

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Aseguramiento Público en Salud
Editor Invitado
Gabriel Martínez

Gabriel Martínez

Carolyn Hughes Tuohy

Jorine Muiser
Andrew Herring
Juan Rafael Vargas

Ramiro Guerrero C.

Tapen Sinha
Sandra Orcí

Gabriel Martínez

Bienestar y Política Social

INTRODUCCIÓN

EL PARADIGMA EMERGENTE EN LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS A LA SALUD: EL CASO DE CANADÁ

ENTENDIENDO DIEZ AÑOS DE ESTANCAMIENTO EN EL ESFUERZO DE COSTA RICA PARA ALCANZAR LA COBERTURA UNIVERSAL

FINANCIACIÓN DE LA AFILIACIÓN UNIVERSAL A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: LECCIONES APRENDIDAS DE COLOMBIA

UNA INVESTIGACIÓN SOBRE EL COSTO DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN MÉXICO

RESEÑA DEL LIBRO. *BEYOND SURVIVAL. PROTECTING HOUSEHOLDS FROM HEALTH SHOCKS IN LATIN AMERICA*, POR BAEZA, CRISTIAN C., Y TRUMAN G. PACKARD



FINANCIACIÓN DE LA AFILIACIÓN UNIVERSAL A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: LECCIONES APRENDIDAS DE COLOMBIA

Ramiro Guerrero C.
Harvard Initiative for Global Health
rguerrer@camail.harvard.edu

Resumen

El documento analiza la reforma del servicio de salud implementada en Colombia desde principios de los años noventa y explica los obstáculos con los que se enfrentó en el camino hacia la afiliación universal a la seguridad social en salud. El documento describe la reforma y las fuentes creadas para su financiación. Presenta las tendencias observadas en la financiación de los planes de seguro creados por la reforma, identifica los obstáculos con los que se tropieza en el camino hacia la afiliación universal y utiliza un modelo contable para sopesar cada uno de estos obstáculos y examinar cómo la afiliación hubiera evolucionado bajo escenarios alternativos. Esta contabilidad retrospectiva lleva a una discusión prospectiva que identifica las lecciones a aprender de la experiencia de Colombia en la implementación universal de la seguridad social en salud. Las principales conclusiones son que la informalidad estructural en el mercado laboral debe considerarse cuidadosamente al diseñar un plan de financiación que se base (así sea parcialmente) sobre contribuciones basadas en la nómina, y que las restricciones fiscales pueden limitar fuertemente la capacidad de los países para lograr la universalidad. Las restricciones institucionales y los procesos administrativos necesarios para ejecutar un plan de seguro médico no deben pasarse por alto. Un desafío principal es cómo afiliar trabajadores independientes y efectivamente orientar los subsidios para aquellos sin capacidad de pago.

— Palabras clave: Seguridad social, salud, reforma, financiamiento, afiliación, informalidad.
Clasificación JEL: H51, H75, I12, I18, J32.

Introducción

En el mundo de la política de salud ha habido mucho interés en la reforma que Colombia ha implementado desde los noventa, debido a su alcance y objetivos, a la profundidad de las transformaciones institucionales y a su enfoque innovador. La reforma creó un plan de seguro médico universal, y permitió la competencia entre los proveedores de servicios de salud y

aseguradores públicos y privados. Con el fin de lograr la universalidad, se crearon dos planes de seguro: uno para los trabajadores formales, financiado con contribuciones de nómina y otro subsidiado para la población informal y pobre. Se definió un plan o paquete estándar de beneficios de salud y se estableció que todos los colombianos debían tener derecho a este paquete.

La reforma fue diseñada para ser implementada gradualmente, entre otras razones, debido a la cantidad de recursos financieros necesarios para lograr la universalidad. La afiliación al seguro de salud obligatorio fue proyectada para incrementarse durante un periodo de transición que va desde 1994 hasta 2001, para cuando, se esperaba, la universalidad debió haberse alcanzado. Durante este período, las personas aún no aseguradas continuarían recibiendo los servicios de salud en los términos y condiciones del antiguo sistema. Sin embargo, trece años después de la aprobación de la Ley 100 de 1993 (ley que introdujo la reforma), la universalidad aún no se había logrado. En general la afiliación pasó de un estimado de 20% de la población en 1993 a 76% en 2006. Estimaciones oficiales indican que el objetivo universal de la afiliación se alcanzará finalmente en 2009.¹

Después de más de una década de implementación hay muchas lecciones que aprender de la reforma de salud colombiana. La medición de sus efectos es tarea permanente. Sin embargo, la dimensión de los beneficios y el grado en el cual son compartidos por la totalidad de la población, dependen fundamentalmente de la afiliación universal, característica de la reforma que llegará más tarde de lo que inicialmente se proyectó.

Este documento se centra específicamente en la afiliación universal obligatoria al seguro de salud en Colombia. El objetivo es identificar, medir y analizar los obstáculos que han retrasado el cumplimiento de este objetivo. En la primera sección luego de esta introducción se describe la reforma y las fuentes creadas para su financiación. La segunda sección explica las tendencias observadas en la financiación de los planes de seguro creados por la reforma, e identifica los obstáculos que aparecieron en el camino hacia la afiliación universal. La tercera sección utiliza un modelo contable para sopesar cada uno de estos obstáculos y explorar cómo la afiliación habría crecido bajo escenarios y supuestos alternativos. Esta contabilidad retrospectiva lleva a la discusión prospectiva en la cuarta sección que identifica las lecciones a aprenderse de la experiencia de un país de ingresos medios como Colombia en la implementación universal de la seguridad social en salud y concluye.

1. La Reforma

Hasta principios de los años noventa el sector salud colombiano estaba compuesto por tres “subsectores” independientes. El Instituto de los Seguros Sociales (y otras instituciones oficiales) ofrecían el seguro de salud a trabajadores formales. También existía el subsector “privado”,

¹ Bajo la legislación colombiana el gobierno tiene que presentar anualmente al Congreso un presupuesto de proyección a cuatro años (el denominado marco de gasto de mediano plazo). El presentado en 2006 incluye el costo estimado de la universalidad. Por otra parte, una nueva ley aprobada en enero de 2007 incluye disposiciones detalladas sobre las fuentes de financiación necesarias para lograr la universalidad hacia 2009.

compuesto por clínicas privadas y compañías de seguro, los cuales ofrecían cobertura a aquellos con suficiente capacidad de compra. Por último, estaba el sector público, formado por una red de hospitales de propiedad estatal y servicios de salud, encargados de la prestación de servicios médicos y otras actividades de salud pública.

A principios de los noventa la cobertura de los servicios de salud en el país fue motivo de gran preocupación. Se estimó que un 20% de la población estaba afiliada en las instituciones de seguridad social, un 10% era capaz de comprar un seguro privado o pagar directamente por los servicios, y el 70% restante tenía que depender de la red pública de hospitales y centros de salud, los cuales en principio debían prestar servicios de forma gratuita a la población pobre y cobrar a aquellos con capacidad de pago. Sin embargo, la cobertura real de las intervenciones ofrecidas por esta red pública era considerada demasiado baja. Para la mitad de aquella población que no recibía atención, la razón era la falta de dinero para pagar el tratamiento. Estudios basados sobre encuestas nacionales de hogares encontraron que el gasto en salud, como un porcentaje del gasto total, era cinco veces mayor en los hogares más pobres en comparación con los más ricos.² También había grandes diferencias en el gasto público en salud en las diferentes regiones del país.³

La posibilidad de recibir una atención adecuada en caso de necesidad dependía en gran medida de la situación laboral del empleado o de tener la capacidad para pagar por la atención o el seguro privado. Había quejas sobre la calidad de los servicios prestados por la red pública de hospitales, así como aquellos del Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y su eficiencia. En este contexto y en respuesta a los anteriores problemas, los dos principales cambios que tuvieron lugar en el sector salud durante la década de los noventa fueron la descentralización y la reforma de la Ley 100.

El proceso de descentralización comenzó a finales de los años ochenta con las leyes que obligaban la transferencia de una parte cada vez mayor de los ingresos fiscales nacionales a los gobiernos locales (departamentos y municipios), mientras se delegaban a ellos más tareas y responsabilidades en la prestación de los servicios de salud.⁴ En 1991, la nueva Constitución ordenó más incrementos en las transferencias a los gobiernos locales (incluidos aquellos para el sector salud), y estableció que los “servicios de salud deberían ser descentralizados”. En 1993, la Ley 60 desarrolló el mandato constitucional, estableció las fórmulas para incrementar la fracción de los ingresos del gobierno central que iban a ser transferidos a los gobiernos locales, principalmente para la salud y la educación y fijó nuevas normas para su distribución entre municipios y provincias. Estas normas de distribución fueron aplicadas hasta el año 2001, cuando las restricciones fiscales dieron lugar a una reforma constitucional que separó el crecimiento de las transferencias a los gobiernos locales (incluidos los destinados al sector salud) de los ingresos fiscales nacionales.

² Molina et. al. (1994).

³ En 1990, la diferencia en el gasto público en salud en términos per cápita fue de 5.5 a 1 entre la provincia que gastó la mayor parte y la que gastó menos, de acuerdo con el informe de la Misión de Harvard para la Implementación la Reforma.

⁴ Ley 12 de 1986, desarrollada por el decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990.

1.1 Ley 100

En diciembre de 1993 el Congreso Colombiano aprobó una ley integral de seguridad social, más tarde denominada Ley 100, que incluyó un capítulo sobre pensiones (el cual introdujo cuentas de capitalización como una alternativa al sistema de reparto) y otro sobre salud. En cuanto al sector salud, la Ley 100 estableció lo siguiente:

Después de un período de transición de ocho años, toda la población del país debía tener un seguro de salud con un nivel de cobertura estandarizado y regulado. Se crearon dos regímenes. El régimen contributivo (RC), que es obligatorio para los trabajadores formales y para personas con capacidad de pago, y el régimen subsidiado (RS), para los desempleados, informales y pobres. Ambos sistemas incluyen cobertura para los miembros de la familia. Las personas que tienen los medios para hacerlo tienen libertad para comprar seguros complementarios, pero en todo caso son obligados, a inscribirse en el régimen contributivo.

La reforma creó las EPS (*Entidad Promotora de Salud*), que son instituciones de seguros y de cuidados administrados de salud que organizan y proporcionan un conjunto estándar de servicios de salud. Las EPS pueden prestar directamente los servicios y/o contratarlos con hospitales privados o públicos. La reforma también estableció que una proporción creciente del dinero público para la atención de la salud fuera dirigida a las EPS.

La Ley 100 creó un fondo central, llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que agrupa todos los recursos para la salud basados en la contribución de la nómina, así como otras fuentes destinadas para el sector. Éste es la tesorería de la parte de salud del sistema de seguridad social. La ley también incrementó la tasa de contribución para la salud del 7 al 12% de los salarios de trabajadores o del ingreso de afiliados.⁵ Esta contribución es obligatoria aunque el trabajador ya esté cubierto por su cónyuge. FOSYGA tiene una “cuenta de compensación” que recibe 11 puntos del 12% de la contribución de la nómina para salud. Esta cuenta reúne el dinero y luego distribuye una cápita ajustada por riesgo a las diversas EPS, de acuerdo con la población que opte afiliarse en cada una de ellas. Esta tasa, denominada unidad de pago por capitación (UPC), es independiente de los ingresos y sólo varía según la edad y sexo de cada individuo. Es más alta para niños menores de 1 año, para los adultos mayores de 60 y para mujeres en edad de fecundidad.⁶

El plan de financiación descrito anteriormente implica que algunas personas aportan una cantidad de dinero que es mayor que el valor de sus tasas capitadas y las de sus familias (UPC). Por tanto, son estas personas subsidian a los demás, mientras que para otras personas estas UPC valen más que su contribución y por tanto, son “subsidiados”. El plan implica que las personas con muchos hijos, con bajos ingresos, de la tercera edad o mujeres en edad de fertilidad

⁵ El 8% es pagado por el empleador y el 4% por el empleado. La Ley 1122 de 2007 incrementó la contribución total al 12,5%, con el 8,5% pagado por el empleador.

⁶ Existe también un pago capitado para la financiación de la promoción de la salud y para actividades de prevención y otra para el pago de licencia por enfermedad, del cual la EPS es responsable. La indemnización cuenta también con los reembolsos de empleadores para el pago de licencia por maternidad, que es obligatoria bajo las leyes laborales colombianas.

tiendan a ser subsidiados, mientras que los ingresos más altos de jóvenes varones solteros tienden a subsidiar.

Se reconoció que una parte significativa de la población vive en un contexto de pobreza e informalidad. Por eso la Ley 100 ordenó que a esta población le fuera dado un subsidio “en especie”, en la forma de un carné de seguro. La selección de beneficiarios se debe realizar siguiendo explícitamente criterios de focalización.

La reforma creó un paquete de beneficios de servicios médicos estándar, denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).⁷ El costo promedio del POS para cada afiliado debía coincidir con el valor del correspondiente pago capitado (UPC) que recibe la EPS para proporcionarlo al afiliado. La Ley 100 estableció que, una vez terminara el periodo de transición en 2001, el contenido del POS debía ser el mismo para todos los colombianos, ya fuera en el régimen subsidiado o en el contributivo.⁸

En el régimen contributivo y en el subsidiado, a las personas les debería ser permitido escoger la EPS y bajo determinadas condiciones también, escoger el proveedor dentro de la red de las EPS. Esto significa que las EPS tienen que competir por los afiliados, y los proveedores tienen que competir para ser incluidos en las redes de la EPS. Está prohibido a la EPS rechazar cualquier solicitante que quiera afiliarse.

La Ley 100 introdujo profundos cambios que no podían llevarse a cabo a la vez, por lo que ordenó una implementación gradual. Mientras se lograba la afiliación universal, las personas transitoriamente no aseguradas continuarían teniendo acceso a los hospitales de propiedad del gobierno en los términos y condiciones del antiguo sistema de salud. Además, en sus comienzos, el contenido del paquete de beneficios (POS) en el régimen subsidiado no contendría todas las intervenciones que tuvo en el régimen contributivo, y por eso su costo (UPC) sería inferior. El contenido del paquete de beneficios en el régimen subsidiado se ampliaría gradualmente (y en consecuencia se ajustaría la UPC), hasta ser igual al POS en el régimen contributivo en el año 2001, para cuando debiera haberse logrado la cobertura universal.

La Ley también ordenó lo que se llamó la “transformación de subsidios de la oferta a la demanda”. Esto significa que el dinero que los gobiernos locales previamente tenían en sus presupuestos para la prestación de servicios de salud en hospitales estatales, sería desplazado gradualmente para pagar las primas (UPC) subsidiadas de personas afiliadas en el régimen subsidiado.

⁷ El POS incluye una lista detallada de las intervenciones médicas y medicamentos y también la mayoría de actividades de salud pública que se llevan a cabo sobre una base individual (por ejemplo, vacunas, visitas preventivas y la detección de determinadas enfermedades). Otras actividades de salud pública que se realizan colectivamente, como el control de vectores, campañas educativas y el control de factores de riesgo ambiental, están incluidas en el Plan de Atención Básica (PAB). Este último debería ser financiado y provisto (o contratada) en su totalidad por los gobiernos locales con el dinero de los impuestos generales o las transferencias del gobierno central.

⁸ El POS asegura los riesgos de salud diferentes de los riesgos profesionales. Los últimos están cubiertos a través de un plan de seguro distinto.

1.2 Fuentes de financiación

En lo que tiene que ver con el régimen contributivo la principal fuente de financiación, que es la contribución sobre la nómina, registró un aumento del 7 al 12% de los ingresos o salarios. Esto fue simultáneo con la introducción de la cobertura familiar, la cual permitió la afiliación de los familiares de los trabajadores que se sumaron al sistema. Así, en primer lugar, el incremento de los ingresos para seguridad social en salud fue destinado para pagar la cobertura de una población mayor. A partir de entonces, el régimen contributivo fue diseñado para ser autosostenible: a mayores afiliaciones, deberían existir mayores contribuciones.⁹

La afiliación universal debía lograrse con el régimen subsidiado. Este debía ser financiado con nuevas fuentes creadas por las leyes de descentralización y la reforma. Como se explicó anteriormente, en la Ley 60 de 1993 (la ley de descentralización) se había ordenado que una parte creciente de los ingresos fiscales nacionales fuera transferida a los gobiernos locales. Esta parte debería aumentar del 36.1% en 1993 a 46.5% en 2001. Las autoridades locales se vieron obligadas a invertir en el sector salud una parte no inferior al 22.4% de esas transferencias recibidas.

Poco después de la aprobación de la Ley 60, la Ley 100 ordenó que por lo menos una tercera parte de las transferencias destinadas a la salud fueran asignadas al programa de seguro de salud subsidiado. Este fue el primer paso en la llamada transformación de subsidios de oferta a demanda, por medio de la cual el dinero previamente asignado a los hospitales públicos fue trasladado gradualmente a financiar el programa de seguro subsidiado. En 1996, la ley 344 aceleró este proceso al incrementar la fracción de las transferencias de salud recibidas por los gobiernos locales que se deberían asignar a los seguros de salud subsidiados. Con las fórmulas en las leyes 100 y 344, dos tercios de las transferencias destinadas a la salud recibidas por los gobiernos locales se asignarían a “los subsidios a la demanda” (régimen subsidiado).

La Ley 100 también creó una cuenta especial en la tesorería de la seguridad social para salud (FOSYGA), llamada cuenta de solidaridad para cofinanciar, conjuntamente con los gobiernos locales, el régimen subsidiado. Un punto del 12% de la contribución de la nómina va a esta “cuenta de solidaridad”.¹⁰ Además de este punto porcentual procedente de las nóminas, la ley autorizó dedicar a la cuenta de solidaridad otros impuestos de destinación específica. También hay un *pari passu* en la Ley 100 por medio del cual el gobierno central debe asignar 1 peso de su presupuesto general a la cuenta de solidaridad, por cada peso recogido de la mencionada contribución del 1%.

La ley creó las fuentes de financiación anteriormente señaladas y estableció que la cobertura universal debería alcanzarse para el año 2001, con igual contenido del POS en ambos regímenes: contributivo y subsidiado. Sin embargo, no afirmó explícitamente que las fuentes creadas serían suficientes para lograr la afiliación universal y permitió la posibilidad de otras transferencias

⁹ La viabilidad, sin embargo, depende fundamentalmente de dos parámetros: el número medio de miembros de la familia por trabajador cotizante, y el promedio de sueldos o ingresos de quienes contribuyen.

¹⁰ La Ley 1122 de 2007 ordenó, comenzando a partir de febrero de 2007, incrementar la tasa de contribución al 12.5%, de los cuales el 1.5% debería ir a la cuenta de solidaridad.

adicionales del gobierno central al nuevo sistema de salud si el Congreso lo aprobaba en las anuales leyes de presupuesto. Por esta razón, el artículo en la Ley 100 que se refiere a la afiliación universal en 2001, más que el resultado de una proyección financiera, podría interpretarse como la declaración de un objetivo político de largo plazo.

En la siguiente sección se muestra cómo la financiación del sector salud evolucionó durante la década que siguió a la aprobación de la reforma, explicando los factores que determinaron la cantidad de recursos destinados a los planes de seguro médico creados por la reforma.

2. Tendencias Observadas en la Financiación

La implementación de las leyes de descentralización y la reforma del servicio de salud llevaron a un aumento significativo en la cantidad de recursos públicos destinados al sector salud. Como puede verse en el Cuadro 1, el gasto público como porcentaje del PIB aumentó en un 1.7% entre 1993 y 2003, y los gastos de seguridad social (con origen en las contribuciones basadas en la nómina) lo hicieron en un 1.9% en el mismo período.¹¹

El número de personas afiliadas al seguro social en salud creció con gran rapidez después de 1992 y luego se estancó entre 1999 y 2002, volviendo a aumentar desde el año 2003. En general la afiliación pasó de un estimado del 20% de la población en 1993 al 76% en 2006. Las estimaciones actuales indican que la cobertura universal se logrará finalmente en 2009. Incluso entonces, sin embargo, el contenido del paquete de beneficios en el régimen subsidiado no será tan completo como el del régimen contributivo, y por ello el pago capitado será más bajo para el primero.

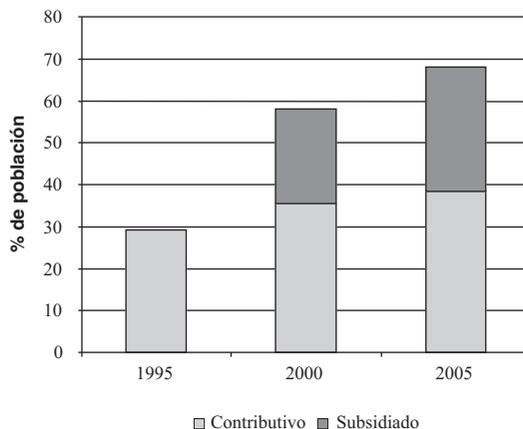
Cuadro 1
Indicadores de Financiación en Salud
(porcentajes)

	1993	2003	Diferencia
Gasto total en salud / PIB	6.2	7.8	1.5
Gasto público total en salud / PIB	1.4	3.1	1.7
Gasto de la Seguridad social en salud / PIB	1.6	3.5	1.9
Gasto privado en salud / PIB	3.3	1.2	-2
Gasto privado en salud / Gasto total en salud	21.9	39.6	17.7
Gasto de la Seguridad social en salud / Gasto total en salud	25.7	55.5	29.8
Gasto privado en salud / Gasto total en salud	52.3	15.9	-36.4
Gasto anual en salud por habitante (en dólares)	112	136	

Fuente: Barón (2007).

¹¹ Estas cifras incluyen todas las categorías de gasto en salud y no sólo seguro de salud.

Gráfica 1
Afiliación al Seguro de Salud



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud de Profamilia.

Cuatro categorías de razones explican la cantidad de recursos dedicados a la seguridad social en salud y, por tanto, las cifras de afiliación entre 1993 y 2006.

La primera es el desempeño macroeconómico. El crecimiento económico tiene efecto sobre el nivel de empleo, y por lo tanto en el número de personas afiliadas al seguro de salud contributivo. El crecimiento también tiene un efecto sobre los ingresos fiscales, los que a su vez están vinculados a las transferencias a los gobiernos locales y a la financiación del programa de seguro de salud subsidiado.

La segunda es la política fiscal. Algunas de las fuentes de financiación para el sector salud tienen que ser incluidas en las leyes anuales de presupuesto, y las restricciones fiscales pueden dar lugar a recortes presupuestales en ciertas categorías del gasto de salud. Estos detones al gasto a veces se aplican a los recursos de destinación específica para salud, en cuyo caso, parte del dinero generado por la fuente se guarda y no se gasta. Por otra parte, las severas restricciones fiscales pueden dar lugar a decisiones de cambiar por completo las fórmulas incluidas en leyes anteriores para las transferencias a los gobiernos locales y al sector salud.

La tercera es la informalidad estructural en el mercado laboral, ya que el número de personas inscritas en el régimen contributivo depende no sólo del nivel global de empleo, sino de la proporción de trabajadores que estén en el sector formal y cumplen con los reglamentos de trabajo y seguridad social.

La cuarta se refiere a las restricciones institucionales. Esto tiene que ver con los incentivos para que los gobiernos locales incrementen la afiliación y su voluntad política para asignar recursos

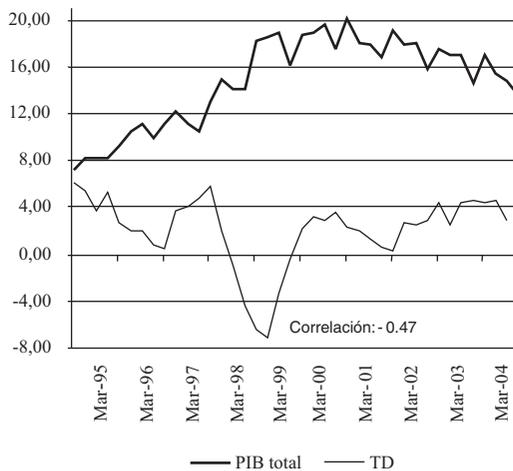
al régimen subsidiado, y también con la calidad, eficiencia y costo de los procesos administrativos necesarios para ejecutar adecuadamente el programa de seguro de salud universal.

2.1 Desempeño macroeconómico

Desde el comienzo de la década de los noventa, Colombia ha tenido tres períodos distintos de crecimiento económico. La tasa media de crecimiento anual del PIB fue del 4.3% entre 1991 y 1997, del 0.2% entre 1997 y 2001, y del 3.8% entre 2001 y 2005. Como puede verse en la Gráfica 2, el desempleo muestra una correlación negativa con el crecimiento económico.

El crecimiento económico también tuvo un impacto en el desempeño fiscal. El crecimiento en los ingresos fiscales del gobierno central ha seguido al del PIB, como puede observarse en la Gráfica 3. Los ingresos fiscales fueron equivalentes al 10% del PIB hasta el año 2001, cuando representaron el 13% del PIB. Esta cuota ha seguido aumentando hasta un 15% en 2005.¹²

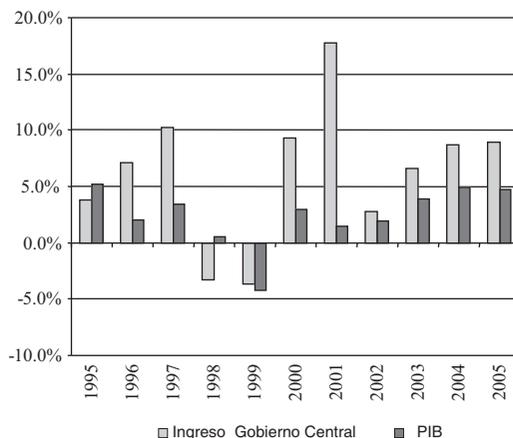
Gráfica 2
Crecimiento del PIB y Tasa de Desempleo: 7 Ciudades



Fuente: DANE.

¹² Varias reformas al Código Tributario y los esfuerzos por parte de la administración fiscal explican esta parte creciente.

Gráfica 3
Tasa de Crecimiento del PIB e Ingresos del Gobierno
(en términos reales)



Fuente: Minhacienda, DANE.

2.2 Política fiscal

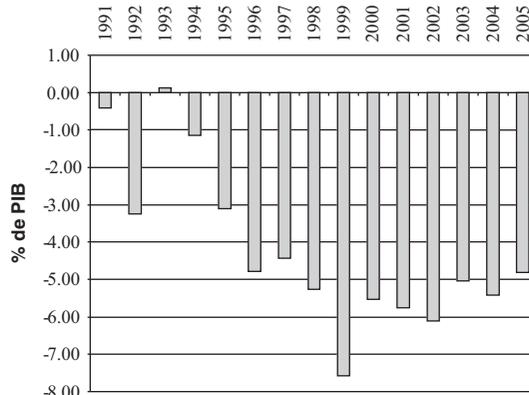
El compromiso de transferir una parte creciente de los ingresos fiscales nacionales a los gobiernos locales, además de la necesidad de asignar una parte cada vez mayor del presupuesto del gobierno central para pagar las pensiones, estuvieron asociados a un incremento del déficit fiscal como el observado en la Gráfica 4. El déficit fiscal crónico observado durante mediados y finales de los años noventa dio lugar a un aumento en la deuda pública (50% en 2002). Desde 1998 el país y el gobierno enfrentaron restricciones de financiamiento externo. A partir de ese año se produjo una crisis financiera y una fuerte recesión.

En este contexto, el gobierno firmó un acuerdo con el FMI y se comprometió a reducir el déficit fiscal. Como parte de este programa de ajuste, en 2001 se aprobó una reforma que modificó las transferencias de la descentralización y también se expidió una nueva ley (Ley 715) que sustituyó la ley 60. Las fórmulas para el cálculo de las transferencias a los gobiernos locales se modificaron. A partir de 2002, estas no se fijarían como una fracción de los ingresos del gobierno central. En lugar de ello, se estableció que las transferencias crecieran entre el 2 y el 2.5% anual en términos reales, independientemente de los ingresos del tesoro nacional.¹³ Estas reformas también fijaron la parte de las transferencias recibidas de los gobiernos locales que tenía que gastarse en salud en el

¹³ Las fórmulas establecidas por la reforma Constitucional de 2001 expiran en 2008. Más recientemente, en junio de 2007, una nueva reforma que fue aprobada modifica un poco y amplía estas fórmulas hasta el año 2016.

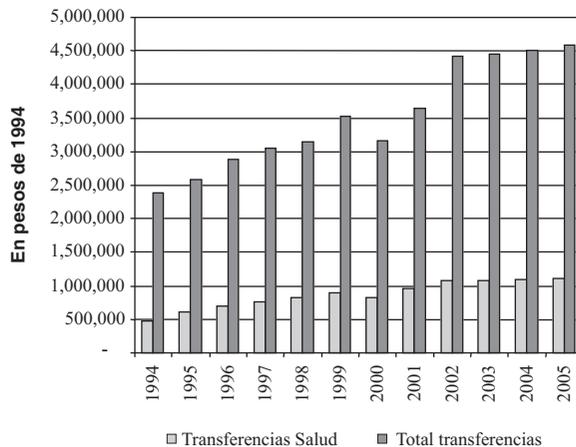
24.5%, y dentro de esta categoría cuánto debería gastarse en el régimen subsidiado. A partir de 2002, el 47% de las transferencias para salud recibidas de los gobiernos locales debería gastarse en el programa de seguro subsidiado y ese porcentaje luego aumentaría aproximadamente a un punto porcentual adicional al año. Las fórmulas para calcular el total de transferencias a los gobiernos locales y la parte correspondiente a la salud, antes y después de 2001, condujeron a tendencia descrita en la Gráfica 5.

Gráfica 4
Déficit del Gobierno Central
(% del PIB)



Fuente: Minhacienda.

Gráfica 5
Transferencias Totales y Transferencias para Salud en Términos Reales



Fuente: DNP.

La Ley 100 había comprometido al gobierno central a incluir en su presupuesto determinadas cantidades para el FOSYGA. Como se ha explicado anteriormente la cuenta de solidaridad FOSYGA recoge el 1% contribución sobre los salarios y un monto igual, denominado *pari passu*, que debía haberse asignado por el gobierno central.

Las urgentes necesidades para controlar el gasto y reducir el déficit fiscal, sin embargo, llevaron al gobierno nacional a tomar dos tipos de decisiones. En primer lugar, impulsó una nueva legislación para reducir el monto a ser comprometido en el *pari passu*. La Corte Constitucional, sin embargo, anuló estos cambios. La segunda decisión se tomó cada año en las leyes de presupuesto; No todo el *pari passu* fue transferido cada año a la cuenta de solidaridad, sino sólo una parte de él, y al FOSYGA tampoco le fue permitido gastar todos los ingresos generados por el 1%.

2.3 La informalidad en el mercado laboral

La afiliación en el régimen contributivo depende crucialmente del porcentaje de los trabajadores dependientes e independientes que se encuentran en el sector formal. Entre los trabajadores dependientes la tasa de afiliación aumentó en un principio, pero luego se estancó. Sin embargo, el porcentaje de trabajadores independientes afiliados en el seguro de salud contributivo no aumentó después de la reforma y se mantuvo en niveles muy bajos (entre el 2 y el 3%). Por otra parte, desde los noventa la proporción de la fuerza de trabajo que reporta ser dependiente o asalariada en las encuestas de hogares ha disminuido (de 64 a 50%), mientras que la de los trabajadores independientes ha aumentado (del 36 al 50%).

Para aquellos no inscritos en el régimen contributivo que son pobres, informales o desempleados, la ley creó el régimen subsidiado. La elegibilidad para recibir este subsidio se determinó por medio del SISBEN (*Sistema de Identificación de Beneficiarios*), el cual genera una “calificación de pobreza” basada en la información de ingresos, nivel de educación de los miembros de la familia y la propiedad de activos. Después de la etapa inicial de la implementación de la

Cuadro 2
Restricción del Presupuesto sobre la Cuenta de Solidaridad de FOSYGA

	% de la contribución del 1% que se permitió gastar	% de <i>pari passu</i> que fue efectivamente comprometido
2000	94.20%	18.40%
2001	76.30%	18.20%
2002	64.70%	17.90%
2003	43.30%	22.10%
2004	80.90%	44.50%
2005	81.90%	40.90%

Fuente: Presupuesto FOSYGA.

encuesta SISBEN y su actualización desde el año 2002 al 2005, las dos terceras partes de toda la población colombiana fueron clasificadas como elegibles.

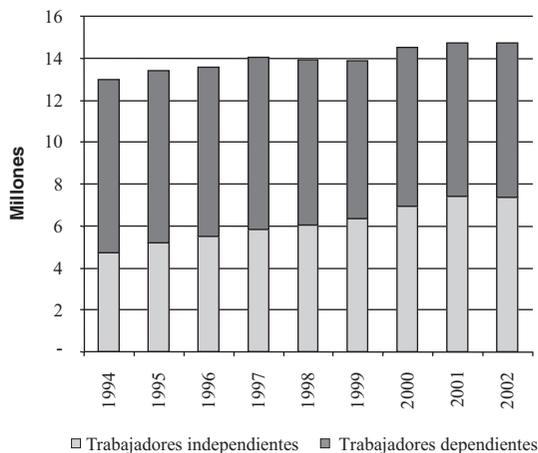
2.4 Restricciones institucionales

De acuerdo con la reforma, los gobiernos locales deberían haber dirigido gradualmente el presupuesto previamente asignado a los hospitales hacia la financiación del nuevo programa de seguro de salud subsidiado. Esta fue la transformación de los subsidios de la oferta a la demanda a que obligó la ley. Estas regulaciones, sin embargo, dejaron abierta una laguna (había una larga lista de gastos elegibles que podían deducirse antes de aplicar las fórmulas de transformación). En 2001 los gobiernos locales deberían tener asignado al régimen subsidiado el 60% de las transferencias recibidas para la salud. Pero en la práctica era menos que eso. La nueva ley de descentralización (Ley 715) aprobada ese año reinició el proceso de transformación con esa cifra al 47%.

3. Factores Explicativos

En esta sección construimos y utilizamos un marco contable para calcular lo que habría tomado, en términos de los factores que determinan la financiación del sector salud, lograr la afiliación universal con las fuentes de fondos creadas por la reforma.

Gráfica 6
Fuerza Laboral Colombiana Estimada



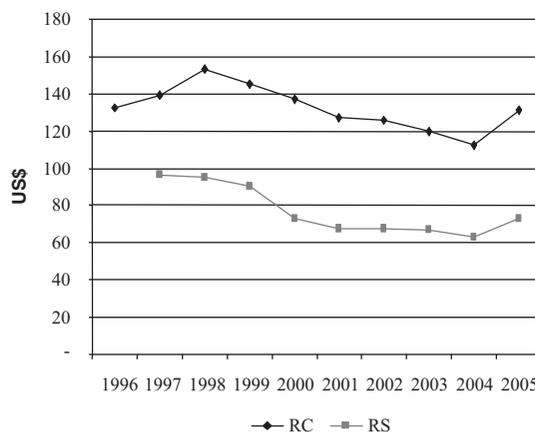
Fuente: DANE.

El punto de partida es el costo de la afiliación universal. Es fácil calcular este costo como la multiplicación de la tasa capitada (UPC) por el tamaño de la población.¹⁴ Como se explicó anteriormente, la tasa capitada en el régimen contributivo (RC) depende de la edad y del sexo.¹⁵ En el régimen subsidiado (RS), sin embargo, es plana. La tasa en el RS es menor que en el RC debido a que el paquete de beneficios o plan de salud en el régimen subsidiado no incluye tantas intervenciones como lo hace en el seguro contributivo. Ley 100 había obligado que el contenido de los paquetes de beneficios en ambos sistemas fuera gradualmente nivelado hasta llegar a ser idéntico para el año 2001. Sin embargo, eso no ha ocurrido aún.

La Gráfica 7 muestra el pago capitado anual en dólares y la Gráfica 8 lo hace en pesos constantes de 1993. En 2005 la tasa capitada para la RC fue el equivalente al 5.6% del ingreso per cápita.

El costo total del seguro universal surge de multiplicar el costo medio per cápita por el tamaño de la población. Sin embargo, como los costos per cápita son diferentes, la cifra dependerá de la parte de la población que esté afiliada en el RC en relación con el RS (a menos que conjeturemos que los paquetes de beneficios se hagan equivalentes y por tanto, la tasa capitada en el régimen subsidiado se eleve para que coincida con la del régimen contributivo). En lo que sigue, calcularemos ambos: el costo de la afiliación universal con paquetes de beneficios iguales y paquetes de beneficios diferentes.

Gráfica 7
Costo Anual Promedio Per Cápita
(dólares americanos)

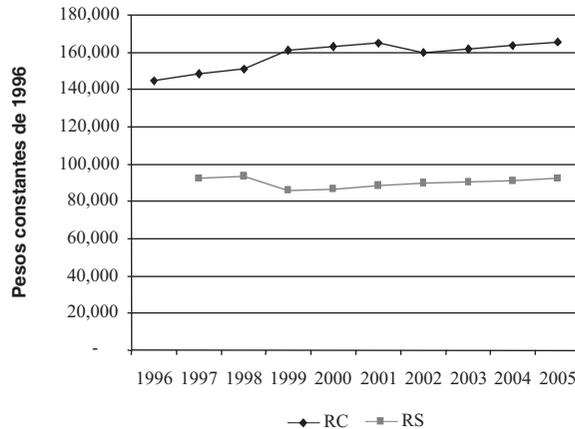


Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

¹⁴ Utilizamos las proyecciones de población hechas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), basado en el censo de 1993.

¹⁵ Como la UPC varía con la edad y el sexo, calculamos un promedio ponderado de la UPC en el caso del régimen contributivo.

Gráfica 8
Costo Promedio Anual Per Capita
(pesos)



Fuente: Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El marco contable que utilizamos identifica y modela las interacciones entre todos los factores que determinan la dinámica de las fuentes de financiación creadas por la ley 100. El crecimiento económico determina el empleo agregado. Modelamos esta interacción por medio de la elasticidad de empleo al crecimiento del PIB. Luego, multiplicamos las cifras agregadas de empleo por la fracción de los trabajadores que hacen contribuciones a la seguridad social. De esta forma llegamos a las cifras del número de trabajadores en el régimen contributivo. Al multiplicar por el número promedio de dependientes por trabajador se obtiene el total de población afiliada en este régimen. El número de trabajadores en RC también tiene una influencia sobre los ingresos recaudados por el FOSYGA en la cuenta de solidaridad, provenientes del 1% de la contribución para co-financiar el RS.¹⁶ Por otro lado, el crecimiento económico determina el total de los ingresos fiscales del gobierno central (tratamos la tasa de los ingresos fiscales con respecto al PIB como un parámetro exógeno). A esta cifra, aplicamos las fórmulas de las leyes de descentralización para llegar a la cantidad de recursos comprometidos por los gobiernos locales para la financiación del seguro de salud subsidiado.¹⁷ La gráfica en el Anexo describe las interacciones modeladas en el marco contable y enumera los parámetros utilizados.

¹⁶ Los ingresos provenientes de la contribución del 1% son una fracción constante del PIB nominal si se mantiene constante la tasa de formalidad, que es la fracción de la población empleada que en realidad hace aportaciones a RC.

¹⁷ Los gobiernos locales a veces asignan recursos al seguro de salud subsidiado por encima de lo que es ordenado por las leyes de descentralización. La suma es relativamente pequeña pero, no obstante, es contabilizada.

Los cálculos son hechos para dos períodos distintos: 1996-2001 y 2001-2005. Hay dos razones para este plazo. Una, es que la propia ley había establecido la fecha de 2001 para alcanzar el objetivo de universalidad, y la otra es que en ese año las leyes de descentralización cambiaron completamente y con ellas las fórmulas para el cálculo de las transferencias que los gobiernos locales reciben para el gasto en el seguro de salud.

El Cuadro 3 muestra el escenario base. Las cifras bajo “diferentes paquetes de beneficio” se basan en las tasas capitadas (diferenciales) que fueron efectivamente observadas durante estos años, y, por tanto, están calibradas para reproducir las tendencias observadas en la afiliación.¹⁸ Las cifras bajo “el paquete de beneficio equitativo” calcula la afiliación bajo el escenario hipotético de que la tasa capitada en el RS se hubiera aumentado al comienzo para que coincidiera con el valor de la tarifa en el RC.

A partir de este escenario de referencia se han realizado cuatro simulaciones. En la primera, se supone que la tasa de crecimiento del PIB es del 5% en ambos períodos. Los ingresos fiscales son entonces calculados y de ellos las transferencias de descentralización para la salud y el número de

Cuadro 3
Escenario Base: Tendencias Observadas en la Afiliación
(% de la población)

	Paquete de beneficios equitativo		Paquete de beneficios diferentes	
	2001	2005	2001	2005
Escenario Base				
Régimen Afiliación Contributiva	33.00%	34.30%	33.00%	34.30%
Régimen Afiliación Subsidiada	12.80%	18.30%	24.40%	33.60%
Total Afiliación	45.80%	52.50%	57.40%	67.90%

Fuente: Cálculos del autor.

¹⁸ Existen discrepancias menores entre estas cifras y las que se reportaron en los informes administrativos por tres razones. 1) Tratamos y modelamos los planes especiales de seguros, como los de los maestros en escuelas públicas y de los militares, como si fueran parte regular de la RC. 2) En el RS dividimos los recursos disponibles en un año dado por la UPC, para hallar el promedio del número de afiliados en ese período. En la práctica, sin embargo, la afiliación se amplía a mediados del año, lo que proporciona una cifra superior de afiliación para el final del año. Los gobiernos locales pueden también ahorrar dinero en un año determinado, para ser gastado en el siguiente. 3) Una pequeña proporción de afiliados se encuentran en una versión especial del RS que tiene menos cobertura y una baja UPC.

personas a las que habría sido posible afiliar en el RS.¹⁹ Utilizando la elasticidad de empleo respecto al PIB, se calcula el número total de personas empleadas y de este, el número de personas que se han sumado al régimen contributivo en un escenario de “alto crecimiento”.

La siguiente simulación restaura todos los valores de base (consecuente con el crecimiento del PIB efectivamente observado) y luego simula lo que hubiese ocurrido de no haber límites presupuestales para el FOSYGA para la co-financiación del régimen subsidiado. Es decir, si la totalidad de ingresos procedentes de la contribución del 1% hubiera sido gastada y el gobierno nacional hubiera destinado a la cuenta el total del *pari passu*. Este se denomina el “escenario sin restricciones fiscales”.

El siguiente escenario restablece los valores a la base y supone que hay mayor formalidad en el mercado laboral. En la base aproximadamente el 60% de los trabajadores dependientes y el 2% de los trabajadores independientes hacen contribuciones para el seguro de salud. En esta simulación cada una de estas fracciones se aumenta en 10 puntos porcentuales (al 70% para los dependientes y más de 12 para los independientes). Este se denomina el “escenario de alta formalidad del mercado laboral”.

La última simulación, después de restaurar los valores a la base, supone que los gobiernos locales trasladen el 60% de las transferencias recibidas para salud a los subsidios a la demanda en 2001 y el 80% en 2005.²⁰ Es decir, que efectivamente hubieran contado con la financiación para el suministro de servicios de salud y la hubieran utilizado para subsidiar la demanda mediante la afiliación y pago para más personas en el régimen subsidiado. Este último es el escenario de “transformación de los subsidios”.

Como puede observarse en el Cuadro 4, ninguno de los escenarios por sí solos habría llevado las fuentes creadas por la Ley 100 a generar los recursos suficientes para alcanzar la universalidad. Es interesante, que todos ellos parecen rendir incrementos similares en el número de personas afiliadas. Sin embargo, la ocurrencia simultánea de los cuatro escenarios se hubiera acercado a garantizar la afiliación universal. En el caso del “paquete de diferentes beneficios” el 100% hubiera sido alcanzado y los escasos recursos podrían haberse gastado en incrementar el pago capitado y ampliar el paquete de beneficios de el RS.

¹⁹ En el escenario de crecimiento alto suponemos que no hay reforma a las transferencias de descentralización en 2001 y por eso, se continuamos aplicando las “viejas” fórmulas hasta el año 2005. La razón de esta suposición es que si la economía hubiera funcionado bien, es poco probable que hubiera habido una reforma fiscal.

²⁰ Este es un porcentaje más alto que el exigido por ley.

Cuadro 4
Escenarios de Afiliación

	Paquete de beneficios equitativo		Paquete de beneficios diferentes	
	2001	2005	2001	2005
Alto crecimiento económico				
Afiliación al Régimen Contributivo	35.30%	38.60%	35.30%	38.60%
Afiliación al Régimen Subsidiado	14.50%	21.20%	27.60%	39.00%
Total Afiliación	49.90%	59.80%	63.00%	77.60%
Restricción no fiscal				
Afiliación al Régimen Contributivo	33.00%	34.30%	33.00%	34.30%
Afiliación al Régimen subsidiado	16.20%	22.10%	30.80%	40.70%
Total Afiliación	49.20%	56.40%	63.80%	75.00%
Mayor formalidad laboral				
Afiliación al Régimen Contributivo	41.20%	42.70%	41.20%	42.70%
Afiliación al Régimen Subsidiado	12.80%	18.30%	24.40%	33.60%
Total Afiliación	54.00%	61.00%	65.60%	76.30%
Plena "transformación de subsidios"				
Afiliación al Régimen Contributivo	33.00%	34.30%	33.00%	34.30%
Afiliación al Régimen Subsidiado	16.60%	24.70%	31.50%	45.40%
Total Afiliación	49.50%	58.90%	64.50%	79.70%
Los cuatro escenarios simultáneos				
Afiliación al Régimen Contributivo	44.30%	48.40%	44.30%	48.40%
Afiliación al Régimen Subsidiado	27.40%	39.40%	52.20%	72.40%
Total Afiliación	71.70%	87.80%	96.50%	120.80%

Fuente: Cálculos del autor.

4. Discusión

Las proyecciones financieras que podían hacerse en el momento de la reforma fueron necesariamente sujetas a una gran incertidumbre con respecto a las tendencias a largo plazo de parámetros clave, tales como el crecimiento económico, los ingresos fiscales, el empleo, la informalidad y los costos de servicios de salud. Existen, sin embargo, documentos técnicos elaborados por el gobierno en el momento de la reforma que contienen hipótesis explícitas respecto a las fuentes de financiación creadas por la reforma.²¹

²¹ Véanse Martínez (2002) y Gaviria (2006) para una discusión.

Estas proyecciones suponían mayor afiliación en el régimen contributivo que lo que finalmente se observó. El número de personas afiliadas en realidad fue tan sólo del 54% de lo que se esperaba (Gaviria 2006). Esto tiene que ver con las hipótesis formuladas con respecto a la formalidad. La expectativa original era que en el año 2000, el 90% de los trabajadores asalariados harían contribuciones al seguro social de salud y el 85% de los trabajadores independientes harían lo mismo (Gaviria 2006). Para el último, la cifra observada fue apenas de un 4% (Martínez 2002).

El modelo contable utilizado en este documento muestra que la financiación de la afiliación universal habría necesitado tasas muy altas de formalidad laboral (tan altas como el 90%), o la ocurrencia simultánea de los escenarios descritos en la sección precedente. De este modo, lograr el objetivo de universalidad habría necesitado de un mayor crecimiento económico, sin restricciones fiscales, el compromiso por parte de los gobiernos locales a destinar más recursos a la demanda de subsidios y una mayor tasa de formalidad en el mercado laboral (aumentando la proporción de trabajadores que hacen contribuciones en un 10%).

Este es precisamente el escenario que se ha observado en los años posteriores a 2005. La economía ha crecido a tasas de más del 5%, las restricciones fiscales se han atenuado, la parte de trabajadores que realizan contribuciones ha aumentado (aunque no en un 10%) y la transformación de los subsidios se ha acelerado por la Ley 1122 de 2007.²² No sorprende, por lo tanto, que hacia el año 2007 la afiliación universal se haya logrado en 6 de los 32 departamentos del país, y se espera que todos lo hagan para el año 2009 (aunque con diferentes paquetes de beneficio).

Una característica de la reforma fue la participación de las instituciones privadas en la seguridad social en salud. Se creía que sería de su interés aumentar la afiliación, porque de esa manera podrían aumentar sus ingresos (Jaramillo 1994). Sin embargo, hubo también una fuerza que contrarrestó dicho incentivo: la mayor tasa de contribución sobre la nómina para salud y pensiones, la cual aumentó el costo de ser formal. En cualquier caso, el importante número de empresas (especialmente las pequeñas y rurales) que no cumplan con las leyes de trabajo y seguridad social y la falta de cumplimiento e incentivos para la afiliación de los trabajadores independientes, terminó siendo un gran obstáculo para el crecimiento de la afiliación al seguro universal de salud.

Una barrera inesperada provino de los incentivos para la afiliación de trabajadores. Existe evidencia anecdótica de personas que se niegan a aceptar empleos en el sector formal por “temor” a ser afiliados en el seguro contributivo. Una de las razones es que este último tiene co-pagos, que son en la práctica inexistentes en el régimen subsidiado. Otra es que la persona que entre en el RC pierde su lugar en el RS. La gente a veces percibe que el empleo ofrecido podría tener una corta duración (por ejemplo, en el sector de la construcción). Aceptar la afiliación al RC y perder el puesto de trabajo poco tiempo después implicaría entrar transitoriamente en la RC y luego perder toda cobertura. A pesar de que el gobierno emitió un reglamento especial en 2005 para hacer frente a este problema, las soluciones son parciales y el problema sólo será resuelto totalmente cuando se haya alcanzado la afiliación universal.²³

²² De acuerdo con esta ley, en el año 2009 se elevó al 65% de las transferencias de salud recibidas por los gobiernos locales que se deben asignar al RS.

²³ La nueva regulación dice que cuando una persona deja el RS para entrar al RC, su lugar en el anterior se reservará máximo por un año, en caso de convertirse de nuevo en desempleado, e incluso después de un año el proceso de encontrar un nuevo lugar en el RS será más rápido y sencillo.

Se esperaba inicialmente que una vez fuera lograda la universalidad, dos terceras partes de la población serían afiliadas en el RC y una tercera parte en el RS. En la práctica, sin embargo, terminó siendo al contrario, no sólo porque el número de trabajadores que realizaron contribuciones fue menor, sino porque el instrumento ideado para seleccionar la población elegible para subsidios de salud terminó produciendo una amplia focalización.

La ley 100 alude a un instrumento de focalización para ser definida por el gobierno. El SISBEN (*Sistema de Identificación de Beneficiarios*), fue entonces pensado como una encuesta para ser aplicada periódicamente en hogares urbanos pobres y en zonas rurales. A los municipios les fue asignada la labor de implementarlo. La información de su aplicación se transforma en una calificación de pobreza para cada hogar, y aquellos bajo un umbral se consideran elegibles. El SISBEN se utiliza simultáneamente con otros criterios para la concesión de subsidios de salud (por ejemplo, poblaciones indígenas y personas desplazadas de sus lugares de origen a causa de la violencia podrían obtener el subsidio de salud sin el requisito del SISBEN).

Hubo, sin embargo, problemas de aplicación. Los registros de población encuestada no fueron adecuadamente conservados en la mayoría de las administraciones locales, ni la encuesta se actualizó con la suficiente frecuencia. Además, había evidencias de sesgo estratégico (los hogares ocultan cierta información con el objeto de que se les califique como pobres). Todo esto ha llevado al gobierno, a partir de 2002, a rehacer todo el proceso de nuevo en lo que se llamó “el nuevo SISBEN”. Esta vez la información fue recolectada y centralizada en una base de datos nacional por el Departamento Nacional de Planeación y las fórmulas para la construcción del índice fueron mantenidas en secreto para evitar conducta estratégica por parte de los alcaldes y los encuestados. Sin embargo, con arreglo a lo dispuesto por la Ley 715 de 2001, los alcaldes seguían siendo responsables en la implementación de la encuesta y la misma ley señalaba que cuanto mayor es el número de individuos no asegurados en un municipio (de acuerdo con el SISBEN), mayor es la participación de las transferencias nacionales para la salud que puede obtener la municipalidad. Más tarde se entendió que los alcaldes tenían un conflicto de interés mientras se implementaba el nuevo SISBEN. Cabe señalar que los sucesivos cambios en la forma de selección de beneficiarios no ha implicado aún la exclusión de personas que ya reciben el subsidio de salud. Incluso las personas que fueron clasificadas como pobres en el SISBEN original y como no pobres en el nuevo SISBEN continuaron recibiendo el subsidio. Al final el número de personas elegibles para los subsidios de salud (definido como no estar en el RC y pertenecientes a los niveles 1 ó 2 del SISBEN) fue mucho mayor de lo esperado. Estimaciones basadas en una encuesta de hogares puesta en marcha en 2003 indicó que había aproximadamente 12 millones de colombianos en los niveles 1 o 2 (Pinto y Hsiao 2007). Debido a problemas en su aplicación y cambios en las fórmulas, cuando el proceso del nuevo SISBEN terminó en 2005 había 27 millones de colombianos en los niveles 1 y 2.²⁴ Dado que la estimación actual de la población colombiana es de 42 millones el instrumento ha generado una meta más bien amplia.

El hecho de que el crecimiento en la afiliación tuvo que apoyarse más en el RS que en el RC tiene una consecuencia muy importante: hay mayores exigencias sobre el presupuesto público y

²⁴ De estos, 3 millones parecieron ser afiliados en el régimen contributivo, porque por lo menos un miembro del hogar tenía un empleo formal, lo que dejó la cifra para la población elegible, en 24 millones.

el costo de la universalidad en términos del presupuesto público es mucho más grande de lo que se había previsto originalmente. Esto explica por qué el crecimiento en la afiliación se estancó durante el periodo de ajuste fiscal.

Además de la llamada transformación de subsidios discutida en la sección anterior, había otras barreras institucionales para la afiliación en relación con los procesos administrativos necesarios para ejecutar el plan de seguro médico. Una base de datos completa con los nombres y números de identificación de los afiliados en cada municipio y cada aseguradora (EPS) es una herramienta básica para el funcionamiento del sistema y la asignación de los recursos. Esta base de datos, sin embargo, no existió hasta el año 2005. Durante muchos años esto llevó a múltiples problemas de afiliación (tasas capitadas pagadas más de una vez para una sola persona, debido a reclamos trasladados por diferentes aseguradores). Por ejemplo, en la revisión duplicados hecha en 2002, aparecieron 900,000 personas con “registros múltiples en el régimen subsidiado, lo cual representó casi el 10% de la población afiliada en ese momento.

La corrección de estos duplicados llevó a aumentar la afiliación en ese momento. Sin embargo, el problema era frecuente cuando no había mecanismos para comparar sistemáticamente las bases de datos de municipios y aseguradoras. Aunque los sistemas de información han mejorado, sobre todo después de que el gobierno nacional comenzó a hacer cumplir la obligación de actualizar la base de datos unificada de afiliación por parte de las aseguradoras y los municipios, el problema no ha desaparecido por completo. Puede ocurrir en los regímenes contributivo y subsidiado, especialmente cuando la gente se traslada de uno a otro (debido al desempleo, por ejemplo). Las bases de datos incompletas o inconsistentes pueden llevar a los pagadores a retener temporalmente ciertos pagos, hasta que se verifique que no existan reclamos duplicados.

Más recientemente, el gobierno ha implementado un nuevo sistema para cobrar las contribuciones para la seguridad social (incluyendo salud y pensiones). Los formularios mensuales son llenados de manera unificada (a través de Internet o *call centers*) y el pago (para las distintas EPS y fondos de pensión que los empleados elijan) está centralizado en una sola transacción (orden de débito). A partir de julio de 2008, el uso de este sistema es obligatorio para todos los empleadores y los trabajadores independientes.

Las autoridades de la seguridad social han construido una base de datos con copias de todas las nóminas para las cuales hay pagos a través del nuevo sistema, que ha contribuido a mejorar la calidad, puntualidad y perfección de las bases de datos. Además de reducir los costos administrativos una ventaja clave de este sistema es que ayuda a controlar los ingresos no reportados, los cuales solían prevalecer en el RC. Esto es así porque, si una persona subreporta su salario o sus ingresos con el objeto de pagar menos, la base desde la cual es calculada la pensión futura de la persona, también se reducirá, lo cual le resultaría contraproducente al afiliado.²⁵ Por otra parte, excepto para casos especiales, el sistema no permite que las personas realicen contribuciones para pensiones y no para salud. Todo esto ha ayudado a reducir la evasión y al subreporte de ingresos, especialmente por parte de los trabajadores independientes.

²⁵ Lo que se pagara por tiempo de enfermedad y licencias de maternidad también se reducirá en caso de subregistro.

4.1 Lecciones aprendidas

Una lección importante que puede extraerse de la experiencia colombiana es que las proyecciones de afiliación deben hacerse con realismo y precaución. Es cierto que los objetivos ambiciosos estimulan a las sociedades a movilizar los recursos necesarios para cumplir objetivos deseables. Sin embargo, las previsiones a largo plazo están sujetas a una gran incertidumbre en cuanto a los parámetros que determinan la financiación de la seguridad social en salud.

Otra lección es que la informalidad estructural en el mercado laboral es un factor importante que debe considerarse al diseñar planes de seguro médico en los países en desarrollo. Se debe prestar atención al efecto que las contribuciones de nómina tienen sobre el empleo e informalidad. Pero el mayor desafío es el de afiliar a los trabajadores independientes. Hacer cumplir la afiliación obligatoria para este tipo de trabajadores ha resultado bastante difícil. Por otro lado, si su participación en un seguro de salud es voluntaria y no obligatoria, la selección adversa se convierte en un problema, ya que sólo los que necesitan intervenciones médicas altamente costosas se afilian y pagan las contribuciones correspondientes.²⁶ Como quiera que los mecanismos legales para hacer cumplir la afiliación obligatoria por parte de los trabajadores independientes son imperfectos, deberían complementarse con incentivos adecuados para atraer a esta población. El desafío, entonces, es diseñar los incentivos y al mismo tiempo evitar la selección adversa.

La cuestión de los trabajadores independientes está estrechamente relacionada con la pobreza y la focalización. El diseño de un seguro de salud universal debe reconocer el hecho de que una parte significativa de la población carece de capacidad para el pago de las contribuciones y, por tanto, establece las primas subsidiadas. Sin este componente, el objetivo de la universalidad no sería realista. Sin embargo, algunos trabajadores independientes tienen capacidad de pago. La identificación de ellos es decisiva para lograr la afiliación universal. Con un instrumento de focalización que es demasiado estrecho la equidad se convierte en una preocupación puesto que muchos ciudadanos pobres se quedarían sin seguro. Pero si es demasiado amplia, “deja entrar” a demasiados afiliados que no son pobres, lo que incrementa el costo fiscal del seguro de salud y elimina los incentivos para que otras personas trabajadoras independientes no pobres aporten. En principio, un instrumento de este tipo no tiene por qué ser binario, sino más bien debe tener una escala gradual de elegibilidad y subsidios. Implementar esto es un gran desafío en términos de diseño y de la información requerida para hacerlo operativo.

Los obstáculos relacionados con el mercado laboral surgen del hecho de que el sistema de salud colombiano se basa en gran medida en las contribuciones sobre la nómina para su financiación. La alternativa a la financiación basada en la nómina es la de los ingresos fiscales generales. Éstos, sin embargo, están sujetos a otras restricciones. La experiencia colombiana muestra también que en los períodos en que la financiación es limitada para el gasto del gobierno (debido al déficit fiscal y las condiciones del mercado de deuda soberana), incluso las necesidades más apremiantes pueden ser restringidas.

²⁶ Hay pruebas en Colombia de la selección adversa por parte de trabajadores “independientes” que necesitan reemplazo renal, incluso antes de que la ley 100 entrara en vigencia.

Al final, el costo de seguro universal de salud tiene que ser completamente pagado con dinero proveniente de las contribuciones en la nómina o de impuestos generales, o por la combinación de ambos. Los recursos de los impuestos generales, sin embargo, son afectados por algunos de los mismos factores que afectan a las contribuciones de nómina (desempeño macroeconómico e informalidad). Por otra parte, la decisión de asignar más recursos provenientes de los impuestos generales al seguro de salud enfrenta obstáculos adicionales, porque hay muchas demandas competitivas de otros sectores. Una demostración indiscutible de los efectos de seguro de salud debería ayudar en este proceso. Sin embargo, la restricción del presupuesto global de los gobiernos y las condiciones cambiantes de los mercados crediticios internacionales, a veces establecen una importante distancia entre lo que los encargados de formular políticas quisieran hacer y lo que pueden permitirse hacer.

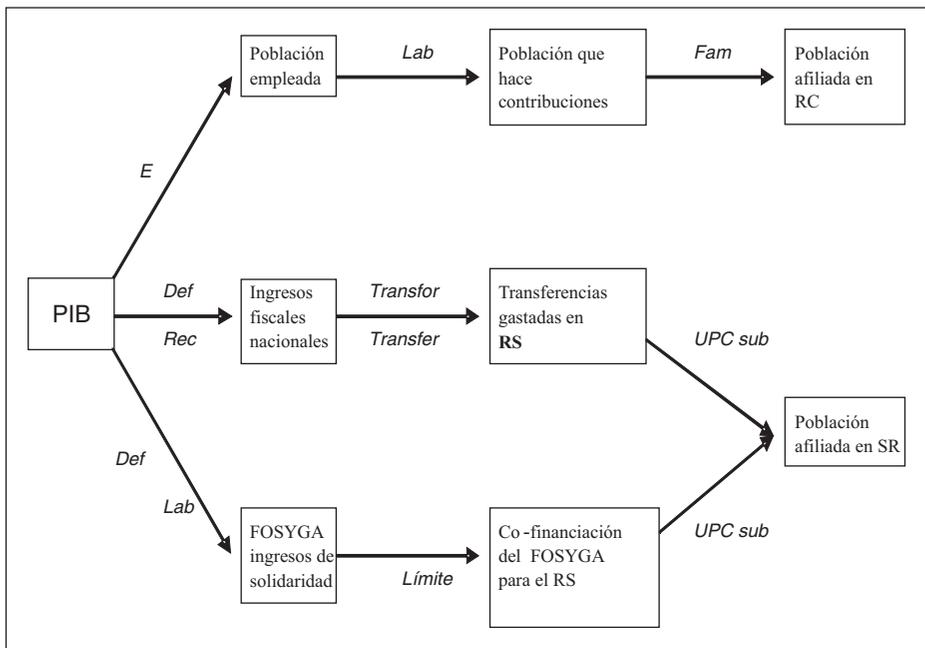
Se podría argumentar que las restricciones que surgen de los mercados laborales son más estables y de carácter estructural, mientras que a corto plazo las restricciones fiscales son cíclicas y cambian con el mercado y por las condiciones macroeconómicas. La informalidad del mercado laboral y las restricciones que surgen de la política fiscal, sin embargo, dependen del nivel general de desarrollo de un país, que es un factor crucial para lograr la universalidad en el seguro de salud.²⁷

Hay muchas maneras de alcanzar la universalidad. Las opciones de políticas que lleven a ese objetivo están abiertas. El contexto de cada país determina la decisión correcta en cuanto al contenido del paquete de beneficio y por lo tanto, en el costo total de la afiliación universal, los mecanismos para focalizar los subsidios y las fuentes de financiación (contribución de nóminas, impuestos generales). Más allá de factores estrictamente financieros, la experiencia colombiana muestra que contar con la infraestructura administrativa necesaria para ejecutar el plan de seguro médico es muy importante. La capacidad de registrar adecuadamente a los afiliados y ejecutar eficientemente las tareas relacionadas con la afiliación y el pago de las contribuciones no debe pasarse por alto, mientras se diseña un plan de seguro de salud universal.

²⁷ Un informe reciente del Banco Mundial (Hsiao y Shaw 2007) sugiere una regla de oro: “un país está en una buena posición para lograr la cobertura universal a través del seguro social de salud, cuando su producto nacional per cápita esté por encima de US\$6,000 dólares por año”.

Anexo

El Marco Contable



Parámetros:

E: Elasticidad del empleo respecto al PIB.

Def: Deflactor del PIB.

Rec: Proporción de los ingresos fiscales respecto del PIB nominal.

Lab: Porcentaje de fuerza de trabajo que hace contribuciones al seguro social de salud.

Fam: Promedio del número de dependientes por trabajador que realizan contribuciones.

Transfer: Fórmulas de descentralización que determinan la cantidad de dinero transferido a los gobiernos locales para la salud.

Transfer: Porcentaje de las transferencias de salud que se reciben de los gobiernos locales que se gasta en RS.

Límite: Existencia o no de restricciones presupuestales para que FOSYGA co-financie al RS.

UPCsub: Tasa capitada en el RS. Es o la observada en las simulaciones "paquete de beneficio diferente", o la de RC. en las simulaciones "paquete de beneficio equitativo".

Fuente: Cálculos del autor.

Referencias

Barón, Gilberto. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento.* Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2007.

Gaviria, Alejandro, Carlos Medina y Carolina Mejía. “Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice.” Documentos CEDE 002647, Universidad de los Andes-CEDE, 2006.

Hsiao, William C., Paul Shaw, et al. *Social Health Insurance for Developing Nations.* Washington, D.C.: World Bank, 2007.

Jaramillo, Iván. *El futuro de la salud en Colombia. Política social, mercado y descentralización.* Bogotá: Fundación Friedrich Ebert de Colombia (FESCOL), 1994.

Martínez, Félix, Gabriel Robayo y Oscar Valencia. *Desarrollo del principio de universalidad en el sistema general de seguridad social en salud.* Bogotá, D.C.: Fedesalud, 2002.

Molina, C. G., U. Giedion, M. C. Rueda y M. Alviar. “El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia”. En *Estudio de Incidencia del Gasto Público Social.* Santa Fe de Bogotá: FEDESARROLLO, Departamento Nacional de Planeación, 1994.

Pinto, Diana y William C Hsiao. “Colombia: Social Health Insurance with Managed Competition to Improve Health Care Delivery.” En *Social Health Insurance for Developing Nations.* Washington, D.C.: World Bank, 2007.

Universidad de Harvard, Informe. “Reforma de Salud en Colombia y Plan Maestro de Implementación” (mimeo), Bogotá, Ministerio de Salud, 1996.