrimiento en el POS de tal forma que:

El POS sostenible es más alto entre más alto sea el valor de la nómina formal, W.

El POS sostenible es más alto entre más baja sea la siniestralidad, α . Ello sugiere no sólo la importancia de la prevención, sino también la importancia que tiene el llamado copago (o deducible) como mecanismo de racionalización en el uso.



Nota: el salario de comparación es la mediana del salario para trabajadores entre 26 y 40 años y que trabajaron más de 30 horas a la semana en el período de referencia. Fuente: IDB, basado en los datos oficiales de cada país.

Cuadro 2. Cargas sobre la nómina con base en el salario mínimo mensual (porcentaje y valor en \$)

	Porcentaje del salario	Equivalente \$
Sueldo	100%	433.700
Prestaciones sociales	22.8	98.705
Cesantías	9.2	40.117
Intereses a la cesantía	0.1	401
Prima legal	9.2	40.117
Vacaciones	4.2	18.071
Aportes patronales a seguridad social	20.6	89.546
Salud	8.5	36.865
Pensión	11.6	50.418
ARP ^{1/}	0.5	2.264
Aportes parafiscales	9.0	39.033
Sena	2.0	8.674
ICBF	3.0	13.011
Cajas de compensación	4.0	17.348
Otros pagos legales	19.6	85.200
Subsidio legal de transporte	11.0	47.700
Dotación ^{2/}	8.6	37.500
Total sobrecosto mes	72.1	312.484

Fuente: cálculos Asobancaria.

^{1/} Se calcula utilizando el menor factor de riesgo posible dentro de las categorías establecidas por el régimen de seguridad social) valor inicial.

^{2/} Se toma una aproximación, ya que no existe un valor establecido de lo que debe recibir cada empleado.

El POS sostenible es más alto entre menor sea la necesidad de transferir recursos al Régimen Subsidiado, es decir entre más peso tenga el Régimen Contributivo en la estructura general del aseguramiento.

El POS sostenible es más alto entre menor sea el costo de administrar el sistema. Ello sugiere la importancia

que, de manera atinada, le brinda la Ley 100 no sólo a la participación privada en el aseguramiento, sino también a la competencia.

Cabe subrayar el hecho de que el POS define, en Colombia, sólo una parte de la canasta de servicios, ya que el sistema está sometido a una continua ampliación por la vía de la judicialización. Lo que podríamos llamar el “POS sombra” rompe el equilibrio de la ecuación (1) y la reformula, también en valor presente, así:

$$(2) \alpha(POS + POS^*) + A + S = \lambda W$$

Con lo cual hay un faltante que se financia de dos maneras: con un impuesto (implícito) al patrimonio de las EPS y con una transferencia fiscal, o sea un impuesto general a la población. En otras palabras, con F la transferencia fiscal, T la tasa de tributación implícita de las EPS y K su capital:

$$(3) \alpha POS^* = \tau K_{EPS} + F$$

La manera como se implementa el impuesto (implícito) al patrimonio de las EPS es a través del costo que tiene el rezago entre el momento en que prestan el servicio No-POS y el momento en el cual reciben los recursos fiscales provenientes del Fosyga. Típicamente, el rezago es superior a los seis meses, con lo cual un cálculo conservador es que las EPS han pagado un 20% de su patrimonio inicial por esta

⁸ Tomado de Asobancaria, Informe Semanal No. 612, julio 6 de 2007. Por supuesto, es argumentable que en ausencia de una carga de 72% el salario devengado sería mayor en equilibrio. El punto de fondo es que la alta informalidad y el elevado desempleo estructural sugieren que la noción de equilibrio en el sector formal no es razonable. Se trata, concebiblemente, de una imposición regulatoria adicional que afecta a la población más vulnerable.

vía. Su balance permite ver cómo el sector tiene cuentas por cobrar, fundamentalmente de este tipo, por un valor que supera ampliamente el patrimonio.

IV. Premisa No. 2: migración (eventual) hacia el Régimen Contributivo

La segunda premisa es derivativa de la primera. A medida que el país se va formalizando, la población migra de una situación de desamparo en materia de aseguramiento a una situación de aseguramiento pleno en el contexto de un régimen concebido para ser autosuficiente en lo financiero.

El cuadro 3 muestra la dinámica esencial ocurrida en el período 2000-2006 en Colombia. Se trata de un período favorable en materia de crecimiento económico y por ende sería concebible haber observado no sólo un avance en cuanto a formalización, sino de ganancias importantes en lo que se refiere a aseguramiento contributivo. El cuadro es claro en sugerir que existen falencias, en la medida en que en ello no se observa la migración en modo alguno.

El porcentaje de la población vinculada al Régimen Contributivo es prácticamente constante, mientras que la gran dinámica es el tránsito del desamparo al Régimen Subsidiado. Esta realidad es particularmente preocupante y sugestiva de problemas de tipo estructural, en la medida en que cabría pensar que una fase descendente del ciclo económico habría implicado una migración (cíclica) con origen en el Régimen Contributivo y destino en el Régimen Subsidiado, ejerciendo presiones procíclicas en las finanzas públicas. Cabe preguntar cuáles son estas fallas estructurales. Podríamos esgrimir tres hipótesis:

El resultado es consecuencia de las limitaciones que tiene el proceso

Cuadro 3. Población cubierta por régimen (%)

	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Sin afiliación
2000	33.5	22.5	44
2006	33.7	40.4	25.9

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

de formalización en general y guarda estrecha relación con los factores señalados arriba: los costos de transacción para quienes desean formalizarse, un salario mínimo excesivo y unos impuestos a la nómina elevados.

Es posible que los agentes estén descontando su experiencia migra-

**El porcentaje de la
población vinculada
al Régimen Contribu-
tivo es prácticamente
constante, mientras
que la gran dinámica
es el tránsito del
desamparo al
Régimen Subsidiado.**

toria anterior: previendo dificultades para acceder al Régimen Subsidiado, prefieren seguir amparados por esa vinculación y no tomar el riesgo de salir de ella hacia una situación que no consideran permanente.

La diferencia entre los servicios amparados por el Régimen Contributivo y aquellos amparados por el régimen subsidiado exhiben una tendencia convergente en virtud de la jurisprudencia constitucional, la

cual está crecientemente impaciente con una situación de inequidad que, en su concepto, tiene visos de permanente ante la ausencia de programas claros que sugieran lo contrario.

V. Premisa No. 3: Régimen Subsidiado como escala temporal y (eventualmente) como red de solidaridad social

En la medida en que el proceso migratorio fundamental, en el período 2000-2006, ha sido del desamparo hacia el Régimen Subsidiado, queda claro que se abre una pregunta de fundamental importancia: ¿cuenta el sistema con los mecanismos y las reglas necesarias para asegurar que la mayoría de esta población continuará el proceso migratorio hacia el Régimen Contributivo y la equidad plena?

A la luz de los resultados anteriores, es decir a lo obtenido durante 2000-2006, cabe pensar que no existen estos mecanismos y que, al contrario, en caso de que el ciclo económico se revierta, es posible que encontremos migración en sentido contrario. La principal razón por la cual se ha presentado este estancamiento del proceso migratorio es la informalidad y toda solución al estancamiento migratorio necesariamente pasa por una reflexión de fondo sobre la misma.

Conviene tener claros algunos órdenes de magnitud. Un ejercicio sencillo es el que viene. El cuadro 4 muestra, en A, la carga implícita que tiene un sistema en el cual (como se observa en 2006) el 33% de la población pertenece al Régimen Contributivo, aportando el 12.5% de su salario, y tiene derecho a una UPC básica que vale, por conveniencia, 100 unidades. El resto de la población se divide en dos: un 40% está

Cuadro 4			
Parámetros	A	B	C
UPC plena	100	100	100
UPC subsidiada	50	50	100
Costo no vinculado	20	20	20
Fuentes			
Salario formal	870	870	870
Población			
Formal	33	33	33
Informal	40	67	67
Vinculado	27	0	0
Costos del sistema	5.840	6.650	10.000
Costos / Fuentes	20.4	23.2%	34.8%

Cuadro 5. Subsidios: \$ billones de 2006			
	Demanda	Oferta	Salud Pública
2000	1.48	1.31	0
2007	2.2	1.35	0.404
Crec	48.6 %	3.1%	

en el Régimen Subsidiado y un 27% está excluido del sistema. En este último caso, los excluidos reciben una capitación implícita equivalente a la distribución, entre todos ellos, de todos los subsidios de oferta. Como proporción de la nómina, el costo de este primer sistema es de 20.4%.

En B, vemos que trasladar toda la población desamparada al régimen subsidiado eleva el costo en 3 puntos porcentuales de la nómina, sugiriendo que éste es un estimativo de la carga adicional que tendría que asumir el sector formal, bien a través de un impuesto explícito adicional, o a través de 3 puntos adicionales en el impuesto a la nómina misma.

En C, por último, se simula lo que sucedería al unificar la UPC para todos, como lo establece la Constitución. El costo de este sistema plenamente equitativo se eleva en 14.4 puntos de la nómina inicial y sugiere, con total claridad, que la dinámica migratoria deseable es insostenible sin una completa redefinición de la distribución poblacional.

VI. Premisa 4: migración de subsidios de la oferta a la demanda

La última premisa plantea que, de manera correlativa a la migración poblacional esencial, analizada anteriormente, hay una migración de los recursos con origen en los subsidios de oferta (la provisión estatal del servicio de salud) a los subsidios de demanda, a través de la capitación. Esto sólo ha ocurrido parcialmente, como lo muestra el cuadro 5.

Entre 2000 y 2007 los subsidios de demanda se elevaron un 48.6% en términos reales, como cabía esperar a la luz de las importantes ganancias en materia de afiliación al Régimen Subsidiado. El problema es que los subsidios de oferta, lejos de disminuir, aumentan 3.1% en términos reales, y ello sin incluir las transferencias para salud pública, que son también transferencias que buscan subsidiar la oferta.

Conclusiones

En este trabajo se plantea que el esquema general definido en la Ley

100 es conducente al propósito constitucional de cobertura plena y equidad en materia de salud. De hecho, tras su aprobación en 1993, el progreso en ambos indicadores es indudable y está ampliamente documentado.

Sin embargo, el trabajo también plantea inquietudes respecto de la situación actual, y lo hace en una discusión de cuatro premisas que, en conjunto, son condición necesaria para que los colombianos tengamos éxito en el empeño de lograr cobertura universal, equidad y sostenibilidad. Las cuatro premisas privilegian el concepto de “migración” concebido como el tránsito de personas y de recursos desde una situación de informalidad hacia la formalidad. Encuentro que en ningún caso se está dando la dinámica migratoria necesaria para que el triple propósito de universalidad, equidad y sostenibilidad se cumplan.

El origen de lo que he denominado una falla migratoria es la regulación laboral. Buscando el loable propósito de proteger a aquellos colombianos vinculados al segmento más vulnerable de la formalidad, la regulación laboral se ha erigido como una muralla en el camino de la migración hacia la formalidad, en una barrera hacia la equidad en materia de salud y en un amenazante obstáculo para la sostenibilidad fiscal.

Sin atacar el problema esencial de la informalidad sólo queda el camino de las transferencias fiscales, lo cual no es otra cosa que una ampliación de las cargas impositivas a la formalidad. Ello, a su vez, constituye un círculo vicioso en el cual las mayores cargas impositivas impuestas al sector formal implican más migración hacia la informalidad y por ende más peso del régimen subsidiado en el total y menores posibilidades de lograr una cobertura universal con equidad. 

El déficit fiscal de la salud en Colombia: un análisis comparativo internacional

Sergio Clavijo y Camila Torrente *

I. Introducción

Históricamente es posible distinguir tres etapas en el desarrollo del sistema de seguridad social a nivel internacional. La primera surgió con la visionaria idea de Otto Bismarck, en 1883, de establecer en Alemania un sistema de ahorro compulsivo que le permitiera al Estado garantizar beneficios de tipo pensional. De esta manera, la población que fuera envejeciendo tendría acceso a algún tipo de ingresos vitalicios resultantes (al menos parcialmente) de los ahorros generados durante su vida laboral como trabajador activo (Clavijo, 2001).

En una segunda etapa, dicho sistema se fue expandiendo hacia el resto de Europa y, en el caso particular de Estados Unidos, se desarrollaron diversos sistemas de compensaciones laborales durante los años 1901-1928. Con la llegada de la Gran Depresión en 1929-1931,

el apetito social por este tipo de compensaciones laborales fue creciendo, dando origen al conocido programa de New Deal (1935-1936), bajo la administración de Roosevelt. Dicho programa no sólo dio amplio espacio a la participación sindical, sino que estableció de manera formal el seguro de desempleo y los beneficios pensionales y de salud (Krugman, 2007, pág. 35ss).

Inicialmente, el fondeo de estos programas recayó sobre las grandes firmas, las cuales vieron con beneplácito la idea de competir por buena mano de obra a través del ofrecimiento de “paquetes de compensación laboral” que incluyeran beneficios pensionales y atención en salud. Esto era preferible a tener que recargar excesivamente los costos laborales directos mediante alzas salariales recurrentes, en un ambiente donde el grado de sindicalización se había elevado de 10% en 1930 a cerca de 30% en 1947.

Inclusive, durante los años cuarenta, el propio gobierno inducía ajustes salariales “progresivos” (premiando sólo a los estratos bajos), pero a cambio de ello las firmas competían ofreciendo sus programas de seguridad social, todo lo cual terminó por generar una mejora sustancial en la distribución del ingreso. Ésta fue la base del desarrollo de una amplia clase media, gracias a esa “gran compresión” del diferencial de ingresos generada por el auge de los programas de seguridad social (Krugman, 2007 pág. 48 ss.).

Pero las grandes firmas norteamericanas se fueron volviendo

* Directora e investigadora de Anif, respectivamente. Este documento es una versión abreviada de un estudio más comprensivo desarrollado gracias a la colaboración del Ministerio de Hacienda, el DNP, el Ministerio de Protección Social, así como entidades del sector privado vinculadas a Acemi. Email: sclavijo@anif.com.co

menos competitivas a nivel internacional durante las décadas 1980-1990, en parte debido al creciente costo laboral derivado de haberse encargado de fondear el sistema de seguridad social en pensiones y salud. Se inició entonces una tercera etapa en seguridad social signada por el *outsourcing*, con el conocido problema de la creciente informalidad laboral, inclusive en los países desarrollados. Por ejemplo, el ciclo económico en Estados

las sinergias de un sistema mixto público-privado. Sólo así podrían superarse los problemas de “selección adversa” (donde nadie quiere atender a los pacientes más riesgosos) y de “riesgo moral” (donde los pacientes más sanos no ven la necesidad de asegurarse en salud). Todas estas “imperfecciones del mercado de la salud” causan la elevación del costo global de la prestación de servicios. Las mejores prácticas a este respecto se encuentran en Canadá, Gran

Bretaña y Alemania. Cabe resaltar también el interesante caso de Singapur, donde en las últimas dos décadas se ha venido aplicando el criterio de “años de vida ajustados por calidad” a través de un sistema de “cuentas individuales en salud”, similar al utilizado en el caso de las pensiones (Harford, 2007, pág. 125ss).

La trayectoria histórica de estas tres etapas de desarrollo de la seguridad social en Estados Unidos (pensión universal, “compensaciones salariales” y salud universal) tiene elementos comunes al desarrollo histórico de América Latina. En el caso particular de Colombia, se dieron primero los beneficios de “compensaciones salariales”, con un repunte del movimiento sindical (1940-1950), y posteriormente se quiso impulsar un sistema de pensión universal, con la creación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS) en 1967.

Sin embargo, este componente de “prima media” (*pay-as-you-go*) pronto hizo crisis debido a su baja cobertura, tan sólo un 23%-25% de la Población Económicamente Activa (PEA). Por ende, la Ley 100 de 1993 instituyó un sistema mixto,

donde las generaciones jóvenes pueden acceder a un sistema privado de “contribución definida”, a través de las administradoras de fondos de pensiones (AFP).

A través de la misma Ley 100 de 1993, Colombia se embarcó en la meta de cobertura universal en salud, mediante un esquema de aseguramiento masivo con base en un complejo sistema de “subsídios cruzados”. Así, lo que en el mundo desarrollado tomó cerca de 100 años de evolución del sistema de seguridad social, en Colombia se ha tratado de “madurar” en tan sólo 40 años.

A este respecto cabe destacar dos elementos en materia de previsión actuarial en Colombia. Primero, los economistas colombianos en su mayoría habíamos anticipado desde principios de los años noventa que el régimen público de “pensión definida” del ISS tendría serias implicaciones fiscales, pues las reservas actuariales del ISS se agotarían hacia mediados de 2000, como en efecto ocurrió. Esto explica que, en la actualidad, el presupuesto colombiano gire anualmente cerca del 5% del PIB (casi un tercio de sus recaudos tributarios) para atender a tan sólo un millón de pensionados (un 6% de la población), en un régimen cuya base contributiva continúa siendo tan sólo del 25%-27% de la PEA.

Segundo, la “bomba de seguridad social” tiene otro detonante que viene dado por las obligaciones que se están generando en materia de atención en salud y medicamentos, especialmente en momentos en que la población colombiana empieza a envejecer. Para el año 2050, la población mayor de 60 años se habrá triplicado, representando un 20% de la población total. Lo más grave es que hasta la fecha no se conoce un estimativo “consistente” del déficit fiscal causado por el sistema de salud a nivel nacional, aunque se

Para el año 2050, la población mayor de 60 años se habrá triplicado, representando un 20% de la población total. Lo más grave es que hasta la fecha no se conoce un estimativo “consistente” del déficit fiscal causado por el sistema de salud a nivel nacional.

Unidos había hecho que el aseguramiento en salud, a través de las firmas, fluctuara entre 57% en 1993 y 65% en 2001 (antes de la crisis). No obstante, en años recientes (2005-2007) éste se ha vuelto a reducir a niveles inferiores a 60% y muestra una tendencia descendente, a pesar del buen desempeño económico. Adicionalmente, la globalización, los tratados de libre comercio y la inmigración han generado una ardua competencia que busca contener los ajustes salariales y los costos laborales indirectos.

En esta tercera etapa (1993 en adelante) se viene hablando sobre la urgencia de impulsar una gran reforma en salud que permita alcanzar cobertura universal. Existen diversas propuestas, pero el grueso apunta en la dirección de aprovechar

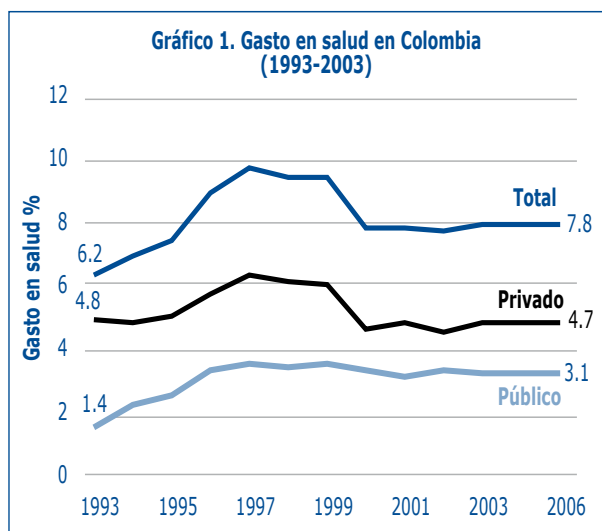
han hecho avances importantes para depurar el lado del gasto público-privado en salud (Barón, 2007). El sistema contable de la salud en Colombia es complejo, tanto a nivel del sector público (Gobierno Nacional vs. gobiernos locales; sistemas de contribuciones vs. sistemas de compensaciones), como del sector privado (aseguramiento vía EPS vs. prestación de servicios vía IPS).

Este documento realiza una breve comparación internacional sobre la dimensión de los flujos que se están destinando al sector salud. Luego, mediante un esquema de fuentes y gastos del Régimen Contributivo (RC) y del Régimen Subsidiado (RS), se busca establecer una primera aproximación al déficit público-privado generado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Una vez entendidos los flujos del sector (sistema de compensaciones y subsidios cruzados), realizaremos una serie de simulaciones con el fin de obtener órdenes de magnitud de los faltantes

fiscales que podrían generarse en los años 2010-2020, cuando se espera haber alcanzado cobertura universal frente a la actual cifra de 86%. Por último, presentaremos un estimativo del Valor Presente Neto (VPN) del déficit fiscal que estaría generando el sistema de salud durante el período 2007-2050, bajo un escenario básico cuya variable determinante es la informalidad laboral.

Desde ya es fácil prever que dicho déficit fiscal en salud se irá ampliando debido a que éste se ha recargado en aproximadamente dos terceras partes sobre el RS y sólo en una tercera parte sobre el RC (Anif, 2007), donde este último se fundamenta en aportes de

12.5% sobre el Ingreso Base de Cotización (IBC). La idea original de la Ley 100 de 1993 era al contrario: haberse apoyado en dos terceras partes en el Contributivo y sólo en una tercera parte en el Subsidiado. Así, un régimen de salud desbalanceado tiende a ajustarse a través de la restricción de sus productos, en unos casos “incrementando los tiempos de espera”, y en otros reduciendo la calidad de los servicios.



Fuentes: Ministerio de la Protección Social y cálculos Anif.

En efecto, nuestros cálculos preliminares (pendientes de efectos epidemiológicos que viene estudiando el Departamento Nacional de Planeación (DNP) indican que el déficit fiscal causado por el sistema de salud en Colombia (tanto nacional como territorial) está en el rango 1.1%-2.1% del PIB anualmente, según se calculen los gastos complementarios de salud (adicionales al Plan Obligatorio de Salud, POS). Si el déficit fiscal “estructural” del Gobierno Central (GC) es del orden de 4%, la cifra de un déficit del 2.1% del PIB en salud resulta consistente con dicho cálculo fiscal del GC.

Con base en este estimativo “moderado” de un déficit del 2.1% del PIB en salud, la evolución poblacional indica que los ingresos del sistema de salud se irían incrementando gracias a la menor informalidad. Este último efecto fundamentado en mejores sistemas de control a partir de 2007, como el PILA, que unificó el pago de contribuciones parafiscales, y la Base de Datos Única del Sistema de Seguridad Social en Salud (BDUA). Por otro lado, los gastos se irán incrementando a medida que la población vaya envejeciendo y se acentúe la demanda por servicios en salud (tendientes a extender la esperanza de vida, que actualmente bordea los 72 años en Colombia y los 78 años en los países avanzados). De hecho, según cálculos del Dane, entre 2015 y 2020 la esperanza de vida alcanzaría los 76.2 años, lo que equivale a una ganancia media anual de 0.18 años. El resultado de ello es una trayectoria de déficit fiscal en salud que pasa del 2.1% del PIB al 3.8% en el período 2006 a 2038, para finalmente estabilizarse en niveles del 2.0%.

La anterior trayectoria implica que el Valor Presente Neto (VPN) de los faltantes en salud sería equivalente al 97% del PIB (del año 2007), cifra sólo ligeramente inferior al VPN que se espera caucen los faltantes pensionales (del orden del 160% del PIB). El problema es que mientras los faltantes pensionales pueden reducirse a través de reformas “paramétricas” como las adelantadas en 1993 y 2003-2006, los faltantes en salud son difícilmente “acotables”, tanto en su componente de intervenciones quirúrgicas como de medicamentos.

II. Composición del gasto en salud y comparaciones internacionales

Colombia asignó al sector de la salud cerca del 7.8% del PIB en el año 2003 y registró un promedio del 8.5% del PIB durante los años 1998-2002 (ver gráfico 1). Esta última cifra es superior al 5.9% del PIB que ha venido asignando Chile o al 5.7% del PIB registrado por México (promedios 1998-2002). Cabe resaltar que la cobertura en salud en Chile alcanza el 94% de la población. Colombia supera de forma aún más significativa en asignaciones de recursos a la salud cuando se le compara con los países andinos. Ecuador ha venido asignando sólo el 4.8% del PIB y Venezuela el 5.4% del PIB al sector salud en años recientes.

Con relación a las asignaciones del mundo desarrollado, el gasto en salud de Colombia continúa siendo alto. El promedio del gasto en salud durante los años 1998-2002 fue del 7.3% del PIB en Reino Unido y del 7.6% del PIB en Japón. Según Barón (2007), Colombia es uno de los países donde el gasto en salud se ha acelerado de forma pronunciada, pasando del 6.2% al 7.8% del PIB durante los años 1993-2003, mientras que la afiliación total al sistema de salud pasó del 28% al 83% de la población.

Así mismo, al desagregar el gasto en salud entre gasto público y gasto privado se observa que en promedio entre 1998 y 2002 el gasto público representó el 78.3% del gasto total en salud. Cuba fue el único país que superó este promedio (85.7%), mientras que el gasto público en salud de países como Chile (41.2%) y Venezuela (50.3%) se ubicó muy por debajo del promedio colombiano.

En Estados Unidos el gasto público representó el 47% del gasto total en salud.

III. Estimación del déficit fiscal en salud y de su Valor Presente Neto (2006-2050)

En 2006, según cálculos del Dane y el DNP, la población total estimada bordeaba los 43.4 millones. Se espera que en 2020 la población total alcance los 50.8 millones, creciendo a una tasa de 1.18% anual entre 2006 y 2010,

el gasto público social. Como ya lo explicamos, el volumen de cotizantes del RC determina la capacidad de gasto vía el POS del sistema.

Una de las variables de política económica clave en este modelo viene dada por la meta de cobertura en salud que se trace el gobierno. En efecto, el Gobierno espera que para 2010, la cobertura del RS llegue a los 24.8 millones de personas, mientras que la población afiliada al RC alcance los 17.8 millones. Así las cosas, y con un crecimiento poblacional de

1.18% anual, en 2010 la cobertura en salud estaría alrededor del 94% de la población total, donde casi el 60% estaría bajo el RS y sólo un 40% en el RC. En este documento supondremos que estas metas se cumplen y que la relación cotizantes / ocupados determinará la relación entre afiliados RS/afiliados RC.

La cobertura en salud estará determinada por la relación entre el número de cotizantes del RC y la densidad familiar, que en los últimos cinco años ha sido en promedio de 2.26 por cada cotizante. Esto implica que por cada aportante del RC, se tendrían que pagar 2.26 UPC para atender al grupo familiar.

Escenario base – Mejora en formalidad

Teniendo en cuenta la evolución de los factores demográficos y no demográficos antes descritos, construimos tres escenarios, donde las variables claves de política vienen dadas por las metas de cobertura y la relación cotizantes/ocupados.

El escenario base considera: 1) un crecimiento poblacional por quinquenios como el estimado por el Dane; 2) una cobertura en salud que

Cuadro 1. Estimaciones poblacionales y afiliados al SGSSS (millones de personas)

	2006	2020	2050
Población total	43.2	50.8	68.5
Población en edad de trabajar (78%)	33.8	39.6	53.4
Población ocupada (53%)	17.9	21	28.3
Afiliados al RS	20.1	26.8	34.3
Afiliados al RC	17.0	21.3	32.6

Fuentes: Dane y cálculos Anif.

1.13% en el siguiente quinquenio y 1.09% entre 2016 y 2020. Entre 2020 y 2050 supondremos que el crecimiento poblacional se estabilizará en 1% anual y que la expectativa de vida se mantendrá constante en 72.6 años (ver cuadro 1).

De los 43.4 millones de personas en 2006, el 78% correspondía a Población en Edad de Trabajar (PET) y 53% de la PET estaba ocupada. En general, la relación PET/población se ha mantenido constante en Colombia y, en consecuencia, usaremos este supuesto en nuestras proyecciones. La relación ocupados/PET tiene un efecto directo en el sector salud, vía demanda de servicios.

En el año 2006, el número de cotizantes activos del RC bordeaba los 7.4 millones. Así la relación cotizantes/ocupados era de 40%, lo cual evidencia un alto nivel de informalidad laboral y ejerce una elevada presión sobre

Cuadro 2. Supuestos del escenario base y escenario alternativo

	Mejora en formalidad (Básico)			Formalidad constante		Alta mejora en formalidad	
	2006	2020	2050	2020	2050	2020	2050
Cotizantes RC/Ocupados (%)	40	44	50	40	40	47	60
Cobertura del SGSSS (%)	86	95	98	95	98	95	100
(millones)	37.1	48.1	67.1	48.1	67.1	48.1	68.2
Déficit del sector salud (% PIB)	-2.1	-3.3	-1.8	-3.8	-6.8	-3.1	+1.9

Fuentes: Ministerio de la Protección Social y cálculos Anif.

aumentaría gradualmente de 86% a 98% de la población total entre 2006 y 2050; y 3) una relación cotizantes/ocupados que pasaría de 40% a 50%, lo que equivale a aumentar el número de cotizantes de 7.4 millones a 14.2 millones entre 2006 y 2050 (ver cuadro 2).

Como proxy de la formalidad laboral que Colombia alcanzaría en el año 2050 se comparó la relación entre formalidad laboral e ingreso per cápita, entre los años 1979-2003 para los países de Chile y Colombia. Partiendo de un crecimiento del Producto del orden de 3% en el largo plazo, se obtiene que el PIB per cápita se duplicará en 50 años. Es decir, para 2050 el PIB per cápita en Colombia equivaldría al de Chile en 2007, US\$13.000(PPP). Luego, en 2050 Colombia exhibiría una relación cotizantes/ocupados del orden del 70%, similar a la registrada por Chile en 2007. De este modo, se construyeron tres escenarios en donde la relación cotizantes/ocupados oscila entre 40%-60%.

El año base de estimación corresponde a 2006, cuando se observó que el sistema de salud recibió \$11.9 billones en

contribuciones parafiscales de salud, incluidos los aportes de las cajas de compensación familiar. Por rangos salariales de contribuyentes los aportes se distribuyeron así: el 67% (\$7.9 billones) provino del rango bajo (con un ingreso promedio anual de 2 Salarios Mínimos Legales (SML), con 6.4 millones de cotizantes. El rango medio (con un ingreso promedio anual de 6 SML) representó el 28% y el rango superior (con un ingreso promedio anual de 12 SML) el 5% de las contribuciones.

En 2006, el total de gastos POS y No-POS del RC sumó \$10.8 billones. Los gastos POS alcanzaron \$6.9 bi-

llones, donde \$6.0 billones provenían de los 14.8 millones de afiliados al rango bajo. El gasto No-POS, en 2006, totalizó \$3.9 billones. Esto implica que en términos per cápita (teniendo en cuenta sólo los afiliados al RC) el gasto POS representa el doble del gasto No-POS (\$406.000 vs. \$229.000).

El gasto del RS en 2006 sumó \$7.2 billones, un gasto de \$356.000 por afiliado al RS. En ese año, el 57% del gasto total del RS se hizo vía subsidios a la demanda y el remanente vía subsidios a la oferta (incluyendo los aportes directos al ISS).

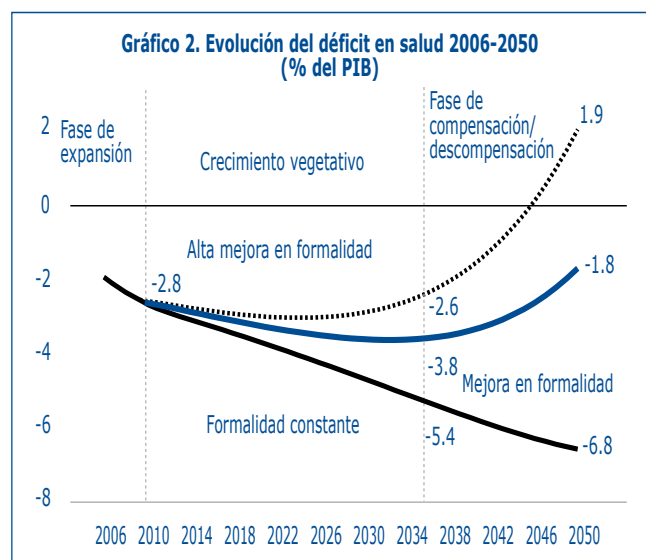
Así, en 2006 el sector privado generó un leve superávit de \$0.4 billones (0.1% del PIB), el cual se explica por unas contribuciones de \$11.9 billones y un gasto total (POS y No-POS) de \$10.8 billones. El sector público por su parte registró un déficit de \$7.1 billones, equivalente a su gasto en salud (2.2% del PIB).

Como resultado de todo lo anterior, en 2006 el sector salud en Colombia pudo haber generado un déficit del orden de los \$6.7 billones, equivalente al 2.1% del PIB. Lo anterior resulta consistente con un déficit fiscal “estructural” del Gobierno Central (GC) del orden del 4% del PIB.

IV. Estimación del pasivo contingente del sector salud (2006-2050)

Proyecciones sobre evolución del déficit en salud 2006-2050

A partir de este déficit del 2.1% del PIB en 2006, hemos proyectado las diferentes variables poblacionales y laborales, según los criterios ya descritos. En el gráfico 2 se observa



Fuentes: Ministerio de la Protección Social y cálculos Anif.

la trayectoria del déficit entre 2006 y 2050 bajo el escenario base (corrección gradual de la informalidad, relación cotizantes/ocupados pasa de 40% a 50%). Allí se identifican tres fases. En la primera fase (2006-2010) hay una expansión del RS como consecuencia de las metas del gobierno, lo cual ocasiona un rápido deterioro fiscal y agota las ganancias alcanzadas en contribuciones (0.7% del PIB en cuatro años).

Entre 2010 y 2035 se observa un constante deterioro del déficit en salud, debido al crecimiento vegetativo de la población. El déficit en salud pasaría de un 2.8% del PIB a un máximo de 3.8% del PIB. Este comportamiento obedece al crecimiento de la población afiliada, la cual pasa de 42.6 millones a 58.6 millones, es decir, la cobertura aumenta de 94% a 96%, lo que genera mayor gasto.

Por último, en el período 2036-2050 se observa una estabilización del sistema, en donde el déficit converge hacia un valor de -2% del PIB. Este efecto convexo del déficit en salud se explica por la mejora en la formalidad laboral que aumenta el número de cotizantes al RC.

Este efecto “U” del déficit del sector salud se explica también por la reducción en la brecha entre afiliados al RS (pasa del 54% al 50% del total de afiliados) y al RC (del 46% al 50%). Así, nuestras simulaciones resaltan algo que resulta obvio en materia de aseguramiento en salud: la expansión de los afiliados corrige los desbalances estructurales en el largo plazo. En efecto, a medida que

crecen la población y la formalidad laboral de 40% a 50%, se corrige la magnitud del faltante vía incremento en cotizaciones. Sin embargo, dicho incremento es insuficiente para compensar la demanda total por gastos en salud, lo que resulta en un déficit “estructural” del orden del 1.8% del PIB.

Si los afiliados al RS están determinados como el remanente entre la

población total cubierta y los afiliados al RC (cotizantes al RC* densidad familiar), la relación subsidios a la demanda/gasto del RS ganaría participación al pasar de 57% a 61%, mientras que los subsidios a la oferta pasarían de 42% a 39%. Se crearon además dos escenarios alternativos (ver gráfico 2), pero por razones de espacio se omitirán.

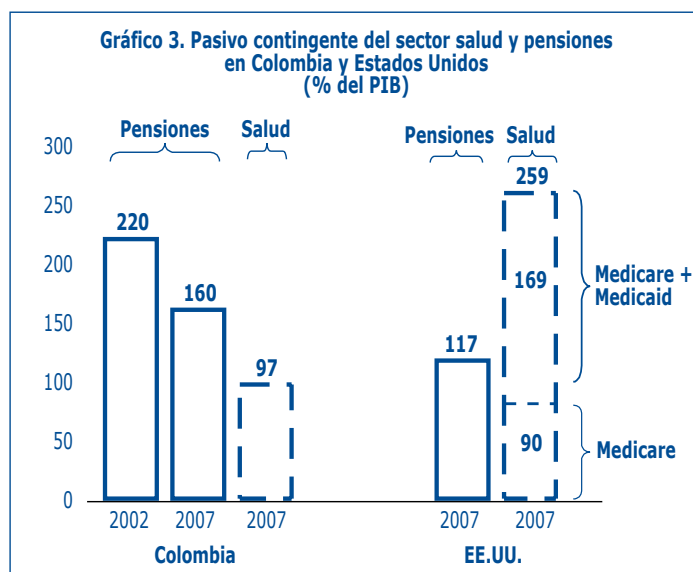
Estimación del Valor Presente Neto (VPN) del déficit en salud

Con el fin de estimar las obligaciones en salud que hoy tiene el Estado colombiano en un horizonte de 50 años, procedimos a calcular el Valor Presente Neto (VPN) de las obligaciones netas del Estado partiendo del escenario base antes descrito.

Se estimó un primer escenario que contempla una tasa de interés de largo plazo del orden de 4%, equivalente al costo de oportunidad del valor de las obligaciones que el Estado adquirirá en el período 2006-2050. Bajo este escenario, las obligaciones brutas en salud del Estado

(equivalentes al gasto público) entre 2006 y 2050 equivaldrían al 110% del PIB de 2007. Una vez se descuentan los ingresos esperados, las obligaciones netas públicas se reducen al 97% del PIB (de 2007). Así mismo, el sector privado mostraría un superávit como consecuencia del negocio del aseguramiento que resultaría equivalente al 35% del PIB (de 2007). Luego, al sumar el déficit del sector público y el superávit del sector privado se obtiene el

Nuestro resultado de un VPN del orden del 97% del PIB (de 2007) luce consistente, por ejemplo, con el estimado para el caso de pensiones en Colombia, del orden del 160% del PIB.



Fuente: Departamento Nacional de Planeación y cálculos Anif.

VPN del balance del sector salud equivalente a -61.4% del PIB (de 2007).

Cabe resaltar que el resultado de un superávit del 35% del PIB en el sector privado no significa que este sector se encuentre actualmente en equilibrio, sino que es la forma de presentar contablemente el efecto de los subsidios cruzados o la compensación dentro del RC. De hecho, el sector privado enfrenta un serio desfase de recursos como consecuencia de los medicamentos y procesos No-POS, con cargo a los ingresos de las EPS, y la demora en la compensación de afiliados por parte del Fosyga. Así mismo, la inflación del sector salud ha registrado en los últimos siete años tasas superiores a la inflación total. En 2007, la inflación del sector salud fue de 6.5%, 80 puntos básicos por encima de la inflación total.

Esto ha resultado en una pérdida de valor de la UPC tanto general como de promoción y prevención (PP). Según Acemi, entre 1995 y 2007, la UPC perdió 11% de su valor, mientras que el valor de la UPC-PP se ha reducido en 20%. Esto como consecuencia de las varias inclusiones que se han realizado al POS entre 2002 y 2006, frente a sólo tres modificaciones en la UPC. De hecho, la mayoría de nuevos procedimientos del POS no cuenta con una evaluación contrafactual que determine si la siniestralidad del evento y su costo promedio ameriten un cambio en el valor nominal de la UPC.

Cálculos preliminares han demostrado que el pasivo contingente del componente de Medicare del sector salud en Estados Unidos (sin incluir medicamentos) está alrededor del 90% del PIB de 2007. Incluyendo el costo de medicamentos, el pasivo asciende al 259% del PIB de 2007 (ver gráfico 3). Esto implica que si

el Estado norteamericano continúa gastando cerca de US\$2 trillones anualmente en el sector salud, se estaría generando un faltante adicional de US\$600 millones por año.

Con relación a Colombia, y teniendo en cuenta los grandes problemas de cobertura que enfrenta el sistema de salud de Estados Unidos, es coherente pensar que el pasivo contingente de este país (incluyendo

el componente de Medicaid en su totalidad) es superior al de Colombia. Así mismo, nuestro resultado de un VPN del orden del 97% del PIB (de 2007) luce consistente, por ejemplo, con el estimado para el caso de pensiones en Colombia, del orden del 160% del PIB y con una relación además de 61% (salud/pensiones), inferior a la de Estados Unidos (221%). 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta O., Ramírez M. y Cañón, C. (2005), "La viabilidad del sistema de salud: lo que dicen los estudios", Fundación Corona-Fundación Santa Fe de Bogotá, Documentos de Trabajo No. 12.
- Agenor P. y Dodson B. (2006), "Public Infrastructure and Growth: New Channels and Policy Implications", artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D' Italia en Perugia, marzo 30-abril 1 de 2006.
- Barón G. (2007), "Cuentas de la salud de Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento", Ministerio de Protección Social y Departamento Nacional de Planeación.
- Clavijo S. (2002), "Sostenibilidad pensional y gasto social", Libros de Cambio, Alfa Omega, agosto.
- Clavijo S. (2004), "Public Debt, Contingent Liabilities and "Debt Tolerance": The Case of Colombia", artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D' Italia en Perugia, marzo 30-abril 1 de 2006.
- Clavijo S. y Torrente C. (2007), "La reestructuración del Instituto de Seguros Sociales", Informe Semanal Anif, No. 897 de 2007.
- Fedesarrollo (2005), "La reforma al sistema de salud: grandes preocupaciones", Economía y Política No. 11, noviembre 2005.
- Follete G. y Sheiner L. (2006), "A Microeconomic Perspective on the Sustainability of Health Spending Growth in the United States", artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D' Italia en Perugia, abril 3-5 de 2008.
- Harford T. (2007), "The Under-Cover Economist", Random House, Trade Paper Backs, New York.
- Krugman P. (2007), "The Conscience of a Liberal", W.W. Norton & Company, New York.
- Oliviera J., Maisonneuve C. and Bjornerud S. (2007), "Projections of OECD Health and Long Term Care Expenditures", artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D' Italia en Perugia, marzo 30 -abril 1 de 2006.
- Przywara B. y Costello D. (2007), "Health Care Expenditure Projections: Results, Policy Conclusions and Recommendations for Future Work", artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D' Italia en Perugia, abril 3-5 de 2008.

La salud pública: el componente olvidado de la Ley 100

Juan Carlos Correa *

Introducción

Un sistema de salud que no le da a la salud pública el lugar que se merece es un modelo de salud incompleto, que no busca el mantenimiento de la salud a largo plazo y que por definición no puede hacer el uso más eficiente de los recursos dispuestos para ella. Invertir en salud pública es una inversión a largo plazo que redundará a la larga en una optimización de costos en salud y en bienestar de la población.

¿Qué es salud pública?

Según la definición actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad e incluye el bienestar general de las personas.¹

La salud de las personas está básicamente determinada por dos elementos: su composición genética y el medio ambiente. Este último entendido en un concepto amplio que incluye el entorno físico, social,

cultural, económico y de comportamiento al que ha estado sometido el individuo a lo largo de toda su vida incluyendo el vientre materno. Y es precisamente en el mejoramiento de estos entornos donde la salud pública tiene su principal campo de acción.

Así como la medicina y los que la practican se ocupan de la salud individual de su paciente, la salud pública se ocupa de mantener la salud de grupos de población o de la población en general, así como de identificar y cuantificar los principales problemas de salud de la población, formular políticas destinadas a resolver o mejorar dichos problemas y asegurar el oportuno acceso de la población a servicios de salud con calidad que incluyan prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Recientemente se ha dado mayor importancia al entorno y a la interacción individuo-entorno que rodea al paciente como determinante de su situación de bienestar y salud. Esto incluye entornos familiares, econó-

micos, sociales y ambientales, entre otros, y es una situación dinámica y cambiante. El trabajador de la salud debe no sólo ver al individuo como un todo, sino que además debe considerar las posibles interacciones entre éste y su entorno tanto pasadas como presentes. Más aun, el mantenimiento de la salud no es terreno exclusivo del personal de la salud, sino que debe estar marcado por numerosas disciplinas y especialidades que deben conjugarse transectorialmente.

¿Por qué es importante la salud pública?

Hay quienes dicen que todo tiempo pasado fue mejor, pero lo cierto es que actualmente somos más personas

* Director de Salud Comunitaria de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

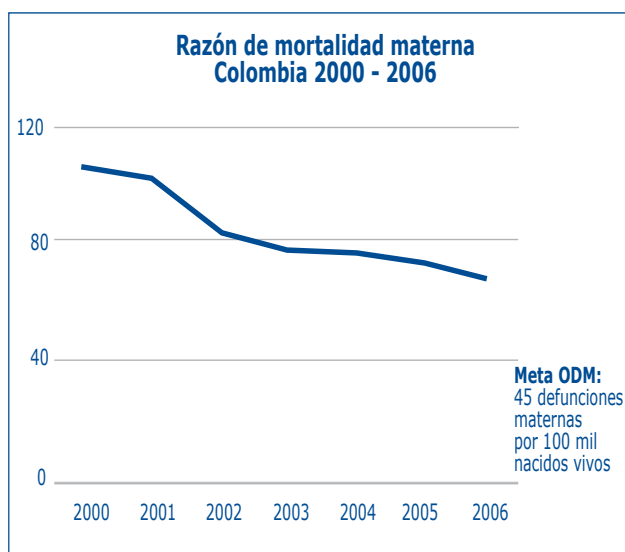
¹ Organización Mundial de la Salud. Constitución. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf, consultado: julio 2 de 2008.

y vivimos más tiempo (en promedio) que nunca en la historia de la humanidad. Más de seis mil millones de personas y creciendo, y una expectativa de vida al nacer de 71 años en promedio son un indicativo relativamente claro de nuestro éxito como especie en el planeta Tierra y de que hoy estamos mejor que antes.

Mucho de esto se debe en parte a avances tecnológicos en salud pública, por ejemplo el saneamiento ambiental con la creación de acueductos y alcantarillados nos permite (a la mayoría) tomar agua potable y enviar nuestros desechos orgánicos lejos, al menos de nosotros mismos; las vacunas y el triunfo sobre enfermedades infecciosas responsables de la muerte de muchas personas han logrado el mencionado aumento en la expectativa de vida y en parte la explosión demográfica.

Colombia también ha tenido importantes avances en esta materia como parte de su proceso de desarrollo, en paralelo con América Latina, sin mostrar los rezagos propios del continente africano pero sin grandes progresos como los vistos en áreas de Asia. En Colombia, la esperanza de vida al nacer es de 74 años, lo que no está mal si la comparamos con algunos países africanos con niveles de 40 años, como Zambia y Zimbawe. Pero también se han desperdiciado oportunidades de mejoramiento en salud por problemas de corrupción inicialmente y violencia posteriormente o simplemente porque a la salud pública no se la ha dado la prioridad que se requiere.

Es por eso que la salud de la población debe tener la más alta prioridad en cualquier gobierno y en el Estado.



Fuente: Así Vamos en Salud, http://www.asivamosensalud.org/areas/estado_salud.htm#1
Consultado: julio 1 de 2008.

Colombia también ha tenido importantes avances en esta materia como parte de su proceso de desarrollo, en paralelo con América Latina, sin mostrar los rezagos propios del continente africano pero sin grandes progresos como los vistos en áreas de Asia.

Perspectiva histórica en Colombia

Anterior a la reforma de la salud en 1993, existía lo que se llamó el Sistema Nacional de Salud. En aquel entonces, los colombianos estábamos divididos en tres grupos generales en materia de salud: los que tenían

capacidad de pago para servicios médicos particulares, los empleados afiliados al seguro social o cajas de previsión y sus familias, y todos los demás atendidos por el sector oficial o simplemente no cubiertos por el sistema. Hasta un 25% de la población no tenía ningún tipo de cobertura en salud.² Esos “demás” debían acudir a sistemas de salud informales o establecimientos de beneficencia. Además, no es de extrañar que este grupo de colombianos estuviera rodeado de entornos menos saludables. Las condiciones de infraestructura (acueductos, luz eléctrica, vías) eran

limitadas a ciudades importantes o intermedias cuando el grueso de la población se encontraba en el campo. Estas mismas condiciones impedían en muchas ocasiones un acceso oportuno a centros de salud bien dotados en zonas urbanas. No es de extrañar que la mortalidad y morbilidad (enfermedad), principalmente por causas infecciosas, fueran altas, especialmente en niños. Más recientemente, con la migración, muchas veces forzada, a las ciudades, se han generado crecimientos desordenados de las mismas. Esta población en condición de desplazamiento se asienta en barrios subnormales carentes de servicios públicos y saneamiento.

¿Qué pasó con la Ley 100 respecto de salud pública?

La Constitución de 1991 consagró la salud como un derecho de todos

² Londoño, B. El sistema de seguridad social en salud, Ley 100 de 1993. La Reforma de la Seguridad Social y la Salud Comunitaria. Memorias – II Foro Nacional de la Salud Comunitaria. Fundación Santa Fe de Bogotá, 1994.

los colombianos. La Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social, tenía la muy loable intención de convertir este mandato constitucional en realidad. Esto se lograría a través de un sistema de aseguramiento con cubrimiento universal con salud, pensiones y salud en el trabajo igual para todo el mundo.

En cuanto a salud, el énfasis se situó en proveer servicios asistenciales y en una medicina curativa para todos. El mantenimiento de la salud en las comunidades pasó a un segundo plano. Dichos servicios preventivos serían administrados, por una parte, por el Estado directamente en el caso de intervenciones colectivas limitadas geográficamente en lo que se llamó el Plan de Atención Básica (PAB), y por otra parte, por las empresas aseguradoras con planes de prevención y promoción dirigidos a sus afiliados. Tanto el primero como el segundo han tenido recursos insuficientes y los recursos destinados no se han empleado eficientemente.

Después de quince años de vigencia de la Ley 100, se podría decir que la salud de los colombianos ha mejorado con respecto a algunos indicadores. Pero aún no se ha logrado el tan anhelado cubrimiento universal de la población, más aun, buena parte de la población afiliada no tiene acceso oportuno a un trabajador de la salud cuando lo necesita y la calidad de la atención es deficiente en muchos casos. Además, hay diferencias marcadas entre lo cubierto por los diferentes

regímenes del sistema (contributivo para trabajadores y subsidiado para los desempleados).

Recientemente, como indicadores generales de la salud de la población se han presentado reducciones en las tasas de mortalidad infantil, tasas de mortalidad materna así como aumento en la afiliación y la cobertura de servicios. Es decir, estamos mejor que antes.

Lo más triste de todo es que no sabemos si esto es debido a la ma-

yor implementación de la ley o a la mejor situación económica del país o a una combinación de éstos y otros factores que como hemos visto pueden influir en la salud de los colombianos.

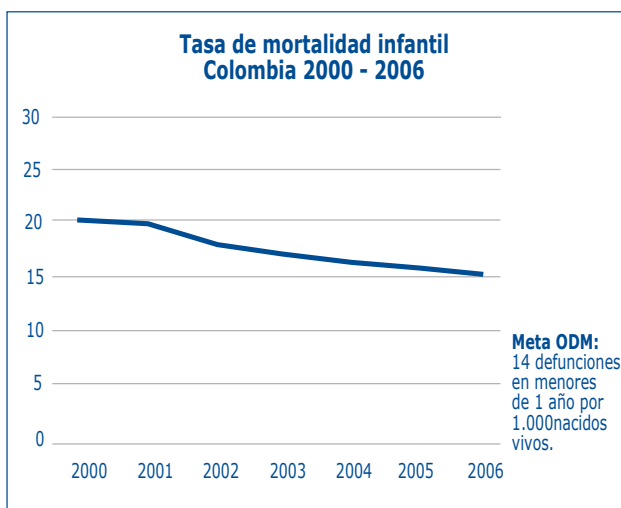
Además hay otros indicadores como el número de niños nacidos con bajo peso al nacer que ha venido aumentando en los últimos años.

Más aun, existen estímulos perversos en el sistema que hacen que algunas aseguradoras del sistema controlen el gasto mediante la no prestación adecuada u oportuna de los servicios, lo que hace que los usuarios deban acudir finalmente al servicio de urgencias para que le atiendan su problema médico. Es bien sabido que es precisamente en estos casos cuando la atención es más costosa en términos de calidad de vida para el paciente (mayores complicaciones, peor pronóstico, mayores secuelas) y en términos monetarios para el sistema. Es decir, todo lo contrario de lo que un sistema preventivo busca.

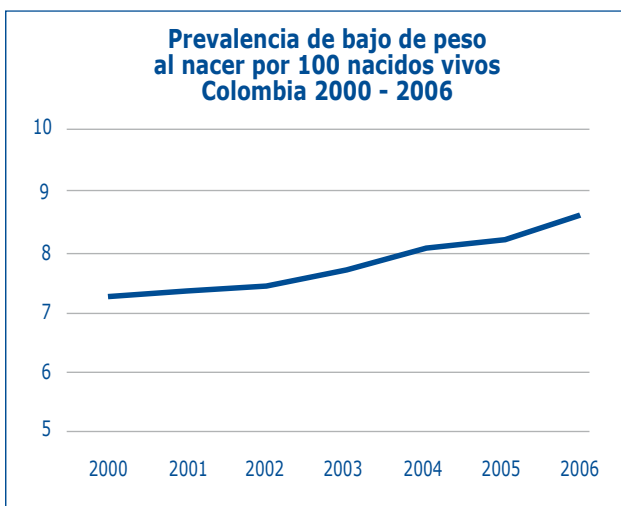
También hay serios indicios de que la salud pública misma está en crisis. El brote de rabia recientemente y la baja cobertura en vacunación son síntomas preocupantes al respecto.

¿Qué hizo la Ley 1122 en materia de salud pública?

Recientemente la Ley 100 ha tenido modificaciones buscando mayor eficiencia del sistema, mejor financiamiento y cubrimiento



Fuente: Así Vamos en Salud, http://www.asivamosensalud.org/areas/estado_salud.htm#1
Consultado: julio 1 de 2008.



Fuente: Así Vamos en Salud, http://www.asivamosensalud.org/areas/estado_salud.htm#1. Consultado: julio 1 de 2008.

universal. También se busca tener un mayor control sobre la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio. La Ley 1122 de enero 9 de 2007 introdujo varias de estas modificaciones.

Sin embargo, en materia de salud pública los cambios son más de forma que de fondo. Dentro de esta reforma se estableció el Plan Nacional de Salud Pública. Y la reforma dice que dicho Plan será definido por la Nación de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo cada cuatro años. El Plan de Atención Básica ahora recibe el nombre de Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. En el texto de la Ley no hay una definición de objetivos concretos, sino que más bien queda la sensación de una libertad para aplicar el Plan Nacional de Salud Pública de acuerdo con las necesidades de cada región, con sus coincidencias con el Plan de Desarrollo y con la interpretación que los gobernantes de turno hagan de él. Finalmente, si bien establece un aumento de los recursos captados por el sistema, en materia de recursos asignados a la salud pública no dice nada.³

La reforma en salud en Colombia en los años noventa fue muy importante en el sentido de haber reconocido que la salud y el bienestar de toda la población es un derecho. Sin embargo, su concepción y espíritu se quedó en un modelo primordialmente asistencialista enfocado principalmente a restaurar la salud una vez ésta se ve afectada. Esto se dio tanto en el objeto como en los recursos asignados. Con las reformas introducidas después de quince años de experiencia, este modelo no ha cambiado al respecto, simplemente se ha centrado en lograr los objetivos inicialmente propuestos.

Un modelo de salud más balanceado, que tenga un mayor énfasis

en el mantenimiento de la salud primero, y en la recuperación de la salud después, y cuyas dos vertientes sean complementarias es, en teoría, lo más deseable para cualquier sistema de salud. La salud pública debe tener una mayor visibilidad y una mayor asignación de recursos. Debe estar basada en la evidencia, en las mejores prácticas disponibles y se debe llevar a cabo por profesionales idóneos.

La salud pública debe tener una mayor visibilidad y una mayor asignación de recursos.

Debe estar basada en la evidencia, en las mejores prácticas disponibles y se debe llevar a cabo por profesionales idóneos.

¿Hacia dónde debería ir la salud pública?

Así como la investigación es importante en medicina, también lo es en salud pública. Es importante conocer cuáles son los problemas de salud reales y percibidos de la población, proponer soluciones concertadas a dichos problemas y evaluar si las soluciones propuestas han sido efectivas o no. Las soluciones efectivas se deben constituir en mejores prácticas y se deben replicar—de ser posible—a mayor escala y cobijar a un mayor número de personas. Sin embargo, muchas de las intervenciones en salud pública se llevan a cabo sin un componente riguroso de evaluación,

lo que impide saber si la intervención en cuestión cumple sus propósitos o no, y por ende si los recursos empleados en dicha intervención se han empleado eficientemente o no. De manera que la investigación juega un papel muy importante en la búsqueda de las soluciones a los problemas de salud.

Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en la prevención y promoción de la salud; desafortunadamente la salud pública con algunas excepciones no tiene un papel primordial en la educación en salud. En nuestras facultades de medicina por ejemplo, salud pública equivale a unas pocas horas de cátedra, consideradas como una “costura” y de la que muchos alumnos recuerdan poco en su ejercicio profesional. Es así como muchos profesionales de la salud tienen una vaga noción de lo que es salud pública, desconocen y no ponen en práctica labores sencillas de detección específica de riesgo y de prevención de enfermedades prevalentes en su población de pacientes.

Conclusión

Un sistema de salud tanto preventivo como asistencial, con recursos importantes en cada uno de estos brazos, con prácticas basadas en evidencia, trabajo intersectorial y con la comunidad y con una visión a largo plazo es lo más deseable. El Sistema General de Seguridad Social colombiano se ha quedado corto en este sentido. Si queremos mantener y mejorar la salud de nuestra población a un costo razonable, la salud pública debe tener un papel preponderante y ser el pilar fundamental sobre el cual se construye el sistema. 

³ Ley 1122 de enero 9 de 2007.



Entrevista al presidente de Acemi: Juan Manuel Díaz-Granados

“Asegurando la salud de los colombianos”

CARTA FINANCIERA: ¿Están mejor los colombianos hoy en cuanto a cobertura en salud que hace quince años?

JUAN MANUEL DÍAZ-GRANADOS: Yo creo que la reforma al sistema de seguridad social en Colombia ha sido el cambio más profundo que ha tenido el país en los últimos veinte años. Si uno lo ve desde la óptica constitucional, la Constitución del 91 perseguía básicamente tres grandes principios: un sistema universal, un sistema solidario y un sistema eficiente. En la universalidad se ha avanzado tremendamente: hoy ya

tenemos más del 90% de la población cubierta, ¡y en menos de quince años! Para buena parte de los países europeos la universalidad ha tomado más de treinta años y algunos no lo han logrado. Colombia es reconocida internacionalmente como el país que más ha avanzado en materia de universalidad.

El sistema colombiano es uno de los más solidarios. Bajo la idea de Juan Luis Londoño, quien lo estructuró en su momento, el sistema colombiano se nutre de cotizaciones que son una función del ingreso. Eso quiere decir que cada quien cotiza según su

capacidad económica, pero desde el punto de vista de la satisfacción de necesidades, cada quien recibe según su necesidad. Esa es una de las grandes fortalezas del sistema colombiano. La solidaridad se surte desde el punto de vista económico cuando las cotizaciones ingresan a la subcuenta de compensación del Fosyga y éste le entrega las primas de seguros a cada una de las EPS según las personas cubiertas, la edad, el sexo y el territorio en el cual esté ubicada la respectiva persona. Eso quiere decir que la solidaridad en Colombia es económica, entre jóvenes y ancianos, entre hombres y mujeres, entre sanos y enfermos, y entre grandes, pequeñas y medianas ciudades.

El tercer principio constitucional es la eficiencia, entendida como la mejor administración de los recursos. Hoy en día el sistema de EPS privadas está gastando alrededor de \$12 pesos en costos de administración: por cada \$100 que reciben como ingresos, y restituyen a la sociedad cerca de \$88 pesos en gasto médico. Es lo que en el mundo de los seguros se denominaría la siniestralidad. Este indicador de eficiencia es un indicador muy bueno comparado con lo que era el sistema en el pasado, cuando los gastos administrativos de las entidades públicas (ISS y las cajas de previsión) eran enormes. También es muy bueno si uno lo compara con otros sectores similares. En el sector tradicional de seguros y en el sector bancario, el indicador de gastos frente al ingreso supera el 20%. Por lo tanto, hemos logrado eficiencia y eso ha permitido que haya una mayor destinación de recursos al gasto en salud. Eso se traduce en que hoy, además de que hay más personas cubiertas, éstas

están recibiendo más servicios. Según un estudio de Acemi sobre servicios suministrados, las EPS privadas están prestando más de 120 millones de servicios al año. Para compararlo frente al sistema anterior, se realizó un estudio en donde tomamos el único referente existente (que era un estudio sobre consulta médica del ISS de 1993) y lo confrontamos con los servicios de consulta que se brindan hoy en día. La conclusión es que el sistema de EPS privadas presta un 50% más de consultas médicas. El modelo de EPS es un modelo basado en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud en medicina familiar, el cual en un primer nivel tiene un papel fundamental: allí debe atenderse el mayor volumen de casos y solamente

remitir a los niveles superiores los casos más complejos. En ese primer nivel es fundamental la atención a la madre y al niño: por eso ha crecido mucho la consulta especializada en pediatría y en ginecobstetricia.

Entonces, es un balance muy positivo. Lo que la ley buscaba era que todos los colombianos tuviesen acceso al servicio de salud y que el dinero fuese utilizado de la manera más eficiente en favor del usuario.

C.F.: ¿Cuál es el papel de las EPS en el sistema de salud?

J.M.D.: Las EPS en estricto rigor son aseguradoras de salud. La actividad aseguradora, que además es muy antigua, tiene unos principios técnicos que la enmarcan. La EPS como aseguradora asume el riesgo

de la enfermedad y, en consecuencia, cubre los costos económicos cuando se produce la enfermedad. Las EPS en Colombia cubren la enfermedad en los términos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Ese POS es un catálogo de servicios donde hay procedimientos, insumos y medicamentos. El Estado dispone cual es el plan de salud. El sistema le reconoce a las EPS una prima de

La solidaridad se surte desde el punto de vista económico cuando las cotizaciones ingresan a la subcuenta de compensación del Fosyga y éste le entrega las primas de seguros a cada una de las EPS según las personas cubiertas.

seguro por cada persona cubierta, que en el sistema se denomina UPC. Esa prima, como su nombre lo indica, debe ser suficiente y debe cubrir los componentes esenciales de cualquier prima de seguros: el costo esperado de los siniestros, es decir, el costo esperado del gasto médico y los gastos administrativos y de promoción y, obviamente, un porcentaje destinado a que el asegurador tenga una utilidad razonable. Estamos hablando de operadores privados que incursionan en una actividad esperando obtener una utilidad razonable por su inversión y por su actividad. Debe destacarse una particularidad: la EPS no tiene autonomía ni para determinar el producto (que es el POS) ni el precio (que es la UPC). Ésta es una actividad extremadamente sobre regulada. El grado de intervención es

de la más alta intensidad, yo creería que en Colombia es la actividad más intensamente intervenida por el Estado. Uno podría hablar casi de una coadministración de parte del Estado en la actividad de las EPS.

Las EPS además cumplen otras funciones: pago de prestaciones económicas, que son las incapacidades y las licencias de maternidad, y realización de actividades

El país debe empezar a dar una discusión ya con relación a qué plan de beneficios quiere, cuánto está dispuesto a pagar y qué metodología debe utilizarse para definir qué está en el plan de beneficios y qué no está.

de promoción y de prevención de carácter individual, que son las que focalizadamente se hacen con relación al individuo, no aquellas actividades de promoción general de la población. Esas campañas generales corresponden al gobierno y a los entes territoriales como, por ejemplo, el control de vectores al saneamiento del agua potable, que son elementos que inciden directamente en la salud pero que no son del resorte de las EPS. Hay un segundo grupo de actividades que las EPS hacen por delegación del Estado: recaudar las cotizaciones. Eso se hace para que el dinero ingrese al Fosyga.

C.F.: ¿Cuál es el principal problema para las EPS en materia de aseguramiento?

J.M.D.: El pago de lo que no está cubierto por el POS es una de las problemáticas más complicadas que tiene hoy el sistema. Cuando se trata de servicios de salud excluidos del POS, la Corte Constitucional ha desarrollado unos principios según los cuales, si está de por medio la vida digna, todo colombiano tiene derecho a acceder a los servicios de salud que se encuentren por fuera del POS.

En realidad, eso no es obligación de las EPS, las cuales responden por el POS y lo que les paga el sistema: la prima es para eso. La deuda correspondiente al no-POS es ajena a las EPS y su destinatario es el sistema, el Estado. Sin embargo, se creó una distorsión muy complicada en el

sistema porque las sentencias de la Corte Constitucional establecieron que las EPS pagaban lo no-POS, es decir se condena a las EPS a pagar una deuda ajena. Para restablecer el equilibrio, la Corte dispuso que las EPS tienen la facultad de recobrar ese dinero del sistema. En un principio esto no tuvo una magnitud importante porque era muy incipiente el número de casos, pero esto se desbordó: el año pasado las EPS llegaron a un millón de recobros y, al paso que van, este año llegarán posiblemente a un millón y medio o más. El número de casos no-POS crece a una velocidad enorme y el costo también. Esa es una preocupación muy grande porque, a este ritmo, el Fosyga colapsará en dos años. El país debe ser consciente, al margen del diseño

del sistema, al margen de que haya o no haya sector privado (esa es otra discusión), de que Colombia no tiene recursos económicos suficientes para financiar un plan de salud ilimitado. Si nosotros quisiésemos hacerlo, la cotización habría que duplicarla, es decir, podríamos pasar a una cotización cercana al 25% sólo para la salud. Obviamente en esas condiciones, esto no es sostenible ni para el empresario, ni para el empleo, ni para la competitividad del país. Además, si hablamos desde el punto de vista fiscal, es decir si quisiésemos financiar la provisión de recursos de salud vía impuestos, esto lo que haría es acentuar mucho más el problema fiscal que ya existe en el país, colocando la economía colombiana en una coyuntura realmente complicada. Por eso, el país debe empezar a dar una discusión ya con relación a qué plan de beneficios quiere, cuánto está dispuesto a pagar y qué metodología debe utilizarse para definir qué está en el plan de beneficios y qué no está. Lamentablemente, cuando uno no tiene dinero suficiente, necesariamente hay que priorizar para saber qué entra, que queda para una segunda opción, que queda para una tercera opción y que definitivamente no se cubriría.

C.F.: Todos los días salen en la prensa quejas en contra de las EPS. ¿Por qué se han convertido las EPS en el objetivo de la prensa?

J.M.D.: Yo creería que el país tiene una memoria muy corta. Este tema de la salud es un ejemplo más: el país se ha vuelto muy exigente y no se acuerda de lo que era el antiguo sistema. Si usted compara el antiguo sistema frente al nuevo sistema desde cualquier punto de vista, es sustancialmente mejor. Pero, en la conciencia del país, se ha generado

la idea de que el POS debe ser ilimitado, que todo debe ser gratis y para ya. Nosotros como aseguradores tenemos un problema y es que nuestra función no es solamente dar un carné de seguro: nuestra función es buscar que exista una red de prestación en el territorio donde operamos.

En este contexto, Colombia tiene insuficiencia de red: tiene 12 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, mientras que el promedio latinoamericano está en 18; tenemos problemas no solamente de infraestructura médica sino además de personal de la salud. Nos faltan especialidades y la producción de especialistas no es suficiente o los profesionales son suficientes pero están concentrados en ciertas regiones y cuando se requieren servicios en otras regiones, el médico tiene la agenda llena. Así la EPS dé la autorización, el médico puede tener la agenda llena en los siguientes dos meses o no hay camas disponibles y hay que remitir los pacientes de una ciudad a otra. Entonces estos casos pueden explicar en parte el motivo de las inconformidades.

Otro asunto es que los colombianos han aprendido, cada vez más, a usar el POS, y el volumen de solicitudes es cada vez mayor. El otro elemento es que el POS no se ha revisado desde 1994, a pesar de la evolución tecnológica y del cambio del perfil epidemiológico.



Se han hecho unas actualizaciones puntuales al POS pero no ha habido una revisión integral.

C.F.: ¿A qué le atribuye usted el “activismo judicial” en materia de salud?

J.M.D.: El activismo judicial colombiano, atípico en América Latina y creo que en el mundo, proviene de la concepción de la Constitución de 1991 del Estado Social de Derecho. La Constitución lo que dice es que hay derechos que son fundamentales y son exigibles des-

de ya, independientemente de cualquier consideración. Pero hay otros derechos que son derechos prestacionales como, por ejemplo, la salud, la educación, la vivienda, el vestuario, el esparcimiento etc. Esos derechos obviamente tienen un contenido económico importante y lo que dice la Constitución es que son de naturaleza progresiva, eso quiere decir que son exigibles solamente en la medida en que haya recursos económicos para su financiación. Lo que ocurrió en Colombia es que la evolución constitucional estableció el principio de la conexidad, según el cual un derecho que no es fundamental como la salud, por conexidad con otro derecho que si es fundamental, se vuelve fundamental. El criterio de conexidad constitucional en Colombia es la vida digna; en consecuencia, todo aquello que comprometa la vida digna será fundamental y tutelable. Por lo tanto, las

exclusiones del POS pueden ser materia de cobertura y esto ha venido acentuándose. En este año hay un hito: la Sentencia C-463 de mayo de 2008, según la cual hay una reiteración mucho más profunda de la Corte en este sentido y que tiene un contenido específico. Hay muchas cosas que no son materia de cobertura, por lo cual, la gente pone tutela y esto estimuló al país para que se colocaran más tutelas: las personerías colocan tutelas, la Defensoría del Pueblo coloca tutelas, hay universidades que tienen oficinas especializadas en poner

tutelas. El país entró en una cultura de tutela que tomó un ritmo bien importante. La Sentencia C-463 lo primero que hace es reiterar que el derecho a la salud debe ser para todos, en todos los servicios y en forma inmediata. En otras palabras, construyó un POS jurisprudencial casi que ilimitado. Lo segundo es que dispuso que ya no es necesaria la tutela porque estableció que el CTC tiene facultades para tramitar todo lo no-POS en procedimientos insumos y medicamentos y el CTC no puede objetar lo que decida el médico tratante. En estas circunstancias, teniendo un POS jurisprudencial prácticamente ilimitado y un mecanismo simplemente de trámite que no puede cuestionar en principio las decisiones del médico tratante, se han activado las alarmas en el sector, empezando por el gobierno, por cuanto, al ritmo que vamos, en dos años el Fosyga podría estar quebrado, sin recursos.

C.F.: ¿La generosidad de las Altas Cortes con los afiliados no está matando el negocio de la medicina prepagada?

J.M.D.: El POS tenía una noción de un plan de salud que cubriera lo esencial, lo prioritario y planes adicionales que la gente pudiera comprar para todo lo demás. ¿Qué pasó en Colombia? Los planes adicionales no crecen porque el POS colombiano, si se compara con otros países del mundo, es uno de los planes de salud más generosos. Si se suma el POS judicial, se produce un efecto perverso y afecta los planes adicionales en número de usuarios. Los planes adicionales hay que estimularlos porque el crecimiento de la tecnología, de la innovación, de los nuevos medicamentos, tiene

un costo económico mucho mayor y eso hay que financiarlo de alguna manera.

C.F.: ¿Cómo cree que el país debería reformar su legislación en este tema para que deje de ser un tema judicial y se convierta en uno administrativo?

J.M.D.: Yo diría que el problema ya no es judicial o administrativo porque la Corte dijo

Debemos abrir ya la discusión a un tema nacional con relación al manejo de la financiación y el plan de beneficios que queremos hacer.

que no se requería la tutela y pasó a ser un tema administrativo. El problema ya no es un problema de eventuales congestiones en los despachos judiciales, es un tema de concepto: ¿cuál es el plan de salud que Colombia puede financiar, cómo se va a pagar y cuáles son las fuentes para su financiación? Eso requiere que el país haga un profundo debate sobre lo que está pasando. El país no es consciente todavía: los empresarios y los trabajadores deben ser informados de lo que está ocurriendo. Si no encontramos una solución relativamente rápido, primero el sistema

puede colapsar porque las EPS no van a poder seguir operando. El mensaje es que en el estado actual de las cosas, reconociendo todos los avances que ha habido en el sistema, hay que tomar decisiones de fondo con relación al sistema que no son de los aseguradores ni de los médicos ni de las clínicas; es un tema nacional. Yo creo que debemos abrir ya la discusión con relación al manejo de la financiación y el plan de beneficios que queremos. Ese debate lo tenemos que dar indefectiblemente.

C.F.: Una crítica común a los ministros de salud es que sabían medicina pero no necesariamente sabían administrar. ¿Está usted de acuerdo con esa visión?

J.M.D.: En mi opinión el tema hay que dividirlo: uno es el tema de aseguramiento de la salud, para lo cual se requiere en empresas aseguradoras profesionales y técnicas; otro tema distinto es la prestación de servicios de salud para lo cual se requieren prestadores profesionales y técnicos y finalmente está todo el tema de diseño del sistema, generación de políticas y control y vigilancia y para eso se precisa un Estado y unas dependencias del gobierno idóneas para el cumplimiento de esos fines. Yo creo que ahí tenemos un reto muy grande en el país.

Personal

C.F.: Usted tiene una trayectoria profesional en el área de administración y finanzas, ¿Cómo llegó a representar un gremio que está en el sector de la salud?

J.M.D.: Toda mi vida he estado en el mundo de los seguros, tanto

en el tema gremial como en el tema de gestión empresarial. Estuve en Fasecolda cerca de diez años en dos períodos; luego estuve como responsable en una aseguradora y luego estuve en otro grupo multinacional asegurador, pero siempre en el tema de los seguros. Me gusta el tema de los seguros y me gusta el tema gremial. Estoy en un tema gremial que es Acemi y en un tema que es de seguros. La EPS en el fondo es una aseguradora. El sector es muy importante: el tamaño del sistema de salud es del 6.8% del PIB si uno le agrega todos los componentes. El aseguramiento son cerca de 3 puntos del PIB. Los ingresos son cuantiosos, a pesar de que, para los aseguradores, la rentabilidad sea muy baja o negativa. Las EPS son uno de los generadores de empleo más destacados. Además, el volumen de personas cubiertas asciende a 17 millones en el contributivo y en el subsidiado estamos hablando de más de 20 millones de personas y se mantienen relaciones con un número muy grande de clínicas y de profesionales de la salud. Es un sector de altísimo interés público y contenido social.

C.F.: ¿Qué hace para distraerse? ¿Cuáles son sus hobbies?

J.M.D.: Yo soy profesor universitario en materias de responsabilidad civil, seguros, y seguridad social en varias universidades del país, y si me queda tiempo después de las actividades gremiales, la pintura. También escribo libros de derecho, pero esto último ha sido bien difícil hacerlo en las actuales circunstan-



Se requiere sector privado en materia de prestación, insumos y se requiere obviamente sector privado en materia de aseguramiento.

cias porque la agenda es bien intensa, entonces no me ha quedado mucho tiempo para eso.

C.F.: Noto que usted ha recorrido la mitad del país, sobre todo visitando lugares que muy poca gente conoce ¿Cómo hace para cuadrar la agenda y poder escaparse para pintar estos cuadros tan bonitos?

J.M.D.: Trato de coincidir con mis hijos para salir y me gustan mucho la topografía y los paisajes colombianos, entonces trato de que el esparcimiento coincida con la posibilidad de tener referentes para hacer las pinturas.

C.F.: ¿Y cuando se va a esos rincones apartados en la Guajira o en los Llanos aprovecha para ver como está el cubrimiento en la red de salud?

J.M.D.: Sí, y ahí es donde uno constata que todavía nos falta mucho, y que el sector privado puede aportar positivamente en ello. Si aquí no hubiera sector privado, lo vivimos mucho tiempo, esto no funcionaría. Se requiere del sector privado para que el médico pueda ejercer en forma privada. Se requiere sector privado en materia de prestación, insumos y se requiere obviamente sector privado en materia de aseguramiento. El sector privado ha demostrado en este país que le genera valor agregado a la sociedad y obviamente hay que establecer un marco de referencia y unas reglas del juego y una estabilidad jurídicas apropiadas para que el sector privado pueda continuar. Nosotros tenemos reservas en eso: no estamos conformes con la situación, ni con el marco jurídico y no vemos claro que en el mediano plazo el sector privado pueda seguir participando. Por eso hay una preocupación muy grande en lo que puede ser la sobrevivencia del empresario privado en el aseguramiento de la salud en Colombia.

C.F.: Muchas gracias. 

Finanzas territoriales y política fiscal anticíclica *

A mediados de 2007 se aprobó el Acto Legislativo 04 de 2007, el cual modificó por cuarta vez las disposiciones legales en materia de transferencias territoriales en tan sólo quince años de existencia (¿Alguien tenía dudas sobre inestabilidad jurídica en Colombia?).

Dicha reforma fijó, para el período 2008-2016, el régimen de “transición” del Sistema General de Participaciones (SGP) sobre los tributos del Gobierno Central (GC), cuyas reglas provenían del Acto Legislativo 01 de 2001. Este ajuste al régimen de transferencias dejó un sabor agri dulce.

De una parte, la reforma garantizó cierta estabilidad en los ingresos de los territorios, al tiempo que evitó una “explosión” del SGP a niveles del 6.5% del PIB, insostenibles para las finanzas del GC. Dicha carga hubiera representado entre el 1%-2% del PIB de déficit fiscal adicional para el GC, claramente inconveniente para la salud macroeconómica del país.

Pero, de otra parte, dicha reforma otorgó una serie de “seguros” a favor de los terri-

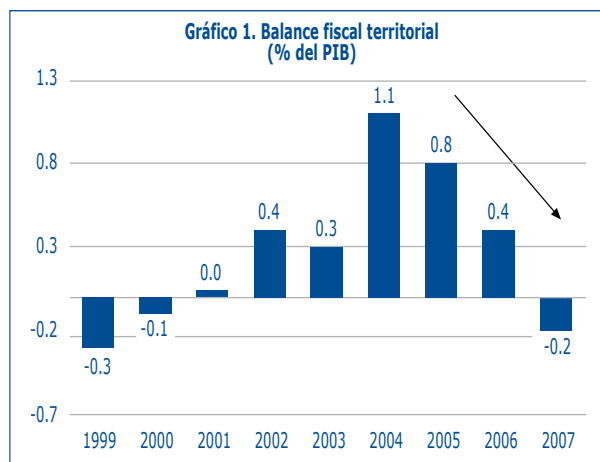
torios, lo cual implica que en los años de “vacas flacas” el GC enfrentará serios riesgos de estrés financiero. Debido a ello, las transferencias territoriales del SGP continuarán representando entre el 31%-33% de los ingresos de la Nación y las transferencias totales un 43%-45%, incluyendo en estas últimas la “sobretasa educativa” que otorgó el GC en los últimos hervores de la negociación en el Congreso (ver *Informe Semanal* No. 893 de agosto de 2007).

El Congreso procedió entonces a expedir la Ley 1176 de diciembre de 2007 con el fin de reglamentar dicha

reforma constitucional. Respecto de la Ley 715 de 2001, la nueva reglamentación ahondó en el tema de “destinaciones específicas” hacia agua-alcantarillado, dado que la democracia local le daba poca prioridad a este tema tan esencial frente a las piscinas de olas, los velódromos y los polideportivos.

En este informe revisaremos los principales aspectos de la Ley 1176 de 2007 y haremos algunas reflexiones sobre el proceso de descentralización en Colombia y el manejo de las finanzas territoriales. Como veremos, el nuevo régimen de transferencias trata de ejercer un mayor control fiscal- administrativo sobre las regiones. Pero, paradójicamente, esa alta dependencia tributaria respecto al GC ha terminado por generar “pereza fiscal” y una elevada propensión al gasto operativo local (el llamado *flypaper effect*).

De hecho, el balance fiscal territorial ya ha empezado a dar un vuelco hacia el dete-



Fuentes: Confis-MHCP.

* Corresponde al *Informe Semanal* Anif No. 930 de mayo 27 de 2008.

rioro, pasando de superávit cercanos al 1% del PIB en 2004 hacia déficit del 0.2% en 2007 (ver gráfico 1). Este balance territorial se podría convertir en un verdadero dolor de cabeza en los años venideros y entonces el consolidado público se podría elevar del actual 1% del PIB a niveles del 2%-3% (incluyendo aquí el drenaje de entidades como Ecopetrol-ISA-Isagen, cuyos superávit se registrarán ahora en el sector privado).

Es entonces evidente que el proceso de descentralización le ha generado a Colombia un círculo vicioso en el que: 1) los gobiernos regionales no generan suficientes ingresos propios; 2) pasan a depender excesivamente de las transferencias y los “impuestos compartidos”; y 3) el GC se ve forzado a imponer mayor ordenamiento fiscal, en momentos en que la corrupción, la guerrilla y el paramilitarismo amenazan dicho proceso de descentralización fiscal.

En medio de todo este caos fiscal resulta entonces ilusorio pensar que el GC de Colombia pueda adelantar políticas fiscales anticíclicas, en momentos en que ello es tan necesario para enfrentar las presiones inflacionarias y revaluacionistas.

La nueva Ley de Transferencias. La Ley 1176 de 2007 mantuvo las porciones destinadas a educación y salud en un 58.5% y un 24.5% del SGP, respectivamente. Pero dicha ley redujo la porción de recursos de “propósito general” de 17% a 11.6%. Esto con la idea de destinar el 5.4% remanente a los programas de agua potable y saneamiento básico. No cabe duda de que se trata de un cambio

muy positivo, que habrá de representar mejoras sustanciales en la salud, especialmente en las poblaciones más atrasadas.

Adicionalmente, se reforzaron los criterios de “capitación” (alumnos matriculados), dispersión geográfica y eficiencia para lograr una mejor aplicación de estos recursos. También se facultó al Conpes Social para ingeniar directrices específicas tendientes a mejorar la atención integral a la primera infancia.

La bolsa de recursos de “propósito general” deberá destinarse máximo en un 42% a funcionamiento, un 10% al Fonpet, 4% a deporte, 3% a cultura y 41% a “libre inversión”. En

Estudios recientes para América Latina señalan que la baja capacidad tributaria de los territorios va de la mano con la inestabilidad macro-fiscal.

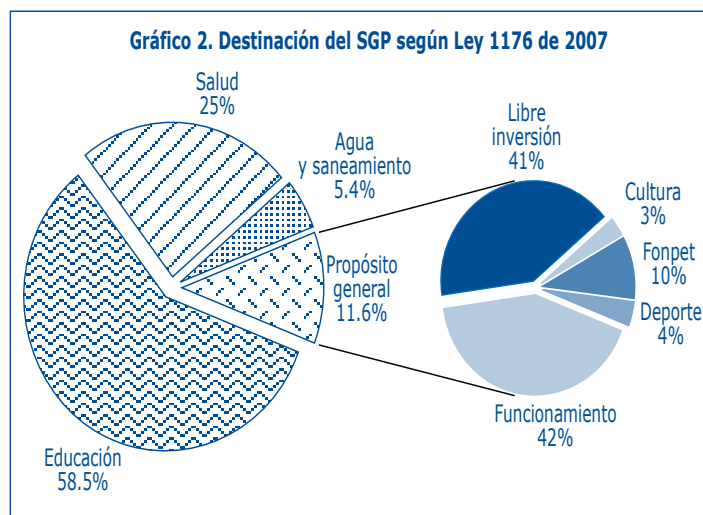
esta última se incluye una asignación específica para municipios con menos de 25 mil habitantes (ver gráfico 2). Adicionalmente, se han establecido criterios de “eficiencia administrativa” que pretenden generar incentivos para la gestión fiscal responsable.

La dependencia de las finanzas territoriales. Estas modificaciones de la Ley 1176 de 2007 van en la dirección correcta de afinar los criterios de distribución. Sin embargo, el principal problema de la descentralización en Colombia parece ser otro: la excesiva dependencia de las transferencias de la Nación. Paradójicamente, mientras más transferencias (como porcentaje de los ingresos de los territorios), menos descentralización fiscal. Esta dependencia ha venido ascendiendo en años recientes y se espera que la relación SGP/ingresos territoriales se eleve desde 44% en 2005, hasta 47% en 2008 (ver gráfico 3).

Estudios recientes para América Latina señalan que la baja capacidad tributaria de los territorios va de la mano con la inestabilidad macro-fiscal. Dicho de otra manera, la dependencia fiscal territorial genera rigideces en el gasto del GC y los problemas de microeficiencia acaban

con los incentivos para implantar una gestión fiscal prudente (Ahmad y Brosio, 2008). Tal vez el vecino que sale mejor librado en esta materia es Brasil, donde el poder de tributación y recaudo de los gobiernos subnacionales ha sido elevado, aunque se han detectado problemas en la implementación de tarifas a nivel del IVA regional-local.

Un argumento en favor de superar la “pezeza fiscal territorial” es



Fuente: Ley 1176 de 2007.

precisamente el de evitar los ímpetus recentralizadores, donde el GC siente que debe retomar el control fiscal frente a deterioros en las finanzas locales. No siempre los gobiernos locales dominan su base tributaria y de allí la importancia de detectar a tiempo cuál es la causa de dicho deterioro. Colombia, en particular, constituye un ejemplo sobre cómo es que la dependencia tributaria, a través de impuestos compartidos y transferencias, desestimula la disciplina fiscal local (Clavijo, 1998; Acosta y Bird, 2004).

Colombia y México son víctimas de la excesiva rigidez en materia de transferencias territoriales. En Colombia, además del SGP, existen partidas por cerca del 12% de los ingresos tributarios del GC (2% del PIB) que constituyen “rentas atadas” a universidades, sobretasa-malla vial, etc. Esta rigidez conlleva al menos tres problemas adicionales: 1) genera cabildeo para incrementar asignaciones particulares; 2) incentiva la “contabilidad creativa” para evadir los controles; y 3) estimula la malversación de recursos.

Este último problema bien lo ilustra el profesor Arnold Harberger en su reciente visita a Colombia. Decía él que el buen uso de los recursos públicos y un riguroso análisis costo/beneficio son las dos características centrales de países verdaderamente desarrollados.

Los entes territoriales tienen interesantes alternativas para ganar mayor independencia tributaria. Tal vez la mejor opción se encuentra en lograr una gestión más eficiente de sus bases tributarias a nivel de rodamiento-predial-ICA, en el caso de los municipios, y a nivel de

licoreras-tabaco-apuestas, a nivel departamental.

Una opción poco explorada en Colombia y mucho en Brasil tiene que ver con los impuestos al ingreso personal. Ésta es una de las prácticas más comunes en el mundo desarrollado y representa gran parte de los ingresos subnacionales, implementada generalmente a manera de una sobretasa. En Colombia se ha usado de forma indirecta, por la vía de los combustibles, con una sobretasa a la gasolina de 25% con destinación territorial.

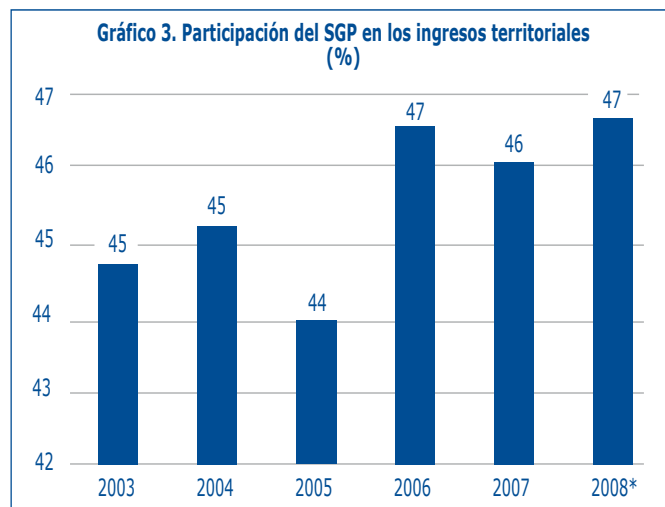
en sus sistemas de valoración y la renuencia de sus propios Consejos (usualmente cooptados por los terratenientes del área).

Conclusión. Hemos analizado cómo la Ley 1176 de 2007 sobre transferencias territoriales reglamentó de mejor manera la distribución de recursos del SGP. Los grandes beneficiados serán los municipios de menor desarrollo, donde el tema de agua-alcantarillado recibirá una alta prioridad.

Sin embargo, también vimos que la descentralización en Colombia se ha hecho a un gran costo fiscal y una baja productividad en la aplicación de los recursos. El mensaje que queremos dejar es que la elevada coparticipación tributaria induce “pereza fiscal” y proclividad al gasto operativo territorial. Ello, a su turno, obliga al GC a intentar un blindaje disponiendo “rentas atadas”, pero esto drena la independencia administrativa territorial e induce una mala asignación de recursos en muchos casos.

La descentralización política y fiscal en Colombia ha sido costosa, pero probablemente sus años más peligrosos han quedado atrás. Hemos evitado el descalabro de las “provincias” observado en Argentina (1998-2002), pero nos hemos rezagado en materia de desarrollo regional respecto a Brasil.

Si superamos esta fase de “pereza fiscal territorial” y ganamos en eficiencia por el lado del gasto, lograremos reducir el déficit fiscal estructural. Sólo entonces tendremos la oportunidad de aplicar políticas fiscales anticíclicas, como las que tanto añoramos para estos años 2007-2009. **ANIF**



* Proyección Plan Financiero 2008.
Fuentes: Confis-MHCP.

Recientemente se viene discutiendo la opción de replicar el esquema en los biocombustibles, aunque por el momento luce algo prematuro, dado su incipiente desarrollo.

En materia de gestión fiscal-territorial, el mayor potencial lo tiene claramente el predial. Si bien Colombia sale bien librado a nivel regional, recaudando cerca del 1% del PIB, la verdad es que el estándar en los países desarrollados bordea el 2% del PIB (Sabaini, 2006). El problema en Colombia es que el recaudo está altamente concentrado en Bogotá, mientras que los municipios intermedios y pequeños enfrentan la doble amenaza de la falta de gestión

Política económica: interés general vs. particular *

Los meses de mayo-junio de 2008 han sido de particular dificultad para las autoridades económicas: el Banco de la República (BR) y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP). De una parte, el BR ha debido sortear fuertes críticas por cuenta de un endurcimiento paulatino de su política monetaria y, de otra parte, el MHCP por mantener una política de gasto público que resulta insuficiente para que las cuentas fiscales logren actuar contracíclicamente frente a fuertes rebrotes inflacionarios.

Como si fuera poco, los indicadores líderes señalan un giro hacia una economía de menor dinamismo en 2008 respecto a 2006-2007 (ver Informe ALI No. 27 de junio de 2008). Si bien no se trata de un “colapso” de la economía colombiana, donde Anif considera que estamos en la ruta de un crecimiento cercano a 5% durante el año 2008, sí es evidente que la marcada apreciación cambiaria está amenazando la viabilidad de diversos sectores productivos. Baste señalar que el Índice de la Tasa de

Cambio Real, respecto a nuestros 18 principales socios comerciales (ITCR1), se ha apreciado cerca de 20%-30% real, llegando a niveles sólo vistos en el preámbulo de la crisis de 1998-2001. Anif ha estimado un desalineamiento del ITCR1 del orden del 10%-15% real frente a los “fundamentales”.

Pues bien, en medio de estos desalineamientos, Anif ha venido señalando que el “establecimiento” se muestra algo confundido sobre el manejo macroeconómico a seguir. Dicho “establecimiento” está representado por el “promedio” de opiniones que manifiestan las autoridades económicas, de una parte, y las posiciones gremiales, de otra parte, sobre los objetivos (inflación, tasa de cambio y flujos de capital) y el manejo de los instrumentos (tasas de interés, encajes y controles de capital).

En esta nota describiremos las contradicciones que se observan entre objetivos-instrumentos, especialmente cuando prima el interés sectorial sobre el general. Es claro que la “lectura” de la coyuntura actual

es compleja, pues a Colombia se le percibe internacionalmente mejor de lo que en realidad está. Esto último debido a la persistencia de sus déficit externos-fiscales y al rebrote inflacionario que está destruyendo los mercados financieros locales.

Como veremos, la mejor solución para hallar los valores de “equilibrio” (en inflación y tasas de interés) es dejar que el BR actúe de forma independiente, cumpliendo su misión constitucional de lucha antiinflacionaria. En simultánea, el MHCP debe asegurar mayores ahorros contracíclicos para reducir la deuda pública y, de paso, apoyar las tareas del BR, o de lo contrario las dosis de la política monetaria-financiera anticíclica tendrían que ser mayores. Ahora bien, dado que Colombia actúa ya en un marco global, es inevitable que se genere un diferencial de tasas de interés internas-externas, pues el BR enfrenta una brecha de Producto positiva, mientras que la de la Fed es

* Corresponde al *Informe Semanal* Anif No. 933 de junio 16 de 2008.

negativa-recesiva. Por esta razón es ineludible que el BR-MHCP hayan tenido que echar mano de controles temporales a los flujos de capital (focalizados en renta fija y endeudamiento externo de corto plazo).

Objetivos macroeconómicos.

El objetivo de estabilidad macroeconómica tiene dos grandes soportes: 1) el componente de crecimiento económico sostenido, el cual tiene determinantes que tienen que ver con

unos países terminan creciendo a ritmos acelerados de 8%-10% anual y otros permanecen estancados en niveles bajos de 2%-4% anual.

Pero el segundo componente encierra un profundo dilema en política monetaria-cambiaria conocido como la “trinidad imposible”. En efecto, la afluencia de capitales hacia las economías emergentes durante el prolongado período 2004-2008 ha traído como resultado una nueva oleada de apreciación de sus monedas frente al dólar de Estados Unidos. Esta situación ha hecho revivir el teorema económico de la llamada ‘trinidad imposible’. Este teorema se refiere a la imposibilidad de manejar de forma independiente y simultánea los objetivos monetarios (control de

la inflación), cambiarios (fijación del nivel de la tasa de cambio) y del mercado de capitales (libre movilidad de las inversiones de portafolios del exterior). El postulado central es que en la persecución de estos tres objetivos “alguno (finalmente) tiene que ceder” (ver *Informe Semanal* No. 871 de marzo de 2007).

Anif señalaba a principios de 2007 que los anuncios de “intervenciones

masivas” del Banco Central terminarían por deteriorar la credibilidad en la lucha antiinflacionaria; finalmente dichas intervenciones no lograron esterilizarse adecuadamente y ese exceso de liquidez se tradujo en excesos de dinero que hicieron perder la meta de inflación en 2007. Esto a pesar de los esfuerzos (algo tardíos) por retomar el control monetario vía encajes y alzas en sus tasas de interés de referencia. Al final, el BR tuvo que retomar la flotación cambiaria durante el segundo semestre de 2007, dejando que fueran los salarios, la productividad y el comercio internacional los que definieran el nivel real de dicha tasa de cambio hacia el mediano plazo.

Ahora bien, si las presiones revaluacionistas se perciben como transitorias y éstas afectan negativamente el sector productivo, es perfectamente válido adoptar controles de capital para evitar una sobre-reacción de la tasa de cambio, cuando quiera que ésta se guíe por los “fundamentales” de la economía.

De hecho, dichos controles de capital (instituidos en mayo-junio de 2007 y reforzados en mayo-junio de 2008) han cumplido con tres principios básicos: i) se han orientado hacia el precio-marginal (desincentivar los nuevos flujos); ii) se han concentrado en las entradas de capital (no en las salidas); y iii) han disuadido portafolios de corto plazo y no la llegada de Inversión Extranjera Directa con vocación productiva de mediano y largo plazo.

En opinión de Anif, dichos controles de capital han sido relativamente útiles para frenar dichos flujos de capital en el margen y le han permitido al BR redoblar su lucha antiinflacionaria en momentos en que tanto la demanda agregada local, así como los cambios en precios relativos de los alimentos y energéticos, amenazan con hacerle perder la meta de inflación subyacente

El postulado central es que en la persecución de estos tres objetivos “alguno (finalmente) tiene que ceder”.

la productividad, la flexibilidad de los mercados laborales y el desarrollo de infraestructura; y 2) el componente de estabilidad de los mercados monetarios, cambiarios y financieros, donde la mezcla de políticas monetarias y fiscales anticíclicas juega un papel central. El primer objetivo de crecimiento sostenido es unánime y es allí donde se revela el éxito o fracaso de las políticas público-privadas, donde

**Cuadro 1. Objetivos de la política económica:
La trinidad imposible en Colombia (mayo-junio 2008)**

	Controlar inflación	Flotación cambiaria	Flujos de capital libres
Sectores			
Bancario	Sí	Sí	Sí
Bursátil	Sí	Sí	Sí
Ahorro LP	Sí	Sí	Sí
Autoridades			
BR	Sí	Sí	No
MHCP	Sí	Sí	No
Resto-Gob.	Indecisos	Indecisos	No

Fuente: elaboración Anif.

(ver Comentario Económico del Día 4 de junio de 2008).

Instrumentos e inconsistencias.

Los instrumentos fundamentales de la política económica, tendientes a controlar la inflación, tienen que ver con las tasas de interés del BR y los encajes monetarios (que afectan la expansión secundaria). Los instrumentos que afectan los flujos de capital se refieren a las restricciones cambiarias y los impuestos-encajes a dichos flujos, incluyendo el endeudamiento externo.

El cuadro 1 resume lo que el “establecimiento” le ha venido transmitiendo a la opinión pública sobre los objetivos de la política macroeconómica. Allí se observa que, al menos de “dientes para afuera”, la gran mayoría considera que es importante luchar contra la inflación, aunque varios de ellos no tienen reparo en señalar que, con inflaciones actuales de 5%-6% anual, unos 100-200 puntos básicos de inflación adicional “no le hacen daño a nadie”.

Tal vez la excepción más notoria es el componente de gobierno diferente al MHCP, donde el “no le hace daño a nadie” se afirma sin rubor alguno. Lo mismo ocurre cuando se identifica lo que piensan los sectores bancarios,

bursátil y de ahorro financiero sobre la flotación cambiaria y los flujos de capital: todos están de acuerdo con las bondades de la flotación cambiaria y la libre movilidad de capitales. Lo que pasa es que, en el fondo, esos objetivos encierran una “trinidad imposible” y de allí la contradicción en que incurren estos sectores cuando se concreta el manejo del instrumental.

En cambio, las autoridades (BR y MHCP) parecen entender mejor dichas limitaciones macroeconómicas y de allí el disgusto que les causan a algunos actores sectoriales cuando, por ejemplo, se adoptan restricciones de capital buscando el beneficio global de nuestra economía. Frente a la necesidad de luchar contra la inflación y mantener la flotación cambiaria, al BR-MHCP no les ha quedado alternativa distinta que recurrir a ese “segundo mejor” que representan los controles a los flujos de capital.

El cuadro 2 ilustra el manejo de los instrumentos: tasas de interés, encajes internos y restricciones cambiarias. Aquí aparecen de forma más clara las contradicciones en que incurren quienes impulsan intereses particulares-sectoriales.

Por ejemplo, el grueso del sector financiero ha identificado como loable la lucha contra la inflación.

Sin embargo, algunos sectores bancarios en presencia de inflaciones subyacentes de 4.8% anual al corte de mayo-2008 (claramente por fuera del límite del 4.5% establecido por el BR) vienen recomendando no incrementar más las tasas de interés y hasta claman por reducirlas. De igual forma, algunos de ellos recomiendan desmontar los encajes inmediatamente, lo cual sería deseable, pero claramente ello resulta prematuro en la coyuntura actual. Por último, también parte del sector bancario se ha manifestado en contra de las restricciones cambiarias, lo cual da muestra de un bajo entendimiento del teorema de la “trinidad imposible”.

En el caso del sector bursátil ocurre una contradicción entre su anuencia con la elevación de las tasas-encajes para controlar la inflación y su desacuerdo con los controles de capital. Tal vez el sector que muestra una mayor consistencia entre los objetivos y el manejo instrumental se ubica en el área del ahorro financiero de largo plazo. Esto tal vez obedece al hecho de que allí se ha entendido que dichos controles sólo afectan los capitales “golondrina” y que el país lo que realmente requiere es IED con vocación de estadía y apoyo al sector productivo, ojalá sobre la base de inversiones cero-kilómetros, no simples cambios de propiedad.

En síntesis, es clave entender que en economía no se puede “pensar con el deseo” y menos con el “deseo-sectorial”. La política económica tiene que manejarse con criterios de bienestar general de mediano plazo. Este manejo es bastante complejo, pues encierra contradicciones y teoremas de “imposibilidad” simultánea, en particular en el control de la inflación, la flotación cambiaria y los libres flujos de capital. Colombia no ha sido el único que ha recurrido a los controles de capital, los han venido usando Tailandia, China y, más recientemente, Brasil y Perú, entre otros. 

**Cuadro 2. Instrumentos de la política económica:
La trinidad imposible en Colombia (mayo-junio 2008)**

	Tasas de interés	Encajes monetarios	Controles de capital
Sectores			
Bancario	No	No	No
Bursátil	Sí	Sí	No
Ahorro LP	Sí	Sí	Indiferentes
Autoridades			
BR	Sí	Sí	Sí
MHCP	No	Sí	Sí
Resto-Gob.	No	Sí	Sí
Zona de contradicción			

Fuente: elaboración Anif.

Productividad, crecimiento y mercado laboral: ¿quién lidera las reformas estructurales? *

Decía con razón Krugman (1990) que uno de los temas más importantes y menos estudiados por los economistas prácticos era el de la productividad. Casi dos décadas después le podríamos aseverar que, al menos en Colombia, hemos venido haciendo la tarea y ahora comprendemos mejor sus múltiples determinantes e incidencias macroeconómicas.

Hoy sabemos, por ejemplo, que sus determinantes provienen fundamentalmente de las variables reales (infraestructura, costos de movilización y flexibilidad del mercado laboral). También hemos aprendido que la productividad afecta la tasa de cambio real y que estos factores reales son los llamados *drivers* del comercio internacional. Empero, todavía existen algunos codirectores de bancos centrales que imaginan que son las variables nominales (derivadas de las intervenciones cambiarias) las que pueden determinar las variables reales de la economía.

La internacionalización de nuestro comercio debe entonces enfocarse en superar los cuellos de botella produc-

tivos que tienen que ver con la falta de competitividad en trámites y costos de movilización. No es accidental que la baja productividad de la segunda mitad de la década anterior haya coincidido con haber logrado sólo dos tratados comerciales a la altura del año 2002 (CAN y G-3; ambos de mediocre desempeño).

Colombia enfrenta una fuerte oleada de apreciación cambiaria real, cercana a 40% en el período 2004-2008. El grueso de ella, afortunadamente, se explica por factores positivos, incluyendo la Seguridad Democrática. Pero probablemente una cuarta parte (10%-15% real) corresponde a una sobreapreciación que debe corregirse para que la tasa de cambio real resulte consistente con nuestros “fundamentales”. ¿Cuánto de esta apreciación real se ha podido compensar con incrementos en la productividad laboral y multifactorial (incluyendo en esta última la modernización del capital-fijo)?

Para poder responder esta pregunta, Anif ha actualizado su modelo de productividad (ver cuadro 1), analizando los efectos laborales y el

cambio sustantivo que ha presentado la relación capital/trabajo (K/T). Esta relación K/T se ha incrementado de 1.26 a 1.33 en el curso del último lustro, como resultado del incremento en las exenciones tributarias al K y las mayores inflexibilidades y costos parafiscales afectando el factor trabajo T (ver revista *Carta Financiera* de septiembre de 2007).

Crecimiento y productividad. Como es sabido, la productividad laboral (PL) relaciona la cantidad de valor agregado (PIB-real) que se obtiene por trabajador ocupado (T). Si el ajuste del salario real (SR) es inferior al de la PL, la mano de obra se abarata y, todo lo demás constante, las firmas tenderán a incrementar su producción y el uso relativo del factor T.

Este concepto de efecto neto entre SR y PL se conoce como costo laboral unitario ($CLU = SR - PL$). La productividad multifactorial (PTF) involucra el efecto conjunto de K +

* Corresponde al *Informe Semanal* Anif No. 938 de julio 21 de 2008.

T y calcula el impacto residual de la mayor producción (no explicado por dichos insumos). Esta PTF puede estar afectada por la intensidad con que se utiliza el K, luego su cálculo bien puede ajustarse por la utilización de la capacidad instalada (UCI, usualmente referida al sector industrial).

Tal como lo postula la teoría, la evolución de la PL y de la PTF en Colombia ha sido procíclica. La correlación de largo plazo entre el crecimiento del PIB-real y de la PTF es de 0.77 en el período 1951-2008. En el período más reciente 1990-2008, la correlación “por ciclos”

ha fluctuado entre 0.77 y 0.90 (ver gráfico 1).

En el período recesivo 1996-1999, la PT y la PTF se contrajeron a ritmos de 0.3% y 1.9% (promedio anual), al tiempo que el PIB-real creció sólo 0.5% anual. En cambio, en los años recientes de recuperación económica (2003-2007), la PT creció a ritmos de 4.2% y la PTF al 3.2% (o al 2.5% ajustada por UCI). Entre tanto, la economía creció 6% anual en promedio.

Esto implica que del 40% de apreciación real de los años 2003-2007, cerca de un 15%-20% ha logrado ser

compensado por ganancias en PL o PTF. Así, los exportadores han tenido que absorber entre un 20%-25% de dicha apreciación a través de expandir sus volúmenes exportados (menos utilidad por unidad exportada) o, en muchos casos, reduciendo sus utilidades netas.

La “paradoja” del desempleo y la relación K/T. La paradoja que arrojan las anteriores cifras sobre PT y PTF, aparejadas con crecimientos dinámicos del PIB-real, es que éstos han resultado insuficientes para reducir el desempleo a niveles de un dígito. Probablemente los valores del “desempleo que no aceleran la inflación” (Nairu) en Colombia continúan bordeando el 10%-11% debido a las elevadas cargas parafiscales sobre las firmas (del orden del 50% sobre la nómina básica) y las inflexibilidades del mercado laboral.

Estos efectos antimerca do laboral de tipo estructural se han visto agravados durante los años recientes (2003-2008) por el cúmulo de alivios tributarios a favor del K y por las mayores cargas afectando T. Esto ayuda a explicar la “paradoja” que viene enfrentando Colombia respecto a ser el país con mayor crecimiento reciente y, aun así, arrojar los niveles de desempleo abierto más elevados de la región.

Otro factor que afecta en el corto plazo la relación K/T tiene que ver con el costo laboral relativo a su desempeño: el CLU, antes explicado. Si el ajuste de los salarios nominales sigue la “fórmula universal” de no desbordar la inflación ajustada por productividad (salario = inflación + PL), el CLU no debería afectar la contratación de mano de obra (por lo menos a nivel macro), aunque sectorialmente pueden ocurrir desplazamientos.

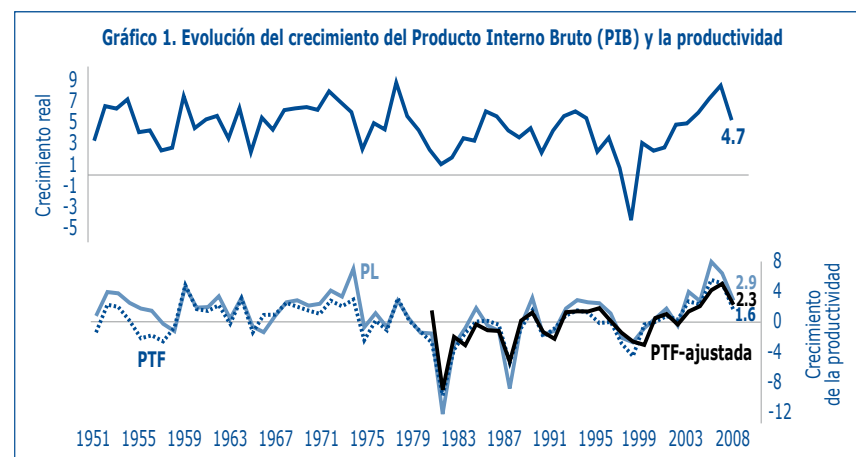
En el período 2004-2008, este principio básico de incrementos reales según productividad se ha cumplido, luego el problema de desempleo,

Cuadro 1. Productividad laboral y multifactorial en Colombia (promedios anuales)

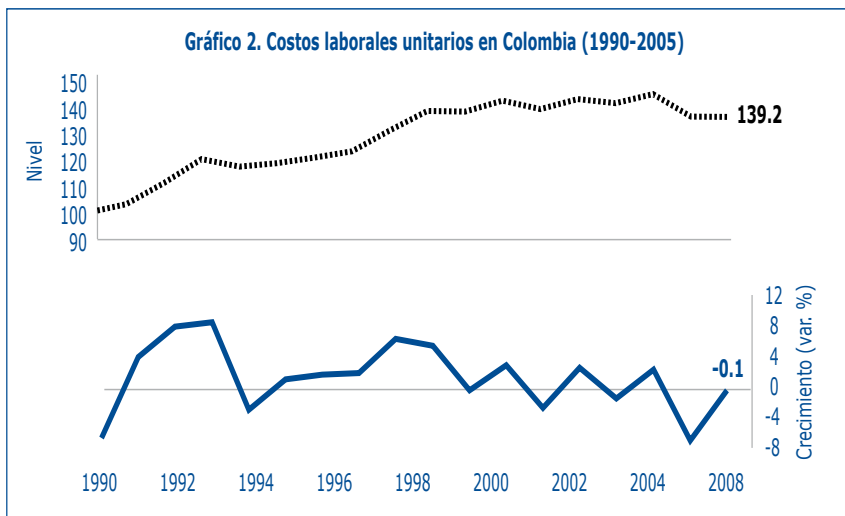
Períodos	Productividad laboral	Productividad total factorial	Productividad total factorial-ajustada
1950-1966	1.7	0.6	n.d
1967-1974	3.2	2.0	n.d
1975-1980	0.3	-0.2	n.d
1981-1989	-3.0	-2.7	-2.6
1990-1997	1.4	0.2	0.3
1998-2002	-0.8	-1.4	-1.1
2003-2008(p)	4.0	3.0	2.5
Históricos:			
1950-1980	1.8	0.8	n.d
1981-2008(p)	0.2	-0.4	-0.2
1950-2008(p)	1.0	0.2	n.d

(p) Proyectado.

Fuente: cálculos Anif.



Fuentes: Ministerio de la Protección Social, Banco de la República y cálculos Anif.



Fuentes: Ministerio de la Protección Social, Banco de la República y cálculos Anif.

persistente a dos dígitos, tiene raíces estructurales y agravamientos por la incidencia K/L (exenciones/parafiscales).

Dicho de otra manera, el CLU no ha sido un factor de elevamiento del desempleo, al menos en la franja de salario mínimo. El problema ha venido de la relación K/L. Además, el factor K se ha visto impulsado temporalmente por la apreciación cambiaria. Si bien esta acumulación de capital permite modernizar el equipo productivo y mejorar la PTF, no se puede esperar que también arrastre al alza el empleo.

De hecho, este último se ha visto golpeado por la mayor informalidad. En Colombia, la porción de contribuyentes activos a la seguridad social continúa fluctuando entre un 25%-27% de la PEA, cuando el ingreso medio del país a nivel internacional indicaría que esa proporción debería ser prácticamente el doble (un 50% de la PEA).

El gráfico 2 indica que el CLU (computado para el salario mínimo) ha venido creciendo a tasas de 2.2% anual, inclusive con moderación en años recientes. No obstante, los años 2007-2008 representan una amenaza

hacia el futuro debido al rebrote inflacionario y al reiterado incumplimiento de las metas de inflación. Esto hará cada vez más difícil contener las presiones de aumentos salariales, que forzarían al alza dicho CLU. Adicionalmente, las “cuñas salariales” han generado un mercado de tercerización de los servicios laborales, generando una creciente masa de trabajadores sin coberturas en seguridad social o con creciente dependencia de los subsidios estatales.

Tendencias de la PT y la PTF en Colombia. En el período 1950-2008, la PT creció a un ritmo de 1% anual y la PTF tan sólo 0.2%; es decir, la falta de inversión productiva de largo plazo mantuvo prácticamente estancada la multifactorial durante el último medio siglo. Los períodos de peor desempeño se dieron en 1981-1989 y 1998-2002. La recuperación del período reciente evitó cifras negativas en la PTF frente al referente internacional de valores en el rango 1%-2% anual.

Por contraste, el período de mejor dinámica de la productividad se dio durante 2003-2008, incluyendo un pronóstico de desaceleración a tasas de 5% para el PIB-real en 2008. El segundo período con mejor desempeño

en la PTF ha sido el de 1967-1974, con registros de 2% anual y de 3.2% anual para la PL (ver *Informe Semanal* No.815 de 2006).

Conclusiones. Como hemos visto, el buen desempeño reciente del PIB-real se ha visto acompañado de satisfactorias ganancias en productividad, tanto laboral como multifactorial. Mientras que la economía se expandió a ritmos promedio de 6% anual, en el período 2003-2007, la PL creció 4.2% anual y la PTF 3%-2% anual.

Gracias a estas ganancias en productividad, cerca de la mitad de la apreciación real (20 puntos reales de un total de 40) ha logrado ser compensada por ganancias en PL o PTF. Así, los exportadores han tenido que absorber entre un 20%-25% de dicha apreciación a través de expandir sus volúmenes exportados (menos utilidad por unidad exportada) o, en muchos casos, reduciendo sus utilidades netas.

A pesar de este mejor desempeño en crecimiento-productividad, Colombia se mantiene con tasas de desempleo abierto a niveles de 10%-11%, uno de los más elevados de América Latina. Este comportamiento dispar de crecimiento-productividad frente a las dificultades para reducir el desempleo a un dígito ha planteado toda una “paradoja” en la relación K/T. Ésta se explica por un abaratamiento relativo de K frente a un encarecimiento relativo de T.

Alterar esta relación a favor de una mayor contratación del trabajo requiere toda una gama de reformas estructurales que tienen que ver con la inequitativa tributación, de una parte, y con las excesivas cargas parafiscales, de otra parte. En ninguno de estos frentes avizoramos un Ejecutivo proactivo, ni tampoco un Legislativo con la requerida capacidad reflexiva frente a estos problemas estructurales del mercado laboral colombiano. **ANIF**

El sistema de salud colombiano: logros y retos después de quince años de reforma

Mauricio Santa María S. y Fabián García A. *

Introducción

Hace quince años Colombia emprendió una profunda reforma al sistema de salud, con el fin de modificar el funcionamiento de un sistema caracterizado por la baja cobertura, la mala calidad del servicio, la poca solidaridad entre la población rica y pobre y la ineficiencia en el uso de los recursos públicos. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, buscó, entonces, introducir y afianzar tres principios (objetivos) fundamentales en la prestación de servicios de salud: (i) la eficiencia, entendida como la mejor utilización social y económica de los recursos; (ii) la universalidad, como garantía de protección en salud para todas las personas (que se traduciría en la práctica en cobertura plena); y (iii) la equidad en el acceso, uso y calidad de los servicios ofrecidos.

Para el logro de estos objetivos fundamentales, el SGSSS se cimentó en cuatro pilares: (i) el aseguramiento como herramienta central para alcanzar la cobertura universal, cuyo objetivo era afiliarse a toda la población al Régimen Contributivo (RC), para aquellos con capacidad de pago, o al Régimen Subsidiado (RS), dirigido a la población más pobre; (ii) la competencia regulada para impulsar la eficiencia del sistema y la calidad en la prestación del servicio; (iii) la solidaridad como mecanismo que permite la transferencia de recursos particulares entre individuos de diferentes niveles de ingresos (i.e. del RC al RS) y/o de riesgos de salud; y (iv) la separación de funciones entre el aseguramiento, los hospitales y la salud pública, favoreciendo el financiamiento del aseguramiento (lo que se conoce como los subsidios a la demanda). Sobre estos pilares se construyó una de las reformas más

profundas que se ha visto en Colombia en cualquier sector.

Evolución de la Reforma

Desde el punto de vista del bienestar, la calidad de vida y la salud, se esperaba que una reforma de esta magnitud tuviera impactos directos e indirectos en el corto, el mediano y largo plazo. En el corto plazo se esperaba que la reforma afectara directamente el gasto de las personas por concepto de consultas, hospitalizaciones y medicamentos. De manera importante, se esperaba que creciera el uso de citas preventivas, la atención médica ante eventos de salud y el tratamiento de distintas enfermedades, especialmente aquellas más complicadas (del corazón, diabetes, cáncer, entre las

* Director adjunto y asistente de investigación de Fedesarrollo, respectivamente.

más importantes). Se esperaba que otras variables clave para la salud y el bienestar fueran afectadas de manera más indirecta y en más largo plazo. Éstas incluyen la mortalidad infantil, la nutrición y la vacunación, entre las más importantes.

En este sentido, diversos estudios han encontrado que la reforma, en efecto, disminuyó el gasto de bolsillo de los hogares, aumentó el uso de controles prenatales y posnatales, así como el tratamiento de algunas enfermedades, incluyendo problemas de tensión arterial, diabetes, cáncer y problemas del corazón. Sin embargo, en el corto plazo, no hay resultados contundentes que señalen una mejora en la percepción de los individuos sobre su estado de salud. No obstante, es positivo que la reforma haya aumentado los niveles de vacunación de la población infantil.

En el mediano plazo se esperaría que la reforma repercutiera de forma directa en la calidad del servicio y, de forma menos directa, en los índices de nutrición y en la prevalencia de enfermedades en los niños y en la población adulta. Santa María *et al.* (2008), recientemente, encontraron que la reforma tuvo un impacto que superó las expectativas de mediano plazo en la prevalencia de enfermedades en los niños: entre 1995 y 2000 algunas enfermedades que se manifiestan en diarrea, fiebre y/o tos disminuyeron sorpresivamente. Así mismo, varios indicadores de nutrición para esta población, como el peso al nacer, mejoraron. En la población adulta, también encontraron una reducción en la prevalencia de algunas enfermedades dentro de las que se destacan la úlcera, problemas pulmonares (enfisema) y colon irritable. Sin embargo, desafortunadamente, uno de los pilares sobre los que se cimentó la reforma no ha funcionado. La calidad del

servicio, medida por la percepción de los usuarios sobre la atención oportuna en las hospitalizaciones y en el servicio de consultas médicas, no ha mejorado. Los usuarios del sistema todavía perciben que los centros de salud no son cercanos, que las citas programadas son muy distanciadas y que existen muchos trámites para pedir una cita, entre otros problemas. El impacto de la reforma sobre la mortalidad infantil, por otra parte, no se ha podido verificar. Es decir, las reducciones que ha habido en este indicador han sido, más bien, producto del mayor desarrollo y de mejoras en la cobertura de servicios públicos, por ejemplo. En el largo plazo, se rescata el efecto positivo que ha tenido la reforma en los eventos de hospitalización (es decir, ha contribuido a reducirlos). Si bien son más los efectos positivos que los negativos, es importante resaltar que estos resultados son más contundentes entre la población en extrema pobreza.

Retos

Sin embargo, existen algunos temas que son preocupantes hacia adelante porque atentan contra la sostenibilidad financiera futura del sistema. Adicionalmente, es claro que algunos de estos problemas surgen porque se están desarrollando políticas que van en contravía de los principios fundamentales de la reforma de 1993.

Concentración del riesgo

El primero de ellos tiene que ver con la concentración del riesgo en ciertas EPS, particularmente la del Instituto de Seguros Sociales (ISS).

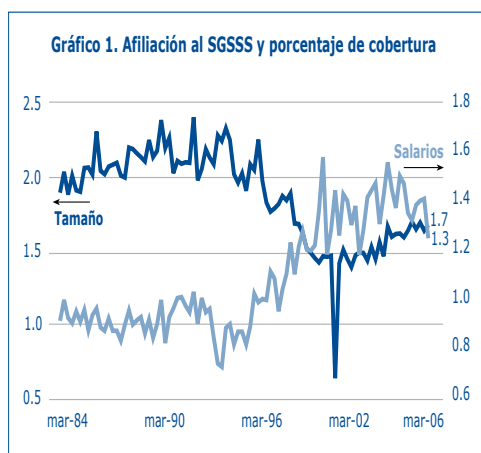
Santa María *et al.* (2008) encontraron que dentro de todas las empresas que prestan los servicios de salud, la nueva EPS pública, el ISS, concentra a los usuarios que son más riesgosos para el sistema. Sus afiliados, aparte de ser los de más avanzada edad, son los que presentan una serie de enfermedades que se consideran de alto costo, como el cáncer, enfermedades del corazón

La calidad del servicio, medida por la percepción de los usuarios sobre la atención oportuna en las hospitalizaciones y en el servicio en consultas médicas, no ha mejorado.

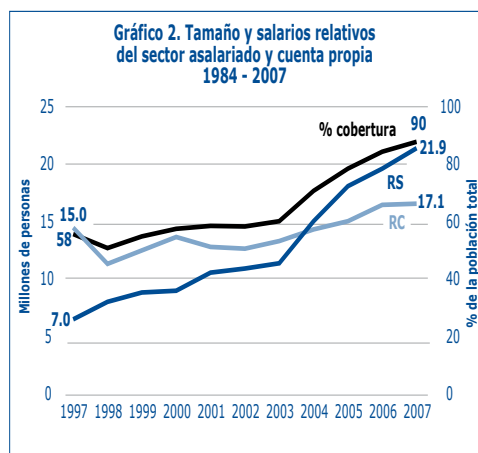
(incluyendo paros cardíacos), enfermedades pulmonares (enfisema), diabetes, alta tensión y trombosis. Si un individuo tiene más de 50 años, la probabilidad de que esté en el ISS en vez de una EPS aumenta en 16 y 13 puntos porcentuales (pp) en el área urbana y rural respectivamente. Más dramático aún es el efecto que tiene el cáncer en el tipo de afiliación, pues esta característica aumenta en 50 pp la probabilidad de estar en el ISS en vez de cualquier otra EPS en el área urbana. Sin duda, la concentración relativa de individuos con estas características en el ISS es un golpe duro a las finanzas de esta EPS y, de paso, amenaza el funcionamiento del sistema como un todo.

Aumento de cobertura

El segundo problema, paradójicamente, está asociado al gran aumento



Fuente: SIGOB.



Fuentes: Encuesta Nacional de Hogares (1984-2000) y Encuesta Continua de Hogares (2001-2006).

de cobertura ocurrido en los últimos años. Cuando se promulgó la Ley 100 se pensó que, por el crecimiento de la economía, cada vez iba a haber mayor proporción de personas en el RC (es decir, que la economía se iba a ir formalizando), lo que haría viable el financiamiento del RS con las contribuciones provenientes de los afiliados al RC. De hecho, se pensó en un equilibrio en el cual para 2001 la totalidad de la población colombiana estaría asegurada, con el 70% en el RC y el 30% restante afiliado al RS. Sin embargo, el gráfico 1 muestra que, en los últimos años, el crecimiento del RS fue más rápido que el del RC hasta el punto de que hoy hay más población afiliada al RS (22 millones vs. 16 millones). Como era de esperarse, las crecientes necesidades de financiamiento creadas por esta inusitada evolución de la afiliación han hecho necesario el aumento de las contribuciones (0.5 puntos el año pasado) en el RC con el fin de financiar el aumento en la cobertura del RS. El efecto directo de esta medida es empeorar aún más la situación: se encarece el

empleo formal por la creciente cotización, llevando a que en el tiempo, los trabajadores busquen evitar aumentos sucesivos en la cotización, escapándose del sector formal (es decir, abandonando el RC). Este efecto no es tan evidente hoy por el alto crecimiento económico, pero vale la pena preguntarse qué pasará durante la desaceleración. Sin duda, este elemento, sumado a otros que se analizan más adelante, están creando

una espiral de informalidad/aumento en el RS que será bien difícil de contener en el futuro.

En efecto, si la tendencia que muestra el gráfico 1 se mantiene, al final una proporción creciente de la población va a terminar en el RS, al mismo tiempo que los recursos provenientes del RC disminuyen, generando un círculo vicioso de informalidad en el que aumentos de las coberturas en el RS requieren crecientes recursos, que surgen de

mayores cotizaciones, que a su vez expulsan más gente del grupo de cotizantes, lo que exige mayores aumentos, y así sucesivamente (ver ilustración 1). Si a esta situación se suma la rigidez que existe en la movilidad del RS al RC (no se ha visto, ni se verán en el futuro cercano transiciones entre estos regímenes) el éxito de la reforma se verá seriamente comprometido.

Costos laborales e informalidad

Ilustración 1. Círculo vicioso de la informalidad y del aseguramiento en salud



El tercer reto, el cual vuelve más preocupante el anterior, es que la entrada en vigencia de la Ley 100 incrementó los costos a la nómina de manera considerable, a cerca del 55% del salario. Posteriormente, se han presentado otros incrementos para salud, pensiones e impuestos parafiscales, aumentando este porcentaje a cerca del 60%. Como era de esperarse, este hecho generó una creciente participación del empleo informal, hoy receptor del empleo que se deja de generar en el mercado formal por la existencia de excesivos costos salariales. Este hecho

se evidencia en el gráfico 2 donde se muestra la evolución del tamaño relativo del empleo formal (comparado con el cuentapropia) y los salarios relativos entre esas dos ocupaciones. Como se ve, estas dos series se movían en la misma dirección hasta 1994/1995 (años en los que empezó a funcionar la reforma), cuando el cuentapropismo empezó a crecer más rápido que el empleo formal al mismo tiempo que su remuneración relativa caía. Así, este problema, unido a una cobertura ambiciosa del RS, que no está acompañada de tránsitos informalidad-formalidad y/o reglas de salida claras del RS (que aseguren esos tránsitos), puede conducir a generar un círculo vicioso de mayor informalidad difícil de romper.

Sostenibilidad financiera

El cuarto reto es central y está relacionado con los anteriores. Uno de los grandes principios de la Ley 100, fundamental para la sostenibilidad del sistema, era que los recursos destinados a financiar los hospitales públicos (recursos de oferta) disminuyeran a medida que aumentara el aseguramiento. Sin

embargo, como lo muestra el gráfico 3, esto no ocurrió. Por el contrario, el monto real destinado a atender a la población vinculada creció, a pesar de que el tamaño de esta población disminuyó significativamente entre 2002 y 2006.

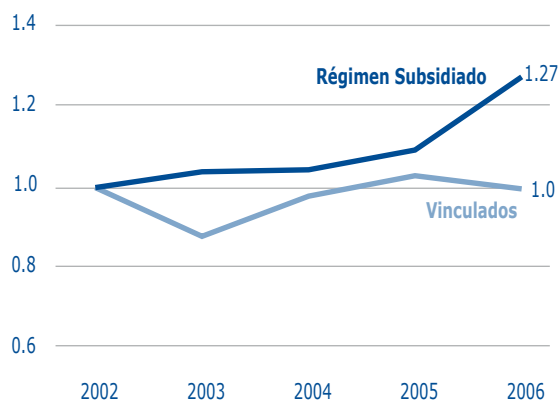
Esto muestra que el presupuesto destinado a financiar los hospitales es muy rígido y responde menos a criterios técnicos que a criterios políticos. Después de la Ley 715 de 2001 esta situación se agravó porque la responsabilidad de administración de los hospitales se cedió a los departamentos. Así las cosas, reducir el presupuesto para hospitales debilitaría los departamentos, fuera del escándalo público que surge cada vez que se toma una acción así. Esta dinámica lleva a otro círculo vicioso: a medida que se le asigna más dinero a los hospitales, hay menos plata para ampliar y sostener coberturas de aseguramiento. Con menos plata para ampliar cobertura hay que enviar más plata a los hospitales. Esto lleva no sólo a que el proceso de universalización de cobertura se alargue, sino también al desperdicio de recursos (duplicación de gasto en usos similares). Adicional a estos recursos, el Gobierno inició en 2003 un proceso

de reestructuración de hospitales con el objetivo de volverlos más eficientes. Se han invertido alrededor de \$800 mil millones en este programa en todo el país. Esta gran inversión amerita medir su impacto en eficiencia y mejoras de atención.

Fosyga

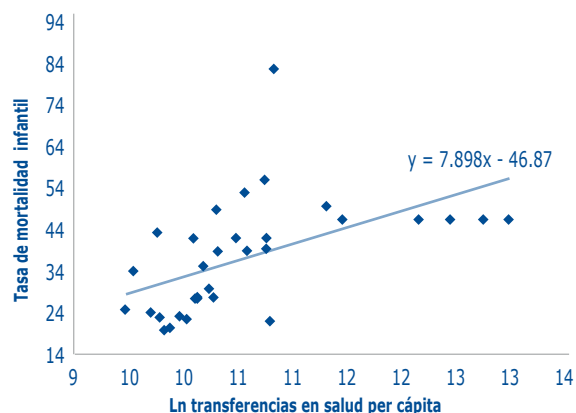
El quinto reto tiene que ver con la columna vertebral de sistema: la Cuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Es en esta cuenta donde se recaudan las cotizaciones de los afiliados al RC y se distribuyen entre las diferentes EPS. Por tanto, en ella se observa solidaridad entre los miembros del RC y se lleva a cabo el cuadro final del sistema. En este sentido, si esta cuenta sufre problemas financieros, la sostenibilidad del sistema queda seriamente comprometida. Ya en la crisis de 1999, el saldo de compensación que realiza el Fosyga mostró un balance negativo como resultado de la disminución de las cotizaciones. Actualmente, existen dos amenazas: en primer lugar está el ciclo económico que, como es evidente, se está desacelerando. Como la fuente que nutre esta

Gráfico 3. Crecimiento de los recursos destinados a la población "vinculada" y al RS, 2002-2006



Fuentes: DNP y MPS.

Gráfico 4. Transferencias por habitante destinadas a salud y mortalidad infantil



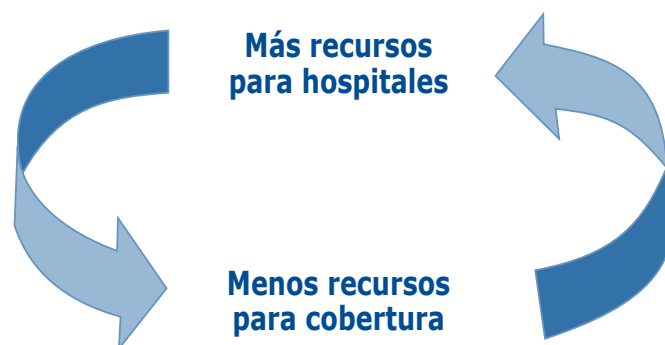
Fuentes: Dane y DNP. Estimaciones Fedesarrollo.

cuenta son cotizaciones que dependen del nivel de empleo formal, una desaceleración de la actividad económica tiene importantes efectos negativos sobre el tamaño de los recaudos. Esto, como se acabó de mencionar, efectivamente ocurrió en 1999 (nótese que, por esta vía, la informalidad también afecta las finanzas del RC). Segundo y más importante, la intromisión de criterios diferentes a los puramente técnicos y presupuestales en la definición del POS (el plan de beneficios al cual tenemos derecho) es el problema clave hacia el futuro. Si se sigue con la práctica en la que, *de facto*, cualquier evento de salud puede ser parte del POS por decisión judicial o de otro tipo no relacionado con aspectos técnicos, la cuenta de compensación, y por tanto todo el sistema, sufrirá desequilibrios financieros que probablemente no tengan retorno.

Excesiva complicación

Finalmente, la principal característica del funcionamiento financiero del sector salud en Colombia es su excesiva complicación. Esto facilita la existencia de cuellos de botella en el tránsito de los recursos desde que salen del gobierno (en cualquier nivel) y llegan al beneficiario final, porque hace que la vigilancia y seguimiento de éstos sea una tarea poco menos que imposible. Esto es aún más importante si se tiene en cuenta que cerca del 30% de los recursos del sector se ejecuta en los entes territoriales. Actualmente, el Sistema General de Participaciones (SGP) destina para salud a las entidades territoriales 1.2 puntos del PIB.

Ilustración 2. Círculo vicioso entre la cobertura universal y los recursos destinados a los hospitales



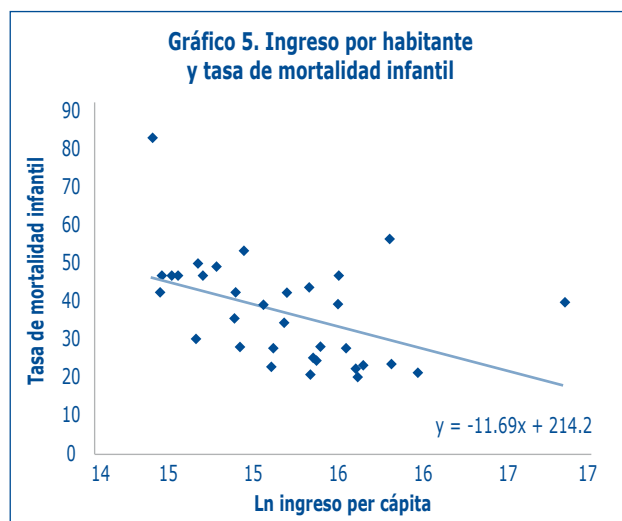
Si se sigue con la práctica en la que, *de facto*, cualquier evento de salud puede ser parte del POS por decisión judicial o de otro tipo no relacionado con aspectos técnicos, la cuenta de compensación, y por tanto todo el sistema, sufrirá desequilibrios financieros que probablemente no tengan retorno.

En el gasto que realiza Colombia en salud (6% del PIB), estos recursos representan la quinta parte del gasto total. La evidencia muestra que los resultados, en materia de salud y eficiencia en el uso de los recursos, son muy diferentes en las diferentes entidades territoriales, dependiendo, sobre todo, de la calidad de la gestión

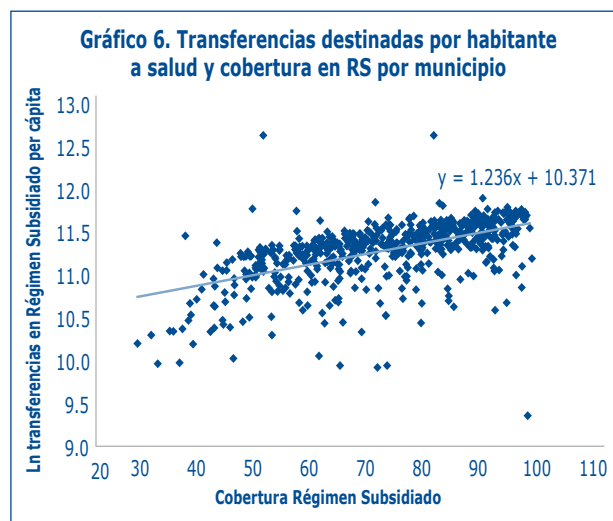
local. Como se muestra en el gráfico 4, los departamentos con más altas tasas de mortalidad están recibiendo una proporción bastante más alta de recursos del SGP, lo que señala una aceptable focalización. También, aunque es cierto que el nivel de desarrollo relativo de los departamentos afecta gravemente los resultados, la variación de las tasas

de mortalidad es alta, aun entre departamentos con similares niveles de desarrollo (aproximado por el PIB per cápita), como se aprecia en el gráfico 5. Estos dos hechos son evidencia incontrovertible de que el gran factor diferenciador es una gestión que favorezca el uso eficiente de los recursos. También es importante mencionar que hay muchos municipios que reciben el mismo monto por habitante para afiliación de su población pobre al RS, pero tienen tasas de cobertura diferentes (ver gráfico 6).

Para concluir, la reforma iniciada en la década pasada fue profunda, estructural y ha mostrado resultados positivos en cuanto a indicadores de salud y bienestar entre la población más pobre. Por un lado ha mejorado la salud, el acceso a los servicios del sistema (citas preventivas, vacunación y tratamiento de enfermedades) y ha disminuido el gasto de bolsillo de las personas por problemas de salud. Por otro lado, sin embargo, hay resultados alarmantes que el SGSSS en los próximos años debe atender: siendo uno de los pilares sobre los que fue construida la reforma, es preocupante que la calidad del servicio no haya mejorado. Esto puede estar detrás del hecho que la brecha en algunos indicadores de salud y acceso aún



Fuentes: Dane y DNP. Estimaciones Fedesarrollo.



Fuentes: Dane y DNP. Estimaciones Fedesarrollo.

permanezca alta entre la población rica y pobre. También se debe hacer un análisis costo-beneficio de los cuantiosos recursos que el sistema está invirtiendo en salud con el fin de dictaminar si los resultados de la reforma son eficientes.

El gran reto para los próximos años es garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. El análisis apunta a que, en el mediano plazo, el financiamiento de la parte contributiva debe cubrirse con recursos propios, mientras que la parte subsidiada debe balancear cuidadosamente la cobertura, las fuentes de financiación y el cubrimiento del seguro. Sin embargo, pareciera que, en los últimos años, nos estamos alejando de estas dos premisas. Para enderezar el camino es indispensable:

- Incrementar los flujos desde la informalidad hacia la formalidad (recuérdese que esto afecta la sostenibilidad tanto del subsidiado como del contributivo). Esto no se logrará, en los montos y continuidad requeridos, mientras los costos atados a la nómina para financiar diversos servicios (incluida la seguridad social)

sean altos. Es urgente empezar un debate serio sobre los costos y beneficios del sistema colombiano, en el cual una amplia variedad de servicios sociales se financia a través de la nómina.

- Dimensionar de manera más realista la cobertura del RS para evitar que cada día se apriete más al sector formal con mayores cotizaciones. Al mismo tiempo deben establecerse reglas claras de graduación del RS (salida y temporalidad del subsidio).
- Hacer un mayor esfuerzo por trasladar efectivamente recursos desde la oferta (hospitales) hacia el aseguramiento.

- Blindar el carácter técnico y de sostenibilidad fiscal que debe tener el plan de beneficios (POS).
- Continuar con el esfuerzo de simplificación de la institucionalidad (incluyendo la financiera) del sector.
- Continuar con el esfuerzo de ejercer mayor regulación sobre el flujo de los recursos del SGP.

Sin estas medidas es indudable que, en el mediano plazo, empezaremos a observar problemas graves en el financiamiento, funcionamiento y sostenibilidad de los dos pilares del sistema (RC y RS). Esperemos que no sólo en ese momento entendamos la seriedad y urgencia de actuar. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Santa María, Mauricio, Fabián García, Sandra Roza y María José Uribe. 2008. "Una Mirada General al Sector Salud en Colombia: Evolución, Contexto y Principales Retos", mimeo Fedesarrollo.

Santa María, Mauricio, Fabián García, Carlos Prada, María José Uribe y Tatiana Vásquez. 2008. "El sector salud en

Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de la reforma", mimeo Fedesarrollo.

Santa María, Mauricio, Fabián García, Carlos Prada, María José Uribe y Tatiana Vásquez. 2008. "El sector salud en Colombia: el riesgo moral y la selección adversa en el SGSSS", mimeo Fedesarrollo.