

La salud en Colombia, ¿un sistema en coma?

Yaroslav Delgado Varela*

La salud en Colombia está en cuidados intensivos: si bien la reforma al sector salud permitió una mayor cobertura especialmente a los sectores más pobres del país, el sistema murió en su propio intento porque no previó que el régimen subsidiado superaría con creces al contributivo. A esto se le agrega una errada conjetura sobre el crecimiento económico que preveía un mayor número de cotizantes al régimen contributivo, previsión de crecimiento económico que no se cumplió.

La historia se remonta a mediados del siglo xx. En Colombia, la prestación del servicio de salud estaba a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS), entidad que se encargaba de afiliar, recibir cotizaciones y prestar servicios médicos. Bajo este sistema, la salud presentaba problemas de baja cobertura. Solo el 20,6% estaba afiliado en 1991 (JARAMILLO, 1997:). El sistema también tenía problemas de baja calidad del servicio, lo cual hacía que las personas con capacidad de pago buscaran asistencia

médica en particulares, evidenciando su fragmentación. Pero sobre todo, el sistema presentaba problemas de sostenibilidad financiera, pues en ese entonces el sistema de aseguramiento era muy costoso y además el modelo requería un cambio en la modalidad de acumulación¹.

Entonces, para resolver estos problemas se presentaron propuestas de reformas al sistema, con dos objetivos principales: el primero defendía la universalización de la prestación del servicio de la salud por medio de la ampliación en cobertura, el segundo defendía que: “dar a los usuarios el servicio de libre elección, sería la mejor forma de estimular la eficiencia y calidad del sistema” (JARAMILLO, 1997: 16). Como resultado de dichas propuestas se creó la Ley 100, que tiene argumentos compartidos de las corrientes anteriormente mencionadas.

1 “Según el Banco Mundial, en ese período se inició la tercera parte de la globalización que se caracteriza por el libre movimiento de capitales y mercancías, pero con grandes restricciones al flujo de la fuerza de trabajo. Lo que hace que el modelo y el entorno económico sean incompatibles ocasionando altos costos”.

* Estudiante de séptimo semestre de la Facultad de Economía, Universidad Externado de Colombia. Correo e: yadelva@hotmail.com

En consecuencia, en Colombia, a partir de 1993, se creó un sistema enfocado en la regulación y aseguramiento, para lo cual la Ley 100 estipuló dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. Los cotizantes y sus familiares con capacidad de pago pertenecen al Régimen Contributivo, y los demás afiliados pertenecen al Régimen Subsidiado o se encuentran en proceso de ingresar a éste, siempre y cuando se demuestre que no cuentan con capacidad de pago. A su vez, los afiliados tendrán derecho a un plan integrado de protección de la salud, que se define como un paquete de servicios y es conocido como el Plan Obligatorio de Salud (POS), pero es diferente para cada uno de los regímenes. El POS del régimen subsidiado brinda prácticamente la mitad de los servicios del régimen contributivo, creando así una diferenciación excluyente entre las personas afiliadas a uno u otro régimen.

La Ley 100 puntualizó que las personas que accedan a cualquiera de los regímenes de afiliación pueden seleccionar la Entidad Prestadora de Servicios (EPS), que a su vez garantiza a los afiliados un conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), con las cuales tienen un acuerdo para atender a sus afiliados.

Asimismo, conforme a la ley, el sistema se financia mediante las transferencias efectuadas por el gobierno nacional a las regiones y a las entida-

des territoriales. El sistema también se financia por el 1,5% que aportan solidariamente los cotizantes. Estos recursos van orientados a financiar el régimen subsidiado. Es por esto que la financiación del sistema se considera también como de solidaridad entre regímenes. Estas transferencias son controladas y monitoreadas por medio del Sistema General de Participación (SGP). Además el dinero que aportan las personas del régimen contributivo va a un fondo común llamado FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantías), que es el encargado de administrar y repartir los recursos del sistema, entregándoles a las EPS del régimen contributivo un valor por afiliado, es decir, la Unidad de Pago por Capitación (UPC).



Fuente: <http://www.deslinde.org.co/IMG/arton365.jpg&imgrefurl>
 =<http://www.deslinde.org.co/-Jueves-26-de-Junio-08>

La Ley 100 fue modificada mediante la Ley 1122 de 2007, en aspectos relacionados con el mejoramiento en la prestación del servicio a los usuarios que van en dirección a la universalización, financiación y racionalización, fortaleciendo los programas en salud pública en cuanto a la inspección, vigilancia y control.

Transcurridos 17 años de la adopción de la Ley 100, se han generado avances significativos en aseguramiento y cobertura, puesto que el 86%² de la población está asegurada. Sin embargo, se siguen presentando problemas de equidad, calidad y sobre todo problemas financieros. Estos problemas financieros que pudieron ser originados porque el gobierno pronosticó una tasa de crecimiento económico del 4%³ desde que se creó el sistema, crecimiento que no se dio, y por ende dejó corta la expectativa de personas que se inscribirían al régimen contributivo. O estos problemas financieros también pudieron originarse por la inequidad en el sistema. Porque esta inequidad hace que el gobierno destine más recursos para el régimen subsidiado. Este efecto, que no se tenía presupuestado y ha venido generando un déficit fiscal importante, representó el 2,9%

del PIB en el 2009⁴. Como resultado de estas coyunturas, el gobierno tuvo que expedir los decretos de emergencia social, el 27 de enero del 2010. Estos decretos fueron diseñados para limitar el gasto, minimizando costos especialmente en los medicamentos y en la prescripción médica. Pero sobre todo, el objetivo primordial de estos decretos es tratar de solventar en parte los problemas financieros que padece hoy el sistema.

No obstante, el 16 de abril de 2010 la Corte Constitucional tumbó parte de la emergencia social porque consideró inexecutable algunos decretos, pero dejó vigentes aquellos que aumentan impuestos; ya que estos últimos ayudan a recaudar recursos para la salud del orden de los \$3,5 billones de pesos, de los cuales \$1,2 billones provendrán del aumento en las tarifas para la cerveza, los licores, los cigarrillos, el tabaco y los juegos de suerte y azar para financiar el régimen subsidiado; \$1,8 billones de transformación de recursos de los entes territoriales para asegurar la universalización y la unificación de los regímenes subsidiado y contributivo, y \$500 mil millones por el mayor control a la evasión y elusión para el régimen contributivo de salud⁵.

2 Ver Tabla 1: Régimen de afiliación. Información procesada de la encuesta de calidad de vida del 2008.

3 <http://www.dane.gov.co/daneweb>

4 http://www.dane.gov.co/daneweb_V09.

5 Comunicado de prensa 026: "Aprobado en primer debate proyecto de recursos para la salud".

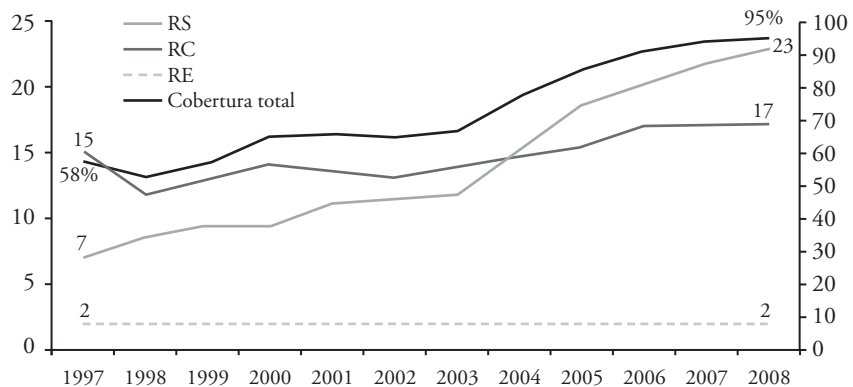
Los problemas que tiene el sistema de salud en cuanto a la equidad se evidencian en la desigualdad en los servicios que ofrecen los planes POS. Y este tema fue otro de los principales argumentos que tuvo la Corte para derogar los decretos de emergencia social, porque igualar los POS de ambos regímenes significaría reducir los servicios del régimen contributivo, para que los servicios que ofrece el POS en el régimen contributivo queden con los mismos servicios que ofrece el POS del régimen subsidiado, pues igualar el POS del régimen subsidiado al POS del régimen contributivo sería muy costoso, y el sistema en estos momentos no cuenta con los recursos necesarios para pagar las deudas.

Si se busca solucionar el problema de equidad con la igualación de los regímenes por lo bajo, es decir igualar los servicios del régimen contributivo con los servicios del régimen subsidiado,

se aumentaría aún más el número de tutelas que recibe el sistema, que a su vez evidencia sus problemas de calidad, y de acuerdo con registros del Palacio de Justicia, desde agosto de 2008 hasta julio de 2009 se han recibido 8.521 tutelas contra la salud, es decir, un promedio de 25 al día (MARTÍNEZ, 2009).

De tal forma que con la instauración de la Ley 100 no hemos solucionado problemas de equidad ni de calidad y mucho menos se han solucionado los problemas financieros. Pero sí hemos logrado corregir problemas de cobertura, aunque este indicador no es del todo bueno porque los nuevos afiliados engrosan las filas del régimen subsidiado, como lo muestra la gráfica. Y es un efecto que no se tenía presupuestado, pues la Ley 100 estipuló que debería haber más gente en el régimen contributivo para que el sistema fuera sostenible, pero hoy en día existe mucha más población en

Afiliados y cobertura en RC y RS 1997-2008



Fuente: DNP y ACEMI.

el régimen subsidiado (ver tabla) y por ende las personas en el régimen subsidiado no alcanzan a ser financiadas por el régimen contributivo, generando así un desajuste financiero que hace insostenible el sistema⁶.

Este gran aumento de cobertura, que se ve reflejado en el régimen subsidiado, se debe a un aumento de la informalidad laboral⁷. Esto se da porque a

pesar de que la economía desde el año 2000 crece en promedio el 3% del PIB⁸, los sectores que representan más porcentaje del PIB, como por ejemplo la minería, son los que menos demandan mano de obra. Este aumento de la informalidad también se puede explicar con la reforma laboral 789 de 2002, que flexibiliza el mercado de trabajo⁹ y a su vez hace que los costos del empleo aumenten¹⁰.

Régimen de afiliación

		Población	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Contributivo (EPS)	17.188.026	39,0	45,4
	Especial	1.202.822	2,7	48,5
	Subsidiado	19.365.729	44,0	99,6
	No sabe, no informa	133.292	0,3	100,0
	Total	37.889.869	86,0	
Perdidos	Sistema	6.155.963	14,0	
Total		44.045.832	100,0	

Fuente: Información procesada de la encuesta de calidad de vida 2008.

- 6 “Hoy en día, sólo 17,7 millones de personas se encuentran en el régimen contributivo (de los cuales sólo cerca de 7 millones realmente contribuye), mientras que existe cerca de 24 millones de cupos financiados para el régimen subsidiado”.
- 7 Por el alto grado de informalidad que acusa la ocupación en las trece áreas y ciudades, se puede decir que el carácter del empleo es fundamentalmente de tipo informal, constituyéndose, así, en la característica estructural más significativa de la ocupación laboral colombiana. En los primeros años del presente decenio, la ocupación informal continúa manteniendo la misma participación de fina-

les de los años noventa, lo que significa que de cada 100 personas ocupadas, 61 tienen labores informales. Por género, la mujer tiene más presencia en las labores informales. (Informe mensual del DANE).

- 8 El crecimiento promedio del PIB colombiano entre el 2002 y el 2008 fue del 4,35%. http://www.dane.gov.co/daneweb_V09.
- 9 Para una mayor descripción del funcionamiento del mercado laboral, revisar la Ley 789 de 2002.
- 10 Toda empresa o unidad productiva que tenga trabajadores vinculados mediante contrato de trabajo debe hacer un aporte equivalente al 9% de su nómina por concepto de los

De tal manera que los problemas de la salud que traíamos antes de la Ley 100 de inequidad, baja calidad e insostenibilidad financiera, aún no se han solucionado, y sabiendo que éste es un tema social primordial, deberíamos tomar conciencia y replantear un modelo que nos ayude a solucionar los problemas que la sociedad ha traído desde comienzos de los años cuarenta. Sería pertinente plantear un modelo que focalice gasto y aumente las medidas de control frente a la evasión y la elusión, como lo plantean los decretos de emergencia social. (La solución también estaría en fortalecer los planes de previsión médica para detectar y evitar enfermedades a tiempo, ahorrando ingentes esfuerzos económicos y financieros al sistema). Además, los decretos tratarían de ejercer presión sobre los distintos intermediarios de los pagos con el fin de agilizar el proceso, modificando el flujo de recursos y por ende evitando los cobros por retrasos en los pagos. Claro está que primero se tendrá que evaluar un proyecto con el cual se solventen las deudas que hoy hacen insostenible el sistema por el déficit fiscal que provocan. Pero todo esto quedaría afianzado si se reasigna el gasto social, para así obtener eficiencia social en términos de prestación de

llamados aportes parafiscales, los cuales se distribuirán de la siguiente forma: 4% para el subsidio familiar (Cajas de Compensación Familiar), 3% para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y 2% para el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

servicios de salud. Además, podría ser financiado con impuestos generales y permanentes sobre la riqueza de la sociedad, con el objetivo de brindar un sistema eficiente e igualitario a los ciudadanos que estamos esperanzados en encontrar un bienestar colectivo.

Referencias bibliográficas

STEINER, R. “El sistema de salud, la equidad, las finanzas públicas y la emergencia social: ¿vamos por el camino correcto?”, en *Tendencia económica. Informe mensual de Fedesarrollo* n.º 93. Bogotá.

CID. *Sistemas de protección social. Entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*, Bogotá, 1, capítulos 1, 2, 3 y 5.

CUÉLLAR, M. M. “Informe de Aso-bancaria. La salud en emergencia”, en *Semana Económica*. Bogotá.

JARAMILLO, I. (1997). *El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100*. Bogotá: FESCOL, FRB, Fundación Corona.

JARAMILLO PÉREZ, I. (2009). “Impuestos para la salud: ¿Una jugada maestra?”, en *Razón Pública*.

MARTÍNEZ, E. J. “Cada hora cae una tutela en Colombia”, en *Vanguardia Liberal*, 20 de agosto.