

MINISTERIO DE SALUD
Programa de Apoyo a la Reforma

EVALUACIÓN Y REESTRUCTURACIÓN DE LOS PROCESOS, ESTRATEGIAS Y
ORGANISMOS ENCARGADOS DE ADELANTAR LAS FUNCIONES DE FINANCIACIÓN,
ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

INFORME FINAL

VOLUMEN I – PROGRAMA DE INVESTIGACION
TOMO 2 – VIABILIDAD FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO
Y POLÍTICA DE ALTO COSTO

INVESTIGACIÓN ADELANTADA POR :



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Facultad de Ciencias Económicas
Centro de Investigaciones Para el Desarrollo - CID

BOGOTÁ, 2002

TABLA DE CONTENIDO

I	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA REGIMEN SUBSIDIADO	I-1
I.1	El concepto de sostenibilidad	I-2
I.2	Los nuevos indicadores de sostenibilidad	I-4
I.3	La evidencia colombiana	I-18
I.4	Aspectos financieros del Régimen Subsidiado en salud.....	I-23
I.5	CONCLUSIONES	I-38
I.6	REFERENCIAS BASICAS	I-40
II	TRANSFORMACIÓN DE SUBSIDIOS DE OFERTA A DEMANDA	II-1
II.1	Introducción	II-1
II.2	Antecedentes	II-2
II.3	Objetivos de los subsidios de oferta para el caso colombiano	II-5
3.1	La garantía del derecho a la salud.....	II-5
3.2	Recursos de oferta y el sostenimiento de la red pública de IPS.....	II-7
II.4	Objetivos de los Subsidios de Demanda en el caso colombiano.....	II-7
II.5	Los límites de la transformación.....	II-8
5.1	La cobertura como primer límite	II-8
5.2	La focalización como segundo límite.....	II-12
5.3	Dependencia relativa de la red hospitalaria y efectos perversos de su desaparición. - Tercer límite -	II-13
II.6	Estructura de gastos y competitividad de las IPS públicas	II-17
6.1	Sobre la competencia entre IPS y la integración vertical en presencia de varios oferentes	II-17
6.2	Costos y productividad de las IPS	II-18
6.3	Secuencia en la transformación	II-21
II.7	Conclusiones.....	II-24
II.8	ANEXO 1 - FOCALIZACION VS. UNIVERSALIZACION.....	II-26

III ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. UNA PROPUESTA PARA SU REGULACION.III-1

III.1	PRESENTACION.	III-1
III.2	DIAGNOSTICO SITUACIONAL.....	III-2
III.3	DISCUSION CONCEPTUAL.....	III-3
3.1	PROTECCION SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL.	III-3
III.4	SEGUROS DE SALUD.	III-4
III.5	SEGUROS Y REASEGUROS. DISTRIBUCION DEL RIESGO O DISTRIBUCION DEL COSTO. III-5	
III.6	LA EXPERIENCIA DEL ALTO COSTO EN EL REGIMEN SUBSIDIADO. EL ESTUDIO DEL CID-UNIVERSIDAD NACIONAL.....	III-6
III.7	ELEMENTOS PARA UNA PROPUESTA.....	III-16
III.8	SELECCIÓN ADVERSA Y AFILIACION FRAUDULENTA.....	III-19
III.9	EL COSTO DEL ALTO COSTO.....	III-22
III.10	LA PROPUESTA Y SUS COSTOS.	III-25
III.11	BIBLIOGRAFIA.....	III-29

I SOSTENIBILIDAD FINANCIERA REGIMEN SUBSIDIADO

ALVARO ZARTA

Investigador Universidad Nacional

INTRODUCCIÓN

Al momento presente, parece existir un acuerdo, entre los conocedores del tema, que el sistema nacional de salud no es viable, debido principalmente al período recesivo que ha vivido la economía colombiana en los últimos tres años (un crecimiento económico promedio de -0.23% en el periodo 1998-2000) y, por consiguiente, a sus secuelas de aumento del desempleo, subempleo e informalidad, así como a la crisis severa de las finanzas públicas del gobierno nacional que parece prolongarse en el tiempo.

Esta problemática es la que se considera en la primera parte del presente documento, específicamente en el tercer capítulo, después que en los dos primeros se hace una aproximación macroeconómica rigurosa al tema de la sostenibilidad de las finanzas públicas del gobierno nacional. Esto se hizo así, porque se considera que la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud depende de la sostenibilidad macroeconómica de las finanzas públicas del gobierno nacional. Las brechas fiscales de corto y mediano plazo que se estiman en el capítulo III, muestran que la sostenibilidad de mediano plazo de las finanzas públicas del gobierno nacional está en entredicho, tanto porque la senda de crecimiento económico del mediano plazo está muy difícil de recuperar y, aun lográndolo, porque los niveles de deuda pública del gobierno nacional con respecto al PIB real han alcanzado ya valores muy elevados para manejar.

De otra parte, la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud se lleva a cabo en el capítulo IV, a partir de tener en cuenta toda la normatividad y complejidad del funcionamiento de tal régimen, de manera que se llega a determinar estimativos razonables para el periodo 1999-2010 y aun hasta el 2015. Mediante la consideración de supuestos razonables que toman en cuenta una tasa de crecimiento económico crítica para el régimen, así como inflaciones promedio relativamente manejables, se hacen estimativos para los diferentes subsidios de oferta y demanda, tanto del lado de los ingresos como de los gastos. Se llega a ver que incluso lo que amenaza la sostenibilidad del régimen en el mediano plazo es el mantenimiento de los actuales niveles de cobertura. De manera que avanzar en los niveles de cobertura, como lo proponía la ley 100 de 1993, ya sería algo que excede las posibilidades de supervivencia del mismo. A todo esto se suman la evasión de aportes y la pérdida de cuantiosos recursos en el régimen subsidiado.

I.1 El concepto de sostenibilidad

A. La restricción dinámica de presupuesto del gobierno

La restricción dinámica de presupuesto del gobierno, o cambio en el valor nominal de la deuda, según Blanchard y Otros (1990), viene dada por:

$$dB/ds = G + H - T + iB \quad (1)$$

donde B representa la deuda nominal, i es la tasa de interés nominal sobre la deuda, G es el gasto nominal del gobierno en bienes y servicios, H son las transferencias y T los impuestos.

El valor de los gastos más las transferencias menos los impuestos se considera a menudo como el déficit primario, D . El lado derecho de la ecuación (1) corresponde a la definición usual del déficit.

En la medida que las economías crecen a través del tiempo, es más útil reescribir la restricción presupuestaria en términos de relaciones o proporciones con respecto al PIB. Así, $b (= B/PIB)$ denota la relación o proporción de deuda real a PIB real. De igual forma, permítase que g , h y t ($g = G/PIB$, $h = H/PIB$ y $t = T/PIB$) representen las relaciones del gasto real, transferencias e impuestos reales al PIB real. Permítase que d sea la relación del déficit primario a PIB, θ la tasa real de crecimiento del PIB y r la tasa de interés real expost ($i - \pi = r$, donde π es la tasa de inflación).

La ecuación (1) se convierte en:

$$db/ds = g + h - t + (r - \theta)b = d + (r - \theta)b \quad (2)$$

La ecuación (2) es central para cualquier discusión sobre sostenibilidad, observan Blanchard y Otros (1990). Ella dice que la evolución de la proporción de deuda a PIB depende de dos conjuntos de factores. El primero, el cual refleja el gasto corriente, las transferencias y las reglas de impuestos, es el déficit primario. El segundo, el cual refleja la herencia del pasado, es el producto de la proporción de deuda acumulada a PIB (b) multiplicado por la diferencia entre la tasa de interés real y la tasa de crecimiento económico ($r - \theta$). Si esta diferencia es positiva, un superávit primario se requiere para mantener una proporción constante de la deuda al PIB.

B. Definiendo la sostenibilidad

Una definición formal puede darse ahora a la noción de sostenibilidad de la política fiscal. La política fiscal puede pensarse como un conjunto de reglas, de la misma forma que de un nivel heredado de deuda. Y una *política fiscal sostenible* puede definirse, según Blanchard y Otros (1990), como una política tal que la proporción de deuda a PIB converja finalmente de vuelta a su nivel inicial, b_0 . Obviamente, tendría poco sentido clasificar como insostenible una política que implique una elevación transitoria en la proporción. La justificación para exigir que la proporción regrese finalmente a su nivel inicial, como opuesta digamos a cero, o a un nivel mayor pero estable, es, sin embargo, mucho menos evidente. Como se observa más adelante, esta condición puede ser relajada sustancialmente sin que esto afecte los resultados; la discusión será más fácil una vez que las ecuaciones básicas sean expuestas.

¿Qué restricciones la sostenibilidad impone, entonces, sobre la política fiscal? Para responder la pregunta, el primer paso es usar la ecuación (2) para caracterizar la evolución de b . Supóngase que uno comienza en el tiempo cero con una relación de deuda a PIB igual a b_0 , y que la política fiscal como se establece actualmente mediante gastos e impuestos produce una secuencia de proporciones de déficits primarios a PIB (d_s). Se supone que la diferencia entre r y θ es constante y positiva. Aunque la constancia es sólo por simplicidad de notación, el supuesto que $(r - \theta)$ es positivo es importante, acerca del cual se dirá más después. La relación o proporción de deuda a PIB en cualquier momento n , (b_n), está dada entonces, según Blanchard y Otros (1990), por:

$$b_n = b_0 e^{(r-\theta)n} + \int_0^n d_s e^{(r-\theta)(n-s)} ds \quad (3)$$

La proporción de deuda a PIB en el momento n es igual al valor de la proporción inicial en el momento cero, acumulada a una tasa igual a la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico, más el valor acumulado a la misma tasa, de los déficits primarios a lo largo del trayecto (entre cero y n).

Dos manipulaciones simples de (3) se requieren. Primero, ambos lados de la ecuación (3) se premultiplican por $e^{-(r-\theta)n}$ (lo cual, en términos económicos, equivale a descontar ambos lados de la ecuación hasta el momento cero), produciendo las siguientes expresiones:

$$e^{-(r-\theta)n} b_n = e^{-(r-\theta)n} b_0 e^{(r-\theta)n} + e^{-(r-\theta)n} \int_0^n d_s e^{(r-\theta)(n-s)} ds$$

$$b_n e^{-(r-\theta)n} = b_0 + \int_0^n d_s e^{-(r-\theta)s} ds$$

de manera que, reordenando términos, se llega a una expresión que iguala los déficits primarios a lo largo del trayecto entre cero y n (acumulados a una tasa igual a la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico), a toda la deuda que se acumula hasta el período n (a la tasa que iguala la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico) neta de la deuda inicial:

$$\int_0^n d_s e^{-(r-\theta)s} ds = -b_0 + b_n e^{-(r-\theta)n} \quad (4)$$

Segundo, tomando el límite de la ecuación (4), en la medida que n tienda hasta infinito, produce la definición propuesta de sostenibilidad, por parte de Blanchard y Otros (1990). El requisito que la relación de deuda a PIB, b_n , tienda finalmente de regreso a b_0 en la medida que n tienda a infinito implica que el valor descontado de la deuda vaya a cero:

$$\lim_{n \rightarrow \infty} \int_0^n d_s e^{-(r-\theta)s} ds = \lim_{n \rightarrow \infty} -b_0 + \lim_{n \rightarrow \infty} b_n e^{-(r-\theta)n}$$

$$\lim_{n \rightarrow \infty} b_n e^{-(r-\theta)n} = \lim_{n \rightarrow \infty} b_n \cdot 1 e^{-(r-\theta)n} = 0 \quad (5)$$

Combinando las ecuaciones (4) y (5) se produce una segunda relación importante:

$$\int_0^{\infty} d_s e^{-(r-\theta)s} ds = -b_0 \quad (6)$$

La ecuación (6) dice que una política fiscal es sostenible si el valor presente descontado de la proporción de déficits primarios a PIB bajo la última política (o sea, bajo la política de ajuste) es igual al valor negativo del nivel actual o prevaeciente de deuda a PIB. Puesto de una manera más simple, para que una política fiscal sea sostenible, un gobierno que tiene una deuda prominente debe anticiparse más temprano o más tarde a funcionar con superávits presupuestales primarios. Tales superávits tienen que ser lo suficientemente grandes como para satisfacer la ecuación (6).

Por el momento debe entenderse aquí dos cosas bien importantes: i) que la sostenibilidad requiere que la proporción de deuda a PIB vuelva finalmente a su valor inicial; y ii) que para lograr esto se requiere funcionar con superávits presupuestales primarios. Más adelante se verá que el primer requisito se puede relajar sin que se altere la argumentación fundamental. En cuanto al segundo requisito, se supone que una parte de los superávits o todo el superávit tendrá que dedicarse a reducir el nivel de deuda alcanzado previamente, para regresar a su nivel inicial.

I.2 Los nuevos indicadores de sostenibilidad

A. La tasa de impuestos sostenible (t^*)

Si el lado izquierdo de la ecuación (6) se construyera utilizando las mejores predicciones de d bajo reglas fiscales actuales, es improbable que un valor cualquiera igualara exactamente al lado derecho de la ecuación, o sea la relación actual de deuda a PIB. Supóngase, por ejemplo, que tales cálculos resultaran en que el lado izquierdo fuera mucho mayor que el lado derecho. Esto sugeriría que, más temprano o más tarde, el gobierno necesitaría reducir su déficit primario, mediante aumentos en los impuestos y/o reducciones en los programas de gastos/transferencias. Excepto que, el gobierno tuviera que repudiar finalmente su deuda, a través ya de la repudiación directa o del uso de la inflación.

Esto sugiere un cierto número de vías para valorar la sostenibilidad, todas conceptualmente equivalentes, señalan los autores referidos (1990). La primera sugeriría el proceso esbozado antes, y calcula la diferencia entre el valor presente de los superávits primarios y la relación de deuda a PIB. Pero no es claro cómo se interpretaría entonces el resultado. ¿Indicaría un número como 30 por ciento un problema de sostenibilidad dramática? ¿Si ello no es así, sería de interés el 300 por ciento?

Esta dificultad sugiere un segundo indicador de sostenibilidad, más fácilmente interpretable. Este se construye como sigue, según Blanchard y Otros (1990). Dadas las predicciones de gasto y transferencias, así como el nivel inicial de deuda, se puede calcular la tasa de impuestos constante a la cual se satisfaría la ecuación (6). El resultado podría relacionarse como la tasa de impuestos sostenible. De manera que, el indicador de sostenibilidad se obtiene mediante el cálculo de la brecha entre la tasa de impuestos sostenible y la tasa actual o corriente.

Recordando que la proporción de déficit primario a PIB, d , es igual a $g + h - t$, reemplazando en la ecuación (6), y resolviendo para la tasa de impuestos constante, sostenible, t^* , nos da:

$$t^* = (r - \theta) \left[\left(\int_0^{\infty} (g + h) e^{-(r-\theta)s} ds \right) + b_0 \right] \quad (7)$$

de manera que para pasar de la ecuación (6) a la (7) se remite al lector al siguiente pie de página¹.

¹ Se parte entonces, de (6): $\int_0^{\infty} d_s e^{-(r-\theta)s} ds = -b_0$

y reemplazando por el equivalente de d_s se tiene:

$$\int_0^{\infty} (g + h - t) e^{-(r-\theta)s} ds = -b_0$$

De manera que:

$$\int_0^{\infty} [(g + h) e^{-(r-\theta)s} - t e^{-(r-\theta)s}] ds = -b_0$$

Particionando la integral y reordenando términos, se tiene:

$$- \int_0^{\infty} t e^{-(r-\theta)s} ds = - \int_0^{\infty} (g + h) e^{-(r-\theta)s} ds - b_0$$

La integral de la variable t (impuestos) con respecto a s (tiempo) en el lado izquierdo, se resuelve por partes, entre los límites referidos, así:

$$\int_{s=0}^{s=\infty} v du = uv \Big|_{s=0}^{s=\infty} - \int_{s=0}^{s=\infty} u dv, \text{ siendo } v = t, \text{ y } du = -e^{-(r-\theta)s} ds, \text{ con lo cual, } dv = dt \text{ y,}$$

finalmente, $u = [1/(r-\theta)] \cdot e^{-(r-\theta)s}$. Obsérvese, a su vez, que $u = u(s)$ y $v = v(s)$. También que $v du = t \cdot -e^{-(r-\theta)s} ds$. De manera que al resolver la integración por partes, de la manera señalada, se tiene que:

$$uv \Big|_{s=0}^{s=\infty} = \left[\frac{1}{(r-\theta)} \cdot e^{-(r-\theta)s} \cdot t \right]_{s=0}^{s=\infty} = \frac{1}{(r-\theta)} \cdot \frac{1}{e^{(r-\theta)s \rightarrow \infty}} \cdot t - \frac{1}{(r-\theta)} \cdot \frac{1}{e^{(r-\theta)s \rightarrow 0}} \cdot t = 0 - \frac{1}{(r-\theta)} \cdot t$$

El índice de sostenibilidad viene dado entonces por $(t^* - t)$.

A pesar de la complejidad de esta derivación, tanto la tasa de impuestos sostenible como el índice de sostenibilidad tienen interpretaciones simples:

- La tasa de impuestos sostenible es igual al valor vitalicio de los gastos y transferencias futuros esperados, afectado por la diferencia entre la tasa de interés *ex ante* y la tasa de crecimiento de la economía, más ésta diferencia multiplicada por la proporción de deuda al PIB.
- La magnitud de $(t^* - t)$ es fácil de interpretar: es simplemente el tamaño del ajuste, si tuviera lugar hoy.

Lo que un $(t^* - t)$ implica variará entre países, dependiendo en concreto del nivel inicial de t . En un país con un t bajo, un $(t^* - t)$ positivo indicará la necesidad de una corrección en algún momento del futuro. Pero si ya es alto², un $(t^* - t)$ positivo será más problemático, indicando un riesgo de crisis, de presión para recurrir a la monetización de la deuda y considerar varias formas de no pago. Hasta el punto que los peligros asociados con un aumento positivo de $(t^* - t)$ en relación con el nivel inicial de t argumenta fuertemente contra el uso de algún índice normalizado tal como $(t^* - t)/t$. De otra parte, $(t^* - t)/(1 - t)$ sería un buen indicador del espacio limitado de maniobra disponible para el gobierno por el lado de los ingresos, en la medida que el término $(1 - t)$ en el denominador aproxima la cantidad de recursos que aún podrían ser apropiados

$$y: -\int_{s=0}^{s=\infty} u dv = -\int_{s=0}^{s=\infty} \frac{1}{(r-\theta)} e^{-(r-\theta)s} dt = \frac{1}{(r-\theta)} \cdot \frac{1}{e^{(r-\theta)s \rightarrow \infty}} \cdot dt - \frac{1}{(r-\theta)} \cdot \frac{1}{e^{(r-\theta)s \rightarrow 0}} \cdot dt = 0$$

cuando se toman los valores definidos de ambas expresiones, en los límites referidos.

Por consiguiente, reemplazando por los valores obtenidos, según las definiciones dadas, se llega a la siguiente solución:

$$-t \cdot \frac{1}{(r-\theta)} = -\int_0^{\infty} (g+h)e^{-(r-\theta)s} ds - b_0$$

En definitiva, resolviendo para un t sostenible, o sea, un t^* se tiene que:

$$t^* = (r-\theta) \left[\int_0^{\infty} (g+h)e^{-(r-\theta)s} ds + b_0 \right]$$

O sea que se llega a la ecuación (7).

² Este es exactamente el caso para la economía colombiana de hoy. Dado que el t ya es alto, lo que se busca para aumentar el recaudo tributario es ampliar la base tributaria (q) y reducir la evasión tributaria, que también es un problema de q y no de p (o sea, de la tasa tributaria). Además, no sólo hay conciencia de que t es alto, sino que en el proyecto de reforma tributaria del año 2000, se busca reducir t (en el caso del impuesto a la renta, el impuesto más importante del recaudo tributario) y ampliar q , mediante la eliminación de muchas exenciones, hoy vigentes, o la inclusión de nuevos productos en el caso del IVA, manteniéndose su tasa.

por parte del gobierno.

B. Las tasas de gastos y transferencias sostenibles (g^* y h^*)

De manera semejante a cómo se obtuvo la tasa de impuestos sostenible, se derivarán enseguida las tasas de gastos y transferencias sostenibles. Como se indicó en la nota de pie de página 5, el margen de acción para aumentar los impuestos en una economía como la colombiana ya es muy reducido, por lo cual lo que se busca es ampliar la base tributaria y reducir la evasión tributaria, como alternativas para ampliar el recaudo tributario. En este contexto, lo más probable, entonces, es que la parte más gruesa del ajuste se lleve a cabo por la vía de reducir los gastos y transferencias. Por tal motivo, la derivación de las tasas de gastos y transferencias sostenibles resultan más relevantes para este caso.

De nuevo, partiendo de la ecuación (6), en que la proporción de déficit primario a PIB, d , es igual a $g + h - t$, se tiene que:

$$\int_0^{\infty} (g + h - t)e^{-(r-\theta)s} ds = -b_0$$

De manera que:

$$\int_0^{\infty} [ge^{-(r-\theta)s} + (h-t)e^{-(r-\theta)s}] ds = -b_0$$

Particionando la integral y reordenando términos, se tiene:

$$\int_0^{\infty} ge^{-(r-\theta)s} ds = -\left[\int_0^{\infty} (h-t)e^{-(r-\theta)s} ds\right] - b_0$$

Resolviendo la integral por partes del lado izquierdo, o sea la integral de los gastos (g) con respecto al tiempo (s), entre los límites referidos, de la misma manera que se hizo con el caso de los impuestos en el pie de página 1, se llega a que:

$$g \cdot \frac{1}{(r-\theta)} = -\left[\int_0^{\infty} (h-t)e^{-(r-\theta)s} ds\right] - b_0$$

En definitiva, resolviendo para un g sostenible, o sea un g^* , se tiene que:

$$g^* = -(r - \theta) \left[\int_0^{\infty} (h - t) e^{-(r-\theta)s} ds \right] + b_0 \quad (8)$$

Obsérvese la importancia del signo (-) en toda la ecuación (8), que nos indica que el gasto sostenible debe ser reducido, en términos del PIB, tanto en el neto de las transferencias sobre los impuestos, como en el componente de deuda. En este caso, el índice de sostenibilidad viene dado, entonces, por $(g^* - g)$.

De la misma forma que en el caso de los impuestos, tanto la tasa de gasto sostenible como el índice de sostenibilidad tienen interpretaciones simples:

- La tasa de gasto sostenible es igual al valor vitalicio de los impuestos menos las transferencias futuro(a)s esperados, afectado por la diferencia entre la tasa de interés *ex ante* y la tasa de crecimiento de la economía, menos ésta última diferencia multiplicada por la proporción de la deuda al PIB.
- La magnitud de $(g^* - g)$ sería fácil de interpretar: correspondería simplemente al tamaño del ajuste, la reducción del gasto público en términos del PIB, si tuviera lugar hoy.

Lo que un $(g^* - g)$ implica depende en concreto del nivel inicial de g . Si g es alto, un $(g^* - g)$ negativo indica que la corrección del gasto está en marcha y que, por tanto, el déficit tenderá a reducirse hacia el futuro.

Para el caso de las transferencias o, más precisamente, para la tasa de transferencias sostenible, h^* , se sigue un procedimiento similar, de manera que la expresión correspondiente para un h sostenible, vendrá dada de manera equivalente a como se obtuvo la expresión (8), o sea:

$$h^* = -(r - \theta) \left[\int_0^{\infty} (g - t) e^{-(r-\theta)s} ds \right] + b_0 \quad (9)$$

De nuevo, obsérvese la importancia del signo (-) en toda la ecuación (9), que nos indica que la tasa de transferencias sostenible debe ser reducida, en términos del PIB, tanto en el neto de los impuestos sobre los gastos, como en el componente de deuda. Y el índice de sostenibilidad en

este caso, viene dado, entonces, por $(h^* - h)$.

Y como en el caso de los gastos, tanto la tasa de transferencias sostenible, como el índice de sostenibilidad tienen interpretaciones simples:

- La tasa de transferencias sostenible es igual al valor vitalicio de los impuestos menos los gastos futuros esperados, afectada por la diferencia entre la tasa de interés *ex ante* y la tasa de crecimiento de la economía, menos ésta última diferencia multiplicada por la proporción de la deuda al PIB.
- La magnitud de $(h^* - h)$ sería fácil de interpretar: correspondería simplemente al tamaño del ajuste, la reducción del gasto en transferencias con respecto al PIB, si tuviera lugar hoy.

Lo que un $(h^* - h)$ implica depende en concreto del nivel inicial de h . Si h es alto, un $(h^* - h)$ negativo indica que la corrección del gasto en transferencias está en marcha y que, por tanto, el déficit tenderá a reducirse hacia el futuro.

En el caso colombiano, debe tenerse en cuenta que, en el marco del Acuerdo con el FMI, de diciembre de 1999, y entre las reformas que ya se han presentado al Congreso de la República, hay una reforma constitucional que cambiaría el actual sistema de transferencias a las entidades locales de un porcentaje fijo de los ingresos actuales del Gobierno a cantidades que permanecerán constantes en términos reales. El Gobierno pretende que el nuevo sistema de transferencias se haga efectivo en el año 2001 en el caso de las transferencias a los departamentos, y en el 2002 en el caso de las transferencias a los municipios.

C. Dos puntos empíricos de relevancia

Esta discusión previa trae a colación dos puntos. El primero es el de la simetría de tratamiento entre impuestos, gastos y transferencias implícitos en el índice. Como se vio la misma aproximación fue utilizada para calcular la tasa de gasto "sostenible", dadas las secuencias de t y h , o la tasa de transferencias "sostenible", dadas las secuencias de g y t . Una razón para preferir, en general, el cálculo de los impuestos es que el gobierno está más comprometido normalmente a mayores programas de gasto y transferencias, expresados en las reglas fiscales usuales que para los impuestos actuales. Sin embargo, en casos de ajustes severos, y ante la limitación que existe para elevar aún más los impuestos, como en el caso colombiano actual, el cálculo de los gastos o transferencias "sostenibles" se vuelven indispensables para que el ajuste fiscal se pueda llevar a cabo. Pero es importante darse cuenta que un valor positivo de $(t^* - t)$ no implica que los impuestos *deberían* aumentarse; el índice es agnóstico en cuanto a que el ajuste provenga de los impuestos aumentados o de los gastos y transferencias reducidos.

El segundo punto está relacionado con el momento del ajuste. El índice sugiere en qué magnitud los gastos o , las transferencias o , los impuestos, deberían ajustarse hoy para que la política fiscal se vuelva sostenible enseguida. Pero una cuestión muy relevante es si la demora del ajuste afecta sustancialmente el tamaño de la acción política requerida. Supóngase que el ajuste fuera demorado por algún tiempo. Cuando el ajuste tome lugar finalmente, la proporción de deuda sería entonces mayor, necesiéndose un mayor valor de t^* o unos menores valores de g^* o h^* . ¿Por cuánto tendría que aumentarse t^* o, disminuirse g^* o h^* , para lograr, entonces, la sostenibilidad? ¿Cuál sería el costo del retraso? La manipulación de la ecuación (7) da una respuesta simple y precisa:

$$\frac{dt^*}{ds} = (e^{(r-\theta)n} - 1)(t_n^* - t) \quad (10)$$

Así, si por ejemplo, $(r - \theta)$ fuera igual a 5 por ciento por año (lo cual supondría, por ejemplo, una tasa de interés real del 10.0 por ciento y una tasa de crecimiento de la economía del 5.0 por ciento) y $t^* - t$ fuera inicialmente igual a 10 por ciento (con respecto al PIB), la demora de un año para ajustarse aumentaría el t^* y el ajuste requerido en los impuestos en un 0.513 por ciento del PIB.

De la misma manera, se pueden derivar los costos del retraso, en términos de reducir g^* o h^* , para lograr la sostenibilidad. La manipulación de las ecuaciones (8) y (9) daría entonces las respuestas correspondientes. Ellas serían, para el caso de los gastos, inicialmente:

$$\frac{dg^*}{ds} = -(e^{(r-\theta)n} - 1)(g_n^* - g) \quad (11)$$

En este caso, entonces, si $(r - \theta)$ fuera igual a 7.5 por ciento por año (lo cual supone una tasa de interés real del 10.5% y una tasa de crecimiento de la economía del 3.0%), y la reducción del gasto fuera inicialmente igual a 1.5 por ciento de su total ($g^* - g$) con respecto al PIB, la demora de un año para ajustarse reduciría el g^* o, lo que es equivalente, aumentaría el ajuste requerido en los gastos en un 1.617 por ciento del PIB.

Finalmente, el caso de las transferencias sería muy similar al ya analizado de los gastos, por lo que no vale la pena desarrollarlo.

D. Dos puntos teóricos de relevancia

Dos supuestos se hicieron en la derivación del índice: i) que la sostenibilidad requiere que la proporción de deuda a PIB vuelva finalmente a su valor inicial y ii) que la diferencia entre la tasa de interés y la tasa de crecimiento económico permanezca positiva. Estos supuestos requieren alguna elaboración.

El requisito que la relación de deuda a PIB retorne finalmente a su nivel inicial no es claramente muy convincente. Una política dirigida a la estabilización de la proporción de deuda a PIB al 40% más que al 20% claramente no debería ser caracterizada como una política fiscal insostenible. Aunque el requisito de volver a la relación inicial de deuda es muy fuerte, un requisito más débil

producirá aún las mismas derivaciones anteriores. para ver esto, recuérdese la condición que se utilizó previamente:

$$\lim_{n \rightarrow \infty} b_n e^{-(r-\theta)n} = 0$$

Mientras esta condición se mantenga, la derivación de la tasa de impuestos sostenible también se mantendrá, y de esta forma el indicador permanecerá inmodificado. pero esta condición se mantendrá bajo condiciones mucho más generales que lo que el requisito sugirió inicialmente; éste se mantendrá mientras la relación de deuda a PIB converja a cualquier relación o proporción, no sólo a la relación inicial. esta puede aún mantenerse si la proporción de deuda a PIB crece para siempre, mientras que ésta no crezca finalmente a una tasa igual o mayor que $(r - \theta)$, o de manera equivalente, mientras la deuda misma no crezca finalmente a una tasa igual o mayor que la tasa de interés real³. esto es a causa del descuento, lo que implica que las cosas que están lejos en el futuro no importan mucho para hoy. dos diferentes niveles de deuda a PIB distantes en el futuro implican casi exactamente la misma tasa de impuestos sostenible hoy; en el límite, ellos no tienen diferencia⁴.

El otro punto es uno más serio, y el cual en macroeconomía es más relevante. se supone que la tasa de interés real excede a la tasa de crecimiento de la economía. si esta condición no prevaleciera, la discusión de sostenibilidad sería muy diferente. para ver esto, devuélvase a la restricción dinámica de presupuesto del gobierno observada con anterioridad:

$$\frac{db}{ds} = d + (r - \theta)b$$

Si $(r - \theta)$ fuera negativo, el gobierno no necesitaría por más tiempo generar superávits primarios para alcanzar la sostenibilidad. con el balance primario en superávit, la relación de deuda a PIB declinaría establemente a través del tiempo, a la tasa $(\theta - r)$. el gobierno podría correr aún déficits primarios permanentes de cualquier tamaño, y éstos conducirían finalmente a un nivel de deuda positivo pero constante, $d / (\theta - r)$ ⁵.

³ La afirmación que la proporción de deuda a PIB puede aumentarse por siempre sin que se viole la sostenibilidad es un argumento de equilibrio parcial, el cual considera a la tasa de interés como dada. En equilibrio general una política de deuda tal bien puede no ser factible.

⁴ Sin embargo, con respecto a la contraparte del horizonte finito que se discute posteriormente en el ensayo, la relación requerida de deuda a PIB al final del horizonte sí importa.

⁵ Uno podría aún estimar la contrapartida para el horizonte finito de t^* derivada luego en el ensayo. Pero por qué debería preocuparse entonces el gobierno para mantener la relación de deuda a PIB a partir de un aumento tendría una racionalidad mucho más débil.

Si esta configuración de tasas de interés y crecimiento económico pudiera ser excluida fácilmente, ya sea en términos teóricos o empíricos, esto constituiría una curiosidad teórica, que mereciera una breve nota de pie de página. pero la teoría sugiere que este caso, el cual corresponde a lo que se conoce como "ineficiencia dinámica", no puede excluirse, y que en tal caso, un gobierno debería, en términos de bienestar, emitir probablemente más deuda hasta que la presión sobre las tasas de interés las hiciera iguales al menos a la tasa de crecimiento económico. el hecho es que, en los 1970's, la tasa de crecimiento económico estuvo constantemente por encima de las tasas de interés reales alcanzadas. y aún en los 1980's, una década de tasas de interés reales altas para estándares de la postguerra, la diferencia entre las tasas de interés reales alcanzadas y las tasas de crecimiento económico fue sólo de alrededor de 1 por ciento para los países de la oecd como un todo. en la medida que los 1990's comienzan (según el trabajo de blanchard y otros (1990)), las tasas de interés reales continúan sobrepasando a las tasas de crecimiento económico, pero no por un margen grande. aún así, hay un acuerdo general que la condición de un exceso de la tasa de interés real sobre la tasa de crecimiento económico se mantiene, si no siempre, al menos en el mediano y largo plazo⁶. así, el ensayo asume, al menos tentativamente, que esta condición prevalece, en general.

En el caso de una economía en desarrollo, la discusión anterior es prácticamente irrelevante, dado que la escasez de capital que la caracteriza hace que la tasa de interés real sea mucho más alta que en una economía desarrollada, y por tanto, exceda en un margen importante a la tasa de crecimiento económico. en términos empíricos, para el caso de una economía como la colombiana, la tasa de interés real de largo plazo ha estado alrededor de 10.0 a 10.5%, en tanto que la tasa de crecimiento de largo plazo ha estado en promedio entre el 4.5 y el 5%. de modo que se ha presentado un margen importante comprendido entre 5 a 6% a favor de la tasa de interés en el largo plazo entre éstas dos variables. ahora bien, cuando la economía crece a tasas muy bajas, cercanas a cero, por ejemplo, la diferencia se amplía mucho y ni se diga cuando crece a tasas negativas. sólo en la medida que el proceso de crecimiento económico se dinamice, creciendo a tasas superiores al 5%, puede pensarse en que la diferencia entre las tasas consideradas se estreche de manera importante.

E. Hacia Indicadores Implementables

Una extensión natural del indicador inicial es considerar períodos de tiempo finito hacia el futuro. Esto puede lograrse de la siguiente forma. Sea t^*n la tasa de impuestos constante tal que, dadas predicciones de gastos y transferencias bajo reglas de política prevalecientes, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero. La manipulación de la ecuación (4) da la siguiente expresión para t^*n ⁷:

⁶ Para una discusión adicional, veáse Blanchard y Fischer (1989).

⁷ Se parte de la ecuación (4), a saber:

$$\int_0^n (g + h - t) e^{-(r-\theta)s} ds = -b_0 + b_n e^{-(r-\theta)n}$$

Como la t^*n se estima de manera tal que, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la

Si esta configuración de tasas de interés y crecimiento económico pudiera ser excluida fácilmente, ya sea en términos teóricos o empíricos, esto constituiría una curiosidad teórica, que mereciera una breve nota de pie de página. Pero la teoría sugiere que este caso, el cual corresponde a lo que se conoce como "ineficiencia dinámica", no puede excluirse, y que en tal caso, un gobierno debería, en términos de bienestar, emitir probablemente más deuda hasta que la presión sobre las tasas de interés las hiciera iguales al menos a la tasa de crecimiento económico. El hecho es que, en los 1970's, la tasa de crecimiento económico estuvo constantemente por encima de las tasas de interés reales alcanzadas. Y aún en los 1980's, una década de tasas de interés reales altas para estándares de la postguerra, la diferencia entre las tasas de interés reales alcanzadas y las tasas de crecimiento económico fue sólo de alrededor de 1 por ciento para los países de la OECD como un todo. En la medida que los 1990's comienzan (según el trabajo de Blanchard y otros (1990)), las tasas de interés reales continúan sobrepasando a las tasas de crecimiento económico, pero no por un margen grande. Aún así, hay un acuerdo general que la condición de un exceso de la tasa de interés real sobre la tasa de crecimiento económico se mantiene, si no siempre, al menos en el mediano y largo plazo⁶. Así, el ensayo asume, al menos tentativamente, que esta condición prevalece, en general.

En el caso de una economía en desarrollo, la discusión anterior es prácticamente irrelevante, dado que la escasez de capital que la caracteriza hace que la tasa de interés real sea mucho más alta que en una economía desarrollada, y por tanto, exceda en un margen importante a la tasa de crecimiento económico. En términos empíricos, para el caso de una economía como la colombiana, la tasa de interés real de largo plazo ha estado alrededor de 10.0 a 10.5%, en tanto que la tasa de crecimiento de largo plazo ha estado en promedio entre el 4.5 y el 5%. De modo que se ha presentado un margen importante comprendido entre 5 a 6% a favor de la tasa de interés en el largo plazo entre éstas dos variables. Ahora bien, cuando la economía crece a tasas muy bajas, cercanas a cero, por ejemplo, la diferencia se amplía mucho y ni se diga cuando crece a tasas negativas. Sólo en la medida que el proceso de crecimiento económico se dinamice, creciendo a tasas superiores al 5%, puede pensarse en que la diferencia entre las tasas consideradas se estreche de manera importante.

E. Hacia Indicadores Implementables

Una extensión natural del indicador inicial es considerar períodos de tiempo finito hacia el futuro. Esto puede lograrse de la siguiente forma. Sea t^*n la tasa de impuestos constante tal que, dadas predicciones de gastos y transferencias bajo reglas de política prevalecientes, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero. La manipulación de la ecuación (4) da la siguiente expresión para t^*n ⁷:

$$\int_0^n (g + h - t) e^{-(r-\theta)s} ds = -b_0 + b_n e^{-(r-\theta)n}$$

Como la t^*n se estima de manera tal que, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la

$$t_n^* = (r - \theta) \left\{ b_0 + [1 - e^{-(r-\theta)n}]^{-1} \left[\int_0^n (g+h)e^{-(r-\theta)s} ds \right] \right\} \quad (12)$$

o expresada de otra manera:

$$t_n^* = (r - \theta) \left[b_0 + \frac{\left[\int_0^n (g+h)e^{-(r-\theta)s} ds \right]}{[1 - e^{-(r-\theta)n}]} \right]$$

La expresión es más complicada pero la intuición detrás de ella es aún sencilla. En primer término, la tasa de impuestos debe cubrir $(r - \theta)b_0$, o sea la cantidad requerida para mantener la proporción deuda a PIB constante, en ausencia de un déficit primario. Además, ella debe cubrir también los gastos y transferencias promedio durante el período, o, más precisamente, el valor descontado de los gastos y transferencias entre el tiempo 0 y el tiempo n , normalizado de modo que la suma de las cargas sobre $(g+h)$ en diferentes períodos iguale a uno.

En la medida que n tienda a infinito, ($n \rightarrow \infty$), t_n^* converge a t^* , el indicador previamente derivado (ecuación (7) y pie de página 1). Y, en cambio, en la medida que n tienda a cero, ($n \rightarrow 0$), la tasa de impuestos sostenible se reduce a la expresión⁸:

$$-t \cdot \frac{1}{(r - \theta)} \cdot [1 - e^{-(r-\theta)n}] = - \int_0^n (g+h)e^{-(r-\theta)s} ds - b_0$$

Finalmente, la tasa de impuestos constante, sostenible, t_n^* , en un período de tiempo finito hacia el futuro, entre el momento 0 y el momento n será, en definitiva:

$$t_n^* = (r - \theta) \left\{ b_0 + [1 - e^{-(r-\theta)n}]^{-1} \left[\int_0^n (g+h)e^{-(r-\theta)s} ds \right] \right\}$$

Y de esta forma hemos llegado a la expresión (12), a partir de las manipulaciones que se le hicieron a la ecuación (4).

⁸ Obsérvese que el denominador de la expresión (12), $[1 - e^{-(r-\theta)n}]^{-1}$, es una normalización de las cargas sobre $(g+h)$ en diferentes períodos. De manera que cuando $n \rightarrow 0$, de todas maneras $[1 - e^{-(r-\theta)n}]^{-1} \rightarrow 1$, por lo cual, cuando $n \rightarrow 0$, se tiene que:

$$t_0^* = g + h + (r - \theta)b$$

de modo que el índice de sostenibilidad se convierte en:

$$t_0^* - t = g + h - t + (r - \theta)b = d + (r - \theta)b \quad (13)$$

restando a t de ambos lados de la ecuación. Esta es una expresión familiar a partir de la ecuación (2) y es precisamente el cambio en la proporción de deuda a PIB⁹.

Sin embargo, tal como se vio previamente, en los acápites A y B del presente capítulo, lo relevante para el caso colombiano no es hallar una tasa de impuestos sostenible, sino más bien las tasas de gastos y transferencias sostenibles, dadas predicciones de los impuestos, bajo reglas de política prevalecientes. En este caso, lo que se va a tener es un g_n^* o tasa de gastos constante tal que, dadas predicciones de impuestos y transferencias sostenibles bajo reglas de política prevalecientes, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero. O alternativamente, lo que se va a tener es un h_n^* o tasa de transferencias constante tal que, dadas predicciones de impuestos y gastos sostenibles bajo

$$t_0^* = (r - \theta) \left[b_0 + \frac{\int_0^{\infty} (g + h) e^{-(r-\theta)s} ds}{1} \right]$$

de manera que:

$$t_0^* = (r - \theta)b_0 + \frac{(r - \theta)}{e^{(r-\theta)s}} (g + h)$$

Se asume entonces que: $(r - \theta) / e^{(r-\theta)s} \rightarrow 1$, por lo cual, se llega, en definitiva, a la expresión:

$$t_0^* = (r - \theta)b + g + h$$

⁹Hay una diferencia fundamental entre esta ecuación y la ecuación (2), la cual el ojo no puede ver. En la ecuación (2), la tasa de interés real es la tasa de interés *ex post*, la diferencia entre la tasa nominal y la inflación observada. En la ecuación (12), en la medida que t_n mira hacia adelante, en el límite a medida que n tiende a cero, la tasa de interés real es la tasa real *ex ante*, la tasa nominal menos la inflación esperada.

reglas de política prevalecientes, la proporción de deuda a PIB en el momento n sea igual a la proporción en el momento cero.

Para el caso de los gastos, la expresión correspondiente vendría dada, entonces, por la siguiente ecuación:

$$g_n^* = -(r - \theta) \left\{ b_0 + [1 - e^{-(r-\theta)n}]^{-1} \left[\int_0^n (h-t) e^{-(r-\theta)s} ds \right] \right\} \quad (14)$$

o expresada de otra manera:

$$g_n^* = -(r - \theta) \left[b_0 + \frac{\int_0^n (h-t) e^{-(r-\theta)s} ds}{[1 - e^{-(r-\theta)n}]} \right]$$

En la medida que n tienda a infinito De nuevo, la tasa de gastos debe cubrir, en primer término, los impuestos promedio después de las transferencias promedio durante el período, o más precisamente, el valor descontado de los impuestos netos de transferencias entre el tiempo 0 y el tiempo n , normalizado de modo que la suma de las cargas sobre $(t-h)$ en diferentes períodos iguale a uno. En segundo lugar, la tasa de gastos supone que la deuda esté cubierta, o sea la cantidad requerida para mantener la proporción deuda a PIB constante, en ausencia de un déficit primario.

, ($n \rightarrow \infty$), g_n^* converge a g^* , el indicador previamente derivado (ecuación (8)). Y, en cambio, en la medida que n tienda a cero, ($n \rightarrow 0$), la tasa de gastos sostenible se reduce a la expresión:

$$g_0^* = t - h - (r - \theta)b,$$

de modo que el índice de sostenibilidad se convierte en:

$$g_0^* - g = -g - h + t - (r - \theta)b = -(g + h - t) - (r - \theta)b = -d - (r - \theta)b = -[d + (r - \theta)b] \quad (15)$$

Esta es una expresión familiar a partir de la ecuación (2) y es precisamente el cambio en la

proporción de deuda a PIB, teniendo en cuenta que hay un cambio de signo porque estamos calculando el índice de sostenibilidad, a partir de los gastos y no de los impuestos. Además, la importancia del signo menos radica en que enfatiza la reducción del gasto que debe hacerse para garantizar la sostenibilidad.

Para el caso de las transferencias, la expresión correspondiente sería equivalente a la de los gastos, así:

$$h_n^* = -(r - \theta) \left\{ b_0 + [1 - e^{-(r-\theta)n}]^{-1} \left[\int_0^n (g-t) e^{-(r-\theta)s} ds \right] \right\} \quad (16)$$

La tasa de transferencias, entonces, debe cubrir, en primer término, los impuestos promedio después de las transferencias promedio durante el período, o más precisamente, el valor descontado de los impuestos netos de gastos entre el tiempo 0 y el tiempo n , normalizado de modo que la suma de las cargas sobre $(t-g)$ en diferentes períodos iguale a uno. En segundo lugar, la tasa de transferencias supone que la deuda esté cubierta, o sea la cantidad requerida para mantener la proporción deuda a PIB constante, en ausencia de un déficit primario.

En la medida que n tienda a infinito, ($n \rightarrow \infty$), h_n^* converge a h^* , el indicador previamente derivado (ecuación (9)). Y, en cambio, en la medida que n tienda a cero, ($n \rightarrow 0$), la tasa de transferencias sostenible se reduce a la expresión:

$$h_0^* = t - g - (r - \theta)b,$$

de modo que el índice de sostenibilidad se convierte en:

$$h_0^* - h = -h - g + t - (r - \theta)b = -(h + g - t) - (r - \theta)b = -d - (r - \theta)b = -[d + (r - \theta)b] \quad (17)$$

Esta es una expresión familiar a partir de la ecuación (2) y es precisamente el cambio en la proporción de deuda a PIB, teniendo en cuenta que hay un cambio de signo porque estamos calculando el índice de sostenibilidad, a partir de las transferencias y no de los impuestos. Además, la importancia del signo menos radica en que enfatiza la reducción del gasto en transferencias que debe hacerse para garantizar la sostenibilidad:

Cómo escoger n será discutido en el siguiente capítulo. Señalan los autores referidos, que a los montañistas siempre se les recomienda mirar tres, treinta y trescientos pies (metros) adelante. El mismo consejo aplica, entonces, a los indicadores, de manera que el uso de un indicador de corto, mediano y largo plazo, cada uno centrándose principalmente en un aspecto de la sostenibilidad puede proporcionar potencialmente información adicional a los diseñadores de política económica.

I.3 La evidencia colombiana

A. LA ELECCIÓN DE TRES INDICADORES

Se sugirió previamente que es deseable utilizar un conjunto de indicadores, cada uno de los cuales está asociado con un horizonte de tiempo diferente, digamos n , cada uno de los cuales, a su vez, es igual a la brecha entre la tasa de impuestos sostenible (o tasas de gastos o transferencias sostenibles) durante el horizonte de tiempo considerado—la tasa de impuestos (o tasa de gastos o tasa de transferencias) que dejaría la proporción deuda a PIB sin modificación y la tasa de impuestos (o tasa de gastos o tasa de transferencias) prevaleciente. En esta parte, tales tres indicadores, correspondientes a un n igual a 1, 5 y 25 años se construyen e interpretan para el caso de la economía colombiana. Estos deberían llamarse las brechas de corto plazo, mediano y largo plazo, respectivamente.

La elección de n igual a un año se justifica fácilmente, en la medida que éste lleva a un indicador que no requiere predicciones y es fácil construirlo así, a partir de los datos públicamente disponibles. La brecha de corto plazo sirve así como un referencial (benchmark) útil, facilitando la comparación con valoraciones basadas en indicadores más elaborados, que toman en cuenta el futuro.

La elección de n igual a cinco (5) años está motivada por el deseo de tomar en cuenta los movimientos cíclicos predecibles en las proporciones de gastos y transferencias al PIB, de un lado, y las limitaciones de datos del otro. Las proyecciones de cuatro, cinco, o incluso, más años se han venido haciendo, de manera más bien regular, por parte del Departamento Nacional de Planeación (DNP), debido a la elaboración de los Planes de Desarrollo que esta entidad lleva a cabo cada cuatro años. Por tal motivo, se consideraron las versiones más afinadas de éstas proyecciones, junto con las que también llevan a cabo el CONFIS (Consejo Superior de Política Fiscal) y el Banco de la República. Pero es importante señalar también, que se tomaron en cuenta para los datos históricos, como fuentes claves al FMI (International Monetary Fund, por sus siglas en inglés, en su GFS (Government Finance Statistics de 1998) y al Banco Mundial, WB (World Bank, por sus siglas en inglés), en su WDI (World Development Indicators de 1998). Como dato importante, valga la pena señalar también que todas las cifras se homogenizaron, llevándolas a dólares constantes de un año base (1987), de manera que los problemas de medición y comparación quedaron en gran medida resueltos, con esta metodología, la cual constituye a mi juicio, uno de los valores agregados importantes del trabajo.

La elección de n igual a un valor mucho mayor, digamos 20 o 25 años es un intento por cuantificar las implicaciones para la sostenibilidad de cambios menores pero estables, o de cambios mayores pero previsibles, en los gastos y en las transferencias¹⁰. Esto no se hará en el

¹⁰ Uno puede pensar acerca de muchos de tales cambios que podrían incorporarse en la proyección, desde la necesidad de revisar la infraestructura pública, que fue desatendida en los 1980's, y en la segunda mitad de los 1990's, hasta el gasto adicional en proyectos de medio ambiente, o un presupuesto de defensa disminuido porque se lleguen a Acuerdos de Paz, y así sucesivamente. En el ensayo de Zarta de 2000, los cálculos sólo incorporan las implicaciones del envejecimiento de la población, y sólo a través de los efectos de esto último sobre las pensiones públicas y el gasto en salud. Los efectos de los futuros cambios demográficos sobre las inversiones en educación pública no se toman en cuenta, a la luz del impacto incierto que la edad puede tener sobre éstos.

presente trabajo, remitiéndose al lector interesado al trabajo de Zarta de 2000¹¹.

Diferentes supuestos acerca del diferencial entre tasas de interés real y la tasa de crecimiento económico se hacen para cada indicador. En el caso de la brecha de mediano plazo, $(r - \theta)$ es estimada utilizando predicciones de la tasa de interés real sobre la deuda pública del sector público consolidado y la tasa de crecimiento real del producto. Esto fue lo que hicieron los autores (Blanchard y Otros, 1990), para el caso de los países de la OECD. Por ejemplo, para la brecha de largo plazo, un valor constante de 2 por ciento anual fue utilizado para $(r - \theta)$. Si bien éste es un supuestos razonable, pero tal vez conservador, los autores referidos presentan también análisis de sensibilidad basados en diferentes valores. Para el caso de la economía colombiana, en la brecha de mediano plazo, para $(r - \theta)$ se consideraron predicciones de la tasa de interés real, de acuerdo con escenarios macroeconómicos futuros probables, así como en relación con la tasa de crecimiento real del producto, con base en proyecciones del DNP, CONFIS (Consejo Superior de Política Fiscal) y Banco de la República.

En lo que sigue, solo dos de los tres indicadores señalados son analizados, por razones de conveniencia.

B. Las brechas fiscales de corto (una mirada hacia el presente) y mediano plazo (una mirada hacia el futuro cercano)

De la ecuación (13), la brecha de corto plazo viene dada por:

$$d + (r - \theta)b_0 \quad (14)$$

De la ecuación (12), una buena aproximación a la brecha de mediano plazo viene dada, según Blanchard y otros (1990), por la siguiente expresión:

$$[(\text{el promedio para los próximos 5 años de } g + h) + (r - \theta)b_0] - t \quad (15)$$

donde r y θ corresponden a las tasas de interés real y de crecimiento promedio esperadas para los próximos 5 años. En la construcción de series históricas, sin embargo, uno debería utilizar para cada año las predicciones de g y h para los siguientes cinco años a partir del año inicial. Tales predicciones a menudo no existen o no están disponibles. De esta forma, en la construcción de las series históricas para las brechas de corto y mediano plazo que se muestran en los cuadros respectivos, los valores ya observados del gasto y las transferencias fueron utilizadas por los autores referidos para el caso de los países de la OECD y por el autor del presente trabajo para el caso de la economía colombiana.

La tabla 1 muestra las brechas de corto y de mediano plazo para el caso de la economía colombiana. Estas brechas se estiman secuencialmente, comenzando con el déficit primario d , luego se obtienen los valores correspondientes a la brecha entre la tasa de interés real y la tasa

¹¹ Zarta, Alvaro 'La sostenibilidad fiscal y la deuda externa colombiana en un contexto macroeconómico: una presentación de nuevos indicadores que miran hacia el futuro', DNP, UMACRO, mimeo, junio de 2000.

de crecimiento económico ($r - \theta$); finalmente, los valores relativos a los diferentes tipos de deuda considerados, a saber, la deuda pública real total $b_o(1)$ del gobierno nacional, la deuda pública externa real del gobierno nacional $b_o(2)$, y la deuda pública interna real del gobierno nacional $b_o(3)$. Con estos insumos previos se llega, entonces, al cálculo final de tres tipos de brechas de corto plazo ($stg\ 1$, $stg\ 2$ y $stg\ 3$, por sus iniciales en inglés (short term gap)), asociadas a los diferentes tipos de deuda consideradas. Asimismo,

Se consignan en la tabla 1, tres estimativos para la brecha de mediano plazo ($mtg\ 1$, $mtg\ 2$ y $mtg\ 3$, de nuevo por sus iniciales en inglés (medium term gap)), asociadas, de nuevo, a los tres tipos de deuda consideradas.

En el caso de la brecha de corto plazo, se observa, claramente, que se pasaría de valores extremos máximos alcanzados en 1999, como era de esperarse, de cerca de 14, 11 y 11 puntos del PIB para $stg\ 1$, $stg\ 2$ y $stg\ 3$, respectivamente, a 4, 3 y 3 puntos del PIB respectivamente, en el año 2004. Especialmente es significativa la reducción en la brecha que se espera se opere en el año 2000, en relación con el anterior, 1999, al reducirse en alrededor de 6, 4 y 4 puntos del PIB, para $stg\ 1$, $stg\ 2$ y $stg\ 3$, respectivamente. Del año 2001 en adelante las reducciones son menores, pero igualmente importantes. Asimismo, debe observarse que, entre los años 2001 a 2004, siguen pesando más los componentes de la deuda pública total y de la deuda pública, tanto interna como externa, que el propio déficit primario en la brecha de corto plazo, así como el diferencial entre tasa real de interés y tasa de crecimiento económico, por el menor dinamismo considerado, o sea, por considerar tasas de crecimiento económico alrededor de tres por ciento en promedio.

Para el periodo de 2005 a 2010, la brecha de corto plazo $stg\ 1$, muestra claramente que se va reduciendo lentamente, debido fundamentalmente a tres hechos que interactúan simultáneamente, a saber: un déficit primario que se estabiliza alrededor del 1% y aun por debajo del mismo, tendiendo al equilibrio o 0%; una tasa de crecimiento económico que sube hasta 4% entre los años 2007 a 2010 y una deuda del gobierno nacional, tanto interna como externa, que se estabiliza alrededor del 40% del PIB, en proporciones iguales para cada tipo de deuda. Si estos supuestos no se cumplen, claramente la brecha de corto plazo estará afectando la sostenibilidad de las finanzas del gobierno nacional, de manera continua.

Además debe tenerse en cuenta de manera muy significativa que en estos escenarios solo se está considerando la deuda del gobierno nacional. Si se considerara la deuda en términos reales, tanto interna como externa, de todo el sector público consolidado, que incluye además del gobierno nacional a todo el sector descentralizado, se estaría hablando de 21% más del PIB, o sea en total de una deuda del 61% del PIB, lo cual es mucho más preocupante.

En relación con la brecha de mediano plazo se observa que, dada la forma cómo se define ésta¹², los valores correspondientes al período 1994-1999 son los que predicen los valores correspondientes al período 1999-2004. De manera que, lo que muestran las cifras es un fuerte empeoramiento de la brecha fiscal desde 1995 (léanse los datos correspondientes a 1990, en relación con los datos de 1989), como era de esperarse, cuando los tres tipos de brechas de

¹² O sea, el promedio para los próximos cinco años de los gastos más las transferencias ($g+h$), sumados con los valores promedio esperados para los próximos cinco años de r y θ y toda la suma previa neta de los impuestos totales o recaudo tributario.

mediano plazo duplican o más que duplican las correspondientes a 1994. Este empeoramiento se agudiza hasta 1998 (léanse los datos correspondientes a 1993), cuando se obtienen los mayores valores estimados hasta ese momento para los tres tipos de brechas consideradas. Es interesante observar que la brecha fiscal de mediano plazo que se estimó para 1999 (léase la fila de 1994), preveía una ligera corrección de la misma, en tanto que la que se estima para el año 2000 prevé un empeoramiento, lo cual aparentemente parece contradictorio con lo que señala la brecha de corto plazo.

Viene enseguida, tal vez, la información más relevante que trae esta brecha, iniciándose en 1999 (léase la fila de 1994), y prolongándose hasta el 2001 (léase las filas de 1995 y 1996), cuando los valores que ligeramente se habían reducido en 1999 vuelven a aumentar hasta el 2001, prediciendo que el problema fiscal se mantendrá con un carácter de gravedad hasta tal año, tendiendo de nuevo a reducirse hasta el año 2005. O sea que este indicador de mediano plazo llama la atención, acerca de que la corrección de la brecha fiscal va a tomar tiempo reducirla, así como se tomó un buen tiempo en incrementarse (4 o 5 años) y luego tomo también tiempo (2 años) la decisión de hacer el ajuste. Y todo esto considerando que, las tasas de gastos y transferencias se reducen, con tasas de tributación relativamente constantes, que la tasa de interés real retorna a su nivel de largo plazo y, que el crecimiento económico se recupera, inicialmente, en el año 2000 y luego paulatinamente regresa, también, a su valor de largo plazo a partir del año 2007.

Finalmente, la predicción de la brecha fiscal de mediano plazo indica que, si bien es cierto que hacia el año 2005 se alcanzará el menor valor de los últimos diez años hacia atrás, sin embargo, su magnitud para cualquiera de los tres tipos de brechas consideradas será importante, entre 2 y 3 puntos del PIB real, lo cual probablemente esté señalando que la primera década del siglo XXI va a continuar estando determinada por el problema fiscal para el caso de la economía colombiana. O sea que la problemática fiscal ha llegado para quedarse por un buen tiempo, afectando el resto de las variables macroeconómicas de manera significativa, y a quienes dependen de sus recursos, como es el caso del régimen subsidiado en salud.

Todos estos estimativos, probablemente, se observen mejor en los gráficos 1 a 3, inicialmente, en los cuales las brechas de corto plazo se yuxtaponen contra las proporciones de deuda pública a PIB, según las diversas definiciones consideradas. Las tablas y los gráficos concomitantes muestran claramente el cambio tan profundo operado en la política fiscal a partir de 1995 (y tanto en relación con los dos años previos como con los años siguientes que van hasta 1999), cuando las brechas fiscales de corto plazo comienzan a triplicarse o cuadruplicarse en términos del PIB (en US\$ constantes de 1987). Asimismo, los diversos tipos de deuda considerados, especialmente la deuda pública interna como la deuda pública externa del gobierno nacional, experimentaron incrementos significativos, especialmente entre 1995 y 2000, de manera que en el caso de la deuda interna, se pasó de un 9% del PIB en 1995 a un 19% del PIB en 1999 (gráfico 1).

En los gráficos 4, 5 y 6, se dibujan las brechas de corto y mediano plazo conjuntamente, y a su vez, tales brechas se yuxtaponen contra las proporciones de deuda pública a PIB, según las diversas definiciones consideradas, de nuevo. Allí se observa, claramente, que a partir de 1995, en los tres casos considerados, mientras que la brecha de corto plazo tiende a incrementarse, como era de esperarse por los datos observados, la brecha de mediano plazo alcanza su mayor valor y de allí en adelante tiende a reducirse, como era de esperarse por los datos proyectados, destacándose el hecho que el ajuste fiscal tomará lugar en este lapso de tiempo (o sea, entre el

año 2000 y el 2004), hacia valores más manejables, aunque un poco mayores de los cuales se partió en los años 1993 y 1994. En cuanto a la relaciones de deuda a PIB, se observa el mismo comportamiento ya comentado para los gráficos 1 a 3, puesto que corresponden a las mismas relaciones señaladas.

La comparación entre las brechas de corto y de mediano plazo muestra las diferencias propias de una y otra, relativas a su horizonte de tiempo. De manera retrospectiva, la brecha de mediano plazo anticipa los movimientos en la de corto plazo; mientras esto es claramente una característica deseable de la brecha de mediano plazo, esto se debe principalmente al uso de los datos observados más que de los datos proyectados en la construcción de las brechas respectivas. Una comparación más estricta debe estar limitada por consiguiente al año 1996. En 1996, es cuando la diferencia entre las dos brechas es menor en todos los casos considerados y, en el caso de la brecha de corto plazo este es uno de los dos picos (el otro es en 1999), de manera que será en un período de tiempo comprendido entre el año 2001 y 2004, cuando la brecha de mediano plazo tenderá a reducirse, de modo semejante a como en el período 1996-1999 la brecha de corto plazo tendió a elevarse (con una ligera reducción en 1998). En este caso, la brecha de mediano plazo dibuja un cuadro más optimista que la brecha de corto plazo, si bien es cierto que se predice llegar a niveles de déficit mayores de los que se partió.

¿La coincidencia o divergencia entre las señales dadas por las brechas de corto y de mediano plazo implicarían que no se requeriría de esta última, por ejemplo? La respuesta es claramente no, por dos razones. En primer término, porque los movimientos de la actividad agregada han sido fuertes a partir de 1993, lo cual conduce a que haya grandes divergencias entre las dos brechas. En segundo lugar, y tal vez más importante, el hecho relevante es que si las dos dan el mismo mensaje esto de todas formas implica que hay información importante que se está ofreciendo. Por ejemplo, el hecho que en los años 1995 y 1996 la brecha de mediano plazo haya sido alrededor de valores muy altos, de entre 8 y 10% del PIB, muestra la seriedad de la situación fiscal que comenzaba a desarrollarse y que se prolongaría hacia el futuro. A su vez, el hecho que la brecha de mediano plazo se reduzca a su menor valor en 1999, en tanto que la de corto plazo se va expandiendo hasta su punto máximo en ése mismo año, indica exactamente la gravedad del problema fiscal para la economía colombiana en su presente, como una mejor condición para su futuro próximo, y no tan despejado para su futuro mas lejano.

¿Qué tan sensibles son las brechas estimadas a los supuestos subyacentes? La estimación de la brecha de mediano plazo es tan "buena" como lo sean las predicciones sobre las cuales está basada. Y ambas brechas dependen del valor de $(r - \theta)$; las ecuaciones (14) y (15) demuestran que la derivada de la brecha con respecto a $(r - \theta)$ es igual a la relación de la deuda al PIB. Puesto de manera más simple, los aumentos en las tasas de interés reales o las caídas en el crecimiento económico son más amenazantes o peligrosas en países con altos niveles de endeudamiento, o en países cuyos niveles de endeudamiento se incrementan muy rápidamente en pocos años, como el caso colombiano.

Finalmente, el gráfico 7 dibuja la brecha de mediano plazo situados en el año 2000, como una función del diferencial entre tasa de interés y tasa de crecimiento económico $(r - \theta)$. Para el caso colombiano, el cual tiene una relación de deuda publica real total a PIB del 37.3% para 2000 por parte del gobierno nacional, la brecha varía según que se considere la deuda publica total, la deuda publica externa o la deuda pública interna del gobierno nacional, respectivamente. En el gráfico 7, la brecha varía desde 3.0 por ciento del PIB para un $(r - \theta)$

igual a 6.0, hasta un valor bien pesimista de 9.0 por ciento del PIB para un $(r - \theta)$ igual a 5.0 por ciento, cuando se considera la deuda pública total. Lo interesante aquí es observar cómo se va cerrando la brecha de mediano plazo, a medida que el diferencial entre tasa de interés y crecimiento económico se va estrechando, o sea cuando nos desplazamos de derecha a izquierda de la recta pintada, lo cual se logra, básicamente, cuando la economía retorna a su crecimiento de largo plazo (4.5%-5%) y a su tasa de interés de largo plazo (alrededor de 10%). De todos modos, dadas las cifras que se manejaron, el ajuste fiscal de mediano plazo demuestra la gravedad de la situación a la que llegó y de la que tiene por salir la economía colombiana.

I.4 Aspectos financieros del Régimen Subsidiado en salud

Conforme los lineamientos de las Leyes 60/93 y 100/93, la financiación del sistema colombiano público de salud, contempla dos modalidades para lograr la cobertura universal: el régimen contributivo para las personas con capacidad de pago y el régimen subsidiado dirigido a la población pobre.

Respecto de la financiación del régimen subsidiado, la ley 60 reglamentó un sistema de atención bajo un esquema de subsidios de oferta¹³ y la ley 100 estableció un esquema de subsidios de demanda¹⁴. Esta financiación contempla unos mismos objetivos, bajo una estructura que combina dos mecanismos diferentes en la asignación de recursos y fuentes de financiamiento de origen diverso.

La vinculación al sistema subsidiado se realiza mediante cotización subsidiada total, o parcialmente. Para identificar los beneficiarios y focalizar los subsidios se diseñó el Sistema de Identificación de Beneficiarios –SISBEN- cuya responsabilidad recae sobre los municipios.

Este régimen se financia con transferencias del gobierno nacional, de recursos provenientes de la cuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, de las cajas de compensación y con recursos propios de los entes territoriales. Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud suscriben contratos de administración del subsidio con las empresas promotoras de salud –EPS- que afilian a los beneficiarios del subsidio.

Por su parte, la vinculación al sistema contributivo se lleva a cabo a partir del pago de cotizaciones en forma directa y/o con base en los aportes de los empleadores y empleados. Es importante señalar que la cotización obligatoria equivale a un doce por ciento (12%) del salario base y un punto porcentual se traslada a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA con el propósito de apoyar el régimen subsidiado.

¹³ Los subsidios de oferta contemplan la atención en salud, de la población bajo una prestación directa del servicio, a través de los hospitales públicos; no diferencia al tipo de población beneficiada.

¹⁴ Bajo este esquema se le asigna a una población específica el acceso a un paquete de salud por medio de un seguro, el cual es beneficiado por el Estado; no se presta directamente el servicio de salud.

A. EVOLUCION DE LOS INGRESOS CORRIENTES

Con el objetivo de comprender la lógica con la que opera el sistema de financiación en el sector salud, sustentado en el modelo de transferencias o aportes con cargo al presupuesto nacional (una de las principales fuentes de financiación de los entes territoriales), es preciso realizar un análisis descriptivo identificando los recursos que efectivamente se trasladan de la Nación hacia las entidades territoriales, así como su comportamiento en la última década.

En el Cuadro número 1 se presenta la evolución del coeficiente de los ingresos corrientes sobre el PIB en el periodo 1990-2000. En términos generales se aprecia una tendencia definida a lo largo del periodo en consideración, con una participación promedia anual del 11.5%.

Cuadro No.1

Participación (%) de los ingresos corrientes sobre el producto interno bruto										
1990	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
9.8	10.9	11.5	12	12.1	11.4	11.8	12.5	11.4	11	11.9

En Cuadro número 2 se aprecia la evolución real de los ingresos corrientes. En términos de crecimiento, los ingresos corrientes presentan un ritmo inestable, con una tasa promedia anual de crecimiento del 6.8% entre 1990 y 2000. El mayor porcentaje de crecimiento del 13.4% se produjo en 1991 y el menor en 1998, cuando arrojó una tasa de crecimiento negativa del 6%. Dichas oscilaciones están directamente correlacionadas con el comportamiento de los ingresos tributarios, especialmente con lo sucedido a los impuestos de renta, IVA tanto interno como externo y gravámenes arancelarios, que constituyen un poco más del 97% del total de ingresos corrientes de la Nación.

Cuadro No. 2

Evolución real de los ingresos corrientes de la Nación									
2000 = 100									
91/90	92/91	93/92	94/93	95/94	96/95	97/96	98/97	99/98	2000/99
13.4	8.3	10.9	6.3	2.3	0.3	10.7	-6.0	0.3	12.7

B. TRANSFERENCIAS DE LA NACION A LOS ENTES TERRITORIALES PARA EL SECTOR SALUD

1) Participación de los Municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación

Marco Jurídico

La Constitución Política de 1991 en su artículo 357, estableció la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación (P.I.C.N), sustituyendo con estos recursos la transferencia del IVA. Determinó una participación creciente de los municipios en estos ingresos, que parte del 14% en 1993 hasta alcanzar el 22% como mínimo en el 2002.

Criterios de distribución

60% en proporción directa al Número de habitantes con necesidades básicas insatisfechas y al nivel relativo de pobreza de la población del respectivo municipio; el resto en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en la calidad de

vida, asignado en forma exclusiva un porcentaje de esta parte a los municipios menores de 50.000 habitantes.

De acuerdo con el artículo 22 de la ley 60, la Participación Municipal, se distribuiría de acuerdo con las siguientes reglas:

Un 25% para salud: Salarios y honorarios del personal técnico y profesional, subsidios a la población con necesidades básicas insatisfechas, construcción, mantenimiento y dotación de planta física. Apoyo a programas de vacunación, nutrición y salud materno-infantil, tercera edad y niñez.

Con la expedición del acto legislativo No. 1 de 1995, se define en forma transitoria para los años 1995 y 1999 inclusive, que parte de la PICN podrá destinarse libremente a financiar para inversión o gastos de funcionamiento de las administraciones locales, según categorías de municipios, establecidas en la Ley 136 de 1994.

Forma en que se calcula

Según el artículo 26 de la ley 60 de 1993: Régimen de Transición, durante el período comprendido entre 1994, 1995, 1996, 1997 y 1998, cada municipio recibirá anualmente una participación básica igual a la misma cantidad percibida en 1992 en pesos constantes, por concepto de las participaciones en el impuesto al valor agregado -IVA- establecidas en la Ley 12 de 1986.

Beneficiarios

- Municipios con menos de 50.000 habitantes.
- Municipios con riberas sobre el río Magdalena
- Federación Colombiana de municipios
- Resguardos indígenas
- Son beneficiarios todos los municipios del país, pero los arriba citados, además de la participación correspondiente reciben el beneficio adicional descrito en el literal siguiente.

Destinación

- 5% para los municipios de menos de 50.000 habitantes
- 1.5% a ser distribuido entre los municipios con riberas sobre el río Magdalena.
- 0.01% para la Federación Colombiana de Municipios
- Una participación equivalente a la transferencia per cápita nacional multiplicada por la población indígena, para los resguardos que, para efectos del artículo 357 de la Constitución Nacional, sean considerados por la Ley como municipios.

Evolución de la transferencia "participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación"

Los recursos públicos que se destinan vía participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación son relativamente sustanciales: poco más del 1.6% del PIB en la década de los noventa. Una buena asignación correspondiente al 25% de dichos recursos, más el porcentaje de recursos de libre asignación por parte de los entes territoriales son dirigidos hacia el sector salud.

La participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación presentan grandes fluctuaciones en la década de los noventa, su tasa real de crecimiento promedio anual es de 13.2% para dicho periodo de referencia. (Ver cuadros No.3 y No.4)

Situado Fiscal

Marco Jurídico

Conforme el Artículo 356 de la Constitución de 1991, el situado fiscal se define como el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los Distritos Especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se les asignen.

Criterios de distribución

El artículo 357 de la Constitución Política ordena distribuir los recursos del situado fiscal en un 60% en proporción directa al número de habitantes en situación de pobreza o con necesidades básicas insatisfechas, y el resto en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en la calidad de vida.

La Ley 60 de 1993 estableció la repartición del situado fiscal con base en la distribución de un 15% por partes iguales entre Departamentos y Distritos (Art. 11), y el 85% restante con base en los criterios de "situado fiscal mínimo" y una posición variable que depende en esencia de la población usuaria actual beneficiaria en educación y salud.

Forma en que se calcula

Del total de recursos asignados cada departamento esta obligado a destinar como mínimo el 60% para educación y el 20% para salud. El 20% restante será destinado a salud o educación según metas de cobertura y demás fuentes de financiación de estos sectores.

De los recursos provenientes del situado fiscal al sector salud como mínimo el 50% deberá aplicarse al primer nivel de atención; cada municipio y distrito deberá ejecutar al menos el 5% a prevención de enfermedades y fomento de la salud.

Beneficiarios

Son beneficiarios todos los departamentos y distritos

Destinación

El mismo Artículo 356 de la Constitución de 1991 determina que los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños.

Evolución del Situado Fiscal

La Ley 60 de 1993 en su artículo No 10 establece que los recursos del situado fiscal en un 20% serán transferidos al ente territorial y asignados al sector salud más un porcentaje de libre asignación correspondiente al 20% del total del situado fiscal.

Realizando un análisis de la evolución del coeficiente del situado fiscal respecto del PIB en la década de los noventa, se puede observar un comportamiento estable en los últimos cinco años al rededor del 7%, no obstante su tasa de participación promedio anual en el periodo de análisis es del 6%.

El comportamiento de la tasa real de crecimiento del situado fiscal transferido al sector salud, presenta una inestabilidad a lo largo de la década de los noventa y una preocupante desaceleración para el año 2000. Su tasa real de crecimiento promedio anual fue del 10.3% en el periodo de referencia (Ver Cuadros No.3 y No.4).

Cuadro No. 3

Participación de los municipios dentro de los ingresos corriente/PIB										
1990	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
1.0	1.3	1.4	1.2	1.5	1.3	1.8	1.9	2.0	2.0	2.1

Situado Fiscal/PIB										
1990	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
0.4	0.5	0.5	0.5	0.4	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7

Cuadro No. 4

Crecimiento Real Participación Mpios Ingresos Ctes de la Nación 100=00									
91/90	92/91	93/92	94/93	95/94	96/95	97/96	98/97	99/98	00/99
27.8	14.6	-6.9	33.6	-10.9	44.1	9.6	4.9	7.9	7.6

Crecimiento Real Situado Fiscal 100=00									
91/90	92/91	93/92	94/93	95/94	96/95	97/96	98/97	99/98	00/99
6.4	7.3	12.5	-14.6	58.7	18.9	6.6	4.2	13.8	-11.2

Transferencias de Ecosalud

La Ley 10 de 1990, a través de la cual, se reorganizó el sistema nacional de salud, estableció el monopolio sobre todos los juegos de apuestas y azar diferentes a la lotería y el chance, destinado exclusivamente al sector salud.

Dichos recursos son administrados por la sociedad de capital público creada para tal efecto: ECOSALUD S.A. cuyos socios son la Nación y las entidades territoriales, o sus entidades descentralizadas titulares de los monopolios rentísticos de las loterías existentes.

Marco Jurídico

- Constitución Política: Artículo 336
- Ley 10 de 1990: Artículos 42 y 43
- Ley 60 de 1993: Artículo 33
- Decretos 530 y 1893 de 1994

Criterios De Distribución

Atiende los criterios de:

Proporcionalidad directa de ventas, efectuadas de todas las modalidades de juegos de suerte y azar explotadas por Ecosalud, en la correspondiente entidad territorial. y,

Proporcionalidad directa a su población y **proporcionalidad inversa** al desarrollo socioeconómico de los municipios, según fórmula; la fórmula vigente fue aprobada por el Consejo Directivo de Ecosalud S.A., mediante el Acuerdo No. 09 de noviembre 10 de 1992.

Destinación

Los recursos del monopolio rentístico cedido a los municipios se encuentra establecido en beneficio del sector salud, las cuales se girarán a los fondos locales de salud mensualmente para la inversión en el denominado primer nivel de atención.

Cálculo

De acuerdo con lo establecido en la ley 10 de 1990, artículo 43; en primer lugar se tiene la distribución de los excedentes, según el siguiente resultado:

- Producto neto de las ventas netas
- Valor de los premios pagados
- Porcentaje máximo señalado para costos y gastos (15% de las ventas netas)

+ Otras utilidades de la empresa

Correspondiendo:

El 40% a los municipios en cuyo territorio se realice la venta.^{15/}

El 50% a todos los municipios en proporción directa a su población e inversa a su desarrollo socioeconómico, según fórmula.^{16/}

La distribución de los recursos se ha efectuado conforme a dos fórmulas, la primera aprobada por el Consejo Directivo mediante el Acuerdo No. 006 de julio 7 de 1992 y la segunda, mediante el Acuerdo No. 09 de noviembre 10 de 1992 del Consejo Directivo de ECOSALUD S.A., actualmente vigente y en la que se excluyó el índice de mortalidad infantil, aplicándose de la siguiente forma:

ASIGNACION	50%
MUNICIPAL =	VALOR * $0.25 * \frac{POBm}{POBt} + 0.75 * \frac{PPNBI_m}{PPNBI_t}$
POR FORMULA	ASIGNAR

Donde:

POB = Población

PPNBI = Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas

Y los sufijos:

m = Dato nivel municipal

t = Dato consolidado a nivel nacional

Con la citada fórmula, se incrementa la ponderación de los factores de población, pasando del 20 al 25% y del índice de NBI, pasando del 56% al 75%.

¹⁵ / Porcentaje que se incrementará al 50% a partir del sexto año de funcionamiento de la sociedad.

¹⁶ / El 10% restante se destina al pago de prestaciones sociales de los trabajadores de la salud.

En segundo lugar se tiene, de acuerdo con el párrafo 2o. Del artículo 43, de la Ley 10 de 1990, del producto resultante de las apuestas en juegos deportivos organizados por Ecosalud, el 40% corresponde a los servicios locales de salud, 40% para el ICBF y el 20% para Coldeportes.

Finalmente, es de anotar que con la expedición de la Ley 60 de 1993, artículo 33, concurre en la financiación anual del Fondo del Pasivo Prestacional (de los servidores de la salud, causada a 31 de diciembre de 1993), el veinte por ciento (20%) de las utilidades de ECOSALUD, de cada vigencia fiscal durante el período de funcionamiento del citado Fondo; es decir, cuando se extingan las obligaciones contraídas por la Nación por la constitución de reservas que garanticen su pago.

Así tenemos, que transitoriamente, mientras dure el Fondo Prestacional del Sector salud, que el ochenta por ciento (80%) restante se toma como base cien (100), o base general de reparto de su producto económico entre los diferentes municipios y distritos.

Beneficiarios

Son beneficiarios directos los municipios. Ecosalud S.A. gira estos recursos a los fondos locales de salud, en el evento que el municipio no cuente con este fondo, se giran al fondo seccional o departamental de salud.

OTRAS FUENTES DE FINANCIACION DEL SECTOR SALUD

Fondo de Solidaridad y Garantía, -Fosyga-

El fondo de solidaridad y garantía es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, cuya finalidad es administrar los recursos destinados a financiar el sistema general de salud. El fondo es administrado por encargo fiduciario, y fue asignado al consorcio Fidusalud; esta constituido por cuatro subcuentas cuya responsabilidad es la de financiar los objetivos del sistema de seguridad social en salud.

Las subcuentas que conforman este fondo son: compensación, solidaridad, prevención y promoción y finalmente, seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Para efectos de este trabajo, nos interesa centrarnos sobre la cuenta de solidaridad, cuyo objetivo es permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado en salud.

La cuenta de solidaridad esta financiada con los siguientes recursos:

- El uno por ciento (1%) de las cotizaciones de solidaridad del régimen subsidiado, el cual es girado directamente por las empresas promotoras de salud a la subcuenta.
- El cinco por ciento (5%) de los recaudos por concepto de subsidio familiar para financiar al régimen subsidiado en salud.
- Aportes del presupuesto nacional, cuyo monto fue establecido inicialmente por la ley 100 en una relación de uno a uno con respecto a los recursos recaudados por las dos fuentes anteriores.
- Los rendimientos financieros generados por las inversiones de los recursos que financian esta cuenta.

- Los recursos provenientes del impuesto de remesas de unidades de empresas petroleras comprometidas en la producción de la zona de cusiana y cupiagua.
- las multas causadas por acciones que atenten al derecho del trabajador a su afiliación y selección de las instituciones del sistema de seguridad social integral.
- Los recursos provenientes del impuesto social a las armas, el cual es del 10% de un salario mínimo mensual, causado en el momento de expedición o renovación del permiso para el porte de armas.

Este Fondo se constituye en el principal componente de los ingresos del régimen subsidiado, representando el 52.5% para la vigencia de 1996, 45% para 1997, 51.3% para el año 1998 y 38% para 1999 (Ver cuadro No 5).

Cajas de compensación

Conforme a lo estipulado en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, le corresponde a las Cajas de Compensación, asignar un porcentaje de los recaudos por concepto de subsidio familiar con el propósito de financiar el régimen subsidiado en salud, no obstante, el mismo artículo en comento establece la diferencia entre dos tipos de entidades:

- Las cajas de compensación con un cociente de recaudo superior al 100%, deben destinar el 10% de los recursos recaudados para el financiamiento de subsidios de demanda en salud, conservando un manejo directo de las afiliaciones.
- Por su parte, las Cajas de Compensación con un cociente de recaudo inferior al 100% destinarán el 5% de dichos recursos a los subsidios de demanda en salud y deben girarlos a la cuenta de solidaridad de FOSYGA.

Las Cajas de Compensación son la cuarta fuente de financiamiento en importancia que tiene el régimen subsidiado de la salud. Su participación promedio anual entre 1996 a 1999 es del 6.8% respecto al total de ingresos para el régimen subsidiado de demanda (Ver cuadro 5).

Rentas Cedidas

Son impuestos de propiedad de la Nación, cuyo recaudo se encuentra cedido a los departamentos y distritos en proporción al consumo de los productos gravados en sus respectivas jurisdicciones.

Los recursos de las rentas cedidas se constituyen en ingresos propios de los departamentos y distritos, y se obtienen a través de los impuestos al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares; consumo de cerveza, sifones y refajos; impuesto de azar y espectáculos e impuesto de registro.

En el caso del impuesto al consumo de cerveza, sifones y refajos, cada ente territorial destinará el 8% del total de estos recursos hacia el sector salud. Las otras rentas cedidas no establecen proporciones específicas mínimas de asignación de recursos para el sector salud.

Las rentas cedidas representan el menor porcentaje de participación del total de fuentes de financiación para el régimen subsidiado; en el año de 1998 su aporte fue aproximadamente de 26.600 millones de pesos en términos constante de 1999, lo cual equivale a una participación

del 2.1% respecto del total de aportes para dicho régimen; para el año siguiente se incrementa su participación al 3.2% respecto al total de recursos del régimen subsidiado (Ver Cuadro No. 5).

CUADRO No. 5
Composición de los Ingresos del Régimen Subsidiado Subsidios de Demanda
- (Millones de pesos constantes 100=1999) -

Ingresos	1996	1997	1998	1999
Fosyga	512.748	562.068	684.474	563.919
Participación Mpios Ys Ctes Nación	240.921	322.701	326.219	426.637
Situado Fiscal	-	97.614	128.571	195.716
Cajas de compensación	68.993	66.717	58.171	59.897
Esfuerzo propio	109	52.864	55.253	48.244
Rentas cedidas	-	-	26.599	42.243
Total	822.771	1.101.963	1.279.288	1.336.656

Fuente: Ministerio de salud – DNP – CGR.

Variación Real de los Ingresos del Régimen Subsidiado 100=00
Subsidios de Demanda

Ingresos	96/97	97/98	98/99
Fosyga	9.6%	21.8%	-17.6%
Participación Mpios Ys Ctes Nación	33.9%	1.1%	30.8%
Situado Fiscal	-	31.7%	52.2%
Cajas de compensación	-3.3%	-12.8%	3.0%
Esfuerzo propio	48201.5%	4.5%	-12.7%
Rentas cedidas	-	-	58.8%
Total	33.9%	16.1%	4.5%

Composición de los Ingresos del Régimen Subsidiado
Subsidios de Demanda

Ingresos	1996	1997	1998	1999
Fosyga	62.3%	51.0%	53.5%	42.2%
Participación Mpios Ys Ctes Nación	29.3%	29.3%	25.5%	31.9%
Situado Fiscal	-	8.9%	10.1%	14.6%
Cajas de compensación	8.4%	6.1%	4.5%	4.5%
Esfuerzo propio	-	4.8%	4.3%	3.6%
Rentas cedidas	-	-	2.1%	3.2%
Total	100%	100%	100%	100%

SUBSIDIOS DE OFERTA

Los subsidios de oferta corresponden a los recursos públicos destinados a financiar la atención en salud a través de la red pública hospitalaria y/o privada de la población sin capacidad de pago.

A partir de la Ley 60 y la Ley 100 de 1993, la administración de los sistemas locales de salud fue delegada a los entes territoriales, los cuales deben garantizar la prestación de los servicios de salud en sus regiones, así como la promoción del aseguramiento universal de la población.

Los recursos que reciben los hospitales públicos provienen de distinto orden y son los siguientes: situado fiscal, otros aportes nacionales, rentas cedidas, otros recursos departamentales, aportes municipales, ingresos por venta de servicios, otros ingresos corrientes y, finalmente, ingresos de capital.

Los hospitales públicos presentan una fuerte dependencia financiera de los recursos estatales destinados a los subsidios de oferta. A pesar de que han experimentado un incremento en sus ingresos durante el periodo de estudio, los gastos enfrentados por estas instituciones han mostrado una tendencia igualmente ascendente, de manera que continúan siendo entes vulnerables a situaciones como la caída de las fuentes totales para el financiamiento de sistema.

Cabe destacar que las situaciones deficitarias de los hospitales públicos que persisten en el sistema actual, son resultado de su redefinición como empresas sociales del estado, lo cual trajo consigo la introducción de nuevas labores relacionadas con gestión administrativa, la existencia en muchos casos de un mercado estrecho por el lado de la demanda que hace necesariamente que la operación se realice sin rentabilidad económica, y en otros de las dificultades existentes en el sistema para aumentar la productividad mediante la reestructuración de procesos.¹⁷

Al evaluar los gastos de los hospitales de manera detallada, se evidencia que los rubros más significativos en el total siguen siendo los gastos en nómina. Esto se explica, por la necesidad de crear estructuras administrativas más complejas una vez se transforman en ESE, a compromisos históricos laborales y en algunos casos a bajos desempeños en productividad. Ver cuadro página siguiente.

Finalmente, la situación financiera de los hospitales públicos no es muy clara en el corto plazo, dado que los recursos públicos disponibles para financiarlos se reducen a medida que las fuentes totales del régimen subsidiado muestran la misma tendencia y más aun cuando dadas las condiciones actuales es difícil acceder a recursos externos para reestructurar a estas instituciones, de tal manera que se evidencie un cambio institucional que genere situaciones de eficiencia. En todo caso, la quiebra o virtual desaparición de la red pública es un hecho que no se puede contemplar en las actuales condiciones donde coexisten subsidios de oferta y demanda en la atención de la población más pobre.¹⁸

¹⁷ Ver estudio de la Universidad Nacional de Colombia. Transformación de Subsidios de Oferta a Demanda.

¹⁸ Las conclusiones respecto a este punto se encuentran en el documento sobre Transformación de Subsidios de Oferta a Demanda, elaborado por el CID de la Universidad Nacional de Colombia, dentro del proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado.

Composición de los Ingresos y Gastos de los Hospitales Públicos
(porcentajes y millones de pesos de 1999)

Hospitales Nivel 1-2-3	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Situado Fiscal	39%	39%	33%	33%	1,104,701	1,108,012
Otros Aportes nacionales	7%	5%	8%	7%	234,330	235,033
Rentas Cedidas	17%	12%	11%	7%	234,330	235,033
Otros aportes deptales.	2%	3%	2%	3%	100,427	100,728
Recursos Municipales	10%	7%	6%	6%	200,855	201,457
Otros Aportes municipal.	-	-	1%	2%	66,952	67,152
Ingresos por venta de servicios	21%	27%	29%	32%	1,071,225	1,074,436
Otros Ingresos	-	1%	1%	1%	33,476	33,576
Ingresos de capital	4%	6%	9%	8%	267,806	268,609
TOTALDE INGRESOS	100%	100%	100%	100%	3,347,578	3,357,613

Hospitales Nivel 1-2-3	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gastos de Nomina	69%	60%	64%	68%	2,087,344	2,296,078
Gastos de Prestación del Servicio	27%	26%	24%	19%	583,228	641,551
Gastos de Transferencias	-	4%	4%	6%	184,177	202,595
Gastos de Servicio de la Deuda	-	-	1%	2%	61,392	67,532
Gastos de Inversión	5%	10%	7%	6%	184,177	202,595
TOTAL DE GASTOS	100%	100%	100%	100%	3,069,623	3,376,585

Fuente: Estimativos con base en Cárdenas, Diana Isabel, DNP, DDS, SS, mimeo, 2000.

B. PERSPECTIVA FINANCIERA DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD

Teniendo en cuenta todas las consideraciones anteriores, se llevaron a cabo unas proyecciones de las fuentes y usos de recursos a través de la asignación de recursos de oferta y demanda, para el periodo comprendido entre 2000 y 2010.

Las perspectivas de los ingresos que financian el régimen subsidiado están relacionadas de manera principal con el comportamiento exhibido por las variables macroeconómicas, de tal manera que la mayor o menor disponibilidad de recursos está vinculada a la tendencia de crecimiento económico obtenida por la economía en su conjunto, la cual determinará la capacidad de gasto del gobierno nacional, los niveles de empleo / desempleo y por esta vía la afiliación / desafiación al régimen contributivo, así como los costos en que se incurre para el aseguramiento de la población pobre. Los estimativos que se hicieron en el presente documento toman en cuenta solo una tasa de crecimiento económico, la del 3%, como un valor crítico, de manera que el análisis se pueda conducir considerando que una tasa mayor mejora la situación del régimen, en tanto que una tasa menor lo empeora todo.

Tal como lo muestra el cuadro siguiente, que recoge los ingresos totales del régimen subsidiado, los cuales se descomponen, a su vez, entre subsidios de demanda y subsidios de oferta, bajo los criterios previamente descritos, el comportamiento de los recursos disponibles está relacionado directamente con el crecimiento económico considerado para el periodo 1999-2015. La

estimación de los recursos destinados a financiar cada tipo de subsidio es el producto del examen de cada fuente de financiamiento destinados tanto a subsidios de demanda como de oferta, teniendo en cuenta la tendencia obtenida en 1999 y los aspectos de política sectorial descritos previamente para la distribución de tales recursos.

ESTIMATIVO INGRESOS TOTALES REGIMEN SUBSIDIADO
(millones de pesos de 1999)

AÑOS	Ingresos Disponibles Subsidios de Demanda	T.C.%	Ingresos Disponibles Subsidios de Oferta	T.C.%	Total Ingresos	T.C.%
1999	1.336.656		1.729.421		3.066.077	
2000	1.308.250	-2%	1.590.052	-8%	2.898.302	-5%
2001	1.474.790	13%	1.592.529	0%	3.137.851	8%
2002	1.594.985	8%	1.791.358	12%	3.393.586	8%
2003	1.716.795	8%	1.852.140	3%	3.652.756	8%
2004	1.742.826	2%	1.965.315	6%	3.708.141	2%
2005	1.795.111	3%	2.024.274	3%	3.819.385	3%
2006	1.848.964	3%	2.085.002	3%	3.933.967	3%
2007	1.904.433	3%	2.147.552	3%	4.051.986	3%
2008	1.961.566	3%	2.211.979	3%	4.173.545	3%
2009	2.020.413	3%	2.278.338	3%	4.298.752	3%
2010	2.081.026	3%	2.346.688	3%	4.427.714	3%
2011	2.143.456	3%	2.417.089	3%	4.560.546	3%
2012	2.207.760	3%	2.489.602	3%	4.697.362	3%
2013	2.273.993	3%	2.564.290	3%	4.838.283	3%
2014	2.342.213	3%	2.641.219	3%	4.983.431	3%
2015	2.356.375	1%	2.657.189	1%	5.013.564	1%

Por otra parte, se estimaron los gastos en subsidios de demanda y oferta para el período 1999-2015. Los primeros se estimaron bajo la premisa de mantener la cobertura alcanzada en la vigencia de 1999 y con una unidad de pago por capitación (UPC)¹⁹ subsidiada ajustada por la inflación promedio, la cual a su vez se considera un poco mas alta que la tomada en cuenta por las proyecciones oficiales. Los subsidios de oferta corresponden a los recursos públicos asignados a los hospitales ajustados por la misma variable macroeconómica.

¹⁹ La upc se refiere al gasto per capita de un plan de servicios de salud, el cual es asignado a la población sin capacidad de pago.

ESTIMATIVOS GASTOS TOTALES REGIMEN SUBSIDIADO
(millones de Pesos de 1999)

AÑOS	Numero Afiliados	Costo Unitario por Afiliado	Gastos Subsidio de Demanda	T.C.º%	Gastos Subsidio de Oferta	T.C.º%	Gastos Totales	T.C.º%
1999	9.325.988	0,1285	1.245.395		1.421.532		2.666.927	
2000	9.499.477	0,1414	1.343.226	7,9%	1.535.255		2.878.481	7,9%
2001	9.664.787	0,1527	1.475.813	9,9%	1.581.312	3,0%	3.057.125	6,2%
2002	9.831.074	0,1619	1.591.651	7,8%	1.628.752	3,0%	3.220.402	5,3%
2003	10.000.223	0,1699	1.699.038	6,7%	1.677.614	3,0%	3.376.652	4,9%
2004	10.172.281	0,1767	1.797.442	5,8%	1.727.943	3,0%	3.525.385	4,4%
2005	10.347.300	0,1838	1.901.834	5,8%	1.779.781	3,0%	3.681.615	4,4%
2006	10.525.331	0,1912	2.012.443	5,8%	1.833.174	3,0%	3.845.618	4,5%
2007	10.706.424	0,1988	2.128.437	5,8%	1.888.169	3,0%	4.016.607	4,4%
2008	10.890.574	0,2048	2.229.998	4,8%	1.944.815	3,0%	4.174.812	3,9%
2009	11.077.892	0,2109	2.336.404	4,8%	2.003.159	3,0%	4.339.563	3,9%
2010	11.268.432	0,2172	2.447.888	4,8%	2.063.254	3,0%	4.511.142	4,0%
2011	11.462.249	0,2238	2.564.691	4,8%	2.125.151	3,0%	4.689.843	4,0%
2012	11.659.400	0,2305	2.687.068	4,8%	2.188.906	3,0%	4.875.974	4,0%
2013	11.859.942	0,2374	2.815.284	4,8%	2.254.573	3,0%	5.069.857	4,0%
2014	12.063.933	0,2445	2.949.619	4,8%	2.322.210	3,0%	5.271.829	4,0%
2015	12.271.432	0,2518	3.090.363	4,8%	2.391.877	3,0%	5.482.239	4,0%

Claramente se observa que los ingresos totales tienden a retrasarse con el paso de los años con respecto a los gastos totales, debido a que los gastos en subsidios de demanda tienden a sobrepasar los ingresos disponibles para tales subsidios, por el esfuerzo que implica mantener el mismo nivel de cobertura de 1999, o sea, del 58% con respecto a la población total, o del 61% con respecto al indicador de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), dada una canasta de servicios básicos que se ajusto por la inflación promedio. Se esta suponiendo además que la tasa de crecimiento de la población solo lo hace al 1.7% anual. Y se esta suponiendo también que los ingresos con cargo a los subsidios de oferta permanecen por encima de los gastos con cargo a los subsidios de demanda.

Si la red publica hospitalaria demandara mas recursos, el gasto en subsidios de oferta se aumentaría, por lo que probablemente pudiera copar todos los ingresos disponibles para tales subsidios, lo cual desbalancearia mas rápidamente el equilibrio total del sistema. O sea que en este terreno se requieren definiciones de política que contribuyan a mantener el equilibrio del sistema.

Por consiguiente, lo que las cifras muestran es que para avanzar en las metas de cobertura propuestas por la ley 100 se requiere que en el sector se redefinan políticas en relación con dos puntos bien importantes, a saber: los limites a la transformación de subsidios de oferta a demanda²⁰ y la definición de una política hospitalaria clara y precisa, específicamente en la

²⁰Las conclusiones respecto a este punto se encuentran en el documento sobre Transformación de Subsidios de Oferta a Demanda, elaborado por el CID de la Universidad Nacional de Colombia, dentro

dirección de aumentar su productividad y hacer mas eficiente su gestión, reduciendo costos y aumentando la venta de servicios en lo posible.

del proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado.

I.5 CONCLUSIONES

1. Como la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud depende fundamentalmente de la sostenibilidad macroeconómica del gobierno nacional, se presentó inicialmente una derivación macroeconómica rigurosa de la sostenibilidad fiscal. Cuando este instrumental se aplicó al caso colombiano se observó claramente que, tanto la brecha fiscal de corto plazo como la brecha de mediano plazo, muestran una situación preocupante para las finanzas del gobierno nacional, pues no se prevé que tales brechas se puedan cerrar por lo menos hasta el año 2010.
2. Los estimativos consignados en la tabla 1 de la página 25 muestran también que la situación fiscal del gobierno nacional es preocupante, no solo porque se consideraron reducciones graduales del déficit primario del mismo hasta llegar al equilibrio prácticamente entre el 2006 y el 2010, sino porque simultáneamente se consideraron tasas de crecimiento graduales de la economía que van desde el 3.5% en el 2003 hasta el 4% en el 2010. Adicionalmente la deuda pública del gobierno nacional, tanto la interna como la externa, prácticamente se congeló entre el 2000 y el 2010 entre un 37% y un 40% del PIB, en términos reales.
3. Lo preocupante de la situación lo resume la brecha fiscal de mediano plazo, la cual anticipa lo que va a suceder en el horizonte cercano de cinco años adelante, colocándose continuamente por encima de la de corto plazo, y con cifras de déficit primario por encima de los 3 puntos porcentuales del PIB real.
4. Obsérvese asimismo que, en relación con la deuda, no se consideró para nada la deuda del gobierno en su conjunto (deuda pública interna del gobierno nacional, deuda de las entidades territoriales, deuda del sector descentralizado y la deuda externa) la cual según estimaciones de la Contraloría es cercana al 54% del PIB. Esto agrava mucho la situación de sostenibilidad de las finanzas del gobierno en su conjunto, dado que alguna parte de esta deuda tiene garantía de la nación (probablemente la menor).
5. Se estimó la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud, a partir de sus fuentes y usos de recursos, teniendo en cuenta toda la normatividad consignada en el capítulo IV. Se observa claramente que los ingresos y gastos del régimen se equilibrarían solo hasta los años 2007 o 2008, pues de allí en adelante la tendencia es hacia el déficit continuo. El régimen enfrentará grandes dificultades cuando se termine de asignar los recursos provenientes de la deuda por concepto del paripasu de 1993-1996.
6. Este equilibrio observado no toma en cuenta para nada, un aumento de la cobertura en el periodo considerado, ni tampoco los efectos que el régimen contributivo tiene sobre el subsidiado (que es alrededor de un 25% de sus finanzas), en presencia de tasas de desempleo altas como las que se supone va a mantener la economía colombiana en los próximos años. Esta ya es una prueba muy ácida para la sostenibilidad del régimen.
7. El comportamiento agregado de los recursos que financian el régimen subsidiado y el supuesto de permanencia de los subsidios de oferta en la proyección, constituyen limitantes fuertes para el avance en las metas propuestas para que los subsidios de demanda progresen, de manera que se pueda desarrollar la implementación de la Ley

100.

8. La ausencia de una política hospitalaria clara ha conducido a que la red prestadora de servicios de salud pública, demanda cada vez mayores recursos para su financiamiento, lo cual dificulta la viabilidad financiera de estas instituciones y del régimen subsidiado en su conjunto.
9. En general, la situación financiera del régimen es insostenible en el mediano plazo, dado que si cualquiera de las variables mencionadas se desalinee, esto va a afectar significativamente sus finanzas, de manera que esto probablemente conduzca a redefinir prontamente la suerte de sus mecanismos de financiación, en especial la transformación de subsidios de oferta a demanda.
10. Finalmente debe decirse que solamente el esfuerzo de mantener la cobertura alcanzada en 1999, es ya un desafío financiero para el régimen subsidiado, si no se toman correctivos en relación con los dos mecanismos de asignación de subsidios que coexisten en el momento actual, y los entes territoriales no mejoran en un manejo eficiente del régimen.

I.6 REFERENCIAS BASICAS

- **Blanchard, Olivier; Chouraqui, Jean Claude; Hageman, Robert P. y Sartor, Nicola:** "The Sustainability of Fiscal Policy: New Answers to an Old Question". OECD Economic Studies, No. 15, Autumn 1990.
- **Banco de la Republica:** "Colombia, Deuda Externa Publica y Privada 1970-1999". Subgerencia de Estudios Economicos y Depto de Cambios Internacionales. Bogota, 2000.
- **CONFIS:** "Cifras Fiscales 1990-1999" y "Proyecciones Fiscales 1999-2007", Confidencial, Agosto 30 de 1999.
- **Cardenas Gamboa, Diana Isabel:** "Sostenibilidad Financiera del Regimen Subsidiado en Salud". Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Salud. Mimeo. Bogota, Agosto de 2000.
- **DNP, Dirección de Estudios Economicos:** "Balanza de Pagos de Colombia – Supuestos Generales. Mimeo. Bogota, 26 Julio de 2001.
- **IMF:** "Government Finance Statistics (GFS)" Yearbook, 1998.
- **World Bank:** "World Development Indicators", seccion 4 relativa a los indicadores economicos. 1998.
- **Zarta Avila, Alvaro:** "La Sostenibilidad Fiscal y la Deuda Externa Colombiana en un Contexto Macroeconómico: una presentación de Nuevos Indicadores que Miran hacia el Futuro". Departamento Nacional de Planeación, Unidad de Análisis Macroeconómico, División de Programación Financiera. Mimeo. Bogota, Marzo de 2000.

II TRANSFORMACIÓN DE SUBSIDIOS DE OFERTA A DEMANDA

Raúl Ernesto Cárdenas Tamayo
Investigador Universidad Nacional

II.1 INTRODUCCIÓN

Garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos debe ser el objeto principal del sistema de salud colombiano, por lo cual la evaluación de las políticas públicas del sector salud y en particular aquella que se refiere a la evaluación de subsidios de oferta y/o demanda debe realizarse dentro de este marco. En un esquema como el colombiano, en el que conviven la utilización de subsidios de oferta y subsidios a la demanda en salud para pobres, se ponen en evidencia problemas de elección pública relacionados con eficiencia v/s justicia, al mismo tiempo que aparecen tensiones en los tipos de arreglos de la estructura institucional bajo la cual opera cada tipo de programa.¹

En la operación del Régimen Subsidiado confluyen actores públicos, privados y sociales, distribuidos en los tres ordenes territoriales, y los cuales de acuerdo a sus funciones e intereses reclaman para sí derechos de diversa índole. La operalización de los subsidios a la demanda en el caso colombiano invoca el mercado como estrategia de operación, valiéndose de entre otros instrumentos, del aseguramiento para el manejo del riesgo. Se pretende en este esquema de lo que se ha llamado la competencia regulada, llevar el derecho a la salud a la población más pobre a través de la inserción como consumidores en el mercado, pero a su vez, aunque con algunas limitaciones, garantizar los derechos o libertades económicas de los actores privados que entran en el sistema, igualmente aparece una normatividad existente o marco legal bajo el cual opera el funcionamiento del estado como ente regulador.

Finalmente, debemos poder responder a preguntas relacionadas con aspectos puntuales de la política pública en salud para los más pobres ¿Qué tan conveniente es continuar con el proceso de transformación de subsidios de oferta a demanda? Y aún más ¿Qué tan conveniente resulta continuar con el régimen subsidiado en las actuales condiciones? Se sostiene en el desarrollo de este trabajo, que la posibilidad de llevar a cabo una total transformación de los recursos de oferta a demanda, dependerá de que el llamado en Colombia sistema de oferta, siga o no siendo indispensable bajo condiciones específicas para garantizar el acceso y la oportunidad a la salud de una gran parte de la población colombiana. Esto implica incorporar en el análisis aspectos relacionados con cobertura mediante subsidios de demanda, población vinculada, problemas de identificación y dificultades en la focalización, para lo cual se recurre la mayoría de las veces a los resultados y conclusiones obtenidas con anterioridad dentro del proyecto de evaluación del régimen subsidiado en salud ejecutado por la Universidad Nacional de Colombia, y del cual este estudio hace parte. Igualmente se tienen en cuenta fuentes secundarias y otros estudios en esta vía.

¹ Subyacen en este análisis, discusiones sobre las funciones atribuidas al estado en tanto proveedor o regulador de servicios.

A pesar de que este documento fue realizado con anterioridad a la promulgación de la ley 715 de 2001, esta nueva versión incorpora los elementos más relevantes a tener en cuenta, bajo estos nuevos preceptos. Respecto a lo que atañe, a la transformación de subsidios de oferta a demanda, hay que afirmar que los cuestionamientos a esta subsisten en su gran mayoría, ya que la ley no modifica de manera sustancial la operación del régimen subsidiado, aunque abre la puerta en algunos aspectos, para que la regulación del gobierno pueda ser más efectiva. La pregunta sigue vigente, a pesar de que la ley no impone un ritmo ni forma de transformación y de hecho la limita en el periodo de transición 2002-2003 ¿es posible y conveniente llevar a cabo el proceso de transformación de subsidios de oferta a demanda, y en particular debe contemplarse esta opción a partir del 2004? ¿Qué efectos tendría esto en torno al derecho a la salud de todos los ciudadanos?

Con la promulgación de la ley 715, aparece en el sistema una nueva distribución de las transferencias del orden nacional a los entes territoriales, se constituyó así el denominado sistema general de participaciones, donde se define que un 24,5% de sus recursos se destinan al sector salud. Esta se adecua a lo dispuesto por el acto legislativo 001 de 2002, el cual estabiliza el ritmo de crecimiento de las transferencias de los recursos nacionales hacia las entidades territoriales, al atarlo en la primera fase -2002 y 2008- a la inflación más un crecimiento de 2% y 2, 5% real, para pasar a determinar el monto de estas a partir del 2009 por medio de un promedio móvil de la variación de los ingresos corrientes de la Nación.²

II.2 ANTECEDENTES

Para 1993 la atención en salud a los más pobres se encontraba en manos de la red pública de hospitales, la cual era sostenida mediante la transferencia de recursos estatales sin contrapartida, la ley 100 de 1993, ordenó la progresiva sustitución de los subsidios a la oferta³ que para ese momento eran manejados por los hospitales, pasando su administración a las entidades promotoras de salud, lo que en principio tuvo como intención evitar *"que los recursos se transfirieran en forma directa e incondicional a los hospitales y en su lugar se entreguen a los usuarios de los estratos más pobres a través de las administradoras del régimen subsidiado."*⁴

La ley 344 de 1996, precisó los términos en los cuales se debía llevar esta transformación tanto de los recursos de situado fiscal como de rentas cedidas, de forma tal que para el año 2000 ambas fuentes se encontrarán en un 60% tal como se muestra en el cuadro 1.

² Conpes. 057 p.9. El crecimiento relativo de los recursos del denominado sistema nacional de participación, para el año 2002, respecto a lo que hubiese crecido si obedeciese a lo dispuesto antes de la reforma constitucional, se debe a el bajo crecimiento del PIB. Si este hubiese estado por encima de 4% en lugar de ganancia relativa, se presentaría un a pérdida relativa de recursos. Ver documento Conpes 057.

³ Se entiende aquí por subsidios de oferta, aquellos que se prestan directamente través de la red hospitalaria a la población sin capacidad de pago, y que para su acceso no requieren proceso de focalización previo a la prestación del servicio. Los subsidios de demanda, por el contrario son aquellos que para hacerse efectivos, requieren de un proceso de focalización individualizado donde el ciudadano objeto de este, pueda ser identificado y clasificado dentro de cierto grupo socioeconómico.

⁴ Jaramillo, Iván . El futuro de la Salud en Colombia. Fescol, 1999. P.274.

Bajo la ley 715 de 2001, aparece una reorganización de las fuentes destinadas a financiar el sector salud, y se elimina el concepto de transformación; la financiación de cada uno de los usos de las participaciones en salud, subsidios a la demanda, subsidios a la oferta y salud pública, experimento una sustitución de fuentes, aunque respecto en las asignaciones para el 2002, las participaciones del 2001. Las rentas cedidas transformadas, en adelante no financiarán el régimen subsidiado; para el 2002, el monto de estos recursos fue compensado para el régimen subsidiado descontándolos de los recursos a la oferta. En adelante las transferencias de la nación destinadas a la financiar el sector salud, se realizarán agrupando los recursos de situado fiscal y PICN, en el denominado sistema general de participaciones.⁹

Bajo este nuevo esquema, aunque no se propone un plan de transformación de los recursos asignados a oferta, en el artículo 49 de la ley 715 de 2001, se afirma que los recursos de oferta que se tomarán del sistema general de participaciones, serán aquellos que queden después de financiar el régimen subsidiado, y las acciones de salud pública definidas como prioritarias por el ministerio de salud. En el artículo 48, se afirma que los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación se destinarán a ampliación de cobertura en régimen subsidiado, siempre y cuando se garanticen los recursos de oferta al menos en el mismo monto del periodo anterior más la inflación, y según el artículo 70, referido a la transición, por lo menos en las dos primeras vigencias – 2002,2003 – se asegura el mantenimiento de los recursos de oferta y al mismo tiempo la continuidad de los de demanda, e incluso se planea ampliar el número de cupos en el régimen subsidiado, a cargo del crecimiento del 2% sobre inflación de los recursos del sistema general de participaciones. Para la vigencia del 2004, el CNSS, deberá producir un plan de generación y reasignación de recursos, con miras a recuperar las metas de aseguramiento universal; en ese momento, la decisión sobre transformar o no será de gran relevancia nuevamente para los formuladores de política.

Por otra parte, es necesario contemplar la existencia de condiciones desiguales de oferta de servicios de salud por parte de las IPS, en particular en lo que se refiere a las zonas donde la oferta es múltiple y aquellas donde existe una oferta estructural mínima, ya que como condición básica para el acceso a los servicios de salud se requiere la existencia de un proveedor de estos. La existencia de zonas donde la oferta de servicios de salud sufre de una debilidad estructural, esto es, donde solo existen uno o dos oferentes y es imposible encontrar bienes sustitutos geográficamente, es indispensable garantizar la supervivencia de las IPS que se encuentren en operación actualmente o en su defecto generar condiciones para la entrada de nuevos operadores.¹⁰

Pero adicionalmente es necesario en estos casos contemplar las posibilidades que tienen las ARS de ejercer su papel de agencia para los afiliados frente a este tipo de IPS¹¹. En principio es claro el papel de agencia que ejerce el asegurador en aquellas zonas donde la conformación de redes de IPS con estándares técnicos superiores en términos de calidad y acceso, beneficia al afiliado,

⁹ Ver documento Conpes p. 38-39

¹⁰ Como veremos adelante, gran parte de los municipios del país cuentan con solo la existencia de IPS públicas.

¹¹ En el componente de contratación, del estudio de evaluación del régimen subsidiado de la Universidad Nacional de Colombia se propone avanzar en una igualación de las condiciones y requisitos de las aseguradoras para manejar indistintamente el régimen subsidiado y el contributivo, por lo cual en adelante las denominadas actualmente ARS cambiarían su nombre a EPS.

sin embargo, no es tan claro este papel en los casos contrarios, por lo cual es necesario precisar que sucede con las funciones de agencia en particular en lo que se refiere a acciones que van más allá de las contingencias, y que *"incluye...conseguir servicios de calidad y menor precio para los asegurados, informarlos adecuadamente sobre la utilización y necesidad de servicios, ... superando la asimetría de información entre prestadores de servicios de salud y usuarios¹², y de esta forma reducir los costos de transacción.¹³*

Esto implica la necesidad de contemplar una política dual en términos de financiamiento de los hospitales, implementación y profundización de subsidios de oferta y demanda. Nos enfrentamos a la existencia de un sistema complejo, donde confluyen subsidios de oferta y demanda, existe una dependencia de la red pública de la transferencia de recursos públicos de oferta, condiciones desiguales de oferta de prestadores de servicios de salud lo cual puede o no tener implicaciones sobre el papel del asegurador, y límites fuertes a la cobertura universal mediante subsidios de demanda, originados en debilidades financieras del sistema.

Bajo este panorama, nuestro objeto de trabajo es generar elementos con miras a evaluar las implicaciones reales del proceso de transformación, sobre el derecho a la salud, considerando como objetivos intermedios procesos tales como la eficiencia, la financiación del régimen subsidiado y la focalización, de otros más importantes como la universalización y la equidad. La utilización de subsidios de oferta o demanda presentan argumentos a favor y en contra, los cuales se ven mediados por las estructuras económicas, políticas y culturales de los países, regiones y/o zonas donde son implementados, en este sentido es de esperar que el caso colombiano presente particularidades que hagan necesario evaluar diferentes escenarios en los cuales puedan operar.

II.3 OBJETIVOS DE LOS SUBSIDIOS DE OFERTA PARA EL CASO COLOMBIANO¹⁴

¿Cuales son los objetivos de los subsidios de oferta con miras a garantizar el derecho a la salud?

La garantía del derecho a la salud

El primer objetivo del actual sistema de oferta es permitir el acceso a salud a la población pobre y vulnerable que no se encuentra afiliada al régimen subsidiado, así como a los demás vinculados, es decir, aquella franja de población que por sus características socioeconómicas no es susceptible de ser beneficiario por régimen subsidiado pero debido a no contar con una relación salarial estable y/o a un nivel de ingresos precario no puede cotizar al régimen contributivo.

El sistema de oferta es la puerta de entrada a los servicios de salud para el 47.23% de toda la población colombiana, tal como observa en el cuadro 2.

¹² Frenk Julio, y Londoño Juan Luis. El Pluralismo Estructurado Véase la función de articulación.

¹³ Martines, Félix. Hygieia no es Panacea. Mimeo.p.4

¹⁴ Ver anexo 1 Comparación entre subsidios de oferta y demanda.

Cuadro 2

Afiliados y no afiliados a seguridad social en el 2000		
	Porcentaje	Número de personas
REGIMEN SUBSIDIADO	16,68%	6,808,773
REGIMEN CONTRIBUTIVO	17,30%	7,060,057
SEGURO SOCIAL	15,31%	6,251,727
EPS, CAJA DE COMPENSACIÓN	34,04%	13,895,423
F.F. A.A. ECOPETROL	2,94%	1,199,896
NS / NR	0,47%	193,642
NO AFILIADO	47,23%	19,280,369
AFILIADO SISTEMA PREPAGO	2,11%	862,586
TOTAL PERSONAS	100%	40,821,057

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares marzo 2000. Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia
Aparecen doblemente contabilizadas en régimen contributivo y EPS, Cajas de compensación estos beneficiarios, así como los que corresponden al sistema prepago.

Por lo cual la transformación de los recursos de oferta a demanda implica a su vez deteriorar la posibilidad de acceder a salud de una gran franja de ciudadanos colombianos, si este no va acompañado de un proceso de ampliación de cobertura tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, e igualación de los POS, con miras al aseguramiento total de la población.

Los subsidios de oferta generalmente se asocian a procesos de universalización, en tanto no discriminan la población beneficiaria, lo cual puede ser una virtud o una debilidad. El caso colombiano no se aleja de esta norma, la universalidad en el acceso –independiente de la calidad- la proporciona la existencia de los recursos de oferta que se han distribuido en la red pública. Sin embargo, ya que su aplicación es simultánea con subsidios de demanda y existe un proceso de aseguramiento para la población con vinculación al mercado laboral formal, es de esperarse que el total de recursos de oferta que llega a poblaciones con capacidad de pago sea relativamente bajo frente a sociedades donde impera como único sistema de salud.

Por otra parte, es por medio de los recursos de oferta destinados a los hospitales públicos que se atienden los eventos no POS-S de los beneficiarios de subsidios a la demanda. Esto significa que para el caso colombiano el cubrimiento en cuanto a número de procedimientos es más alta en aquellos casos donde operan los subsidios de oferta respecto a los de demanda. Aparece en este caso un complementariedad entre ambos sistemas de salud para el beneficiario de subsidios de demanda.

La complementariedad que aparece en el caso colombiano hace más complejo el pensar en avanzar en el paso de un sistema de oferta a uno de demanda. Nos enfrentamos a la existencia de dos bienes complementarios, no sustitutos entre sí. El bienestar que proporciona el subsidio a la demanda sin la existencia del consumo posible por subsidios a la oferta es mucho menor en términos de garantía del ejercicio del derecho a la salud, dada la diferencia en el POS-S que ambos cubren.

Este punto podría ser revertido si la transformación total de los recursos de oferta a demanda permitiera la total focalización de la población sin capacidad de pago, igualando el POS subsidiado al contributivo, ver cuadro 3. Como observaremos más adelante las perspectivas en este sentido no son halagadoras. La Universidad Nacional de Colombia, recomienda que mientras estas condiciones no se logren se hace necesario sostener los subsidios a la oferta.

Cuadro 3

Relaciones entre POSS-POSC y cobertura respecto a los subsidios de oferta				
POS Contributivo	CONDICIÓN	POS Subsidiado	Cobertura	Recomendación sobre Subsidios de oferta
POSC	Igual	POSS	Universal	NO SOSTENER
POSC	Igual	POSS	Parcial	SOSTENER
POSC	Mayor	POSS	Universal	SOSTENER
POSC	Mayor	POSS	Parcial	SOSTENER

Recursos de oferta y el sostenimiento de la red pública de IPS

Un segundo objetivo le ha sido endilgado a los recursos de oferta, sostener la estructura financiera de la red pública de hospitales, responsabilidad que tiene una base histórica. ¿Qué aporta este objetivo en la mejora del desempeño de los indicadores de acceso, oportunidad y calidad para afiliados y no afiliados al régimen subsidiado?

Hay que recordar, que la existencia de instituciones de salud IPS es una condición necesaria aunque no suficiente para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Por lo cual cualquier acción que avale la existencia de una red de IPS va en la dirección de garantizar el derecho a la salud aunque su aporte a este objetivo no sea concluyente.

Sin embargo, pueden existir diferentes formas de asegurar la existencia de oferentes, más aún cuando nos referimos a zonas de múltiples oferentes y zonas de restricción estructural de ellos. En aquellos casos donde por condiciones de oferta restringida de prestadores de servicios, es justificado el sostener la red pública casi a cualquier precio.

En aquellas zonas donde la estructura de la industria de prestación de servicios de salud es amplia, existen otras variables a considerar para poder responder este interrogante, sin embargo, resulta primordial en este punto el que los prestadores públicos son el canal a través de los cuales se llevan los recursos de oferta a la población, por lo cual el énfasis debe en estos casos realizarse sobre la calidad y eficiencia de la operación.

II.4 OBJETIVOS DE LOS SUBSIDIOS DE DEMANDA EN EL CASO COLOMBIANO

El primer objetivo de los subsidios de demanda es llegar a los excluidos de los servicios de salud, implementando en este proceso elementos de eficiencia horizontal, la cual se refiere a subsidiar únicamente las capas más pobres de la población; y eficiencia vertical, la cual trata del grado en que todos los pobres reciban el subsidio.

Tal como se muestra en el cuadro dos, los subsidios de demanda garantizan el acceso a los servicios de salud en términos del POS-S al 16,68% de los colombianos.

Adicionalmente pretendió incorporar al sector privado, tanto en el negocio del aseguramiento, como en la prestación de servicios; no obstante separando el negocio de prestación de servicios del de aseguramiento en busca de incrementar la autonomía y responsabilidad de los proveedores de servicios, asignando remuneraciones por producto y no sobre insumos, intentando hacer corresponder los ingresos de las IPS públicas y privadas de acuerdo a los

productos vendidos, y no sobre los requerimientos financieros históricos, como se hacía en sector público en el pasado.

Sin embargo, el desarrollo de estos objetivos son desiguales, ha habido dificultades en el proceso de focalización, como veremos en el aparte sobre los límites de la transformación. La inserción del sector privado ha sido exitosa tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios, sin embargo, la no distinción entre ambos negocios no ha permitido ver con toda claridad la separación de funciones y responsabilidades que conduce a altos estándares de calidad, perdiendo así una de las ventajas sugeridas teóricamente de este tipo de subsidios. Esto se corrobora cuando al preguntar a los diferentes agentes del sistema sobre la violación de derechos de los afiliados al régimen subsidiado, entre los cuatro primeros problemas de más incidencia se encuentran dos referidos a la oportunidad y calidad en la atención.

"El tercer y el cuarto problema señalan deficiencias en la calidad y oportunidad del servicio, respectivamente... alertan sobre el incumplimiento de los derechos del afiliado una vez este ya entró plenamente al sistema, en particular, en cuanto a que las deficiencias en calidad y oportunidad conducen al deterioro de los bienes y servicios a los que se tiene derecho."¹⁵

II.5 LOS LÍMITES DE LA TRANSFORMACIÓN

5.1 La cobertura como primer límite

Existen dos tipos de razonamientos teóricos que nos guían sobre este aspecto en particular, el primero, se refiere a las ventajas o desventajas sobre la utilización de subsidios de demanda y subsidios de oferta, teniendo en cuenta que el nuevo sistema se organizó bajo los principios de la universalización, eficiencia, equidad y participación social; y el segundo, relacionado directamente con la posibilidad de aumentar los niveles de cobertura de todo el sistema, esto es, cuantificar las posibilidades de llegar a la universalización del derecho a la salud, y los costos de oportunidad o externalidades negativas en que se incurre si la transformación se lleva a cabo sin garantizar los requerimientos en nuevas afiliaciones, más aun en momentos en que la inestabilidad de las fuentes de financiación es crítica.

En este sentido el trabajo de Giedion y López (2000), concluye que con los recursos de rentas cedidas y situado fiscal que no se habían transformado para el año 2000 podría lograrse una cobertura del 116% de la población NBI con un paquete como el POS-S¹⁶ sacrificando de plano la igualación de los POS del contributivo y el subsidiado. Dejando por fuera la población emparedado, y la atención para los afiliados al régimen subsidiado de todos aquellos eventos no POS-S.

La situación es un poco más dramática cuando se contempla una medida como la línea de pobreza, donde el factor ingresos tiene mayor peso que en la medición realizada con NBI.

¹⁵ Proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Subsistema de Inspección, vigilancia y control. Universidad Nacional de Colombia. Mimeo, julio 2001. P.8

¹⁶ Giedion, López (2000). Evaluación de la transformación de subsidios de oferta a demanda, 1994 – 2000. Ministerio de Salud. Mimeo p.5

Cuadro 4

Distribución por pobres y no pobres en afiliación a salud por línea de pobreza				
	No pobres	%	Pobres	%
Régimen subsidiado	2676235	39,3	4132538	60,7
Régimen contributivo	4662551	66	2397506	34
Seguro social	3874814	62	2376913	38
Eps, caja de compensación	7343479	52,8	6551944	47,2
F.f. a.a. ecopetrol	993832	82,8	206064	17,2
Ns / nr	98537	50,9	95105	49,1
No afiliado	8034935	41,7	11245434	58,3
Afiliado sistema prepago	700640	81,2	161946	18,8
total personas	20345597	49,8	20475460	50,2

DISTRIBUCION DE LOS ENCUESTADOS CON LA ENCUESTA DE HOGARES MAR2000. Cálculos CID Universidad Nacional

Tal como se observa en el cuadro 4, para el año 2000 existía un faltante de 11'245'434 personas pobres -sin capacidad de pago - , que no se encontraban afiliadas a ningún sistema de salud. Ante una eventual transformación de todos los recursos de oferta, provenientes del situado fiscal y rentas cedidas que se encontraban para el año 1999 sin transformar - incluidos aquellos que se destinan a PAB¹⁷, Aportes patronales, y hospitales mentales- es decir sin descuentos, se podría alcanzar una cobertura del 98% bajo un paquete como el POS-S.¹⁸ - Ver cuadro 5- . Tal como se menciono anteriormente, no es este un estado deseable en tanto tiene de plano atención a ciudadanos de primera y ciudadanos de segunda, deja sin cubrir una gran parte de eventos de salud y no contempla una política de atención a la población emparedado o que se encuentra pobre frente a ingresos, así sea de manera temporal.

Cuadro 5

	Cobertura con transformación total de oferta a demanda – sin descuentos- Recursos 1999 -		Cobertura con transformación total de oferta a demanda para el año 2002	
Cobertura en UPC a alcanzar o faltantes	11.245.434	100%	11.653.913	100%
Cobertura en UPC alcanzada con una total transformación	11.049.924	98,26%	8.466.222	72,65%

Fuentes: DNP Conpes 057. Ministerio de Salud- Universidad Nacional de Colombia- Proyecto Régimen Subsidiado. Cálculos: Universidad nacional de Colombia –CID Proyecto Régimen Subsidiado. Precios constantes de 1999., para año 99, precios constantes 2002, año 2002. Para el año 2002, se supuso un crecimiento de la población del 1.8% anual . Para el año 2002, se incluyo 1/12 más de recursos en el sistema general de participaciones. UPC : Unidad de Pago por capitación.

Bajo las nuevas condiciones de operación, en particular frente a la distribución de los recursos impuesta por la ley 715 para el años para el 2002 dada la sustitución de fuentes, la eventual transformación de los recursos asignados a oferta, no se podría realizar incluyendo las rentas cedidas, en poder de los departamentos y los municipios y destinadas a suplir las funciones

¹⁷ Plan de Atención Básica

¹⁸ Se mantiene el mismo esquema de análisis del trabajo de Gideon y López con el fin de hacer comparables los resultados, sin embargo, cabe preguntarse en este caso que pasa con las funciones que cumplen los recursos descontados de las transferencias que se destinan a otras funciones, tales como los aportes patronales.

dispuestas en los artículos 43 y 43 de la 715. La ley otorga al CNSS la función de proveer un marco de asignaciones presupuestales a partir del 2004, pero solo de los recursos que corresponden al sistema general de participaciones, por lo cual una eventual transformación de recursos de oferta a demanda, solo se podría realizar sobre los recursos del PAB y prestación de servicios. Haciendo este ejercicio, encontramos que si se transformaran todos los recursos que no se encuentran en demanda, el sistema tan solo alcanzaría a lograr una cobertura del 72,65% en el régimen subsidiado, con el POS actual. Cuadro 5.¹⁹

5.1.1 Sostenibilidad financiera y ampliación de cobertura

Es significativo observar el comportamiento de las fuentes financieras que componen el régimen subsidiado. En el estudio financiero del proyecto de evaluación del Régimen Subsidiado de la Universidad Nacional se muestra la progresiva sustitución que han venido experimentando las fuentes nacionales por los recursos transformados de oferta a demanda con el fin de garantizar los niveles actuales de cobertura.

Cuadro 6

FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO VIGENCIAS 1998-1999-2000			
RECURSO	1998 % PARTIC	1999 % PARTIC	2000 % PARTIC
FOSYGA	51%	36%	35%
ICN 90%	27%	32%	36%
ICN 10%	0%	2%	0%
REAFORO	0%	1%	1%
SITUADO FISCAL	11%	16%	16%
RTAS. CEDIDAS	2%	3%	3%
ESF. PROPIO	5%	4%	4%
REC C.C.F.	5%	5%	5%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Información Ministerio de salud .
Procesado: Universidad Nacional de Colombia

La participación del fosyga –fuente nacional- fue del 51% para 1998, y decreció velozmente a un 35% para el año 2000, mientras que la participación de las transferencias territoriales, ICN municipales y el Situado Fiscal transformado en subsidios a la demanda, aumento en el aseguramiento, al pasar de cofinanciar un 38% en 1998 a un 52% de los contratos para el año 2000, tal como se observa en el cuadro 6.²⁰

La necesidad de garantizar la continuidad en la afiliación del año inmediatamente anterior, y

¹⁹ Si se incluyeran los recursos de rentas cedidas contemplados en el parágrafo 4 del artículo 59, así como los otros usos relacionados con salud, podríamos alcanzar una cobertura cercana a la del cuadro 66.

²⁰ Proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Evaluación financiera del Régimen Subsidiado en Salud en Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Mimeo. P. 14-16. "...el régimen Subsidiado está dejando de ser progresivamente una responsabilidad financiera del nivel nacional y se está financiando sobre todo con las transferencias territoriales (situado fiscal transformado en demanda y participación de ICN) y el esfuerzo territorial (rentas cedidas y el esfuerzo propio regional)" P. 16

ante un decrecimiento relativo en la participación de los recursos de orden nacional, "los recursos transformados del situado fiscal no han sido utilizados en la ampliación de la cobertura, como lo dispone la Ley 344 de 1996, sino en garantizar la sostenibilidad de la afiliación del año anterior."²¹

Por otra parte, la sostenibilidad financiera del régimen está puesta en duda, en tanto las principales fuentes financieras dependen del comportamiento de las variables macroeconómicas y en particular del crecimiento del PIB. Tal como lo dijimos con anterioridad bajo el nuevo escenario impuesto por la ley 715 de 2001, es posible que la tendencia a sustituir fuentes continúe una vez se superen los condicionantes que obligan a mantener los mismos montos como mínimo en el sistema de oferta durante el periodo de transición, esto es 2002 y 2003. Esta posibilidad dependerá en el futuro del comportamiento de las fuentes nacionales, y quedará nuevamente en la agenda la posibilidad de reducir los recursos de oferta ya sea para sostener cobertura en el régimen subsidiado, o para incrementarla.

Los escenarios construidos por el Departamento Nacional de Planeación²², en los cuales se contempla mantener la cobertura de subsidios de demanda alcanzada para 1999, esto es 9,325,998 UPC, aparece un déficit para el 2001 de 14,485 de pesos para financiar los recursos en un escenario intermedio contemplando un crecimiento del PIB del 2%, sin embargo, en ninguno de los casos contemplados existe un superávit a este respecto. Ver cuadro 7²³

Cuadro 7

Balance de Subsidios de Demanda			
Déficit Demanda	1999	2000	2001
Escenario 3%	91,261	(34,814)	(3,965)
Escenario 2%	91,261	(34,814)	(14,485)
Escenario 1,5%	91,261	(34,814)	(9,225)
Escenario 1%	91,261	(34,814)	(17,992)
Fuente: Cálculos DERP-UIFP-DNP y DISAL -UDS -DNP			

El DNP concluye que con base en el comportamiento de las fuentes de recursos del régimen subsidiado, "es evidente que la meta de cobertura propuesta por la ley 100 está entre dicho..." ya que "la situación financiera del régimen no muestra claramente un mecanismo sostenible para ampliar cobertura a través de subsidios de demanda."²⁴

Es de esperar que bajo las nuevas condiciones impuestas por la reforma constitucional – Acto legislativo 012 - , las perspectivas de crecimiento de los recursos totales que entren al sistema se vean aún más constreñidas ya que incluso con altas tasas de crecimiento de la economía, los recursos de transferencias a los municipio mantengan aproximadamente su volumen actual al atar su crecimiento a la inflación anual.²⁵

21 Ibid, p.14-16

22 Cárdenas Diana. Sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado en Salud. DNP, Colombia, agosto de 2000.

23 Antes de ser aprobado el acto legislativo 12.

24 Ibid., p.39.

25 Establece que las transferencias podrán crecer al nivel de la inflación más 2 puntos durante los próximos cuatro

En particular para el sector salud del acto legislativo 012 "produce un efecto contrario al desempeño de la economía y mientras más alto sea el resultado en incremento del PIB más será el perjuicio en la expansión del sector salud. Así, si la economía crece al 3% el Régimen Subsidiado pierde 1.247.000 cupos de expansión futura y si la economía crece al 4% la pérdida se duplica y se dejan de crear 2.731.000 cupos nuevos. Lo más probable es que con un desempeño intermedio de la economía se pierdan 2.074.000 cupos y el régimen subsidiado se quede en los 9.5 millones actuales de subsidiados"²⁶

El comportamiento de las fuentes nacionales induce a pensar en que por parte del gobierno nacional, existe la tendencia a descentralizar en los municipios la responsabilidad del sostenimiento financiero del régimen subsidiado y a considerar que la ampliación de cobertura es una meta imposible de cumplir en las actuales condiciones. Las condiciones impuestas por la ley 715, no alteran sustancialmente las condiciones que denominamos estructurales y que constituyen los límites a la transformación, esto ya que no se prevén recursos nuevos para el sector más allá de lo dispuesto en el acto legislativo respecto al crecimiento del 2% anual del 2002 al 2006, por lo cual el panorama de afiliación no se transforma sustancialmente, ya que la tasa de crecimiento poblacional incluso se encuentra por encima de esta tasa. Respecto a la red pública hospitalaria, se puede afirmar que se le da un compás de espera, que tiene como propósito su reorganización y reestructuración en términos de costos, como veremos más adelante, los posibles resultados en este objetivo son desiguales y dependen entre otros aspectos de su localización geográfica y de mercado. ¿En términos del derecho a la salud, es sensato considerar avanzar en la de transformación de subsidios de oferta a demanda, a partir del 2004?

La respuesta obvia es no, dado que en términos reales la transformación implica un retroceso en la cobertura en salud, ya que no aumentan los porcentajes de cobertura de subsidios a la demanda²⁷ y si disminuirían los recursos que se canalizan a la atención de personas sin capacidad de pago a través de los subsidios de oferta, al ser considerados estos últimos como sustitutos de recursos de orden nacional.²⁸

Si a esto le agregamos las disposiciones de la Corte Constitucional en lo que se refiere a la imposibilidad del estado de disminuir los recursos reales destinados a la garantía de los derechos sociales hasta no alcanzar las metas de cobertura universal, una opción en esta vía no debe contemplarse si no existen previos compromisos estatales sobre sostenibilidad en el largo plazo de las responsabilidades financieras adquiridas por el gobierno central.²⁹

²⁶ Jaramillo Ivan. El impacto del acto Legislativo 012 del 2001. Mimeo p.4

²⁷ A pesar de que existe un incremento en el número de plazas para el régimen subsidiado, dado que la tasa de crecimiento de la población estimada por el DANE es del 1,8%, el crecimiento porcentual de 2% de las transferencias del sistema general de participaciones en salud y que se destina a régimen subsidiado, es insuficiente para hablar de un impacto en cobertura. Esta tasa de crecimiento tiene la limitación de que no muestra el crecimiento de grupos poblacionales específicos, podría presentarse un crecimiento mayor en la población denominada pobre, que sobre el promedio de toda.

²⁸ El hecho de que no crezcan los recursos de oferta al menos a la tasa de crecimiento poblacional implica ya un retroceso en la cobertura que se da a la población no afiliada a seguridad social, y a los afiliados al régimen subsidiado, respecto a los eventos no POS contributivo.

²⁹ Sentencia de la corte constitucional c-1165 de 2000.

5.2 La focalización como segundo límite

Los defensores de una estrategia basada en la demanda, suponen que mediante la focalización es posible favorecer solo a la población más pobre y vulnerable,³⁰ y excluir la población no objeto de esta política pública, aquellos que por su rol socioeconómico no requieren una intervención con miras a modificar sus capacidades. Ya que las poblaciones no pobres pueden pagar su acceso al sistema en el régimen contributivo, se supone que en salud para *"llegar a la universalización de la atención, es necesario hacer esfuerzos porque ellos tengan derecho a ser atendidos en los hospitales y centros de salud"*³¹

Sin embargo, la capacidad real del sistema para focalizar a los más pobres es limitada, en tanto origina errores de exclusión y de inclusión, o lo que es lo mismo existen pérdidas de eficiencia vertical y horizontal originadas en el instrumento de focalización.

"La población que según el criterio de pobreza tendría derecho a estar en el régimen llegaba a casi 19 millones en 1997. Los clasificados en los niveles 1 y 2 del sisben, que estarían identificados como beneficiarios del régimen subsidiado, se estiman en 10.450.000. De ellos 1.550.000 son no pobres. El error de inclusión es, pues, del 14.9%. Más de la mitad de los pobres, 10.060.000, no son identificados como tales en los niveles 1 y 2. El error de exclusión es, así, de 53.1%. Esta proporción llega a 63% entre los pobres no indigentes y es del 36% entre los indigentes."³²

El sisben como instrumento de focalización presenta dos dificultades de índoles diferentes, la primera relacionada con su implementación:

"La pérdida de precisión en la asignación de subsidios a los pobres guarda correspondencia con las dificultades y deficiencias en la aplicación del sisben en muchos municipios. Su implementación muestra, en general, problemas de cobertura, lo que aumentaría los efectos de exclusión sobre los pobres. Y también en su actualización, lo que tendería posiblemente a incrementar los errores de inclusión y exclusión y, en todo caso, a dejar indeterminada su evaluación."³³

Y una segunda innata a la estructura misma del instrumento, respecto a la cual concluye el estudio de la Universidad Nacional que *"el análisis realizado conduce a apreciar las grandes dificultades técnicas para lograr un mecanismo de identificación de beneficiarios subsidiados para el aseguramiento de salud, que permita "razonablemente" incluir a las poblaciones vulnerables y a los más pobres, de acuerdo a su capacidad de pago, y a excluir a quienes la tienen"*³⁴ La pérdida de eficiencia hace reevaluar la posibilidad de avanzar en el proceso de transformación en tanto una de las principales ventajas comparativas de los subsidios de demanda sobre los de oferta ya no se cumple.

Vale la pena anotar, que cuando se supone que el sistema de focalización de subsidios de

³⁰ Sarmiento Alfredo, Arteaga Leticia. Focalizar o universalizar, un falso dilema.. P.202.

³¹ Ibid., p. 202.

³² Proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Informe Sisben. Universidad Nacional de Colombia. P. 54

³³ Ibid., p. 125-126

³⁴ Ibid., p.124

demanda es la vía más adecuada para llegar a los más pobres, se descansa sobre el supuesto de que *"los excluidos de los servicios básicos son los pobres"*³⁵ desconociendo que frente a determinados bienes y en particular frente a la salud, la exclusión transgrede lo que capturan los sistemas actuales de medición de pobreza.

Esto significa que solo la franja más rica de la población podría cubrir con recursos propios gran parte de la canasta de los bienes a demandar en este mercado. Aunque las condiciones de vida en términos físico sanitarios de la vivienda o de otras variables utilizadas para medir su grado de vulnerabilidad no aparezcan como críticas, es claro, que encontrarse por fuera de algún sistema de salud ya sea del régimen subsidiado o contributivo, o de oferta, implica ser pobre frente a salud y consecuentemente, hace a estas personas merecedoras de ser atendidas de alguna forma con miras a garantizar el ejercicio de sus derechos sociales.

5.3 Dependencia relativa de la red hospitalaria y efectos perversos de su desaparición. - Tercer límite -

En el caso colombiano, se sigue observando una gran dependencia de la red pública de hospitales en la mayoría de municipios del país, por lo cual resulta imposible avanzar sin consideraciones en aquellas acciones que lesionen o pongan en duda su existencia, principalmente en aquellas zonas donde las IPS públicas operan como monopolios y donde el sector privado no estaría dispuesto a entrar pues la tasa mínima de ganancia requerida para operar no se encuentra garantizada en las actuales condiciones.

Bajo la necesidad de aumentar cobertura en el régimen subsidiado existe un debate álgido, que parece haberse aplazado al menos hasta el 2003, donde se deben definir las nuevas reasignaciones presupuestales con miras a retomar la meta de aseguramiento universal en el 2004, según lo dispuso la ley 715, y que busca profundizar el proceso de transformación sin consideración alguna, en particular en lo que implicaría la desaparición de gran parte de la red pública de hospitales y como consecuencia de esto último las posibilidades de acceso a salud de los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y la población denominada vinculada.

La red hospitalaria, se encuentran delimitadas por su condiciones geográficas y de mercado; originando dos tipos de casos:

El primero, aquel donde existe una gran oferta de prestadores de servicios tanto públicos como privados y en teoría no existe posición dominante que incida en los contratos de las ARS y las EPS tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.³⁶

Y un segundo caso, aquel donde existe una deficiencia de oferta estructural constituyéndose estos hospitales públicos en monopolios naturales "debido a su ubicación geográfica, y donde en algunos casos su estructura de costos es más alta debido a las condiciones de demanda, esto es, donde los ingresos debidos a la estrechez de esta no alcanza para cubrir los costos de funcionamiento; sin embargo, el cierre de una institución de esta naturaleza implicaría unos costos sociales bastante altos y efectos de bienestar indeseados.

³⁵Sarmiento Alfredo, Arteaga Leticia, Op.Cit., p. 202.

³⁶ Ver aparte del estudio de Evaluación del Régimen Subsidiado de la Universidad Nacional de Colombia en el capítulo correspondiente a contratación ARS –IPS.

El papel de la red pública con miras a garantizar el derecho a la salud, no solo tiene relación con la atención a vinculados y atención de eventos no POSS, sino que en gran parte del territorio colombiano estas instituciones son la únicas prestadoras de servicios de salud, por lo cual de ellas dependen en muchos casos los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado así como los vinculados e incluso la pequeña franja de población con acceso a medicina prepagada. En estos casos hablamos de la existencia de una estructura de oferta limitada de monopolio u oligopolio natural³⁷.

Cuadro 8

Distribución de IPS por municipios sin tener en cuenta tamaño poblacional			
Rango por # de Hospitales	% de municipios con IPS públicas	% de municipios con IPS privadas	% de municipios con IPS pública y/o privada
0	0,28%	76,34%	0,28%
1	41,44%	3,50%	32,97%
2	19,89%	7,46%	16,02%
>2	38,40%	12,71%	50,74%
Total Municipios	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia- Proyecto Régimen Subsidiado.

Tal como lo muestra el cuadro 8, la estructura de la industria de prestación de servicios de salud muestra una gran dependencia de la red pública, de forma tal que en el 41% de los municipios se cuenta con solo una institución pública y con 2 en un 19% de estos³⁸. En el 76% de los municipios del país no hay presencia de prestadores privados idóneos, sin embargo, como vemos en la tercera columna ya que la presencia de la red pública está garantizada en casi todo el territorio nacional solo un 0.28% del total de municipios se encuentran sin ningún prestador ya sea público o privado.

En el 50% de los municipios se encuentra pluralidad de agentes prestadores de servicios de salud, esto es que en ellos existen 3 o más prestadores de servicios sustitutos entre públicos y privado – Cuadro 8 -. Como se observa en el cuadro 9 no hay ningún municipio donde exista solo una IPS privada y por el contrario como se muestra en el cuadro 10 existen 826 municipios donde solo existe presencia de IPS públicas; sin embargo, de este grupo operan en condiciones de oferta múltiple de IPS públicas el 37%. Y en condiciones donde no existe el 62.11%.³⁹ - cuadro 9 -. Ya que como lo muestra el cuadro 8, el 76% de municipios que no tienen instituciones privadas existe un subgrupo de municipios cuya oferta múltiple se deriva de instituciones públicas; este grupo debe considerarse vulnerable y en el también operan límites

³⁷ Aunque contrario a lo que sucede en este tipo de mercados, el prestador estaría en capacidad de ejercer una posición dominante, la operación actual no le garantiza apropiarse de gran parte del excedente.

³⁸ En todos los casos donde existan 2 IPS, con seguridad una es pública, por lo cual el mantener una oferta con el mínimo de opciones (mayor que 2) implica contemplar las condiciones necesarias para su no desaparición. Se considera en el análisis que una institución del nivel 2 produce bienes sustitutos del nivel 1 y el nivel 3 produce bienes sustitutos del nivel 2 y 1.

³⁹ La existencia de 2 IPS públicas no garantiza condiciones de mercado ya que en la muestra de análisis se incluyen instituciones complementarias tales como centros de salud y hospitales de primer nivel.

fuertes a la transformación de recursos.

Cuadro 9

Distribución por zonas de monopolio – municipios-		
# de hospitales	% de municipio donde solo hay IPS públicas	% de municipios donde solo hay IPS privadas
1	43,34%	0,00%
2	18,77%	0,00%
>2	37,89%	0,00%
Total Municipios	100,00%	0,00%

Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia

El límite en este sentido a la transformación, esta impuesto entonces por los recursos necesarios para garantizar la existencia de al menos 513 hospitales. -Cuadro 10-.

Cuadro 10

Distribución por monopolio de zonas de mercado y no mercado		
# de hospitales	# de municipio donde solo hay IPS Públicas	# de municipios donde solo hay IPS privadas
1	358	0
2	155	0
>2	313	0
Total Municipios	826	0

Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia- Proyecto Régimen Subsidiado.

5.3.1 Operación bajo condiciones de oferta y demanda limitada

En aquellos casos donde la oferta estructural es limitada y los hospitales públicos dependen de los recursos de oferta para subsistir, la transformación de estos recursos tendría dos impactos; el primero, una posible ampliación de cobertura formal del número de afiliados al régimen subsidiado mejorando el indicador de accesibilidad a este programa en particular; y un segundo, que es la posible disminución global de los indicadores de accesibilidad y oportunidad para toda la población de la subregión de influencia de la IPS, en particular para aquellos municipios donde la transformación de los recursos de oferta a demanda implique el cerramiento de hospitales públicos. La transformación de los recursos implica que las externalidades negativas sobre acceso y oportunidad pueden opacar ampliamente los beneficios de una ampliación de cobertura⁴⁰ y que la magnitud de este impacto depende de si la oferta publica de hospitales permanece o no, dada su debilidad estructural.

En aquellos casos donde su existencia se condiciona totalmente a los recursos de oferta, esta

⁴⁰ La ampliación de cobertura como se mostrara más adelante, en las condiciones actuales y con los recursos de oferta no es posible sino alcanzar un 70% de la población NBI, bajo el actual POSS.

depende de la elasticidad de sustitución entre los recursos de oferta y los recursos de demanda transformados; si esta fuera -1, ceteris parí bus, podría esperarse que la sustitución entre ambos no tendría efecto sobre su estructura financiera, y por lo tanto su condición actual no variaría; si es menor que 1, y de signo positivo cada peso transformado de oferta a demanda implica una reducción en el volumen total de recursos y su condición actual dada la alta dependencia que existen por los recurso de oferta tendería a empeorar. Si es menor que uno y de signo negativo implica un efecto contrario, esto es que una reducción en los recursos de oferta transformados a demanda se ve compensado por ventas al régimen subsidiado en el porcentaje especificado.

Cuadro 11

Elasticidades de sustitución de oferta a demanda.		
	Año	Elasticidad
IPS públicas sin competencia	97-98	-0,5
	98-99	-0,1

Fuente: Datos Ministerio de Salud Cálculos: CID – Universidad Nacional de Colombia

Con datos de 1997,1998 y 1999 calculamos las elasticidades de sustitución entre ambos recursos, en aquellos casos que hemos considerado críticos es decir donde la estructura de la industria tiene pocos oferentes la elasticidad de sustitución del -0.5 entre el periodo 97-98, indica que por cada 100 pesos transformado de oferta a demanda retornaron a la IPS 50, para 1998-1999 la elasticidad de sustitución del -0.1 indica que por cada 100 pesos adicionales transformados solo llegaron a los hospitales 10 pesos. Esto se explica en el 99, debido a que la transformación de recursos no se utilizó en esa oportunidad para ampliación de cobertura sino que se tuvo como fuente sustitutiva de los recursos del Fosyga y en parte porque el proceso de intermediación y/o aseguramiento es costoso.

La dependencia de las IPS por recursos de oferta para sobrevivir, hace vulnerables en este escenarios la garantía de los derechos sociales en salud si se lleva a cabo una transformación de los recursos de oferta a demanda, del denominado sistema general de participaciones en salud a partir del 2004. En este caso *el límite fuerte a la transformación* es la dependencia de las IPS públicas y es considerada como razón suficiente para no continuar en el proceso de transformación. Bajo estas condiciones garantizar el derecho a la salud y sostener la red pública son objetivos complementarios.

5.3.2 Operación bajo condiciones de oferta ampliada (3 o más IPS)

Existe un segundo escenario, aquel donde los privados y los público compiten en la industria de la prestación de servicios, en este caso el límite lo impone la cobertura que se podría alcanzar con los recursos transformados unido a otras fuentes de financiación.

En este caso la transformación se encuentra limitada por la dificultad en la ampliación de cobertura, igualación del POS subsidiado con el contributivo y el problema de focalización de la pobreza relativa frente a los bienes relacionados con la salud. Ya que si bien existe la alternativa de que los servicios de salud sean proveídos por agentes privados, su existencia no garantiza el acceso a los vinculados ni la atención del 40% de eventos no cubiertos por el POS-S,

disminuyendo los indicadores de accesibilidad y oportunidad para esta franja de población y afectando también la posibilidad de ser atendidos de los afiliados al régimen subsidiado.

II.6 ESTRUCTURA DE GASTOS Y COMPETITIVIDAD DE LAS IPS PÚBLICAS

Tradicionalmente se afirma que es en gran parte debido a los costos laborales de las IPS públicas que estas se encuentran en déficit, pero nunca se aborda el problema de la crisis de los hospitales públicos en relación a la industria en general. En este aparte consideraremos ambos elementos.

6.1 Sobre la competencia entre IPS y la integración vertical en presencia de varios oferentes

A pesar de que en las grandes ciudades e incluso en poblaciones intermedias respecto al número de habitantes, existe una mediana oferta de prestadores de servicios, las condiciones de competencia se ven alteradas gravemente, debido a la integración vertical entre (ARS-EPS) – IPS de su propia red, originando condiciones de competencia desleal, de las que se pueden derivar efectos perversos en términos de distorsión de costo de la industria de prestadores de servicios, ya que la integración vertical puede originar una reducción de costos administrativos para las IPS cuyo dueño es una ARS o incluso un proceso de subsidio del negocio del aseguramiento al negocio de la prestación de servicios, con el fin de sacar a los competidores del mercado, que por su naturaleza jurídica no pueden entrar en procesos de integración, y a los cuales, en aquellos casos que se les contrata dando cumplimiento a la reglamentación estatal, se le imponen costos administrativos y financieros superiores, tales como demoras en pagos, y glosas injustificadas.

Cuadro 12

Antigüedad de cartera de las ESE por tipo de ARS (%)				
Días de vencimiento	ESS	CCF	EPS	Tot.gral
Menos de 30 días	13.7%	20.7%	14.3%	16.2%
De 30 a 60 días	13.6%	14.3%	15.4%	14.1%
De 60 a 90 días	10.2%	12.9%	11.8%	11.0%
Más de 90 días	62.5%	52.1%	58.4%	58.8%
Total (\$MM)=100%	192.1	408.9	1002.3	296.5
Periodo medio de pago	128	113	123	123
Número de administradoras	109	23	16	171

Fuente: Universidad Nacional de Colombia-
datos de cartera suministrados por 60 IPS públicas

El cuadro 12 muestra los elevados promedios de recuperación de cartera que tienen las IPS públicas respecto a las cuentas de las aseguradoras, el mayor porcentaje de cartera se encuentra en el rango de más de 90 días la cual incluye facturación de periodos anteriores, siendo esta de un total del 59%. Al respecto, el estudio de evaluación del régimen subsidiado de la Universidad Nacional concluye "que los elevados promedios de antigüedad de cartera (demora en recuperar los servicios prestados) tienen incidencias negativas sobre la estructura financiera de las IPS- ESE y representan costos de oportunidad que deterioran la capacidad de

*inversión y la posibilidad de hacer rentable su operación.*⁴¹

Adicionalmente la integración vertical origina a la vez una barrera a la entrada de nuevos competidores a la industria de la prestación de servicios trayendo consigo un rompimiento en el proceso de innovaciones tecnológicas que beneficiarían a toda la población que demanda los servicios de salud. En el largo plazo la industria perderá tanto su competitividad relativa frente a la de otros mercados, como la potencial eficiencia dada en la remuneración por producto que se puede originar de la utilización de subsidios de demanda.⁴²

En este sentido podemos afirmar que los recursos de oferta de los cuales dependen gran parte de los hospitales públicos, vienen siendo utilizados al menos en alguna proporción para sostener una red hospitalaria pública que se ha visto atacada por procesos de competencia desleal desde el sector privado, y que de otra forma habría sido sucumbido ante estos. Debido a lo anterior se hace necesario garantizar una libre competencia entre productores, lo cual requiere que los organismos reguladores garanticen la separación de la industria del aseguramiento de la prestación de servicios.

6.2 Costos y productividad de las IPS

Se afirma que en las IPS públicas ha existido un aumento en sus ingresos a partir de la reforma de 1993, pero que aún así, el déficit en su estructura financiera persiste, debido a los altos costos de personal que enfrentan.⁴³ Al mismo tiempo, se suele afirmar que las IPS privadas presentan niveles salariales menores que los de las entidades públicas, lo que a la postre trae consigo diferencias en competitividad significativas. Como se observa en el cuadro 13, los gastos de nómina de los hospitales públicos representaron el 68% del total de estos para 1998.

Cuadro 13

Composición gastos hospitales públicos		
Hospitales Nivel 3	1997	1998
Gastos de nómina	64%	68%
Gastos de prestación de servicios	24%	19%
Gastos de Transferencias	4%	6%
Gastos de servicios de deuda	1%	2%
Gastos de inversión	7%	6%

Fuente: Ministerio de salud, Misión Social . Cálculos: DERP-UIFP-DNP y DISAL -UDS-DNP

Abordar el problema no resulta sencillo por dos razones, la primera, en tanto no se puede afirmar de plano que las garantías laborales y los niveles de salarios que mantiene las empresas estatales para sus trabajadores sean indeseables en el sistema de salud; tal como lo mostró el censo del recurso humano del ministerio de salud,⁴⁴ para 1997, de los 102'325 empleos TCE⁴⁵

⁴¹ Proyecto de Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud. Análisis Financiero de las IPS. Universidad Nacional de Colombia. Mimeo. P.9. Parte de la cartera se explica por la situación expuesta arriba, sin embargo, otra está relacionada con la deficiente gestión financiera que realizan los hospitales en muchos casos.

⁴² Adicional a esto, cabe anotar el riesgo ético cuando la función de agencia se cumple con la de prestador.

⁴³ Giedion, López (2000), Op,Cit .p.24

⁴⁴ Ministerio de Salud Nacional. Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial 1994-1998.

⁴⁵ Ibid., p.23 TCE se refiere a tiempos completos equivalentes, lo que consiste en convertir las jornadas parciales en la equivalencia a 8 horas diarias.

del sistema de salud, 90'002 tenían una vinculación de planta, mientras solo 12'323 hacían por contrato. Y la segunda, *originada en la no existencia de un estudio sobre productividad y costos del sector privado prestador de servicios de salud en Colombia que sirva como punto de comparación.*⁴⁶

Cuadro 14

Número de empleos en el sector salud oficial según tipo de vinculación. Colombia, Ministerio de salud 1994-1997 – Empleos TCE		
Tipo de Vinculación	1996	1997
Planta	88916	90002
Contrato	9935	12323
Total	98851	102325

Fuente: Censo de recursos humanos sector salud oficial, Ministerio de Salud 1998.
TCE: tiempos completos equivalentes

El debate no se limita a afirmar que la red pública de hospitales sea ineficiente en términos de sus gastos respecto a la red privada debido a que mantiene mejores garantías salariales y laborales para sus trabajadores, ya que se puede iniciar afirmando que las instituciones de salud pública consideran dos objetivos dentro de su marco de operación, el primero, la prestación de los servicios de salud y el segundo, el mantenimiento de unas condiciones laborales estables formales y de pago justo con el fin de lograr compromisos del factor humano con sus instituciones.⁴⁷ – Lo cual no es absolutamente cierto dado el nivel de deuda y la dispersión en el tiempo del pago de salarios que realiza actualmente la red pública a sus trabajadores-⁴⁸ La nivelación salarial, impuesta por la ley 100, contempló la necesidad de hacer un pago justo y digno a la profesión médica, los aumentos no fueron injustificados, incluso tal como se comenta en el censo, el incremento para los trabajadores fue en promedio de tan solo el 48,5%.

Si este último es considerado un objetivo loable, el debate no debe canalizarse únicamente por el lado de los salarios, sino que se debe incluir elementos de productividad, teniendo en cuenta aspectos como el dimensionamiento de las plantas de personal frente al número servicios prestados, los niveles de productividad del recurso humano y su capacidad de gestión administrativa y financiera. Lo cual a su vez se cruza con el análisis del contexto, y la incidencia que tienen otras instituciones públicas y privadas en su funcionamiento.

A este respecto, el trabajo de Gideon y López parece ser muy ilustrativo, los autores encontraron que en la productividad de los hospitales públicos existe una gran dispersión entre las IPS públicas que son eficientes y las que no lo son. En el agregado nacional hubo un aumento del 28% en productividad para el periodo 1996-1999, si embargo, el 55% de las instituciones experimentaron un descenso en su nivel de producción.⁴⁹

46 En principio podrían utilizarse estándares internacionales sobre utilización de camas, sin embargo, dada la estructura geográfica existente en el país es posible encontrar que aquellas zonas más apartadas incidan notablemente en la disminución de este indicador, sin que por esto pueda endilgársele al sistema un adjetivo como ineficiente. Por esto la comparación en este sentido en principio no ha sido considerada.

47 La ley 100 de 1993, contempla adicionalmente al programa de nivelación salarial el estímulo al desempeño eficiente de los trabajadores y profesionales de la salud, mediante un régimen de estímulos salariales y no salariales.

48 Según los datos del Ministerio de Salud, el costo prestacional es una de los elementos que genera cargas financieras altas para el sistema, entre otras por la retroactividad de las cesantías

49 Giedion, López (2000), Op,Cit .p.30-31. Los indicadores de productividad descienden significativamente cuando se

El nivel 1 de atención pública hospitalaria, aquel que se encuentra en la mayor parte de los municipios del país donde no aparecen prestadores privados idóneos para el primer nivel hospitalario, ni niveles de mayor complejidad y donde el bienestar social que genera su existencia, supera las pérdidas financieras de estas instituciones; es el que presenta mayor dificultad en su capacidad de financiación hacia el futuro pues la relación entre valor producto y gasto, así como sus niveles de productividad en términos del recurso humano asistencial, no tuvieron un buen comportamiento durante el periodo de análisis.⁵⁰

Las instituciones de nivel 2 y 3 incrementaron el nivel de productividad del recurso humano asistencial entre 1996 y 1999,⁵¹ aunque la carga administrativa impuso una disminución fuerte a la productividad alcanzada.

En el primer caso, es muy posible que exista un bajo nivel de maniobra con miras a aumentar la productividad, por lo menos en aquellas zonas donde la demanda por servicios de salud es muy pequeña, pero, sin embargo, resulta socialmente rentable mantener una oferta, responsabilidad que recae en el estado, independientemente del éxito alcanzado en el proceso de mejoras en la productividad, que como ya mencionamos tiene límites importantes en este caso.

El segundo grupo, relacionado en general con los niveles de atención 2 y 3, debe aprovechar las condiciones de amplia demanda de los centros urbanos en aquellos casos donde operen allí y los mejores comportamientos en productividad del recurso humano asistencial, con miras a aumentar su competitividad; esto, *unido a un papel regulatorio del estado que garantice una separación amplia y clara entre prestadores y aseguradores en salud, y a planes e incentivos dirigidos a las IPS públicas*, debe a la larga generar instituciones más competitivas y menos dependientes de los recursos de oferta. No quiere esto decir, que una vez sea alcanzado este objetivo loable se pueda avanzar automáticamente en una política de transformación de subsidios de oferta a demanda más agresiva, ya que como se ha sostenido a través de este documento existen otros límites importantes a la transformación.

El problema financiero puede llevarse a su justa dimensión una vez exista un esfuerzo sistemático en términos de productividad de las IPS y por lo tanto en gestión, con miras a superar las falencias que afectan su competitividad y ponen en entredicho su permanencia en la industria. En particular habría que mencionar algunos aspectos claves en los que se necesita intervenir, tales como la contratación de servicios, la facturación, el cobro y el recaudo, la estructura organizacional con miras a tener una operación eficiente, la racionalización del gasto y la definición de estrategias de mejoramiento continuo como por ejemplo la planeación estratégica, que les permitan autorregularse.

Los hospitales públicos deben avanzar en la profundizaciones de relaciones mercantiles, como condición para el sostenimiento de la red pública por lo menos en los grandes centros urbanos. Por el momento la existencia de la red pública esta atada a los subsidios de oferta, y como vimos bajo las condiciones actuales se hace necesario mantener este sistema si se quiere garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

incluye el personal administrativo.

⁵⁰ Ibid., p. P.33. 35

⁵¹ Si se involucra en el análisis el personal administrativo, disminuye sustancialmente el nivel de productividad.

Sin embargo, las metas del sistema unidas a la voluntad política parecen apuntar en el largo plazo por la estrategia de subsidios de demanda a través del aseguramiento universal, en este contexto, los hospitales públicos de centros urbanos van a perder la importancia relativa que poseen actualmente, -al ser el vehículo de ejecución de los subsidios de oferta-. Su supervivencia en el largo plazo estará atada a los éxitos que se tengan en los planes de mejoramiento actuales y a la voluntad política para emprenderlos, en particular debe aprovecharse el compás de espera dado por la ley 715, para el logro de estos objetivos deseables.

Por último, es necesario recalcar que todo dinero que sea malgastado por los agentes del sistema de salud, y en particular por las IPS, implica limitar las posibilidades de acceso a nuevos beneficiarios al sistema de salud y deficiencias en la oportunidad y calidad de la atención a la población en general. En ambos casos, ya sea como subsidio estatal con miras a resistir ataques de competidores desleales o como víctimas de un sistema de costos y baja productividad, endilgado a su propia estructura, el sostenimiento de los hospitales públicos, al menos en el corto plazo parece un objetivo deseable, aunque en el largo plazo, no deba realizarse a cualquier precio al menos en zonas de oferta múltiple.

6.3 SECUENCIA EN LA TRANSFORMACIÓN

¿En qué proporción se pueden entonces transformar los recursos de oferta a demanda? Y ¿En qué momento? La respuesta a estos dos interrogantes no es sencilla, en realidad se nutre de todos los elementos expuestos anteriormente.

Un ejercicio en esta vía, que nos lleve a proponer una secuencia de transformación debe partir de la superación de algunas condiciones estructurales en cuanto a la oferta de servicios en salud, en particular lo que se refiere a la dependencia de la red pública de los recursos de oferta y los efectos nocivos de su desaparición en gran parte del territorio nacional. Esto impone un primer escenario, el cual, sostiene que el proceso de transformación no debe profundizarse hasta tanto no se logre superar la debilidad financiera de los hospitales, independientemente del comportamiento de otras variables.

Sin embargo, si hacemos abstracción de esta condición y la suponemos superada, podemos intentar responde las dos preguntas con que inicia este aparte.

Bajo las metas de cobertura universal, en un mismo plan de beneficios, esto es igualando el POS- S, al POS contributivo, los recursos que necesita el sistema de salud son del orden de \$ 4.160.914.000.000 -Ver cuadro 15-. Tal como lo muestra el estudio de sostenibilidad financiera realizado por la Universidad Nacional de Colombia, bajo las condiciones actuales, el sostenimiento de las coberturas alcanzadas ya se presenta como un gran desafío al sistema, dado que los ingresos totales del régimen subsidiado se retrasan frente a los gastos, aun para mantener el mismo nivel de cobertura de 1999; por lo cual es prácticamente imposible pensar en conseguir estos recursos en el mediano plazo.

Cuadro -15

Recursos financieros necesarios para alcanzar cobertura universal e igualar el POS - 2001 En millones	
Recursos necesarios para Igualar POS-S y POS-C .	909.645
Recursos necesarios para lograr cobertura total con POS Completo	3.251.269
Total recursos adicionales necesarios para conseguir cobertura universal con POS completo	4.160.914

Fuente: Calculos CID- Universidad Nacional. Millones de pesos de 2001. Con base en encuesta nacional de Hogares, Marzo 2000.

¿Es adecuado transformar recursos de oferta a demanda, aunque subsista un proceso de complementariedad entre los dos planes de beneficios ofrecidos a través de los subsidios de oferta y demanda para los afiliados al régimen subsidiado, sacrificando la meta de cobertura universal? Tal como lo afirmamos anteriormente, la respuesta es no.

El escenario impone restricciones estructurales, por lo cual la recomendación de la Universidad en cuanto a transformación de subsidios de oferta a demanda, es que no debe profundizarse, esto implica sostener el porcentaje alcanzado para el 2001 después de descuentos, ya que aun con un calculo optimista del crecimiento del PIB al 3% anual, la financiación del sistema presenta dificultades para sostener la cobertura actual, al no encontrar un crecimiento adecuado de las actuales, ni nuevas fuentes. Mientras no existan nuevos ingresos, o se cuente con un crecimiento importante de los actuales, tales como los recursos del punto de solidaridad, o el paripatsu, avanzar en el proceso de transformación parece que no es una vía adecuada.⁵²

Sin embargo, si las otras fuentes de financiación crecieran podría apelarse a eventuales modelos de transformación progresiva. En este caso, habría que considerar el impacto de la transformación en la financiación de la red hospitalaria, y el cubrimiento a la población frente a salud. Por cada peso adicional que exista para demanda, ¿cuanto se puede transformar de los recursos de oferta?

El problema de elección, se refiere a un espacio donde se espera que los jugadores al menos conserven su condición inicial⁵³, en este caso los hospitales deberían al menos no profundizar su crisis, por lo cual habría que considerar conservar como mínimo los niveles de ingreso actuales, mientras entran en un proceso de reestructuración. Como observamos anteriormente, por cada peso transformado en el periodo 97-98, el hospital recuperó por ventas de servicios 50 centavos, mientras que en el periodo 98-99, solo recuperó 10 centavos. La causa explicativa de este fenómeno, es que para el primer periodo la transformación no operó totalmente como una fuente sustituta de recursos del orden nacional, sino por el contrario entró a cofinanciar ampliaciones de cobertura, mientras para el segundo el fenómeno fue el contrario.

El escenario en el cual consideramos podría considerarse profundizar el proceso de transformación se parece más al primero que al segundo, es decir, aquel donde paulatinamente

⁵² Los argumentos a este respecto han sido expuestos anteriormente.

⁵³ Elección que se encontraría de acuerdo a los principios de justicia enunciados por Rawl Jhon, Teoría de la Justicia. F.C.E.

se avanza en cobertura, aunque adicionalmente se proveen nuevos recursos para igualar los planes de beneficios. Sin embargo, no existe suficiente información para poder determinar, de los nuevos recursos, cuantos podrán ser captados por las IPS públicas.

Sin embargo, es importante tomar como criterio de transformación la utilización de los recursos de oferta para jalonar otros recursos del orden nacional. En este caso, el modelo de transformación recomendaría guardar cierta equidad entre la proporción que representan estos recursos del total necesario para alcanzar cobertura universal con un POS completo. – Ver cuadro 16- Si se toman en cuenta solamente el volumen de los recursos no transformados para el 2001 con descuentos, se esperaría que por cada peso adicional de otras fuentes de financiamiento para recursos de demanda, se transformaran 17 centavos de oferta, de forma tal que el momento en que se transformen todos los recursos, coincida con alcanzar los logros en cobertura y unicidad del plan de beneficios.

Cuadro 16

	Recursos de Oferta 2001 por fuente	Recursos no transformados Totales
Situado fiscal –Oferta	583.261	1.072.458
Rentas cedidas – Oferta	108.116	275.584
Total recursos oferta	691.377	1.348.042
Porcentaje sobre recursos totales necesarios para lograr Cobertura universal con POS completo	16,62%	32,40%

Fuente: Ministerio de Salud. Procesado Universidad Nacional de Colombia.

Este escenario permitiría a los hospitales afrontar un proceso de reestructuración no traumático, y bajo el supuesto de que existe separación de negocios entre el aseguramiento y la prestación de servicios, incrementar sus ventas, asegurando en lo posible que al menos por cada peso adicional que entre al sistema, un alto porcentaje sea captados por la red hospitalaria por venta de servicios. Ya que no existe seguridad sobre cuanto de los recursos transformados puedan ser captados por la red hospitalaria, parece que un sistema gradual de bajo impacto negativo sobre las finanzas de la red hospitalaria, unido a la incorporación de nuevas fuentes, sea el más adecuado para llevar a cabo el proceso de transformación.⁵⁴

Una última consideración que podría tomarse en cuenta, afirmaría que ya que la UPC del régimen subsidiado, es el 54% de la UPC del régimen contributivo, es de esperarse que por cada peso adicional que se utilice en afiliación, el hospital pierda responsabilidad al menos en un 54% de lo eventos que podría demandar una persona en salud, y que podría recuperar estos recursos por venta de servicios a las ARS. Como vimos anteriormente, este no ha sido el caso en el pasado, donde incluso para el periodo de 98-99, por cada peso transformado de oferta a demanda, la red pública solo vio incrementados sus ingresos por ventas de servicios en 10 centavos. Por lo cual, una formula de transformación de este tipo profundizaría la crisis hospitalaria.

⁵⁴ En este caso esperaríamos tener resultados al menos similares a los del periodo 98-99, donde por cada peso transformado obtiene al menos 50 centavos en ventas adicionales. Los ingresos por ventas de servicios se verían adicionalmente favorecidas por la incorporación de nuevos recursos al sistema.

Sin embargo, aunque estas alternativas son válidas, bajo las actuales condiciones de financiación en el sistema, la única alternativa viable es la primera, donde la transformación ha tocado prácticamente su límite superior, hasta el momento en que sea posible empezar a incorporar nuevos recursos al sistema.

II.7 CONCLUSIONES

Los recursos destinados a los subsidios de oferta, cumplen múltiples funciones; son la puerta de acceso para una gran franja de población sin capacidad de pago no asegurada, son indispensables para el sostenimiento de la red pública en las condiciones actuales y en particular aseguran su existencia en zonas donde solo el estado es prestador.

Al menos en teoría, los eventos no contemplados en el POS-S y si en el POS-C son cubiertos por recursos de oferta, y en este sentido los subsidios de oferta son un bien complementario para aquella franja de población asegurada a través del régimen subsidiado en salud.

El avance en la cobertura del régimen subsidiado con miras a un aseguramiento universal en términos de equidad entre pobres y no pobres, dado por la igualación de los planes obligatorios de salud, está puesta en duda, dada la delegación progresiva de la responsabilidad del gobierno nacional a los entes municipales en materia de financiación y a los topes al crecimiento impuestos mediante la reforma constitucional a los recursos destinados a salud y educación.

La focalización de los subsidios a la demanda y sus ventajas relativas en términos de eficiencia vertical y horizontal, presentan serias deficiencias originadas en el instrumento de focalización y en la gestión realizada en este proceso. Así mismo, las ganancias en calidad, dadas por el pago de producto y no de insumo se han visto seriamente limitadas por la integración vertical entre aseguradores y prestadores. El análisis de las ventajas y desventajas originadas por la implementación de un determinado tipo de subsidios, no son expeditas.

Las anteriores condiciones deben ser corregidas si se quiere hablar de profundizar y avanzar en el proceso de ampliación de cobertura mediante subsidios a la demanda, más aún cuando se aduce que la transformación de subsidios de oferta a demanda permite cada vez que más población se beneficie de este tipo de ganancias.

Los anteriores elementos, se constituyen en límites a la transformación, en este caso se encuentran agregados, lo que hace más complicado el panorama. Sin embargo, individualmente son argumentos suficientemente contundentes para recomendar no avanzar en el proceso de transformación de subsidios de oferta a demanda hasta que no hallan sido superadas todos y cada uno de ellos.

Si las condiciones de agenciamiento se cumplen, la complejidad del producto subsidio a la demanda presenta beneficios adicionales para los afiliados, esta se garantiza cuando se ponen fuertes restricciones a la integración vertical entre aseguradores y prestadores.

Existe la necesidad de una política dual respecto a los hospitales, que depende de la capacidad de autofinanciación, 1- cuando ésta se ve definida por la existencia de múltiples oferentes en mercados con amplia demanda, caso en el que se esperan mejores resultados de la aplicación de planes de mejoramiento y competitividad, y por lo tanto la pérdida de importancia de los recursos de transferencias del gobierno a las IPS en el largo plazo, y 2- donde la capacidad de

demanda no permite la entrada de múltiples oferentes de servicios de salud, originando la necesidad de mantener instituciones de salud subsidiadas.

La crisis hospitalaria, no puede entonces considerarse como la única causa para no profundizar el proceso de transformación actual. Debido a esto, el problema no se limita a la existencia o no de incentivos a los agentes – en este caso, las IPS – para conseguir eficiencia, sino que en el conviven límites fuertes en términos de garantía de derechos ciudadanos en salud, que pasan por problemas de cobertura, equidad, financiación y descentralización, y estructuras de oferta del mercado de IPS.

II.8 ANEXO 1 - FOCALIZACION VS. UNIVERSALIZACION

FOCALIZACION: Subsidio a la demanda	UNIVERSALIDAD: Subsidio a la oferta
Argumentos a favor	Argumentos a favor
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la población más pobre y vulnerable - Llega a los excluidos de los servicios básicos – superación de la exclusión - Problemas de eficiencia: eficiencia horizontal: grado en que programas subsidian únicamente a los pobres; eficiencia vertical: grado en que se logra que todos los pobres reciban el subsidio - Falta de focalización aumenta costos e ineficiencias que excluyen a los más pobres - Incrementa la autonomía y responsabilidad de los proveedores - Permite evaluar y premiar sobre los productos y el rendimiento del servicio y no sobre los insumos - Estimula múltiples fuentes de aprovisionamiento - Facilita la descentralización - Tratamiento heterogéneo asegura que los marginados y con menor capacidad tengan acceso a los servicios - Evita que las personas de recursos dejen de utilizar los servicios públicos - Puede responder más fácilmente a las necesidades reales de los grupos locales - Mejora sostenibilidad gracias a la apropiación del servicio por parte de los usuarios - Reduce los niveles de corrupción gracias al involucramiento de la comunidad en el monitoreo - Beneficiarios del subsidio mejoran su bienestar 	<ul style="list-style-type: none"> - Establece estándares de calidad de servicio igual para todos - Tratamiento homogéneo para todos - Costa Rica ha alcanzado cubrimiento universal con un sistema centralizado - Hospitales se benefician de economías de escala. - Buena calidad del servicio (Costa Rica) - Hospitales públicos mejor equipados que los privados - Promoción de mayor igualdad social - Equidad en el tratamiento de las características personales - Se puede lograr eficiencia económica - Las instituciones sociales otorgan derechos

III ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. UNA PROPUESTA PARA SU REGULACION.

III.1 PRESENTACION.

Francisco Rossi
Investigador Universidad Nacional

Este documento corresponde a un trabajo conjunto realizado entre el Centro de Investigaciones para el desarrollo –CID- de la Universidad Nacional de Colombia y FEDESALUD, en respuesta a uno de los productos esperados del proyecto "Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado" pero también a un compromiso de FEDESALUD con el Ministerio y con la comisión 7ª de la Cámara de representantes.

Fue elaborado mediante el siguiente procedimiento:

- Una revisión conceptual e histórica sobre las enfermedades de alto costo en Colombia y en otros países del mundo, con énfasis en su abordaje desde la perspectiva de la seguridad social en salud;
- Una revisión conceptual sobre el aseguramiento, los seguros y los reaseguros y la experiencia vivida en Colombia con las enfermedades de alto costo.
- Una evaluación de la experiencia Colombiana utilizando documentos de múltiples instituciones sobre el tema.
- Una evaluación de la experiencia del régimen subsidiado con las enfermedades de alto costo realizada a partir de los datos recogidos en el formulario nacional de trabajo de campo del proyecto " Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado " .
- Un análisis de diferentes estudios y diferentes proyecciones sobre el costo de las enfermedades de alto costo, especialmente los realizados por el Grupo de Apoyo a La Reforma del Ministerio de Salud.
- Una discusión permanente con el GAR del Ministerio de Salud, con el equipo de trabajo del CID-Universidad Nacional y con Fedesalud, de los avances en los diferentes aspectos y de la propuesta final.
- Una presentación ante la comisión 7 de la Cámara de representantes.

Este documento es el resultado en consecuencia, de un rico proceso de discusión que se ha nutrido con los aportes, observaciones y recomendaciones de múltiples personas e instituciones.

III.2 DIAGNOSTICO SITUACIONAL.

Al hacer una evaluación general sobre la experiencia y la situación que vive el sistema de Seguridad Social con las enfermedades de alto costo, es nuestro criterio que el resultado global no es bueno.

Los problemas más relevantes han sido los siguientes:

- La categoría de alto costo adolece de deficiencias de definición que en ocasiones se convierten en conflictos entre IPS- EPS - Aseguradora- reaseguradora. Las definiciones legales incluyen patologías (Cáncer) síndromes (gran Quemado) procedimientos (diálisis) intervenciones (cirugía cardiovascular) servicios (Unidad de Cuidado Intensivo). También presenta el problema de confundir eventos (Neurocirugía de urgencia) con "Pacientes - año" como es el caso de los enfermos crónicos. Igualmente el hecho de existir estas definiciones de carácter legal, hace que en muchos casos se incluyan eventos o tratamientos que no son de alto costo.⁵⁵
- La iniciativa del proyecto de Ley 089, que ha generado buena parte del debate actual, tienen un aspecto interesante. Ante el estancamiento de la cobertura derivado de la crítica situación económica y otras variables, se presenta la posibilidad de avanzar hacia la universalidad ya no con la cobertura de un POS, sino con una cobertura selectiva. El avance de cobertura del Sistema que debería ser universal para este año con POS contributivo y subsidiado iguales no se logró y no parece que se puede lograr ni en un corto ni en un mediano plazo. Lo que el proyecto de ley estaría proponiendo es una ruta alternativa para buscar una manera de conseguir universalidad en uno de los temas más sensibles, que es el alto costo. Ese planteamiento podría tener la virtud de que, tratándose de una nueva cobertura y de un asunto que va a tener un tratamiento diferencial, pudieran conseguirse nuevas fuentes de financiamiento, que como están las cosas, es algo importante para el Sistema.
- La "selección adversa" efectivamente ha existido, así como la "afiliación fraudulenta" con lo que la distribución de riesgos y costos es desigual en el sistema, en detrimento del ISS y de otras instituciones. Cerrada la afiliación en el ISS, los pacientes han "encontrado" mecanismos de afiliarse a cualquier otra institución transfiriendo el problema.
- La experiencia con el sistema de seguro que se diseñó y que ha operado para el efecto, no es buena. Típicamente elegimos un esquema de trasladar el riesgo esperado a una aseguradora, para luego recobrar los eventos sufridos en un período. Si el costo sobrepasaba lo previsto perdía la aseguradora, pero si resultaba menor ganaba. Esto generó un esquema de relación EPS - asegurador cerrado, sin dispersión del riesgo. Generó también una tensión sobre las glosas, la auditoría y los sistemas de autorización y de información, que hizo que para instituciones con dificultades en estos terrenos (el ISS especialmente) la experiencia fuera financieramente desastrosa, mientras las aseguradoras obtenían excedentes exagerados. Algunas instituciones especialmente en el régimen subsidiado, incrementaron muy rápidamente los afiliados de alto costo con lo

⁵⁵ En la experiencia de la Empresa de Acueducto y alcantarillado de Bogotá, la mayor parte de las reclamaciones presentadas tenían un costo cercano a los \$ 3.000.000 que no parece ser una cifra de "alto costo" para un sistema de aseguramiento.

que se presentaron pérdidas e incluso quiebras en algunas aseguradoras. La existencia de selección adversa que se trasladaría de EPS en EPS a medida que vayan quebrando, terminaría inevitablemente en quiebra en dominó.

Habida cuenta de estas dificultades se consideró pertinente profundizar en los conceptos y en las experiencias a fin de formular una propuesta apropiada a las actuales circunstancias.

III.3 DISCUSION CONCEPTUAL.

3.1 PROTECCION SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL.

Defining those levels of material well-being which constitute a minimum acceptable standard (or right) is a fundamental element component of the notion of citizenship.

Social protection policy is also intimately connected to debates on social cohesion and social exclusion. This reflects a view in the social sciences which emphasizes that inclusion in collectivity which provides for mutual assistance is central to the definition of social life. To look at this relationship from a different angle, when a collectivity such as the state loses the capacity to provide for the needs of its members (citizens) in a crisis, it suffers a crisis of legitimacy as a consequence, and accordingly finds it harder to govern.

© Overseas Development Institute 2001 Centre for Aid and Public Expenditure

El análisis conceptual se inicia con una discusión sobre el concepto del papel del Estado en la protección social. La cita básicamente señala como el tema de la protección social es el centro del tema político de cualquier Estado. Hay dos funciones básicas del Estado, una es mejorar el nivel de vida y una otra es proteger los bienes de los ciudadanos, los riesgos graves de la economía de las familias. La protección de los riesgos de los ciudadanos es lo que más contribuye a su legitimidad y al contrario, si no logra brindarla, afronta una crisis de legitimidad.

En salud, el planteamiento que hace el informe de la O.M.S. del 2000, insiste en como no se trata tan sólo de fomentar la salud en general sino proteger a las familias de los costos de la enfermedad. Esta es una aplicación del concepto de protección social al tema de la salud.

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

World Health Report 2000

El concepto de seguridad social en un sistema capitalista busca proteger el ahorro familiar, lo que resulta bien interesante porque ninguna sociedad capitalista podría prosperar si las familias están corriendo el riesgo de que por una enfermedad todo el trabajo de todos sus miembros, de varios años, se pierda en cualquier evento. Esta es una notable diferencia con lo que sucede en las sociedades socialistas.

La seguridad social puede ser observada como el conjunto de mecanismos creados para garantizar la estabilidad del ingreso individual o familiar en una sociedad de mercado. Seguros como el de enfermedad general y maternidad, el de invalidez, vejez y muerte o el de desempleo, constituyen la garantía de la seguridad y estabilidad económica de las familias de los trabajadores, es decir la protección contra las contingencias, indispensable en una sociedad capitalista, en la cual el Estado no tiene la función directa de garantizar el ingreso y la provisión de las necesidades de las familias, a diferencia de las sociedades socialistas.

FEDESALUD 2000

Los principios claves de la seguridad social son suficientemente bien conocidos pero vale la pena recordarlos al momento de entrar en la definición de alto costo. **La solidaridad se da en el pago, la equidad en el servicio o derecho igual para todos. El principio introducido por la seguridad social en Europa separa la capacidad de pago de la necesidad de servicio o del riesgo.**

5.4 III.4 SEGUROS DE SALUD.

El alto costo es especialmente lo que las familias requerirían que se les proteja, quisieran que se les proteja y estarían dispuestas a hacer cualquier tipo de esfuerzo para tener protección. Pero hay que hacer notar como es distinto el alto costo para una familia, al concepto de alto costo para una institución, para una multinacional farmacéutica o para una aseguradora. Y al tratar de hacer esta distinción, parece que hemos privilegiado con mucho la tecnología, las instituciones de alto desarrollo tecnológico y lo que allí se hace, como alto costo.

Este tema del alto costo e incluso el tema del aseguramiento han surgido en la medida que la industrialización y el desarrollo han creado opciones de tratamiento que son inalcanzables para cualquier persona o para cualquier familia promedio de cualquier país.

También es posible constatar como en esquemas de aseguramiento y frente al alto costo la existencia de agencias es indispensable para que prosperen las instituciones especializadas de alta tecnología. Sólo hay instituciones de buen desarrollo en temas de alto costo y con alto grado de especialización (un instituto de cancerología, un instituto de cardiología, etc.) donde hay algún tipo de organismo que maneje un financiamiento de manera agregada, de manera solidaria, de lo contrario ese tipo de instituciones no prosperan o simplemente no existen.

Sin embargo probablemente todas las familias estaríamos de acuerdo en que nos interesa muchísimo tener protección para problemas crónicos que además impliquen mucho gasto y mucho desgaste, como el caso de un anciano con un problema crónico que requiera apoyo de enfermería y acompañamiento permanente, o el caso de un parapléjico, vale decir las enfermedades invalidantes. En países como Holanda el seguro de alto costo es exactamente esto. Holanda define un seguro de alto costo obligatorio y universal para proteger ese tipo de problemas crónicos, pero que en otros países existe con otros esquemas como el medicare en Estados Unidos. En el caso Colombiano este tema no está en discusión y una de las propuestas es ponerlo en el debate.

El alto costo es lo que mejor encaja en una conceptualización de seguros en un sistema de salud. En seguros uno lo que busca es distribuir el riesgo de algo muy costoso y de baja frecuencia. Es un hecho que las cosas que suceden todos los días y cuyo costo no es muy alto no se aseguran. Sin embargo en salud tenemos una línea ambigua en la que todos los servicios se cubren por sistemas de aseguramiento, es decir el concepto de seguros sería mucho más claro para alto costo que para efecto de servicios. Estos se ajustan a la protección y la seguridad social.

III.5 SEGUROS Y REASEGUROS. DISTRIBUCION DEL RIESGO O DISTRIBUCION DEL COSTO.

El enfoque de distribución de riesgo o el enfoque de distribución de costo es un debate muy interesante que encontramos. Generalmente uno entiende que un seguro lo protege de un riesgo, pero que eso se traduce en el costo de ese riesgo y probablemente en un porcentaje muy alto de casos tiene razón. Sin embargo para algunos historiadores del aseguramiento y del seguro como institución financiera, de lo que se trata es de distribuir el riesgo. Algunos consideran que la primera vez en la historia que existió un seguro, fue en algún país oriental donde la gente no ponía todos los bultos de la cosecha en el mismo barco sino que los distribuía en varios barcos. No hay que poner todos los huevos en la misma cesta, que dice la sabiduría popular.

En un caso como el nuestro de eventos de baja frecuencia y costo alto uno pudiera tener dos enfoques cuyas diferencias son importantes. Se puede pedir un seguro (o reaseguro) que reconozca cualquier evento que cueste más de determinada cantidad, (de 30 millones en adelante) o uno para el caso de un exceso de riesgo; por ejemplo si se espera tener 12 casos de SIDA en una EPS. y aparecen 13, ese 13 ya es un siniestro.

Lo que en general se trata de reasegurar es el exceso de riesgo, la probabilidad de que un evento pase de una frecuencia esperada. En el ramo de automóviles es fácil de ejemplificar; se espera que roben 100 vehículos en un período dado y de 101 en adelante se contrata un reaseguro, o se espera que los robos cuesten en promedio 50 millones, y se contrata un reaseguro para los que cuesten de 50 en adelante. Si bien las familias tienden a asegurar el alto costo de una enfermedad, para las EPS esto no tiene mucho sentido. El problema para las aseguradoras no debiera ser reasegurar el costo de un evento sino el exceso de frecuencia.

Para el caso de las pólizas de alto costo en Colombia lo que hemos hecho en realidad no es ni lo uno ni lo otro. La modalidad de manejo de reaseguro que hizo carrera corresponde a un esquema de traslado de riesgo a un tercero. Hay al menos tres formas de trasladar el riesgo en esquemas de reaseguros: 1) Trasladar todo el riesgo 2) Distribuir el exceso de riesgo a través de un tercero, trasladando tan solo el exceso, (todos ponemos un poco para distribuir los excesos de cada uno) y 3) Ajuste por riesgo, ex – post por parte del financiador. Es el esquema del medicare donde un financiador único reconoce el exceso de frecuencias de determinadas patologías a quienes las hayan experimentado.

En el tipo de póliza de alto costo con traslado del total del riesgo a un tercero se nos presentaron varios tipos de problemas en la experiencia del país. Primero que ante múltiples aseguradores (EPS; ARS; Direcciones territoriales) y múltiples reaseguradores, la negociación era bilateral exclusivamente. De esta manera no existió dispersión del riesgo. Cuando por alguna razón (mejor información en los usuarios, afiliación selectiva por los alcaldes etc) las frecuencias aumentaron por encima de lo previsto, algunas compañías de seguros quebraron. En la otra cara de la moneda las instituciones con dificultades administrativas y de información pagaron primas muy altas sin poder realizar los reclamos con lo que algunas aseguradoras se enriquecieron.

De otra parte un esquema bilateral como el descrito es un poderoso estímulo a la selección adversa, pues el valor de cada póliza depende de evaluación del riesgo de la EPS. Si es posible seleccionar este tipo de pacientes, y existen múltiples métodos, el valor de la póliza será menor. Tal práctica hará que, inevitablemente, se genere un esquema de quiebra en dominó, de quienes vayan asumiendo escalonadamente el alto costo.

Finalmente se ha presentado un problema adicional referente a las colas y las dificultades para estimar costos anuales. El número de eventos que se retrasan en el reporte, el cobro y el pago es ciertamente significativo, especialmente en las instituciones públicas (en las que muchas veces más que facturación, se hace reconstrucción histórica) con lo que las evaluaciones son difíciles de realizar y las estimaciones presentan un nivel adicional de incertidumbre.

III.6 LA EXPERIENCIA DEL ALTO COSTO EN EL REGIMEN SUBSIDIADO. EL ESTUDIO DEL CID-UNIVERSIDAD NACIONAL.

En este capítulo presentaremos los resultados de la información consignada en los formularios de las instituciones de carácter nacional dentro del proyecto "Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado" que correspondieron a la pregunta No 7.

En primer lugar observemos la distribución de empresas aseguradoras por año.

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL
ATLAS	6	3	3	3	0	15
GANADERA	3	3	0	0	0	6
GRANCOLOMBIANA	3	0	1	4	0	8
PREVISORA	3	0	4	8	1	16
LIBERTY	0	0	0	1	0	1
COLMENA	0	4	3	1	0	8
LATINOAMERICANA	1	0	0	0	0	1
SKANDIA	0	8	1	0	0	9
COLSEGUROS	1	3	0	0	7	11
CENTRAL DE SEGUROS	0	1	0	0	13	14
MUNDIAL DE SEGUROS	1	0	0	14	3	18
AURORA	4	1	0	9	3	17
CAJA AGRARIA	1	0	0	0	0	1
COLPATRIA	0	0	2	1	3	6
SEGUROS DEL ESTADO	0	0	7	3	0	10
AGRICOLA	8	0	9	0	1	18
OTRA	10	0	0	0	4	14
total	41	23	30	44	35	173

Fuente: Ministerio - CI 9

A continuación presentamos la evaluación de la experiencia con las primas, los deducibles y el valor asegurado en el régimen subsidiado, de 1996 al 2000. Está discriminado por Cajas de Compensación, EPS., y Empresas Solidarias. En las tablas se han recogido los valores promedio y los valores máximos en cada una de las variables seleccionadas.

PREGUNTA 7.5.2.

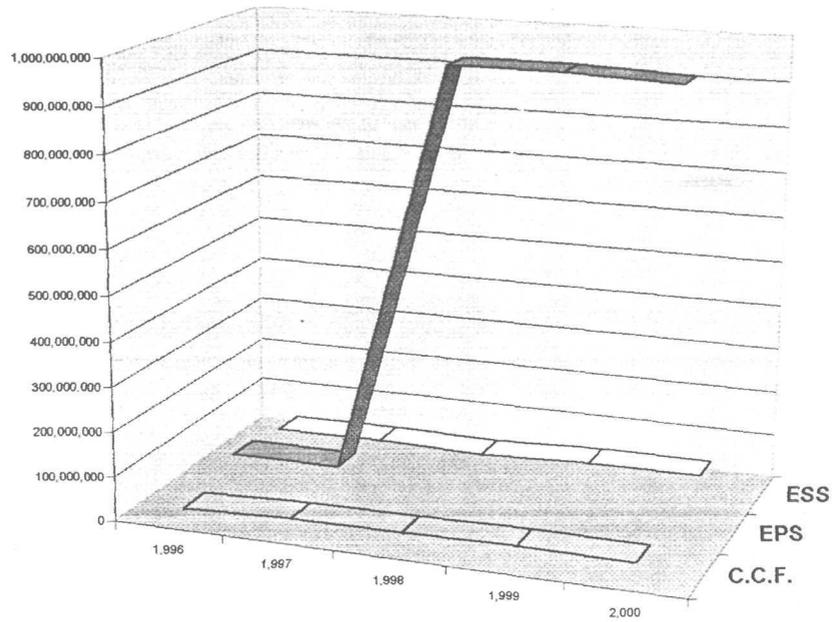
PROMEDIOS .		1,996	1,997	1,998	1,999	2,000
C.C.F.	prima mes/capita	148,608	58,669	57,192	104,017	282,019
	Valor asegurado	19,060,148	28,333,391	30,000,050	34,375,049	31,250,222
	Deducible	100,000	400,000	357,142	1,966,666	1,200,000
EPS	prima mes/capita	43	43	66	66	136
	Valor asegurado	60,000,000	60,000,000	970,000,000	970,000,000	960,000,000
	Deducible	20,000,000	20,000,000	30,000,000	30,000,000	40,000,000
ESS	prima mes/capita	1,415,015	1,575,235	2,883,248	2,384,567	9,115,461
	Valor asegurado	38,600,140	41,142,957	36,500,135	46,692,426	47,000,202
	Deducible	100,000	100,000	169,230	368,750	1,820,000

Fuente: Ministerio - CI 9

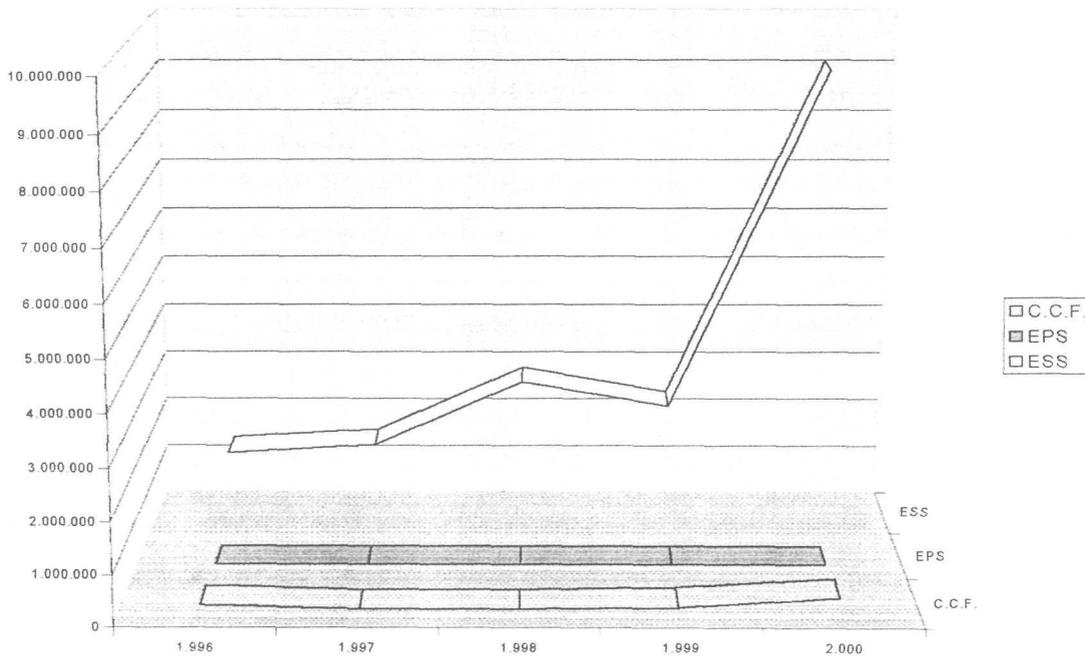
Es bien pronunciada la tendencia al incremento anual, especialmente del 99 al 2000 en cada una de estas variables. En las gráficas siguientes se puede ver con mayor claridad.

*Todos son
Fuente: Ministerio de Salud*

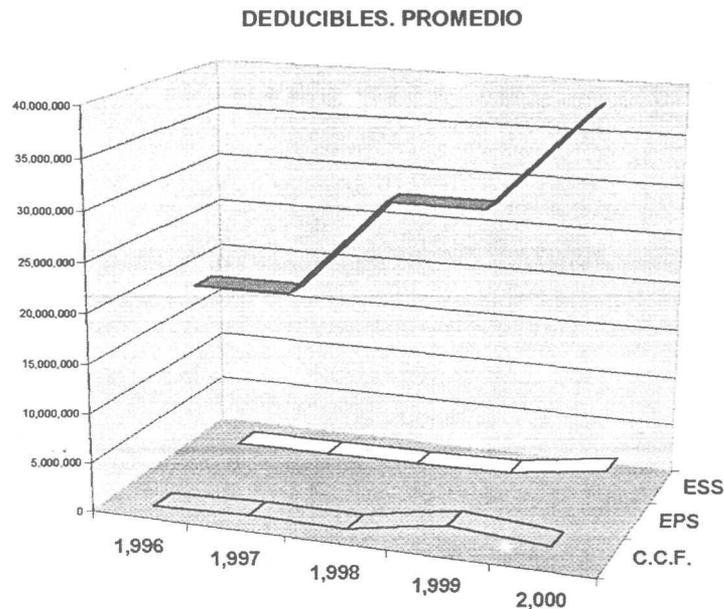
VALOR ASEGURADO. PROMEDIOS



PRIMA MES PER CAPITA. PROMEDIOS.



Es notable la diferencia de comportamiento de las EPS, lo que obedece a varias razones. La primera es que en la muestra solamente existía un número muy reducido de EPS y que su comportamiento es relativamente atípico. La segunda es que se han visto negociaciones con pólizas poco comunes, con el único objeto de cumplir requisitos legales pero generando esquemas de manejo propio del riesgo, como lo que hace el ISS y cada vez más instituciones.



Es definitivamente muy notoria la tendencia al incremento en cada una de las variables consideradas, año por año.

PREGUNTA 7.5.3.

Criterio para aplicar el valor asegurado y el valor del deducible.

CRITERIO	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
Paciente/diagnóstico/año	4	2	6	12	34.28
Paciente/evento	2	0	6	8	22.85
Paciente	1	0	6	7	20.00
Otro	2	1	2	5	14.28
Paciente/diagnóstico	0	0	3	3	8.57
TOTAL	9	3	23	35	100.00

Sin dato : 7

El criterio más frecuentemente utilizado fue el de paciente/evento/año, que probablemente es el que mejor responde a las definiciones legales existentes.

PREGUNTA 7.5.4.

La Póliza es global?

	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
Si	11	3	24	38	95.00
No	1	0	1	2	5.00
	12	3	25	40	100.00

Sin Dato: 2

La póliza fue global en la inmensa mayoría de los casos.

PREGUNTA 7.5.4.1.

Si la respuesta anterior es afirmativa, indique si la póliza discrimina los afiliados amparados por municipio.

	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
Si	9	3	15	27	71.05
No	3	0	8	11	28.94
	12	3	23	38	100.00

En los 38 casos en los que la póliza fue global, el 70% establecían una discriminación de coberturas por municipio.

PREGUNTA 7.5.5

Criterio de pago de la póliza actual

CRITERIO	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
PER CAPITA/MES SOBRE EL TOTAL DE AFILIADOS CONTRATADOS	6	1	16	23	62.16
PER CAPITA/MES SOBRE TOTAL CARNETIZADOS HASTA EL MES PAGADO	2	1	3	6	16.22
PER CAPITA/MES SOBRE TOTAL CARNETIZADOS HASTA EL MES ANTERIOR	1	1	5	7	18.92
OTRA	1	0	0	1	2.70
TOTAL	10	3	24	37	100.00

Sin dato: 5

El esquema más utilizado en el régimen subsidiado es el de un pago mensual sobre el total de afiliados, lo que probablemente obedece a la búsqueda de un mecanismo simple que se ajusta a los esquemas de contratación más comunes. Es posible que cuando existen cambios frecuentes en los afiliados se utilicen los esquemas mensuales.

PREGUNTA 7.5.6.

Los pagos de la aseguradora por los siniestros de alto costo

	CCF	EPS	ESS	TOTAL	%
SE HACEN DIRECTAMENTE DE LA ASEGURADORA A LA IPS	0	0	4	4	10.26
LA ARS PAGA A LA IPS Y RECOBRA A LA ASEGURADORA	10	3	18	31	79.49
LA ARS COBRA A LA ASEGURADORA Y POSTERIORMENTE PAGA A LA IPS	2	0	2	4	10.26
TOTAL	12	3	24	39	100.00

Sin dato: 3

Como era de esperar la modalidad mas común que se ajusta al tipo de póliza, es la de pagar a la IPS y recobrar a la aseguradora posteriormente. No obstante las otras modalidades también pueden significar ventajas administrativas o financieras.

PREGUNTA 7.5.7.

SINIESTRALIDAD Y PAGOS.

CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR : 13 (Valores promedio/año)

	97	98	99	2000
SINIESTROS AVISADOS	20.66	58.80	94.00	58.00
SINIESTROS RECLAMADOS	49.60	121.80	128.00	44.25
VALOR RECLAMADOS	154,440,069.00	359,104,925.00	476,479,617.00	304,257,462.00
VALOR TRAMITE	15,136,936.50	32,177,978.50	62,225,597.75	264,491,509.00
VALOR PAGADO	112,417,508.00	218,764,249.00	341,229,232.00	175,582,429.00
VALOR NEGADO	32,836,444.25	60,831,563.50	51,641,639.75	42,840,006.00
VALOR PENDIENTE	12,273,873.00	190,177,979.00	48,867,638.00	255,778,398.00

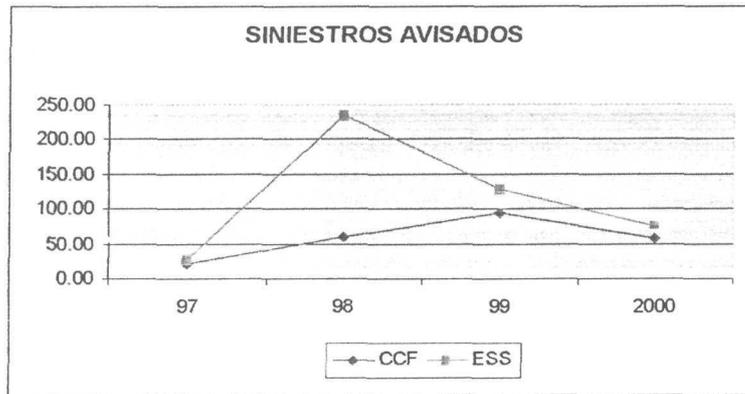
EMPRESAS SOLIDARIAS DE SALUD: 25 (Valores promedio/año)

	97	98	99	2000
SINIESTROS AVISADOS	28.66	234.44	128.90	74.58
SINIESTROS RECLAMADOS	26.00	238.87	144.40	143.84
VALOR RECLAMADOS	85,322,778.00	223,509,129.00	304,779,575.00	322,691,543.00
VALOR TRAMITE	5,934,863.50	181,452,160.00	92,287,210.56	166,686,656.00
VALOR PAGADO	28,175,555.33	109,381,751.00	162,552,440.00	119,627,047.00
VALOR NEGADO	10,000,000.00	51,233,732.60	25,094,613.75	44,740,965.17
VALOR PENDIENTE	82,254,814.33	113,933,457.00	80,372,458.00	120,831,527.00

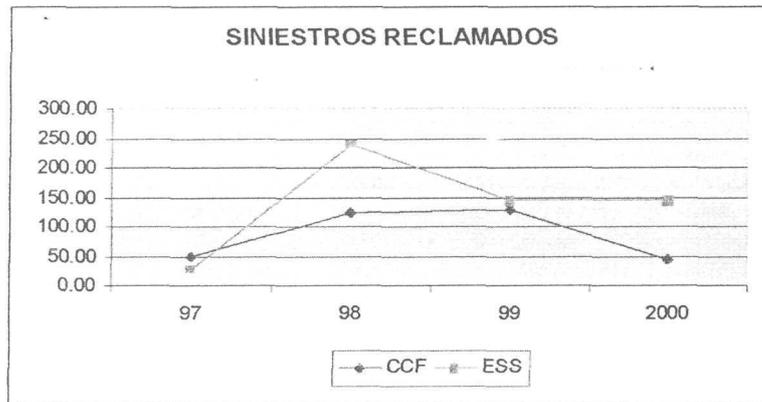
EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD : 4. Sin datos para estas variables.

El comportamiento de estas variables aunque tiende al incremento anual, es confuso y errático y probablemente obedezca a las diferencias de políticas entre las ARS y entre los aseguradores. Las gráficas siguientes así lo ilustran.

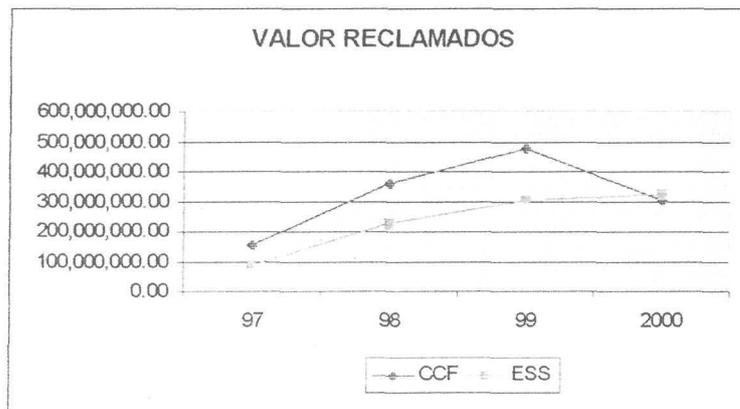
SINIESTROS AVISADOS.



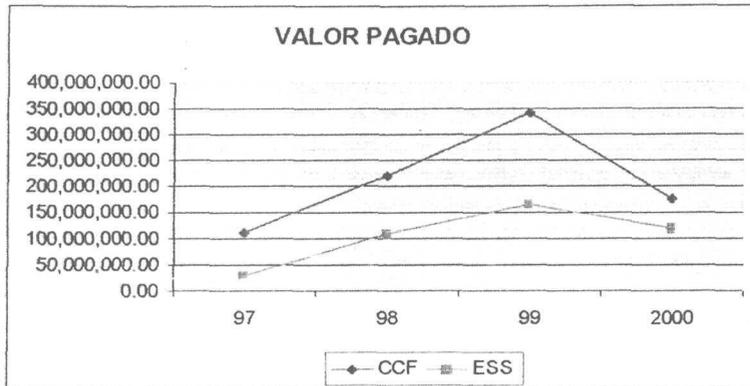
SINIESTROS RECLAMADOS.



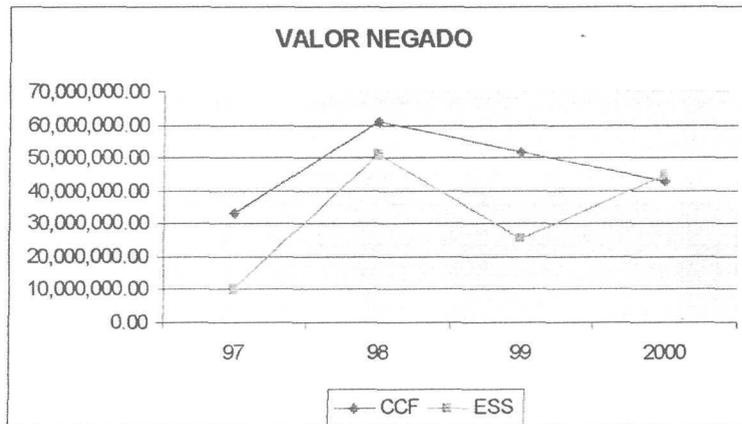
VALOR RECLAMADOS



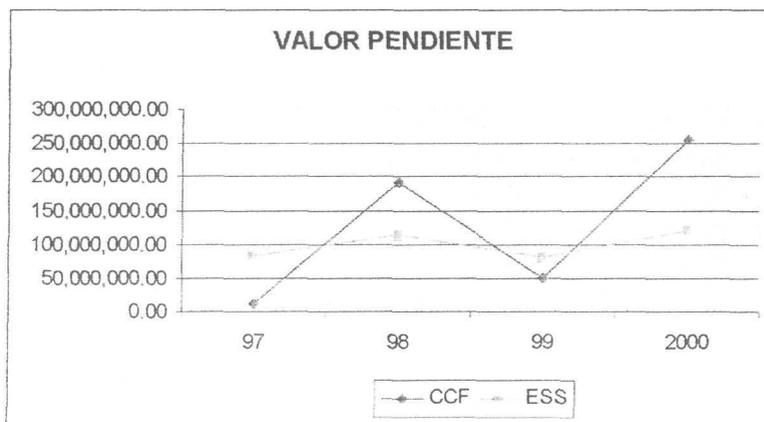
VALOR PAGADO.



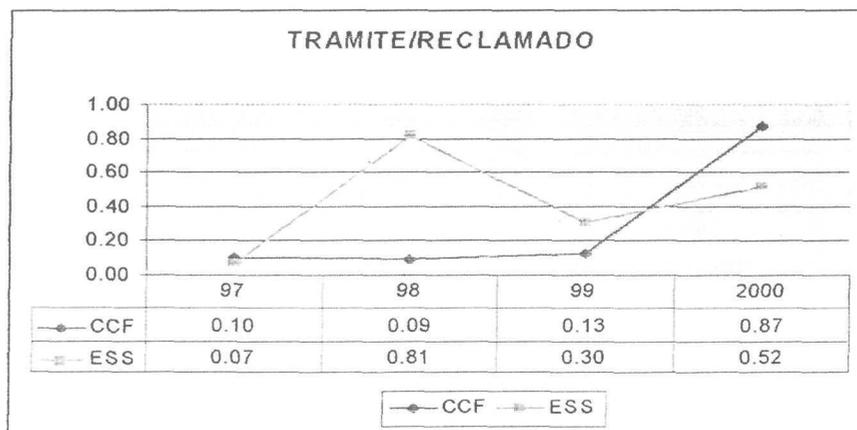
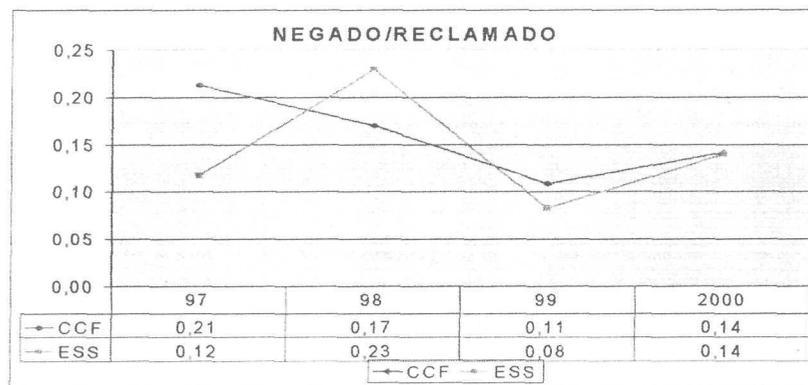
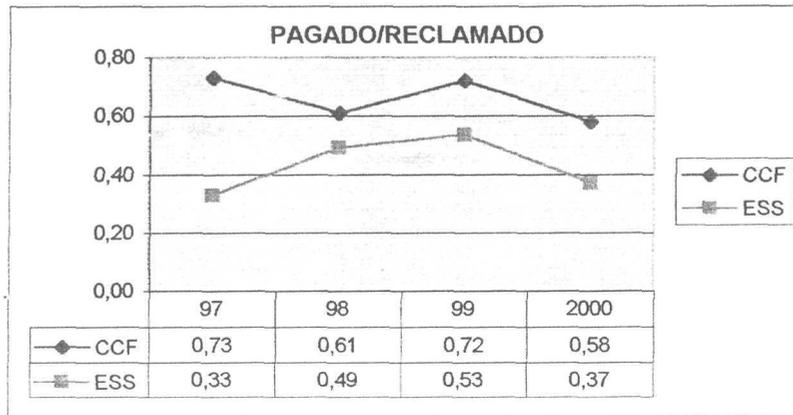
VALOR NEGADO

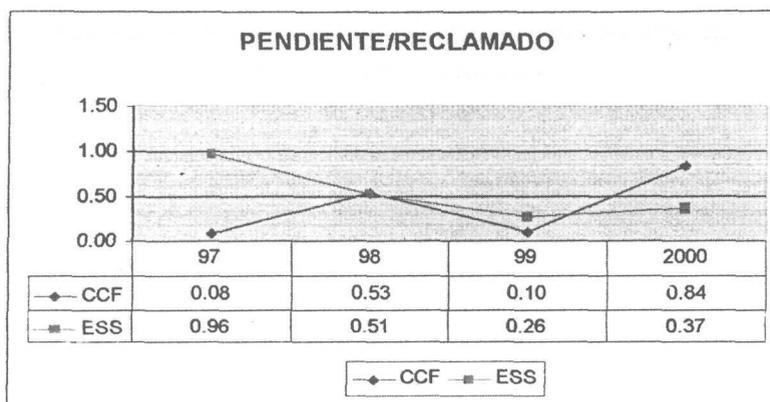


VALOR PENDIENTE.



Las gráficas siguientes muestran las relaciones pagado / reclamado, trámite / reclamado y negado / reclamado en términos de porcentaje anual. Es notorio el proceso de aprendizaje que hace que año por año los indicadores mejoren.





La siguiente es la distribución consignada en el formulario de los servicios adicionales otorgados por las aseguradoras.

SERVICIOS ADICIONALES	CCF	EPS	ESS
CAPACITACION A FUNCIONARIOS	3	2	11
ASESORIA	3	3	11
AUDITORIA	4	1	8
PARTICIPACION EN UTILIDADES	0	1	0
INCENTIVOS POR BAJA SINIESTRALIDAD	3	1	2
INCENTIVOS POR BUEN MANEJO	1	1	2
SERVICIOS FINANCIEROS	0	1	1

III.7 ELEMENTOS PARA UNA PROPUESTA.

El primer esfuerzo estuvo dirigido a formulación de unos criterios con los cuales se pudiera proponer una redefinición del alto costo y una agrupación diferente a la que hoy tenemos. Los criterios elegidos fueron los siguientes:

- 1) Que tan importante es para la sociedad, y para las familias determinada patología. Que tanta sensibilidad ética tendría estar o no estar protegido de su impacto económico.
- 2) A quien queremos proteger, a los pacientes y las familias, a los aseguradores o a las IPS.,
- 3) Si el tipo de problema es previsible o es contingente, es urgencia,
- 4) Si hay riesgo de selección adversa, que tiene mucho que ver con si es contingente o previsible.
- 5) Si es una patología aguda o crónica
- 6) Si la evaluación debe hacerse por costo evento o de costo año por paciente,
- 7) Si el pronóstico es bueno o regular,

Encontramos además una propuesta bien interesante que pudiera ayudar mucho a clarificar la confusión sobre los conflictos que existen en los reclamos y en las auditorias, que es la combinación entre diagnóstico e intervención; Por ejemplo "Angioplastia por enfermedad coronaria". "Hemodiálisis por IRC". Se integran diagnóstico y procedimiento, lo que permite avanzar a costos promedio por "paquete", para lo cual en el país tenemos una importante experiencia con el manual de tarifas del I.S.S. Es un sistema en uso en algunos estados de EEUU y en discusión en Uruguay.

Combinando esos conceptos proponemos la diferenciación del alto costo en cinco grupos que son razonablemente homogéneos entre si y diferenciables, y que debieran tener manejo específico.

El Grupo 1 corresponde a la urgencia grave de alto costo. Incluye el trauma y el accidente. Es un grupo de muy alta sensibilidad ética (todo el mundo quisiera estar protegido y haría cualquier cosa si perdiera esta protección), el evento es accidental, contingente, el caso suele ser agudo y el pronóstico tiende a ser muy bueno. En este tipo de eventos se protege a las familias y a las IPS. No hay riesgo de selección adversa por lo que no se requiere redistribución del riesgo, a no ser que se maneje un pool muy pequeño. En el sistema existe ya un esquema de reaseguro que corresponde al ECAT y el FONSAT. Los vinculados no tienen protección ni las IPS. públicas.

El Grupo 2 es el grupo clásico de alto costo, el que más se ajusta a la definición de la Ley. Corresponde al evento previsible de una patología crónica que implica alta tecnología y alto costo anual por paciente. Algunos tipos de cáncer, la insuficiencia renal y el SIDA son buenos ejemplos. (El caso del SIDA tal vez tiende a volverse de costo manejable, especialmente por los medicamentos genéricos que esperamos inunden el mercado el

próximo año). Es un grupo de altísima sensibilidad social, cuyo costo es planificable, y donde existe alto riesgo de selección adversa y afiliación fraudulenta. Son los pacientes que los Alcaldes ingresan al Sistema y son los pacientes que algunas EPS. Buscan la manera de evitar. El pronóstico en términos generales es regular, pero si no hay tratamiento los pacientes se mueren. Por ello el manejo por tutela es frecuente. Se protege a las familias y a las aseguradoras. Dado el altísimo riesgo de selección adversa, es necesario un esquema de distribución del riesgo que en lo posible tenga alcance nacional o un sistema de ajuste de riesgo ex - post. Los Vinculados hoy por hoy no tienen protección para este grupo de patologías.

El Grupo 3. Incluye pacientes diabéticos insulino - dependientes, epilépticos, algunos tipos de cáncer, el VIH. Es muy parecido al anterior pero la característica que lo diferencia y que justifica separarlo, es que son patologías crónicas en las que la tecnología es más o menos media, y el costo es menor, pero para el paciente es crítico recibir un buen tratamiento, para mejorar su calidad de vida. Estos pacientes se mueren sin tratamiento, pero todos pueden vivir muy bien con cuidados permanentes, pues es en estas patologías en las que la medicina es más exitosa, donde mejores resultados ofrece. Se protege entonces a las familias y también a las aseguradoras en el caso de excesos de frecuencia. Tiene, como en el grupo anterior, un muy alto riesgo de selección adversa. En este grupo a la fecha, no hay cobertura en el régimen subsidiado y tampoco para los vinculados (en ambos casos el paciente llega al hospital en coma diabético o en Status epiléptico y se trata como urgencia pero no recibe tratamiento permanente dentro de un programa). Estas enfermedades requieren cuidado médico permanente y para toda la vida y existe una importante experiencia de manejo de programas en asociaciones de enfermos y otras ONG's con las que el sistema pudiera organizar programas.

El Grupo 4, Los procedimientos en este grupo los hemos denominado como procedimientos "heroicos" de alto costo, no experimentales, con regular pronóstico. Corresponde especialmente a los trasplantes, excepto quizás el de córnea. Aunque los trasplantes suelen asociarse muy estrechamente con la imagen del alto costo, la impresión que nos quedó después del análisis, es que es un grupo de una relevancia relativamente baja por que a pesar de ser individualmente muy costosos, la baja frecuencia hace que tengan un escaso peso económico. El riesgo de selección adversa es mínimo y el manejo judicial es ocasional. Fundamentalmente se trata de proteger al asegurador. En general, en este grupo las familias no podrían asumir este costo, tiene cobertura en el contributivo y parcial en el subsidiado para algunas patologías. Los vinculados están desprotegidos.

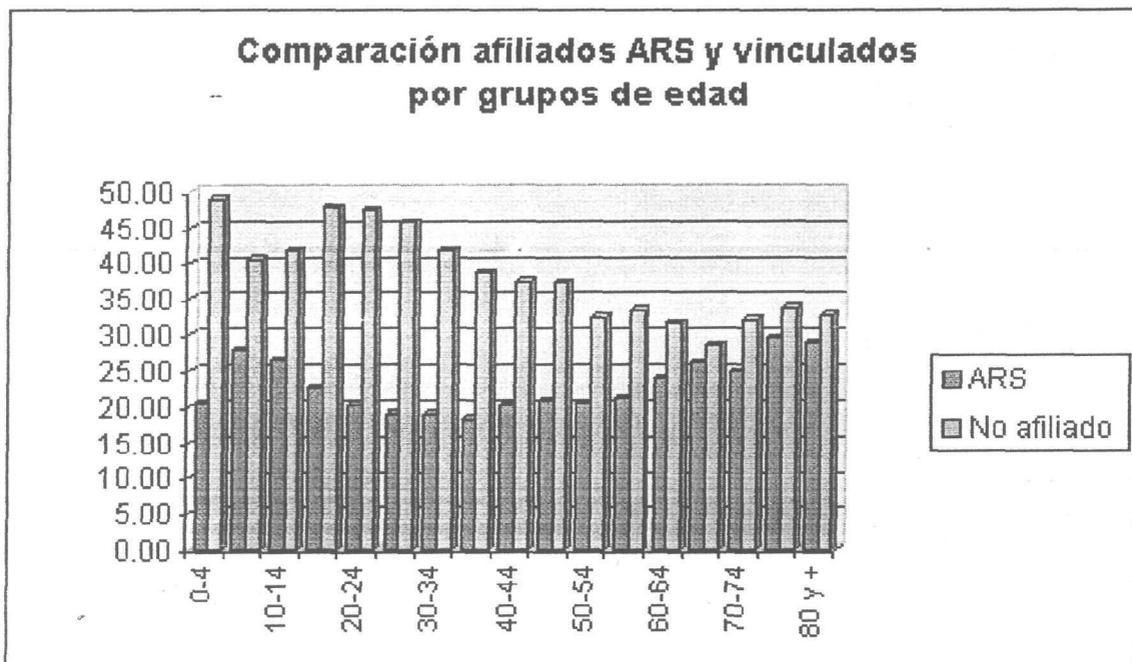
El Grupo 5, es nuevo y en él hemos querido incorporar los cuidados paliativos de los pacientes crónicos y terminales. Este grupo es muy interesante pues incluye los procedimientos que no están hoy en el POS, ni en el seguro, ni en el reaseguro. La rehabilitación, prótesis y cuidados prolongados, las enfermedades psiquiátricas crónicas, la invalidez motora y sensorial, las invalidantes, el alzheimer y los enfermos terminales, por las consecuencias de largo plazo. Se trata de proteger el costo y el desgaste de la familia. Hoy no tiene cobertura, la frecuencia es regular, el pronóstico es regular a malo. Son pacientes que con excepciones, necesitan el manejo de las complicaciones y lo necesitan por mucho tiempo, lo que para la familia es crítico. Hoy las familias asumen ese costo como pueden, hasta donde pueden y los vinculados tampoco están protegidos.- Como señalamos anteriormente corresponde al seguro de alto costo en Holanda. En Colombia tenemos un ejemplo en la experiencia del TELETON y ONGs similares que sin embargo tiene un corte

caritativo, no como un derecho.

En *resumen*, tenemos cinco grupos: en el *Grupo 1*, el de la urgencia, el de las contingencias, pareciera que tenemos el problema resuelto, excepto para los vinculados; habría que buscar un mecanismo para que los vinculados y las I.P.S. públicas tuvieran cobertura en este tipo de problemas. En los *Grupos 2 y 3* hay necesidad de un mecanismo de aseguramiento para toda la población, y un esquema de reaseguro o algo similar que ponga el posible exceso de riesgo de las aseguradoras del sistema en común, en un sólo pool. En el *Grupo 4* denominado de procedimientos heroicos, típicamente de trasplantes, la propuesta apunta a crear un sistema nacional de trasplantes, que tenga una junta de calificación, que seleccione los pacientes de mejor pronóstico, estandarice procedimientos, defina criterios de inclusión, seleccione donantes etc. Hay una experiencia interesante en el Seguro Social, que corresponde a lo que se denominaba los Comités Regionales Técnico – Médicos. La prioridad en este grupo no son los costos, sino más bien se trata de evitar la vía judicial y crear una vía ordinaria a través del Sistema Nacional y unas juntas regionales. Y en el *Grupo 5* que como veíamos no tiene cobertura, habría que buscar una propuesta, un mecanismo de financiar su inclusión en el Sistema, lo que corresponde, ni más ni menos que a desarrollar el Libro IV de la Ley 100., Servicios Sociales Complementarios.

6.
III.8 SELECCIÓN ADVERSA Y AFILIACION FRAUDULENTO.

Hemos mencionado con anterioridad la existencia de fenómenos de *selección adversa*, entendiéndolo por ello la tendencia de algunas EPS a evitar la afiliación de este tipo de pacientes. Aunque en el SGSSS eso es ilegal, es un hecho que se han encontrado mecanismos de ponerla en práctica. También ha existido *afiliación fraudulenta*. Usamos este término a cambio de riesgo moral, pues en un sistema sin preexistencias el término no se ajusta a su sentido usual. Lo que ha sucedido en el régimen subsidiado, es que típicamente se carnetizan los enfermos y los ancianos incluso sin incorporar su grupo familiar, perjudicando al Sistema.



Fuente: Encuesta de Demografía y Salud Bucal 2001

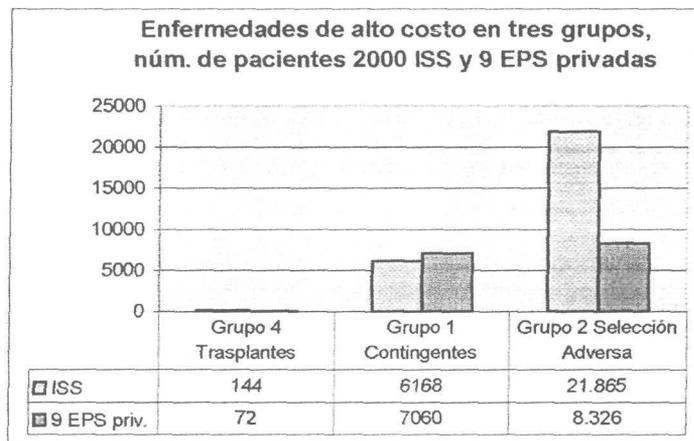
El gráfico muestra la composición por edad de los afiliados a las A.R.S. y los no afiliados, según datos del estudio de PROFAMILIA. Se puede ver claro como en el grupo de 50 y más años existe una similar proporción en el régimen subsidiado y en los vinculados, mientras que en el grupo de 20 a 40 años hay una mayor proporción en los vinculados. Es decir que los Alcaldes han afiliado a los enfermos y los ancianos al régimen subsidiado.

La selección adversa definitivamente existe pero es mucho más evidente si se aísla lo que realmente implica selección adversa. En la tabla siguiente podemos ver tres grupos de patologías y su comportamiento comparativo entre el ISS y 9 EPS. Los datos provienen de ACEMI y del ISS para el año 2000.

ENFERMEDADES DE ALTO COSTO.						
	ISS 2000			9 EPS PRIVADAS ACEMI 2000		
	PACIENTES	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO	PACIENTES	COSTO TOTAL	COSTO PROMEDIO
TRASPLANTE RENAL	144	6.329,00	43,95	52	981,76	18,88
TRASPLANTE MEDULA OSEA	0			14	1.353,66	96,69
TRANSPLANTE CORAZON	0			6	260,16	43,36
CIRUGIA SNC	1.056	1.249,00	1,18	1.961	11.001,21	5,61
UNIDAD DE CUIDAD INTENSIVO	3.888	25.328,00	6,51	2.384	22.719,52	9,53
GRAN QUEMADO	336	1.476,00	4,39	88	589,60	6,70
TRAUMA MAYOR	264	464,00	1,72	1.418	7.331,06	5,17
CIRUGIA CONGENITA	624	1.249,00	2,00	1.209	7.254,00	6,00
DIALISIS Y HEMODIALISIS	4.453	140.344,00	31,62	393	14.934,72	15,04
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	3.132	28.266,00	9,02	2.421	22.345,83	9,23
REEMPLAZOS ARTICULARES	1.260	7.589,00	6,02	888	5.435,20	7,90
SIDA	2.702	34.581,00	12,80	963	8.079,57	8,39
QUIMIO Y RADIO TERAPIA	10.318	55.618,00	5,39	3.261	18.359,43	5,63

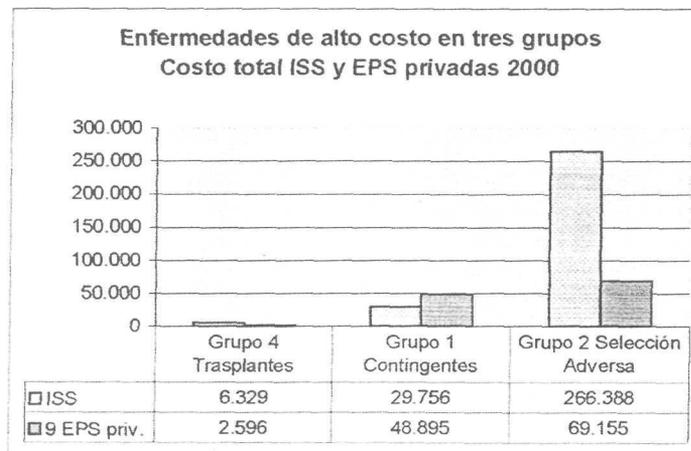
Fuente: datos ISS 2000

Esta constatación se puede observar con mayor claridad en el gráfico siguiente:



Fuente datos, ISS 2000

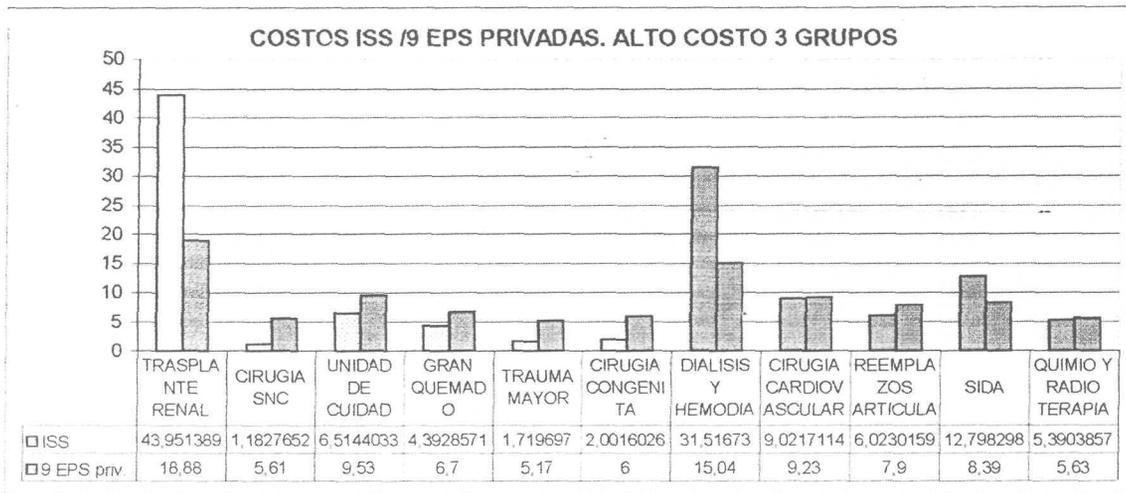
Al observar el comportamiento del costo de cada grupo en los dos tipos de instituciones, es bien notoria la mínima relevancia de los trasplantes (a pesar de su elevadísimo costo individual).



Fuente datos, ISS 2000

Es también notable la similitud de costos en el grupo de las contingentes, pero muy impresionante la diferencia en las que si son objeto de selección adversa. Si se juntan los tres grupos, las diferencias se diluyen en gran medida.

Este gráfico muestra en detalle cada una de las patologías, donde están de nuevo separados por colores en los tres grupos.



Fonte: Aumi, ISS 2000

5.9
III.9 EL COSTO DEL ALTO COSTO.

Tratar de cuantificar y de proyectar el impacto del alto costo es vital para ofrecer cualquier tipo de propuesta. Para el efecto hemos recurrido a múltiples trabajos, muchos realizados por el Ministerio de Salud o por otras instituciones.

La tabla siguiente, elaborada por el GAR-Ministerio de Salud, muestra varios escenarios (proyectados a 41 millones de personas, que corresponde es el total de la población menos los regímenes especiales) usando cifras de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, del 97, del 98 y 2000, las cifras de la Secretaría por población no identificada y el estudio del Programa de Apoyo a la Reforma. El resultado es que el alto costo ha tenido un costo que oscila entre 200.000 millones y un billón de pesos aproximadamente.

CONSTITUCION DE UN SISTEMA DE SEGURO PARA EAC

ESCENARIOS FINANCIEROS

	I	II	III	IV
ESCENARIO	S.D.S. ESTUDIO 1997	S.D.S. POLIZA 02/98 - 02/99	S.D.S. POBLACION NO IDENTIFICADA	ESTUDIO PARS (98-99)
No. PERSONAS	1,000,000	850,000	1,150,000	5,911,000
FRECUENCIA	0.0031	0.0010	0.0044	0.0039
COSTO (millones 1998)	\$ 10,650	\$ 2,000	\$ 19,027	\$ 85,686
PRIMA o Costo (Persona/año) (pesos 1998)	\$ 10,650	\$ 2,353	\$ 16,545	\$ 14,496
Valor de atención (pesos 2001)	5,212,056	4,738,103	5,683,455	6,181,170
Casos esperados EAC en 41.101.000 personas	128,646	40,360	183,299	132,106
Costo esperado EAC para 41.101.000 personas (millones 2001)	\$ 670,511	\$ 191,228	\$ 1,041,769	\$ 917,019

NOTA PARS: POBLACION TOTAL ESTIMADA PARA EFECTOS DE CALCULO: 41.101.000

Fuente: Ministerio de Salud 2000

Estas son las estimaciones del Programa de Apoyo a la Reforma que fueron contruidos con tasas promedio y costos promedio en el contributivo, en el subsidiado y un estimativo para lo que esas tasas promedio significarían para los vinculados, para un costo de 917.000 millones.

COSTOS PROYECTADOS

COSTOS

COBERTURAS	FRECUENCIA	REGIMEN CONTRIBUTIVO		REGIMEN SUBSIDIADO		VINCULADOS	
		CASOS	VALOR TOTAL (p. pesos 2001)	CASOS	VALOR TOTAL (p. pesos 2001)	CASOS	VALOR TOTAL (p. pesos 2001)
Cirugía cancer	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Cardíacas	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
SNC	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Congénitas	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Distúrs	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Gran Quemado	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Hemodialisis	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Neonato	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Quimioterapia	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Radioterapia	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Reemplazo articular	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Trasplante de córnea	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Trasplante riñón	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
Trauma Mayor	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
UCI	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
VII-SIDA	1.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000	1.000	1.000.000.000
TOTAL			3.638.577.724		3.638.577.724		3.638.577.724

Fuente: ESTUDIO ACTUARIAL REALIZADO POR EL PARS - EAC

Fuente: estudio actuarial realizado en el PARS - EAC 2000

ACEMI hace otra estimación con las tasas del Seguro Social y las tasas de las 9 EPS. privadas considerando los costos promedio, los costos máximos y los costos mínimos para llegar a un rango entre 162.000 y 922.000 millones.

ESTIMACIONES ACEMI

	Tasa Mínima	Costo Unitario Mínimo	Tasa Máxima	Costo Máximo	Costo Total Mínimo	Costo Total Máximo
TRASPLANTES	2,18	31.591.015	30,03	52.920.000	2.586.635.855	35.579.370.600
DIALISIS Y HEMODIALISIS	95,88	8.045.542	563,82	18.912.527	28.927.687.887	170.109.744.074
CIRUGIA SNC	75,42	4.212.472	356,81	5.662.150	11.914.650.543	56.365.072.085
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	165,06	4.382.126	1018,06	12.804.583	27.124.262.368	167.297.747.315
REEMPLAZOS ARTICULARES	50,66	7.311.882	125,55	24.844.286	13.890.747.674	34.425.448.495
GRAN QUEMADO	4,01	1.538.270	20,40	22.766.300	231.324.976	1.176.776.760
TRAUMA MAYOR	60,10	3.146.830	260,71	20.575.623	7.092.168.113	30.765.338.109
SIDA	41,90	4.639.440	457,50	11.935.485	7.289.720.100	79.594.744.475
QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA	202,66	4.012.540	1193,01	5.632.529	23.654.525.865	139.248.905.415
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	203,33	4.436.123	1117,44	9.918.399	33.824.882.242	185.892.100.796
CIRUGIA CONGENITA	55,12	2.651.129	219,13	6.006.223	5.479.682.183	21.785.725.257
					162.016.287.805	922.240.973.484

Fuente: Acemi 2000

En resumen estamos hablando de una cifra entre 200.000 millones y un billón de pesos, suponiendo que no se sucediera ningún cambio en las definiciones y coberturas.

RESUMEN.

	Miles de millones \$
Tasa máxima costo máximo	1.588.831
Tasa promedio costo máximo	1.086.785
Tasa promedio costo promedio	756.867
Tasa promedio costo Mínimo	733.421
Tasa mínima costo mínimo	422.275

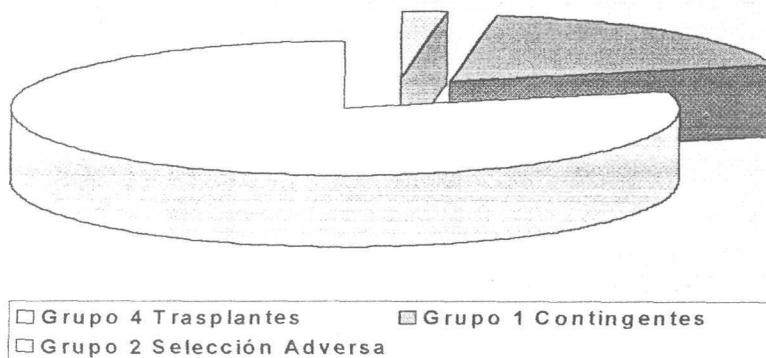
5.
III.10 LA PROPUESTA Y SUS COSTOS.

Ajustando las cifras de acuerdo a los grupos que hemos sugerido, notamos como los trasplantes representan casi el 2%, las urgencias casi el 20% y el grupo de las de riesgo de selección adversa el 79.30%.

	ISS		9 EPS		TOTALES	%
	PACIENTES	COSTO TOTAL	PACIENTES	COSTO TOTAL		
TRASPLANTE RENAL	144	6,329.00	52	981.76		
TRASPLANTE MEDULA OSEA	0		14	1,353.66		
TRANSPLANTE CORAZON	0		6	260.16		
Subtotal		6,329.00		2,695.58	8,924.58	2.11
CIRUGIA SNC	1,056	1,249.00	1,961	11,001.21		
UNIDAD DE CUIDAD INTENSIV	3,888	25,328.00	2,384	22,719.52		
GRAN QUEMADO	336	1,476.00	88	589.60		
TRAUMA MAYOR	264	454.00	1,418	7,331.06		
CIRUGIA CONGENITA	624	1,248.00	1,209	7,254.00		
Subtotal		29,756.00		48,896.39	78,651.39	18.59
DIALISIS Y HEMODIALISIS	4,453	140,344.00	993	14,934.72		
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	3,132	28,256.00	2,421	22,345.83		
REEMPLAZOS ARTICULARES	1,260	7,588.00	688	5,435.20		
SIDA	2,702	34,581.00	963	8,079.57		
QUIMIO Y RADIO TERAPIA	10,318	55,618.00	3,261	18,359.43		
Subtotal		266,388.00		69,154.75	335,542.75	79.30
TOTALES		302,473.00		120,646.72	423,118.72	

Se ilustra mucho mejor en una gráfica de distribución porcentual.

PARTICIPACION DE LOS GRUPOS DE ALTO COSTO



Para efectos de la propuesta, hemos considerado que, utilizando estas cifras que corresponden a aproximadamente 10 millones de habitantes, el punto crítico sería utilizar en cada grupo diferentes factores de expansión. Usando las frecuencias promedio y los costos promedio del Seguro Social y 9 EPS. privadas, se han estimado los eventos y costos para 40 millones de Colombianos.

Pacientes	ISS	9 EPS	Suma 10M	Factor exp	Total	%	Notas
Grupo 4							
Trasplantes	144	72	216	1	216	0,19%	
Grupo 1							
Contingentes	6.168	7.060	13.228	4	52912	46,61%	
Grupo 2							
Selección Adversa	21.865	8.326	30.191	2	60382	53,20%	
					113510	100,00%	
Costos							
Grupo 4							
Trasplantes	6.329	2.596	8.925	1	8.925	0,90%	
Grupo 1							
Contingentes	29.756	48.895	78.651	4	314.606	31,63%	
Grupo 2							
Selección Adversa	266.388	69.155	335.543	2	671.086	67,47%	15.251,94
					994.616	100,00%	

Fuentes ISS y 9 EPS privadas 2000

En el grupo de trasplantes hemos elegido utilizar como factor de expansión "1" pensando que todos estos pacientes ya están por alguna ruta en el Sistema. En el grupo de las contingentes que vale 78.000 millones, el factor de expansión es "4" pues la distribución en la población tiende a ser aleatoria. En el grupo de selección adversa las cifras ya han demostrado que una gran mayoría de los pacientes han encontrado el mecanismo de ingresar al sistema, tanto en el contributivo (ISS, CAJANAL) como en el subsidiado. Por tal razón estimamos que el máximo factor de expansión a aplicar es "2", aún asumiendo que puede estar sobrestimado. (se ha aceptado que el 80% de los enfermos ya están asegurados)

De acuerdo con estas proyecciones y sus costos estimados el panorama puede ser bien diferente.

El grupo 1, las contingentes, corresponde a 320.000 millones, pero la mitad de la población (aproximadamente equivalente a 160.000 millones) ya está asegurada con EPS. y ARS. Ofrecer cobertura a los vinculados, (160.000 millones) puede financiarse con la subcuenta de E.C.A.T. pagando a los hospitales las atenciones contingentes de alto costo con un deducible. Hoy de hecho los excedentes de ésta subcuenta se trasladan a los hospitales en cantidades mayores a la propuesta.

El grupo de los trasplantes no requiere un esquema financiero especial por su reducido impacto, , pero si un manejo operativo y administrativo diferente. Hemos propuesto la creación de un Sistema Nacional de trasplantes que le brinde bases

técnicas a una vía ordinaria de manejo de estos casos.

El grupo de selección adversa, multiplicado por 2, tiene un costo proyectado de 670.000 millones de pesos. Puesto que en éste grupo se requiere un sistema de distribución de riesgo, hemos evaluado la alternativa del fondo que ha propuesto el Ministerio, así como las posiciones que han asumido algunos actores del sistema respecto a ella. Creemos que lo fundamental de la propuesta es proteger a los vinculados, donde las Direcciones Departamentales de Salud debieran actuar como aseguradoras.

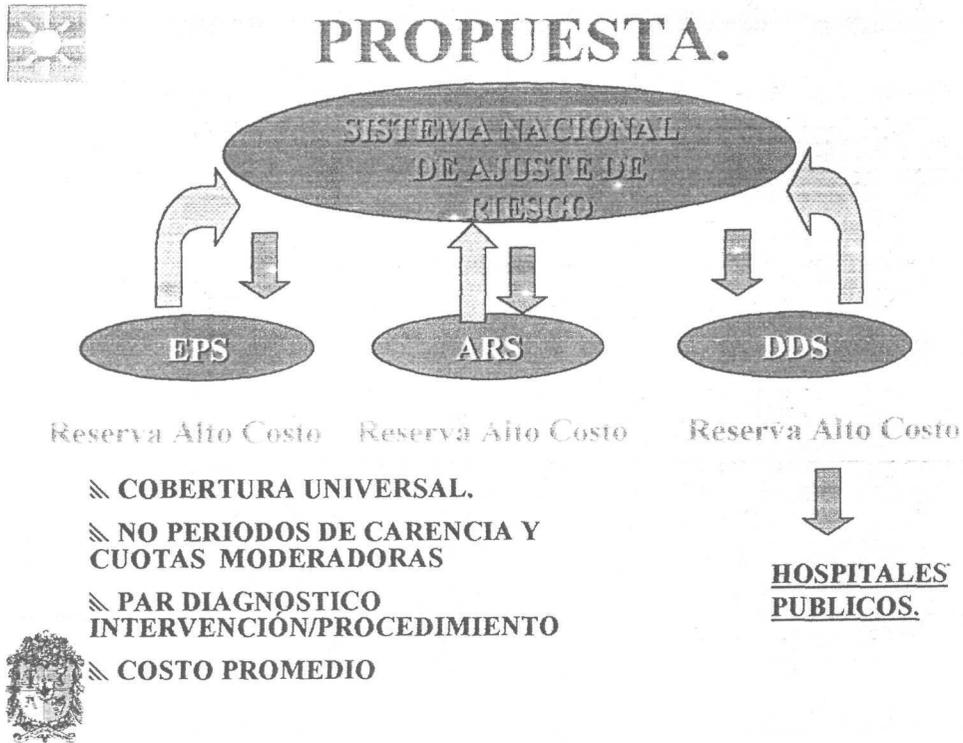
Con éstos elementos proponemos una variante a la propuesta del fondo, que pueda superar las críticas más importantes que ha recibido. Se ha mencionado la inconstitucionalidad de retener fondos destinados a los entes territoriales, la inconveniencia de asumir todos los pacientes de alto costo por el fondo, desestimulando inversiones en promoción y prevención y desestructurando la integralidad de la atención por las aseguradoras.

Para absolver estas objeciones ofrecemos la alternativa de generar un esquema de ajuste ex post, combinado con un mecanismo de reserva de alto costo y una estandarización de diagnóstico/procedimiento a costos promedio. La propuesta tendría los siguientes elementos:

- Cobertura Universal, administrada por las EPS en el contributivo, las ARS en el subsidiado y las Direcciones Departamentales para los vinculados.
- Las atenciones a los vinculados serían realizadas en las instituciones de tercer nivel y especializadas de la red pública.
- Eliminación de las cuotas moderadoras, los copagos y los períodos de carencia en todos los casos, por cuanto en alto costo siempre constituyen barreras de acceso.
- Uso de un manual de "Pares" diagnóstico/procedimiento a costos estándar. Pudiera generarse una comisión de tarifas con participación de todos los involucrados. Este esquema facilitaría enormemente la administración y la información.
- Creación de un esquema de "reserva" obligatoria para alto costo en las aseguradoras.
- Creación de un esquema de ajuste ex post.

De acuerdo con la propuesta cada asegurador estaría obligado a constituir una **reserva** por un valor aproximado de \$ 15.000 per cápita / año. (un 6% de la UPC contributiva aproximadamente). Las atenciones de alto costo que realice a sus afiliados se descontarían de esta reserva. Al final de un determinado período (proponemos trimestral o semestralmente) se realizaría un cruce de cuentas para determinar si se han prestado atenciones, a costos promedio, por más o por menos del valor correspondiente de la reserva. En el primer caso se solicitaría al sistema de ajuste una compensación por la diferencia. En el segundo caso se transferiría al esquema de ajuste el exceso de recursos no utilizados en atenciones de alto costo.

Un resumen de la propuesta puede verse en el siguiente esquema:



El esquema así concebido hace que desaparezcan los estímulos a la selección adversa, las dificultades derivadas de las imprecisiones legales y los sobrecostos asumidos por las instituciones como el ISS. De acuerdo con la experiencia el valor de la reserva pudiera reducirse a medida que los riesgos se distribuyen, o pudieran incorporarse gradualmente las patologías del grupo 3 para ofrecer cobertura en el régimen subsidiado y a los vinculados.

III.11 BIBLIOGRAFIA.

1. Rígoli, F. Informe de Consultoría. Propuesta de Fondo Nacional de Recursos para la República Oriental del Uruguay. V.M. Mercer. 2000.
2. República de Colombia. Congreso de la República. Proyecto del Ley No 089/2001.
3. República de Colombia. Congreso de la República. Proyecto del Ley para la reforma del Sistema Nacional de Participaciones. (Reforma de la Ley 60/93).
4. República de Colombia. Ministerio de Salud. El manejo de las enfermedades de Alto Costo. Grupo Harvard. Programa Sistemas Municipales. Septiembre de 1966.
5. República de Colombia. Ministerio de Salud. Reaseguro Programa Universidad de Harvard.. S.f.
6. Camacho Guzmán Oscar. La jornada del 2 de julio de 1997. Alto costo para el país, la nueva ley del IMSS, señalan PRD y analistas. México 1997.
7. Organización Panamericana de la Salud. El papel de las superintendencias en la regulación de los seguros de salud. Agosot de 2000.
8. Medicare payment advisory comisión. Report to the congress. Improving Risk adjusment in medicine. November 2000.
9. Fedesalud. Presente y futuro de las enfermedades de alto costo en Colombia. Noviembre de 2000.
10. Medical Bussines Consulting. Administración integral de enfermedades de alto costo en participantes vinculados de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Agosto de 1999.
11. República de Colombia. Ministryerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma. Propuesta técnica, operativa y financiera para el manejo de un seguro universal para la atención de enfermedades con tratamiento de alto costo. Agosto de 2001.
12. República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Informe al Congreso. Junio del 2001.
13. CEPAL/GTZ. Serie financiamiento del desarrollo. No 56. Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe. Las instituciones de Salud previsional (ISAPRES) en Chile. S.f.
14. Archivo GAR. Archivo. Documento titulado Holanda. (¿).
15. I.S.S. Comportamiento de atenciones pacientes de alto costo EPS- ISS 1997-2000. Agosto de 2001.
16. ACEMI. Comunicación al Ministerio de Salud sobre las enfermedades de alto costo.
17. Dinero. Informe Especial: Las enfermedades catastróficas. El remedio peor que la enfermedad. Agosto de 2001.
18. Fedesalud. Higea y Panacea. Ponencia presentada al Congreso de Seguridad

Social. La Habana Cuba. Julio de 2001.

19. OMS. El desempeño de los servicios de salud. La salud en el Mundo 2000.
 20. Social protection. Overseas Development Institute 2001Centre for Aid and Public Expenditure.
-