

**CONTRIBUCIÓN DE LA SALUD AL CRECIMIENTO ECONÓMICO DE
COLOMBIA POSTERIOR A LA LEY 100 DE 1993**

HÉCTOR ADOLFO PRADA CHÁVEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2010

**CONTRIBUCIÓN DE LA SALUD AL CRECIMIENTO ECONÓMICO DE
COLOMBIA POSTERIOR A LA LEY 100 DE 1993**

**Presentado por:
HÉCTOR ADOLFO PRADA CHÁVEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de
ECONOMISTA**

**Director:
Dr. HÉCTOR ALIRIO MÉNDEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2010

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Artículo 25, Declaración Universal de Derechos Humanos.

DEDICATORIA

A mi madre y mi hermano.

*A mi nona Julia, por sus recuerdos y su
forma peculiar de encontrar la Seguridad
social.*

*A mis amigos de pubertad, a los cuales
recordé tratando de vincularnos a un
concepto de salud dentro de una sociedad
poco vinculante.*

AGRADECIMIENTOS

A la coyuntura

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. EL MARCO CONCEPTUAL. LA SALUD DETERMINANTE DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO	18
1.1. Una mirada Keynesiana	20
1.2. La salud como componente de capital humano	21
1.3. Capital humano y desarrollo	24
1.4. El mercado laboral: el eje conductor de la ley 100	26
2. EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO DE COLOMBIA	28
2.1. Las instituciones: El motor del modelo	29
2.2. La reforma al sistema	32
2.3. Las uniones del sector y movilidad de recursos	38
2.4. El deterioro del sistema	44
3. INVERSIÓN EN SALUD	52
3.1. Cuentas de salud	53
3.2. Financiamiento	55
3.2.1. El gasto	60
3.3. Gasto del régimen subsidiado y contributivo un análisis del 2003 al 2008	66
3.4. Las pensiones	77
3.4.1. Instituto Seguro Social (ISS)	89
3.5. El déficit fiscal prioridad de la Nación	91
3.6. Metamorfosis de subsidios de oferta a demanda	93
3.7. Comportamiento de la Unidad de Pago por Capacitación del R.C Y R.S.	94
3.8. Salud PÚBLICA	98

3.8.1. Políticas de planificación poblacional (salud sexual y reproductiva)	102
3.8.2. Obesidad vs sector de alimentos	103
3.9. Población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.	104
3.10. Inversión IPS	108
4. LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO DEL MERCADO LABORAL, EL SISTEMA DE TRANSFERENCIAS, LA INFLACIÓN Y LA DEMOGRAFÍA SOBRE LA SALUD	110
4.1. El mercado laboral	111
4.2. Sistema de Transferencia	121
4.3. Inflación	134
4.4. La Demografía	136
CONCLUSIONES	144
BIBLIOGRAFÍA	152
ANEXOS	158

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Financiamiento del gasto en salud durante 1993 (millones de pesos)	58
Cuadro 2. Indicadores del gasto en salud en relación con el pib 1993 – 2002	62
Cuadro 3. Afiliados régimen subsidiado y contributivo 2003 – 2008	67
Cuadro 4. Valor de los fondos administrados por las afp en pensiones obligatorias, voluntarias y cesantías 1994-2003 (millones de pesos)	84
Cuadro 5. Principales ajustes realizados a la ley 100 de 1993	86
Cuadro 6. Equilibrio fiscal –vpn del pasivo pensional (2003-2050) % del pib de 2003	87
Cuadro 7. Upc de los dos regímenes y salario mínimo (pesos corrientes)	96
Cuadro 8. Recursos de la subcuenta ecat asignados para la atención de población y servicios no cubiertos por los regímenes contributivo y subsidiado, 1996 – 2005	105
Cuadro 9. Recursos sistema general de participaciones. Participación en salud (millones de \$ corrientes) 2002 – 2009	107
Cuadro 10. Población en edad de trabajar, población económicamente activa, ocupados y desocupados 1996 – 2007 (miles de personas)	115
Cuadro 11. Población 2000 - 2001 nacional por sexo y grupos quinquenales de edad	117
Cuadro 12. Participaciones territoriales doce doceavas 1994 – 2001. Situado fiscal y participación de los distritos, municipios y resguardos indígenas en los ingresos corrientes de la nación (artículos 356 y 357 de la constitución política y ley 60 de 1993) miles de pesos corrientes	125

Cuadro 13. Participaciones territoriales doce doceavos 2002 – 2007. Sistema general de participaciones (acto legislativo 01 de 2001 y ley 715 de 2001) miles de pesos corrientes	129
Cuadro 14. Participaciones territoriales doce doceavas 2008 – 2009. Sistema general de participaciones (acto legislativo 04 de 2007 y ley 1176 de 2001) miles de pesos corrientes	133
Cuadro 15. Variación año corrido en salud 1993 – 2009	135
Cuadro 16. Población nacional por grupos quinquenales de edad (1993, 1994, 2001, 2003, 2004, 2006, 2007, 2014 y 2015)	137
Cuadro 17. Indicadores demográficos 1985 -2010	140

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Grafica 1. Flujos de financiamiento en salud	61
Grafica 2. Pago de pensiones con cargo al presupuesto nacional	81
Grafica 3. Últimas reformas pensionales	82
Grafica 4. Tasa de remplazo de colombia	89
Grafica 5. Evolución de las reservas del iss 1967 – 2004 (\$ millones)	91
Grafica 6. Porcentaje de afiliación al régimen contributivo de los ocupados por rama de actividad económica. 1997 y 2003	120
Grafica 7. Sistema general de participaciones	123

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Exploración a profundidad de la experiencia de enfermedad y el sistema de salud a través de las historias de rosalía	158
Anexo B. Presupuesto subcuentas fosyga 2003 – 2008 (millones de pesos)	161

RESUMEN

TITULO: CONTRIBUCIÓN DE LA SALUD AL CRECIMIENTO ECONÓMICO DE COLOMBIA POSTERIOR A LA LEY 100 DE 1993* .

AUTOR: HÉCTOR ADOLFO PRADA CHÁVEZ**.

PALABRAS CLAVES: Salud, Regímenes, FOSYGA, Mercado Laboral, Demografía, Gasto, Inversión.

CONTENIDO:

A raíz del contexto mundial al comenzar la década de los noventa, en Colombia acaecen varios cambios en su sistema político, social y económico. Es así como se cambia el modelo de salud dando paso a la ley 100 de 1993, con el advenimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se planteo como la protección individual de los y las ciudadanas y el cambio del subsidio público a la oferta por el subsidio público a la demanda, con su diferentes dificultades.

Con la presente investigación se busca estudiar el sistema de salud de Colombia, desde una perspectiva interdisciplinar, la cual incluye la historia, la medicina y la sociología, además de variables como el gasto, PIB, el mercado laboral, las transferencias, la inflación, la demografía y las reformas al sector. En Colombia se observa un cambio profundo con la entrada de la ley de 1993, dado que se le da mas prioridad a variables del mercado y aleja en parte la responsabilidad del estado, al momento de atender la salud real de las y los colombianos, se pasa de una institución fuerte encargada de atender casi todo lo referente al sistema, a uno donde las aseguradoras tienen el monopolio de este, a partir de este momento se ve la salud como una mercancía y no como un derecho. La primer parte consta de un marco teórico, seguido del estudio de las instituciones que hacen parte del modelo de salud con sus diferentes problemas. En la tercer parte se estudia el gasto en salud y su relación con el PIB desde 1993 a 2003, en el ultimo capitulo se muestra el comportamiento del mercado laboral desde 1996 a 2007, la inflación (1993 – 2009) y la demografía desde 1985 a 2010.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Héctor Méndez.

SUMMARY

TITLE: CONTRIBUTION OF THE HEALTH TO THE ECONOMIC GROWTH OF COLOMBIA SUBSEQUENT TO 1993 LAW 100* .

AUTHOR: HÉCTOR ADOLFO PRADA CHÁVEZ** .

KEYWORDS: Health systems, FOSYGA, labor market, demographics, spending, investment.

CONTENT:

From the world at the beginning of the nineties, Colombia acaecen several changes in its political, economic and social system. As such changes step 100 law of 1993, with the advent of the General system of social security in health, health model put individual protection of the citizens and change the public subsidy offer the public subsidy to demand, with their different difficulties.

This research seeks to study the health system of Colombia, which includes history, medicine and sociology, addition of variables such as spending, GDP, labour market, transfers, inflation, demographics and reforms in the sector from an interdisciplinary perspective. In Colombia there is deep with the entrance of the law of 1993, since it gives more priority to market and partly the responsibility of the State, at the time of the Colombians, real health care away variables passed a strong institution meet almost everything related to the system, one where insurance companies have the monopoly on this change, this time as a commodity, not a right to health is. The first part consists of a theoretical framework, followed by the study of institutions that are part of the model of health with its different problems. The third part examines the spending on health and its relation to GDP from 1993 to 2003, in the last chapter demonstrates the behavior of the labour market from 1996 to 2007, inflation (1993-2009) and demographics from 1985 to 2010.

* Work of degree.

** Faculty of Human Sciences. School of Economy and Administration. Director: Héctor Méndez.

INTRODUCCIÓN

Desde los economistas clásicos como Smith, Malthus y Ricardo, hasta nuestros tiempos ha rondado la pregunta ¿Por qué crecen las economías? Los primeros decidieron buscar la respuesta en el crecimiento económico mediante sus observaciones en la acumulación de riquezas y el crecimiento de la productividad en las naciones. Más tarde llegó el turno de Solow (1956) y Swan (1956) de resolver el interrogante, para lo cual plantearon el modelo neoclásico de crecimiento¹. En la década de 1980 se trató de responder mediante las teorías del crecimiento endógeno las limitaciones del modelo pionero de Solow-Swan (1956).

A partir de estas teorías se construye el modelo de desarrollo de un país, la política macroeconómica, los diseños institucionales y los sistemas políticos, que generan igualdad o desigualdad, inclusión o exclusión social, a su vez crean las condiciones generales para que grupos sociales específicos construyan derechos y privilegios, mientras otros padecen privaciones, mendigan reconocimientos o se conforman con derechos recortados, es así como se ve afectada la equidad social y los resultados en salud en una nación.

Al llegar la crisis económica esta afecta la incapacidad de cotizar ante la seguridad social y los subsidios a la población más pobre, para lo cual los gobiernos responden con políticas anticíclicas para promocionar el empleo adscrito a la seguridad social entre otras cosas, no siempre con los resultados esperados.

Una de estas políticas consiste en la formulación de políticas públicas, que se determinan con instrumentos como las cuentas en salud y otros indicadores de tipo macroeconómico que permitan a los formuladores de políticas evaluar y

¹ Este modelo explica el crecimiento del producto como una función de la razón capital-trabajo, k . Parte de la siguiente ecuación que explica al producto como una función del capital y del trabajo $Y=f(K, L)$.

pronosticar cambios en la magnitud y composición de los recursos de financiamiento y gasto en salud.

Esta investigación presenta la evolución del gasto en salud de sus instituciones y las principales reformas que han incidido sobre la salud después de la ley 100 de 1993, además se intentan dar unas posibles soluciones para cada uno de los temas que plantea el sistema de salud en Colombia, al igual que se incorporan los componentes público y privado del gasto en salud y se determina una dimensión más o menos completa del gasto nacional en salud para un periodo significativo.

Con el presente trabajo se busca mostrar que el sector salud no es un sistema que se debe estudiar por separado, sino que se debe ver el comportamiento de otros sectores económicos, como lo son el mercado laboral, la inflación, la demografía, entre otras. También se mostraran los aportes que reconocen a la salud como un determinante del crecimiento económico. La investigación consta de cuatro secciones más la introducción.

La primera sección muestra la teoría de Keynes y el concepto que se ha construido a partir de la economía de la salud sobre el capital salud, la segunda describe el funcionamiento del sistema de salud en Colombia, en la tercera parte se estudiará el gasto y por último se estudiarán otros sectores complementarios a la salud. De manera adicional se incluyen dos anexos; el primero cuenta la historia de Rosalía y el drama que vive para intentar acceder al derecho a la salud por medio de la tutela y el segundo muestra el presupuesto de las subcuentas del FOSYGA durante el periodo 2003 – 2008.

Por último, mencionar que con esta publicación se concretan los esfuerzos de tres años de recolección de información y el estímulo de los seminarios de debates recientes en teoría económica y macroeconomía del desarrollo.

1. EL MARCO CONCEPTUAL. LA SALUD DETERMINANTE DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO

En la vida y el trabajo lo más interesante es convertirse en algo que no se era al principio. Si se supiera al empezar un libro lo que habrá de decirse al final, ¿Creen ustedes que se tendría el valor para escribirlo?

Michel Foucault

Desde el advenimiento de la ley 100, el sector de la salud² ha entrado en una crisis que va desde el déficit fiscal para algunas de sus instituciones, la falta de ética hasta el desbalance del sector del mercado laboral (trabajo formal e informal). Es precisamente este último uno de los que más tiene fuerza cuando se trata de explicar la crisis de la salud a través del crecimiento económico. A partir de esta clasificación se puede presentar el marco teórico del presente trabajo desde un pensamiento interdisciplinar.

En Colombia se observa que el desempleo perdió su estado cíclico en las décadas del ochenta y noventa del siglo pasado, posteriormente paso a un ciclo más estructural; la principal característica se centra en la desproporción que hay entre el crecimiento económico, desempleo e ingreso per cápita. Esta situación se puede resumir en un sector productivo que no adhiere a la mano de obra que

² La historia cuenta que durante el reinado de Tsin She Huang-Ti en China (246-210 a.C.) los médicos obtenían sus ingresos cuando las personas estaban sanas y cuando padecían de alguna enfermedad ellos costeaban el tratamiento y por decreto se obligaba a los galenos a colgar en la puerta de su casa un farolillo por cada enfermo a su cuidado que muriera. A lo largo del tiempo la exclusión que han tenido las mujeres ha sido la constante en el ámbito de la medicina, como sucedió cuando se negó la experiencia y sabiduría de las matronas y sanadoras, y se les llamo “Brujas”; se paso a un modelo donde las enfermedades no tenían sexo y al estudiar al hombre se suponía que todas las mujeres ya estaban estudiadas, excepto el embarazo y el parto. Es así como gran parte de las pruebas se hacían con pacientes masculinos y los tratamientos se adecuaban, a sus características biológicas, olvidando que la salud de las mujeres dependía de problemas sociales y culturales, de la discriminación y la violencia que habían sufrido, entre otras.

entra al mercado laboral y donde las políticas estimulan la inversión en capital sobre el factor trabajo.

En este capítulo se estudiara, el planteamiento de Keynes, además de la salud como concepto de capital productivo y generador del crecimiento económico (Barro, 1995)³. Un aumento en el ingreso per cápita tiene un impacto positivo sobre el estado de salud de la población y sobre todo en aquella con más bajos recursos donde se concentran las mayores enfermedades, atribuidas al hábitat y a estilos de vida precarios, con necesidades básicas insatisfechas, pero este aumento debe ir acompañado de unos procesos impulsados por el apoyo (Sen, 1999)⁴, con políticas inteligentes en salud basada en la atención primaria y en la necesidad de disminuir los niveles de pobreza de la población para conseguir un buen estado de salud, esto se logra en aquellos países con ingresos bajos, que financian con su gasto público y el empleo intensivo de mano de obra estas políticas, dicho de esta manera el crecimiento equitativo y una política sanitaria fuerte serian las necesarias en salud.

La salud y la educación son consideradas como un determinante del capital humano (Mushkin, 1962 y Grossman 1972)⁵, estas son bienes de consumo y de inversión, lo cual les hace ser determinantes del producto. En las teorías sobre crecimiento económico endógeno con capital humano se incluye la salud como un insumo de capital para la producción económica de un país, partiendo de la educación como forma de capital (Barro, 1995).

³ BARRO, Robert y Sala-I-Martin, Xavier, (1995), *Economic Growth*; New York, MacGraw Hill.

⁴ SEN, Amartya, (1999) "*La salud en el desarrollo*"; Organización Mundial de la Salud.

⁵ GROSSMAN, Michael, (1972), "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health"; *Journal of Political Economy*, 80, 2, pp. 223-255 y Mushkin, Selma, (1962), "Health as an Investment"; *Journal of Political Economy*, 70, 2, pp. 129-157.

1.1. UNA MIRADA KEYNESIANA

La propuesta keynesiana, consiste en generar empleo mediante un incremento del salario real, acompañado de un repunte en el mercado interno con el fin de generar un círculo virtuoso a través de mayor demanda, con esta política se bajarían los precios de los alimentos, para lo cual hay que estimular la oferta, disminuyendo el valor de la canasta básica.

Keynes parte de un análisis macroeconómico⁶, donde analiza todos los niveles de empleo, propicia la intervención del estado a través de la inversión pública y la reglamentación. La teoría Keynesiana busca explicar qué determina el volumen de empleo en un momento dado, ya sea éste el empleo total, el paro amplio o algún nivel intermedio. Según su teoría la situación normal en el capitalismo del Laissez faire no es el pleno empleo, sino que se pueden presentar en ella fluctuaciones que recorren toda la gama que va del empleo total hasta el paro amplio.

En esta teoría las uniones obreras son parte integrante de la economía democrática moderna y la legislación de protección social surge formando parte de ella, también Keynes otorgaba al efecto de la incertidumbre, gran importancia sobre el comportamiento económico.

Se encuentra una dependencia entre inflación y paro con la demanda efectiva; para Keynes cuando la demanda es deficiente se produce el paro, cuando la demanda es excesiva se produce inflación. Se parte del principio de la *demand* *efectiva*, donde el empleo total depende de la demanda total y el paro es el resultado de una falta de demanda total. La demanda efectiva se manifiesta al analizar el gasto de la renta, de esta forma cuando la renta de una comunidad

⁶ GALINDO, Miguel y MALGESINI, Graciela. *Crecimiento Económico: principales teorías desde Keynes*. Mcgraw-Hilla Madrid, 1994.

aumenta, también aumenta el consumo, pero en menor proporción al aumento de la renta.

1.2. LA SALUD COMO COMPONENTE DE CAPITAL HUMANO

Las inversiones en educación no son el único componente de capital humano, dado que se deja por fuera la salud y por ende al crecimiento económico, para Mushkin (1962), toda teoría de crecimiento económico debe incluir inversión en las personas (salud y educación), basado en que los agentes productivos (personas), son más eficaces tanto en el presente como en el futuro si se asignan más recursos en salud y educación, midiéndoles con el rendimiento del producto del trabajo y los ahorros de gastos en salud del futuro como sería la prevención de la enfermedad.

Grossman (1972), concibe la salud como un bien de consumo que entra directamente a la función de utilidad de los individuos, y simultáneamente un bien de capital que produce días saludables. El autor argumenta que la formación de capital salud, permite dedicar más tiempo al trabajo y por ende aumenta la producción total de bienes, de esta forma un incremento en el stock de capital salud reduce las cantidades de tiempo perdido por estar enfermo. El modelo de Grossman utiliza los siguientes supuestos: racionalidad, dotaciones, e información. La racionalidad en los individuos recuerda el modelo microeconómico donde las personas eligen la canasta de bienes que les permita obtener un mayor nivel de utilidad y no otra, en salud eligen aquel que les arroje el máximo bienestar. Las dotaciones iniciales de los agentes se dan desde que se nace a través de un stock de capital salud dado (una dotación genética), este se deprecia con la edad y crece con la inversión en salud (la muerte representa un stock de salud por debajo de un nivel mínimo). Este modelo asume una información perfecta, donde el agente económico decide cuánto tiempo vivir (tiempo de vida endógeno), estos

también saben cuánto tiempo permanecerán enfermos y el factor incertidumbre de la enfermedad no existe.

El carácter de capital salud se adquiere cuando se invierte en salud, con el paso del tiempo los individuos desmejoran pero con algunos esfuerzos se puede mejorar como llevar estilos de vida saludables, hacer deporte y demandar servicios médicos, esto genera el carácter productivo de la salud, dado que el individuo se vuelve más productivo laboralmente y adquiere un mayor conocimiento.

El modelo plantea la salud como un bien de inversión, para Grossman (1972) hay que involucrar los días saludables como un componente directo en la función de utilidad y en la función de producción la tasa de rendimiento marginal de la inversión es igual al costo del capital y la salud podría adquirir el carácter de inversión. Los principales determinantes de la acumulación de capital salud y la demanda por servicios médicos son: el salario, la edad, y el nivel de educación de los individuos.

Hay una relación directa entre el “stock” de capital salud y el número de días saludables que pueda obtener el individuo; esta relación es positiva pero decreciente y el número de días saludables tiene un límite el cual está dado por el número de días en el período.

La producción de bienes de servicios se ve afectada por el nivel de conocimiento y el stock de capital salud determina, además de la productividad, la cantidad total de tiempo que el individuo puede gastar para obtener sus ingresos y generar bienes domésticos, de esta forma la salud afecta la tasa de salarios.

Por último las personas acuden al mercado de servicios de salud para estar aliviados (demandan capital salud), lo cual hace que la demanda por servicios médicos derive de la necesidad de mejorar el stock de capital salud.

Entre las dificultades del modelo se encuentra el hecho de dejar por fuera el consumo en salud, lo cual lo hace incapaz de definir cuáles fondos fueron destinados por el individuo para invertir en salud o cuál fue destinado a gasto en consumo; este no deja ver los aportes al crecimiento económico.

Ahora teniendo una base teórica de capital salud, se debe estudiar las teorías del crecimiento endógeno con capital humano que han tocado el tema de las inversiones en educación como determinantes del crecimiento económico.

Para llegar a un modelo que exprese la salud como un bien de capital, se debe incluir una forma funcional que recoja la relación inversa entre la tasa de depreciación del capital humano y las mejoras del estado de salud de las personas y construir un modelo que acoja la diferencia en el uso intensivo de cada factor. Entre los supuestos del modelo de Barro (1995) se menciona la relación inversa entre la acumulación de capital salud y la tasa de depreciación de capital humano, a partir de aquí se obtienen los resultados sobre escolarización y salud como consecuencia de la acumulación de este capital. Por otro lado el modelo de Grossman (1972), ofrece una ecuación lineal sobre la relación inversa entre los días de incapacidad y la acumulación de capital salud, este supuesto sirve de base para posteriores estudios. La acumulación de capital salud⁷ y la depreciación del capital humano, se pueden observar en la transición demográfica y el perfil epidemiológico que están sufriendo las actuales economías.

⁷ Se logra a través de la incorporación de personal capacitado para el tratamiento de enfermedades y de políticas de salubridad, lo cual implica una inversión alta en capital humano.

1.3. CAPITAL HUMANO Y DESARROLLO

Desde los clásicos como Smith y Ricardo, se planteó que no solo con trabajo y capital (factores de producción) se puede representar las diferencias entre las sociedades en cuanto al desarrollo, por el contrario existen otros factores como el aprendizaje, la tecnología, la investigación y el capital humano que contribuyen a lograr este. Romer, Lucas y Barro, postulan la teoría de los rendimientos crecientes, mediante la cual las economías de escala y la especialización, son los factores que permiten aumentar la productividad laboral y ven al capital humano el factor que explica el desarrollo entre los países.

Theodoro Schultz y Gary Becker, observaron una relación directa entre la educación, la fuerza de trabajo y el crecimiento económico, donde el capital humano es el factor de crecimiento y desarrollo. En esta teoría se reconoce que el crecimiento no se da únicamente con factores exógenos, dado que también influyen factores endógenos como los rendimientos de escala constantes y crecientes, el fomento de la educación y la investigación, gastos en infraestructura, el estudio de la demografía, el comercio internacional, la geografía económica, la teoría de la organización industrial y la teoría de los ciclos económicos.

El modelo endógeno considera que el conocimiento debe ir incorporado a un equipo o la fuerza laboral, de este modo se llega al capital humano, que deben ser los individuos y las colectividades, como lo son la educación (conocimiento, capacidades y aptitudes generales), formación profesional (conocimientos y capacidades técnicas), salud, virtudes de convivencia, etcétera.. (Argadoña, 1997)⁸. Los principales componentes del capital humano de un trabajador son la salud y la educación. El capital humano se debe incluir en el análisis de oferta de

⁸ ARGANDOÑA, Antonio (1997). *Macroeconomía Avanzada II: Fluctuaciones Cíclicas y Crecimiento Económico*. Mc Graw Hill Interamericana S.A. Madrid, 1997.

factores de producción (Becker, 1983)⁹, para examinar los determinantes de la población, la participación de la fuerza de trabajo y la selección de ocupaciones.

Robert Lucas baso su modelo de crecimiento endógeno, donde la acumulación de capital humano se logra por medio de la educación como determinante del crecimiento del producto per cápita. Este autor hablo de la trampa de la pobreza, refiriéndose a aquellos países que tienen una baja acumulación de capital humano y altas tasas de fertilidad.

En cuanto a lo práctico Berhman, encuentra la relación positiva entre salud y educación y pone el ejemplo de la madre educada, dado que esta influye en la salud de los niños mediante un mejor conocimiento de las prácticas sanitarias, el reconocimiento del uso de servicios médicos y del cambio de actitud frente a la atención sanitaria.

Por los lados de la corriente neoinstitucionalista, autores como Arrow, Spence, Blaug, plantean que la educación puede asociarse en forma positiva al incremento de la productividad, sin embargo consideran que no es una causa especialmente en la educación superior. A pesar de esto, Arrow encontró que las instituciones educativas de nivel superior, le ahorran a los empleadores parte de los costos de selección de personal porque el sistema educativo constituye un filtro que deja pasar sólo a los más productivos (Arrow, 1973)¹⁰.

El desarrollo de cualidades humanas se asocia a la educación y a la salud, como factores que hacen más eficiente la producción de bienes y servicios porque con el mejoramiento del capital humano se mejora la agregación de valor a la producción, con lo cual aumenta el ingreso de las personas educadas y saludables (Sen, 1999). Sen observa que los beneficios de la educación y de la salud, no solo

⁹ BECKER Gary S. (1983). *El capital Humano*. Alianza Universidad de Textos. Madrid, 1983.

¹⁰ ARROW, Kenneth (1973). "Higher education as a filter", *Journal of Public Economics*, vol.2, núm. 3, pp. 193-216.

afectan la función de capital humano sino también la capacidad humana porque una persona educada y que goce de un buen estado de salud mejora sus posibilidades de leer, argumentar, comunicar, opinar, elegir con mayor información y ser tenida en cuenta más seriamente por otros. En conclusión posee mayores capacidades para tomar decisiones y mejorar el bienestar.

Los resultados de la teoría se pueden observar en los Informes de Desarrollo Humano del PNUD, que no solamente tiene en cuenta el desarrollo económico, sino también la educación, mejor salud, mejor atención médica y otros factores que inciden sobre las libertades efectivas de las personas¹¹.

En este subcapítulo se concluye que tanto la educación como la salud, son componentes del capital humano y son necesarias en las políticas sociales de mediano y largo plazo. A pesar de esto el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), encuentran que el nivel de gasto en materia de salud y educación han sido más lentos que en otras regiones del mundo en desarrollo.

1.4. EL MERCADO LABORAL: EL EJE CONDUCTOR DE LA LEY 100

El Observatorio Financiero Internacional de la Universidad Nacional (OFIN), considera que la primera variable que mide la salud es la tasa de desempleo y la tasa de ocupación total. La desocupación la calcula mediante el desempeño de la cantidad de empleados totales en la economía y la cantidad total de ocupados sobre el total de la población en edad de trabajar (tasa global de ocupación). Estos cálculos también incluyen otras variables como el ingreso per cápita, la inflación y el índice de Gini.

¹¹ Estos reciben el nombre de desarrollos sociales por parte de Sen, son considerados como avances en el desarrollo, de esta forma la capacidad humana es instrumento de la producción económica y generador de cambio social que a su vez genera desarrollo social.

El ingreso per cápita real se redujo fuertemente en los últimos años (OFIN, 2010), esto debido al deterioro del mercado laboral y la inflación. En Colombia se considera pobre a una persona cuyo ingreso mensual está por debajo de 281.384 pesos (143 dólares) e indigente al que cobra menos de 120.588 pesos.

2. EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO DE COLOMBIA

Si alguien busca la salud, pregúntale si está dispuesto a evitar en el futuro las causas de la enfermedad; en caso contrario, abstente de ayudarlo.

Sócrates

Con la ley 100 de 1993 se da un cambio profundo del sistema colombiano de salud, el cual transformo la regulación de las pensiones, las condiciones de trabajo y otros servicios complementarios de la salud, para este motivo el 23 de diciembre de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual se baso al aseguramiento como el método para llegar a la *universalización* de los servicios de salud mediante la creación de un mercado de servicios que superará los problemas de calidad y eficiencia, esto se daría bajo el principio de regular mercados públicos y privados, teniendo en cuenta las leyes de la oferta y la demanda, para alcanzar universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación¹². Por otro lado se tiene que el Comité de Derechos Económicos,

¹² En la Constitución Política de 1991 no está consagrado directamente el termino Derecho a la Salud, pero en los siguientes artículos se encuentra implícitamente: Como parte de los derechos fundamentales de los niños

“ARTÍCULO 44: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión...”. Incorporado a la protección especial a la vejez “ARTÍCULO 46: “... El estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”. En las políticas a favor de los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos “ARTÍCULO 47: El estado adelantará una política de previsión rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”. En la definición del derecho a la seguridad social “ARTÍCULO 48: La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. En los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social...”. En la definición de los servicios públicos de atención en salud y saneamiento ambiental “ARTÍCULO 49: La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las

Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, encuentra que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles debe abarcar elementos tales como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad¹³.

La organización del sistema está a cargo del estado quien coordina, direcciona y controla, este crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Por otro lado están los aseguradores de carácter intermediaria y administración de los recursos que gira el estado y de los prestadores de los servicios de salud, entre estos se encuentran las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Aseguradoras de Riesgos Profesionales (ARP). Por último encontramos los prestadores que son las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) como hospitales, clínicas, laboratorios, entre otros. En teoría las IPS recuperan la salud y se encargan de prevenir la enfermedad. Además en este capítulo también se estudiara la reforma al sistema de salud, al igual que las uniones del sector y la movilidad de los recursos, donde aparece una de las instituciones más importantes como lo es el FOSYGA. Estas fusiones han provocado un deterioro en la salud las cuales serán abordadas al final del capítulo.

2.1. LAS INSTITUCIONES: EL MOTOR DEL MODELO

Entre las instituciones más importantes que creó el modelo estuvo el *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud* conformado por catorce estamentos

personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad...". En la consagración de del derecho de atención gratuita para los menores de un año "ARTÍCULO 50: Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado".

¹³ Ver, en general, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11/08/2000, E/C.12/2000/4, CESCR Observación General 14 (General Comments), Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.

nacionales¹⁴, sus funciones eran: Definir el Plan Obligatorio de Salud para los regímenes contributivo y subsidiado, definir el monto de la cotización de los afiliados del Sistema, definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación, definir el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud, definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud, definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de las entidades territoriales, con prioridad a los grupos pobres y vulnerables, definir el régimen de pagos compartidos, definir el régimen que deberán aplicar las entidades promotoras de salud para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad a los afiliados según las normas del régimen contributivo, definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo, recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el Gobierno Nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias, reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, ejercer las funciones de Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía, presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras.

La Superintendencia Nacional de Salud, es la encargada de formular, dirigir y coordinar la política de inspección, vigilancia y control del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud. También Liquida y recauda la

¹⁴ Con un representante del Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Hacienda , Instituto de Seguros Sociales, Asociación Colombiana de las micro, pequeñas y medianas empresas (ACOPI), Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), representante de los trabajadores, representante de las IPS, de la asociación de usuarios, de los trabajadores, de las EPS, de los profesionales de la salud, representante de los pensionados, de las entidades municipales de salud y la secretaria técnica del CNSSS.

tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

Por otro lado las EPS organizan y garantizan, directa o indirectamente, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan obligatorio de Salud), esta contrata la prestación de los servicios de salud con las IPS. Por su parte las ARP, cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades que produzca un empleado en su trabajo, así como el pago de los días en que no pueda trabajar a causa de ellos, siempre y cuando cumpla las condiciones de variables como el lugar, el horario y la función. Las AFP tienen por objeto exclusivo la administración y manejo de fondos y planes de pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y de fondos de cesantía. Las IPS se dividen en niveles de complejidad de acuerdo al tipo de procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar según su capacidad instalada, tecnología y personal así:

- Primer nivel de atención: De atención primaria desde la perspectiva preventiva y no meramente curativa, estas se deben dedicar a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como también consulta médica y odontológica, internación y atención de urgencias y partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos.
- Segundo nivel de atención: De especialidades básicas como son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecología con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad.
- Tercer nivel de atención: De subespecialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por

especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal.

- Cuarto nivel: Dedicada a una sola especialidad con todos los medios diagnósticos, la tecnología e infraestructura necesaria para brindar una atención óptima en aquellos pacientes de difícil manejo.

2.2. LA REFORMA AL SISTEMA

En diciembre de 1993 se presentó en Colombia un nuevo modelo en el sistema de salud, con el fin de que al cumplir la década de puesta en marcha de este, la cobertura fuera universal. Este modelo se manifestó con la ley 100 de 1993, mediante el cual se transformó el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el nuevo modelo se caracterizó por contar con el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, además de un componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

Con el anterior modelo se dio un gran desarrollo entre 1975 y 1984, donde se aumentó la infraestructura de hospitales, centros de salud y la mano de obra de funcionarios del sector, sin embargo para el último año mencionado se dio una crisis Fiscal lo cual redujo los aportes para la salud, del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.

En cuanto al Instituto de Seguros Sociales este le brindó cobertura limitada a la fuerza laboral solo a un 15% de la población, un 5% por otros servicios de

seguridad social para funcionarios públicos y sus familias (total 20%), y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente.

En los años sesenta la política presentó modelos burocráticos que fortalecían las organizaciones grandes y complejas para financiar y proveer servicios de salud. En los años setenta, se buscaron nuevas formas de comprometer a los individuos y sus comunidades en la promoción, protección y restauración de su propia salud. En la década del ochenta, se aplicó el análisis económico en los servicios de salud, convirtiéndose entonces en base fundamental de la formulación de políticas de salud y dándole una mayor importancia a las variables del mercado, por ende enviando al estado a un segundo plano al momento de intervenir. En conclusión se aplicaron políticas que sustituían en las áreas de los servicios públicos o semipúblicos, las normas, instituciones y mecanismos como la planificación, se cambiaron por mecanismos como la competencia, los precios y los incentivos.

Las instituciones multilaterales de crédito como el Banco Mundial empezaron a participar en las políticas de salud y en los paradigmas de reforma de los años noventa en la mayoría de países, lo cual conllevó a un movimiento internacional de reforma del sector salud, donde el estado tiene como función financiar y administrar el sector (Rodríguez, 2002)¹⁵.

En este contexto de mercados competitivos donde se movía la salud primero la teoría de “Competencia Regulada” (Broomberg, 1994)¹⁶. Para Enthoven¹⁷, las

¹⁵ Citado en *Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia* / borradores de investigación. No. 69 (junio, 2005). Bogotá: Universidad del Rosario, 2005.

¹⁶ Broomberg J. 1994. *Health Care Markets for Export? Lessons for Developing Countries from European and American Experience*. London School of Public Health. Department of Public Health and Policy. London.

¹⁷ El economista y profesor norteamericano Alain C. Enthoven, la presentó y desarrolló a través de varias publicaciones, en un principio habló de “competencia regulada” término que pudo ser interpretado como la imposición por parte del gobierno de unas reglas rígidas para regular el mercado; pero posteriormente prefirió llamarla “competencia manejada” presentada como una propuesta de utilización de una forma más flexible y dinámica de una serie de herramientas capaces de dirigir y manejar el mercado.

estrategias de libre competencia en los mercados de financiación y provisión de los servicios de salud incluyen la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos (que incide en aumentos de costos de productos comparables), la discontinuidad en la cobertura, el rechazo al aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones preexistentes, la información sesgada en relación con la cobertura y la calidad, y la conformación de barreras de entrada al mercado.

A partir del modelo anterior, se consideraron dos propuestas: garantizar la protección financiera para todos, y la operación de esquemas financieros y de organización de los servicios, lo cual implicó que el *usuario* escogiera la entidad que le proveerá los servicios. La estrategia consistió en eliminar las diferencias entre los planes de salud que sean distintas del precio, y desviar la atención desde factores de tipo subjetivo hacia el precio y medidas más objetivas de la calidad de los servicios, lo cual hace de la competencia regulada una disputa por el precio.

En este contexto los objetivos centrales de la ley 100 fueron: alcanzar la cobertura universal de un mecanismo de seguro que garantizara el acceso a los servicios; promover la eficiencia en la provisión de servicios y mejorar la calidad de los servicios.

Con esta ley se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre sus características estuvieron la obligación de la afiliación, unificar el nivel de cotización y definir los planes de beneficios, se estableció un Plan Obligatorio de Salud (POS) y una Unidad de Pago por Capitación (UPC) ajustada por riesgo. Se crean las Empresas Promotoras de Salud (EPS), donde primo la competencia para conseguir afiliados, bajo libre de elección del consumidor, también se crearon las EPS-S (antigua ARS), estas son las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado, se encargan de manejar los recursos, afiliar a la población, garantizar los servicios de salud contemplados en el POS-S, ofrecer orientación de

asistencia médica, recibir quejas y reclamos de los afiliados y promover la participación comunitaria a través de grupos y asociaciones. Además aparecieron las Instituciones Prestadoras de Servicios, de carácter público, privado y mixto.

En cuanto a la integración de beneficios con el financiamiento, diferenciando de la capacidad de pago de la población, se crea un sistema de aseguramiento segmentado, que se dio mediante los regímenes contributivo y subsidiado, que con el tiempo se debía convertir en un sistema único de aseguramiento.

En el régimen contributivo se planteo la vinculación mediante el pago de una cotización del trabajador acompañado del empleador (una tercera parte y dos terceras partes, respectivamente) o en forma total por parte del primero, para los independientes, con lo cual se garantiza el derecho al POS para el usuario y su familia, atendidos básicamente en las EPS y las IPS públicas y privadas. Estas EPS reciben mensualmente un valor por cada afiliado que equivale a una UPC y cuyo valor se supone equivalente al costo promedio del POS, efectuando operaciones de compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud (Fosyga)¹⁸. El funcionamiento de este se da sobre el monto total de las cotizaciones recaudadas mensualmente por las EPS, éstas efectúan los descuentos correspondientes a la contribución al financiamiento del régimen subsidiado (un punto de la cotización) que se destina a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, y los montos establecidos para el reconocimiento y pago de incapacidades y para la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga.

Del valor remanente, la EPS apropia el monto total de recursos equivalente al número de afiliados que tenga por el valor de la UPC vigente y la diferencia resultante, de ser positiva, debe trasladarse al Fosyga o, en caso contrario, el mismo fondo gira a la EPS el valor correspondiente.

¹⁸ Este se crea con la Ley 100 de 1993, opera entre grupos de afiliados con distintos niveles de ingresos y grados de riesgo. Dicho mecanismo de compensación constituye la base de sostenibilidad financiera del sistema.

Al régimen subsidiado se vinculó a la población más pobre y vulnerable de la población urbana y rural, a través de la encuesta llamada Sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN)¹⁹, de esta forma se determinan los subsidios. La vinculación se hace mediante el pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, equivalente a una UPC que al principio representó el 50% del valor de la UPC del régimen contributivo, financiado con recursos fiscales, parafiscales y de solidaridad, con esto se garantizó un POS del primer nivel y algunos del segundo nivel de atención, los servicios de segundo nivel y los del tercer nivel se financian con recursos de subsidios a la oferta, para el año 2001 se tenía previsto una igualación del POS en estos servicios.

Mientras se llegaba a la igualación del POS se planteó un régimen transitorio o de “vinculados” donde estaban aquellos que no tenían capacidad de pago y que al no haber sido afiliadas al régimen subsidiado, se atenderían en la red de hospitales públicos, financiados con el presupuesto general de la nación, *como subsidios a la oferta*²⁰. En cuanto al sistema previsional oficial, algunas de sus instituciones se convirtieron en EPS o Entidades Adaptadas al Sistema (EAS) y la gran mayoría se suprimieron.

En este contexto, el subsistema público empezó a recibir recursos provenientes del presupuesto general de la nación, como transferencias a los entes territoriales (participación en los ingresos corrientes de la nación y situado fiscal), canalizados en buena parte al financiamiento de la prestación de servicios de la población más pobre. La función de aseguramiento les fue asignada a los entes territoriales y realizados por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), las EPS, las

¹⁹ La encuesta consta de 62 preguntas que permiten identificar y conocer las condiciones de vivienda, educación, ingresos y nivel de vida de cada uno de los miembros del núcleo familiar. La encuesta permite medir la situación de cada persona o familia, sin embargo este no siempre es acertado al medir los niveles de pobreza.

²⁰ En este proceso hay dos subperiodos; la fase de transición (1994 y 1995) y la de 1996, un periodo de consolidación progresiva del sistema bajo las nuevas condiciones de funcionamiento.

empresas solidarias de salud (ESS) y las Cajas de Compensación Familiar (CCF). Otros que empezaron a recibir recursos fueron en la función de prestación de servicios a cargo de la red pública de hospitales que suscriben contratos con las ARS. Los denominados regímenes especiales, representados en los servicios de sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y los servicios de salud de la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol), se mantuvieron fuera del alcance de la ley.

Un ejemplo de réplica del modelo descrito, se puede observar tras los malos resultados de la medicina occidental, para lo cual algunos pacientes han acudido a la medicina alternativa (el Ministerio de la Protección Social reconoce cinco tipos de opciones de medicina complementaria: la terapia neural, la terapia con filtros, la homeopatía, las terapias manuales y la acupuntura), este servicio lo vienen prestado Empresas de Medicina Prepagada y algunas EPS como valor agregado, en este caso el costo es asumido por el paciente dado que no está en el POS, estos servicios se dan con el fin de complementar los tratamientos de medicina alopática, al igual que el hecho de que sea un mercado en constante crecimiento lo cual es muy atractivo para el empresario. La ley de talento humano²¹ solo permite a los médicos certificados aplicar este tipo de tratamiento, lo cual ha provocado que ciertas universidades abran este programa en sus posgrados.

La salud también representa para las instituciones oficiales del estado como el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo un sector emergente donde se puede explotar el “*Turismo de la salud*”, como sucedió en el año 2008 donde este sector obtuvo US\$120 millones y se estimó por parte del ministerio que se pasaría en el año 2032 a US\$6.300 millones, para esto ya se cuentan con cinco zonas francas en diferentes partes del país, pero se deben conseguir una mayor masa crítica,

²¹ Esta ley define a la medicina y las terapias alternativas como aquellas técnicas prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico.

nuevos inversionistas y las herramientas, en términos de certificaciones y capacitación, para poder ser más competitivos en este sector a nivel mundial, esto se logra mediante un programa de transformación productiva, en la cual el principal objetivo es lograr que lleguen al país una mayor cantidad de extranjeros a solicitar los servicios médicos del país y por ende generen nuevas divisas por concepto de venta de servicios médicos, y gastos varios.

2.3. LAS UNIONES DEL SECTOR Y MOVILIDAD DE RECURSOS

Para financiar la ley 100 fue necesario hacer reformas en otros sectores, empezando por el incremento en los aportes del 8 al 12% sobre los salarios o ingresos base de cotización de los trabajadores con vínculo laboral, los servidores públicos, los trabajadores independientes y los pensionados, para el régimen contributivo, destinándose un punto porcentual al Fosyga, para cofinanciar al régimen subsidiado.

Medida siguiente se impuso un impuesto a las armas del 10% de un salario mínimo mensual que se cancelo al momento de la expedición o renovación del permiso de porte de armas y por el término de éste, el otro impuesto de este sector se dio sobre las municiones vía ad valórem, liquidado a una tasa del 5%.

El sector transporte también entro a colaborar con el de la salud con una contribución adicional sobre la prima del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) del 50% del valor de la prima anual. El SOAT, tiene su data en 1988; con el fin de buscar la cobertura universal y solidaria se busco que independientemente de quien tenga la culpa en un accidente las víctimas reciban la atención requerida, de esta forma se dijo que todos los centros de salud están en la obligación de atender a las víctimas, de no ser así estarían expuestos a una sanción económica o cierre del establecimiento. Con este seguro se plantearon cinco coberturas: transporte, gastos médicos, incapacidad permanente, muerte y

gastos funerarios, donde los gastos médicos cubren hasta 500 salarios mínimos vigentes²² y las IPS deben recibir este pago por parte de las ARP, dependiendo lo que necesite el paciente, si el monto no alcanza el Fosyga cubre con 300 salarios diarios adicionales, de ser necesario más dinero entran a operar las EPS. En cuanto a la forma como se reparte el dinero en el SOAT, se tiene que el 46,7% va a las víctimas de un accidente de tránsito; otro porcentaje va para el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) para cubrir eventos catastróficos y otra parte para el Fondo de Prevención Vial. Tiene 35 categorías y se discrimina según su uso, la cilindrada y la capacidad. En cuanto a la forma que se tiene para cobrarlo se da anualmente y según el aumento del salario mínimo (para el año 2010 fue de 3,64%).

Dentro de la emergencia social decretada por el gobierno a finales del año 2009 para salvar financieramente al sistema de salud se planteo que el *decreto 074 de 2010* aumentaría la cobertura en atención de accidentes de tránsito, y simplificaría a las entidades prestadoras de servicios de salud la posibilidad en el cobro de sus facturas por accidentes, el objetivo final de este decreto es incrementar la cobertura de 800 salarios hasta 1100 salarios (incremento del 30% de la cobertura del seguro) y asignar a las aseguradoras que operan el SOAT, la administración de los recursos que maneja el Fonsat (fondo responsable de amparar a las víctimas de accidentes en los que estén involucrados vehículos fantasma o que no tengan un SOAT vigente).

Los cambios en los recursos fiscales y parafiscales se presentaron en: Los recursos de la Cajas de Compensación Familiar, las cuales aplican no menos del 5% de los recaudos por concepto del subsidio familiar al régimen subsidiado; los recursos del Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito (Fonsat), destinados a cubrir los costos de atención de este tipo de eventos; los recursos del impuesto de

²² Con la emergencia social decretada en diciembre de 2009 a la postre declarada inexecutable por la corte constitucional, se busco aumentar en cerca de un 33.34% la prima de cobertura del SOAT, con el fin de pasar de 800 SMLV a 1.100 SMLV.

remesas de utilidades de empresas petroleras de los campos de *Cusiana* y *Cupiagua*; los recursos del impuesto de valor agregado (IVA) social, destinados a la ampliación de cobertura de los grupos de madres comunitarias; el porcentaje que estableció el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) para financiar las actividades de promoción y prevención en salud.

En este contexto surge el FOSYGA, como el vínculo de solidaridad entre los regímenes contributivo y subsidiado, este entra a operar como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, y se maneja por fiducias de acuerdo a lo que imponía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, esta institución está conformada por cuatro cuentas independientes; a saber:

- *De compensación interna del régimen contributivo:* Maneja las operaciones de compensación entre aquellas EPS que liquiden excedentes entre los recaudos por cotización de sus afiliados y el monto de recursos equivalente al valor de las unidades por capitación (UPC) reconocidas por cada afiliado (descontando previamente los valores correspondientes al reconocimiento y el pago de incapacidades y licencias por enfermedad), y las EPS que liquiden déficit, producto del mismo tipo de operación.
- *De solidaridad del régimen subsidiado:* cofinancia junto con los recursos de las transferencias de la nación y los destinados para el mismo propósito por los entes territoriales, de la prestación de servicios de los afiliados a este régimen.
- *De promoción y prevención:* Se financia con un porcentaje determinado (lo fija el CNSSS) sobre el valor de la UPC del régimen contributivo reconocida por cada afiliado a las EPS, y cuyos fondos se destinan a cubrir los costos de las actividades de promoción y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.
- *De Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito (ECAT):* sus fondos provienen de un porcentaje (20%) del valor anual de las primas pagadas por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y una contribución

adicional equivalente al 50% del valor de la misma prima. Los recursos se llevan a las víctimas de accidentes de tránsito, la atención de víctimas de atentados terroristas y de eventos catastróficos, y al fortalecimiento de la red de urgencias de los hospitales públicos.

En cuanto al Plan de Atención Básica (PAB), que es un programa de salud pública el cual incluye el medio ambiente, el entorno social y la vigilancia epidemiológica, mediante el control y seguimiento de factores de riesgo, se debía financiar con recursos fiscales y ejecutados por el Ministerio de Salud.

La ley 10 de 1990 es un referente importante que antecede a la ley 100; con la primer ley mencionada se pretendió impulsar la descentralización en el sector salud, proceso que empezó a mediados de los años ochenta. En el proceso de trámite y discusión de la reforma se expidió la Ley 60 de 1993, con la cual se desarrollaron las disposiciones de la Constitución Política de 1991 (artículos 356 y 357) con respecto a las transferencias nacionales, que se representa en el situado fiscal y en la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación.

Muy pronto la ley 60 de 1993 entro en dificultades debido a su diferencia de enfoque con respecto a la Ley 100, hubo una falta delimitada en competencias entre la nación y los entes territoriales en materia de acciones de la salud pública y una aplicación confusa y redundante de recursos (por ejemplo entre acciones individuales y colectivas).

Por otro lado el supuesto del régimen contributivo fue la autosostenibilidad mediante los aportes de las cotizaciones, más los recursos adicionales por concepto del recaudo de pagos compartidos (cuotas moderadoras y copagos) y la venta de planes complementarios al POS, por parte de las EPS. Otro supuesto fue el mantenimiento de un equilibrio relativo entre los costos del POS y los valores

nominales anuales de la UPC (Ministerio de Salud/Programa de la Universidad de Harvard, 1996). Por ende el equilibrio y las condiciones de estabilidad financiera, en especial a corto plazo, quedaron dependiendo del comportamiento o evolución de la cuenta de compensación, cuyo saldo con el tiempo se convirtió en el indicador más importante de estabilidad del régimen contributivo.

El comportamiento de la cuenta de compensación fue satisfactorio en sus primeros años, hasta 1999 donde se acumuló excedentes, los cuales, a su vez, generaron rendimientos financieros que contribuyeron al crecimiento de los saldos liquidados en cada vigencia. Para el año 2000, donde hubo crisis económica, empezó un decrecimiento de los saldos acumulados, producto de un incremento en los reconocimientos por UPC frente a los niveles efectivos de recaudo. Esta situación en el proceso de compensación permitió identificar una relación entre la cuenta de compensación y cuatro indicadores: número de cotizantes, número de beneficiarios, densidad salarial y densidad familiar (Ministerio de Salud/OPS, 2001).

La ley 100 quien propuso un esquema progresivo de subsidios a la demanda y la ley 60 de 1993 que recogió al antiguo modelo asistencialista basado en subsidios a la oferta, mediante el cual los hospitales públicos garantizaban su sostenimiento de una alta dependencia de los recursos del situado fiscal, entraron en choque. Otro problema de la ley 100 fue la autosostenibilidad de las instituciones de la red pública hospitalaria en empresas sociales del Estado derivadas en buena medida de la tendencia a mantener condiciones inadecuadas de organización frecuentemente caracterizadas por el sobredimensionamiento de sus plantas de personal, bajos niveles de productividad, altos costos de operación debido a las altas cargas salariales y prestacionales y deficiente gestión administrativa y financiera. Por su parte la ley 60 fracaso debido a una baja capacidad institucional que consolidara el proceso de descentralización y la generación de recursos

adicionales desde los propios entes locales. Esta ley carecía de incentivos para asumir competencias, movilizar recursos y mejorar su administración.

La distribución de los recursos del situado fiscal²³, llevo a una inequidad entre los recursos asignados y las necesidades o prioridades del sector salud. Esta repartición se hizo en base a criterios sin mucho peso como el índice de NBI²⁴, este indicador deja por fuera las condiciones de salud de la población o las particularidades de los programas, la distribución del situado fiscal con base en gastos históricos o por departamentos, lo que provoca sesgos de ineficiencia e inequidad en la asignación de los recursos (Ministerio de Salud/OPS, 2001).

Entre las limitaciones del modelo se pueden destacar los subsidios a la oferta, la ausencia de una política clara hospitalaria que condujo a que la red pública prestadora de servicios de salud demandase crecientes y cuantiosos recursos que perjudicaron el régimen subsidiado. Además la transición de la Ley 344 de 1996 hacia un sistema progresivo de subsidios a la demanda, se vio perjudica por las personas del régimen vinculado, dado que esta población se cubre a través de instituciones de red pública con recursos a la oferta, lo cual afecta la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado.

Uno de los cambios más significativos que ha tenido el sector es el acto legislativo 01 de 2001, por medio del cual el congreso aprobó la reforma de la Ley 60 de 1993 mediante la Ley 715 de 2001, esta crea un reconstituido Sistema General de

²³ Al principio se hizo por entidades territoriales con base en porcentajes fijos y sólo después por sectores, también con porcentajes fijos.

²⁴ Mide condiciones de infraestructura de los servicios domiciliarios y condiciones de vivienda, aquí se considera como pobre a aquellos hogares o personas que no tengan satisfacción en una de las cinco necesidades básicas y en miseria a aquellos hogares o personas que tengan al menos dos necesidades insatisfechas. Estas son: *Vivienda inadecuada*, Vivienda con piso de tierra o material precario en las paredes; *Vivienda sin servicios*, hogar sin agua por acueducto o, en áreas urbanas, sin conexión a alcantarillado o pozo séptico; *Hacinamiento crítico*, número de personas por cuarto superior a tres; *Inasistencia escolar*, hogar con niños de siete a once años que no asisten a la escuela y *Alta dependencia económica*, hogar con más de tres personas por miembro ocupado y cuyo jefe tenga, como máximo, tres años de educación primaria aprobados.

Participaciones (SGP), conformado por las participaciones de educación, salud y propósito general (inversión social a ejecutar de acuerdo con prioridades establecidas por parte de los entes territoriales). El objetivo general de dicha ley fue garantizar los recursos para la inversión social en las entidades territoriales, evitando que las fluctuaciones de la actividad económica y la consiguiente inestabilidad de los ingresos corrientes de la nación generaran volatilidad en los recursos transferidos, como ocurrió con la ley 60.

La ley 715 estableció dos periodos proyectándolos de la siguiente forma: el primero de carácter transitorio del 2002 al 2008, durante el cual el SGP crecería con la inflación causada, más un crecimiento adicional de 2% en los primeros cuatro años y de 2,5% en los tres años restantes. El otro periodo empezó en el 2009, a partir de este año el SGP se determina de acuerdo con un periodo móvil de variación de los ingresos corrientes de la nación en los cuatro años anteriores al cual se hace la distribución, este tema se estudiara con más profundidad en el capítulo cuatro.

Según el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 el SGP para salud, se debe destinar a financiar tres componentes:

- *Continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado* (subsidios a la demanda), recursos transferidos a los municipios y distritos.
- *Prestación de servicios a la población pobre no asegurada* (subsidio a la oferta), mediante contratación con red pública y privada.
- *Acciones en salud pública* (plan de atención básica).

2.4. EL DETERIORO DEL SISTEMA

Una de las causas de la crisis empezó con el advenimiento de las leyes 50 y 100 de 1993, dado que el congreso nunca pudo reglamentarlas de acuerdo a su

filosofía inicial, después entro la Ley 1122 de 2007, su objetivo fallido fue que la Comisión Reguladora en Salud reglamentara el Plan Obligatorio de Salud; el valor de la Unidad de Pago por Capitación y otros que buscan regular el sistema.

La Ley 100 de 1993, se diseño con un régimen económico muy sensible con pocos recursos en la atención médica que los colombianos necesitan, por este motivo se hizo necesario crear un plan básico (Plan Obligatorio de Salud), este incluye un listado de procedimientos, medicamentos y exámenes para cualquier persona del régimen subsidiado; es decir que todo procedimiento que estuviera por fuera debía ser pagado por el usuario, lo cual choca con la constitución y esto se vio reflejado con las tutelas interpuestas.

El actual ministro de protección social encuentra las causas de la crisis en las tutelas. Para él con estos dineros se han pagado los costos que ordenan los jueces en los fallos de tutela y que no están incluidos en el POS. Vale la pena mencionar que en los últimos años se han interpuesto tutelas para el POS, como lo muestra el estudio hecho por la defensoría del pueblo (La tutela y el derecho a la salud), de este estudio hay que resaltar que el 76,45 por ciento de las tutelas fueron para reclamar medicinas que no están en el POS, dado que los médicos se actualizan y recetan remedios nuevos que no están en el plan obligatorio de salud, como es el caso de los cien medicamentos que son útiles para el tratamiento del cáncer, pero en el POS solamente hay veinticinco²⁵. En el anexo 1, se mencionan dos historias de Rosalía que describen la experiencia de enfermedad y el sistema de salud a través de la función de las tutelas.

²⁵ Entre las tutelas que favorecieron a los usuarios de las EPS se encuentran Zapatos deportivos de marca, gafas para nadar, suplementos nutricionales, hormonas de crecimiento, bonos para el gimnasio, teléfonos celulares para llamar al médico, transporte y viáticos para familiares del paciente e incluso una ambulancia medicalizada las 24 horas del día frente a la puerta de la casa, todo esto se da bajo criterios estéticos, mas no médicos, y con cargo al Sistema Nacional de Salud.

En Colombia la tutela se convirtió en el único medio para que algunas personas puedan adquirir el servicio a la salud; la Defensoría del Pueblo después de observar 884.271 tutelas que se interpusieron entre los años 2006 a 2008, concluyó que el medio más efectivo para adquirir el derecho a la salud es por medio de esta vía, dado que de esta cantidad, 346.424 exigían servicios de salud. De cada cien tutelas presentadas en estos tres años, treinta nueve eran pidiendo cuidados médicos. En el año 2006 la cantidad de tutelas por este motivo fueron 96.229; en 2007, 107.238, y en 2008, 142.957. El crecimiento se está dando desde el año 1999, donde se presentaron 21.301, las tutelas se dan tanto en el POS como No POS y entre los motivos más importantes para interponerlas están las cirugías, los medicamentos y los exámenes paraclínicos (servicios de laboratorio).

Tratando de solucionar este problema la Corte Constitucional emitió la sentencia T-760, para determinar que cubre el POS, por medio de esta se crean los Comités Técnico Científicos (CTC) y se ordena al Estado que cubra lo que no entre en el POS y se lo pague oportunamente a las EPS, las clínicas y hospitales²⁶.

Hay quienes ven en los TES y CDT a largo plazo que tiene el FOSYGA, como uno de los culpables de la actual crisis en el sistema de salud.

Los recobros al FOSYGA, también generan inconvenientes; es así como algunos medicamentos se cobran superior al precio promedio, por ejemplo la Norepinefrina, cuyo precio promedio es de 41.314 pesos y el recobro se hizo por 195.571 pesos, o el Amikacina, cuyo precio promedio es de 1.029 pesos y el recobro fue de 19.874 pesos. En Colombia los medicamentos solamente se comparan con un máximo de nueve países (algunos carecen de información para algunos mercados) para 700 de las 14.000 drogas que se venden, estos se

²⁶ Los procedimientos y medicamentos obtenidos vía tutela o por el CTC, son recobrados parcialmente al FOSYGA y afectan a las Administradoras del Plan de Beneficios (EAPB) por que reducen los excedentes de la subcuenta de compensación.

seleccionan según su importancia, uso y sobre todo, su *carácter monopolístico o tendencia a ser monopolísticos*, en el año 2006 una decisión oficial dio vía libre para que los laboratorios farmacéuticos, importadores y distribuidores fijaran a los medicamentos los precios que quisieran. Entre las causas del alto costo de los medicamentos se puede mencionar la protección brindada por las patentes y datos de prueba, que restringen la competencia.

En Colombia los medicamentos se caracterizan porque existen mercados muy concentrados, con pocos fabricantes y comercializadores de un producto; en otros, pocas empresas dominan el mercado, y por ausencia de competencia los consumidores tienen precios altos. Subsisten este tipo de mercados pero algunas medicinas gozan de libertad de precios por razones de salud pública, algunas pueden ser clasificadas en el régimen de libertad regulada, lo que significa que sus valores no pueden superar los precios de referencia internacional. Sin embargo en Colombia esos precios de referencia no han sido calculados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPM) y el aumento de estos se limita al comportamiento del Índice de Precios al Productor (IPP) reportado por el DANE. Entre los medicamentos clasificados como terapéuticamente relevantes y en libertad regulada se encuentra el Kaletra medicamento que se utiliza en tratamiento para el SIDA, para el cual algunas ONG piden otorgar una licencia obligatoria con el fin de permitir la competencia de productos genéricos con precios mucho más bajos.

Un estudio especial acerca de las farmacéuticas y el gasto en salud pública por parte del gobierno se puede hacer con la gripe A²⁷, que ha generado una psicosis colectiva en la población y en los gobiernos de algunos países, por lo cual se ordenaron vacunaciones masivas sin haber hecho un conceso entre las diferentes instituciones de la salud. Otras medidas estuvieron en aislar y prohibir algunos

²⁷ Se cree que su origen comienza con una explotación abusiva de criaderos de animales realizados por empresas multinacionales en zonas donde no existe control al efecto.

viajes a ciertos países como México quien sufrió importantes pérdidas económicas. Algunos países compraron vacunas de forma indiscriminada, presionados por la OMS, quien cambio el significado de pandemia con el objetivo de declarar esta oficialmente²⁸, favoreciendo a las multinacionales *farmacéuticas* que la producen, en algunas vacunas se han utilizado sustancias cuyos efectos no se han detectado suficientemente, con el fin de utilizar los nuevos productos patentados, olvidando los métodos de fabricación tradicionales que son más simples, fiables, y más baratos, por lo cual algunos países tuvieron que gastar más dinero para adquirirlas, como el caso de Colombia quien compro cerca de dos millones de dosis de la vacuna, esto lo logro en una negociación en bloque con los de las demás países de América Latina y el Caribe, y a través del Fondo Global de la Organización Panamericana de la Salud, lograron determinar el precio y la cantidad con las empresas farmacéuticas. Para esto el gobierno colombiano dispuso cerca de 45.000 millones de pesos para su compra.

En Colombia se observa una gran asimetría en el tratamiento de la “Pandemia”, por ejemplo la ciudad de Bogotá se destaco a nivel nacional en el manejo de esta mientras departamentos como La Guajira, Chocó y los antiguos territorios nacionales, carecen de programas efectivos.

Cierto adagio popular dice “*Hecha la ley, Hecha la trampa*”, es por estos que hay quienes aseguran que la crisis viene desde el momento en que las tutelas se convirtieron en requisito para que las EPS²⁹ prestaran los servicios tanto POS

²⁸ Esta Organización en mayo de 2009 cambio su definición de “Pandemia”. Antes de esa fecha no sólo era necesario que la enfermedad se manifestase en varios países a la vez y tuviera consecuencias graves con un número de casos mortales mayor que el promedio habitual. En la nueva definición se eliminó esta parte y sólo se ha mantenido el criterio del ritmo de propagación de la enfermedad. El presidente de la Comisión de Salud del Consejo de Europa, el alemán Wolfgang Wodarg, considera que ésta es una gripe normal que no causa más que una décima parte de muertes que la gripe estacional clásica.

²⁹ Vale la pena mencionar también que entre las fallas que mas incurren las EPS está la desautorizan con un 45 % en los tratamientos que incluyen medicinas, cirugías, equipos y otros materiales; en segundo orden, los exámenes de laboratorio con un 24,9 por ciento y en tercer

como No POS y la corte constitucional se vio obligada a expedir la sentencia T-760, con la cual se igualaban los planes de salud empezando por los niños y los menores de edad, se crearon los comités médicos científicos en las EPS para autorizar los No POS; con estas medidas se pretendió eliminar las tutelas y creo la famosa regla de *“Salve la vida y cóbrele al gobierno”*, a partir de allí vienen los cobros y recobros que según datos del gobierno, paso de 835.000 reclamaciones en 2007, las cuales tuvieron un costo de 626.000 millones, a casi dos millones en 2009, valoradas en 1,85 billones de pesos. El Observatorio del Medicamento encontró que gran parte de estos recobros son en medicamentos los cuales tienen como epicentro a las farmacéuticas y *no a un cambio epidemiológico de los colombianos*.

Sólo los servicios que estaban por fuera del POS pasaron de valer 626.000 millones de pesos en 2007 a 1,8 billones de pesos en 2009 y la cobertura que afilió a 39 millones de colombianos al sistema, hizo que el gasto en salud pasara al 8 por ciento del PIB, igualando a algunos países Europeos. La crisis no se dio antes por los años de bonanza del gobierno, sin embargo con la sentencia de la corte T-760³⁰, la crisis se hizo evidente sobre todo entre las gobernaciones que son los responsables de financiar los gastos en salud que estuvieran por fuera del POS, a los departamentos se les hizo un recorte en las transferencias y pasaron de destinar 409.000 millones de pesos en 2008 a casi un billón de pesos en 2009, cifra que no fue suficiente, a esto se suma una crisis fiscal que llevo al gobierno a decretar la emergencia económica y social el 23 de diciembre de 2009 que posteriormente fue declarada inexecutable por la corte constitucional³¹.

lugar, las citas de control con un 17 %), entre otros (César Abadía, 2009), en algunos casos los tratamientos hacían parte del POS.

³⁰ Por medio de esta, la Corte Constitucional le impuso al Ejecutivo aumentar el gasto en salud en cerca de 3 puntos del PIB, lo cual implica necesariamente recortarle a otros sectores como el de educación y la vivienda.

³¹ Sin embargo algunos de los decretos de la reforma tributaria quedaron permanentes como los impuestos al consumo de cerveza, cigarrillos y vinos y licores, así como un IVA de 16 por ciento para los juegos de suerte y azar.

Entre las proyecciones de la ley 100 se pensó que las personas con ingreso formal financiaran su salud y darían un punto más para ayudar a financiar a los pobres, además se proyectó un crecimiento económico anual del cinco por ciento. Si esto se daba el gobierno pondría el “*Paripassu*”, que es un aporte igual al de cada persona del régimen contributivo, sin embargo el gobierno se endeudó y además provocó un déficit de seis billones de pesos con el sistema. Trayendo a colación el crecimiento del régimen contributivo se nota como se verá más adelante que este lo hace a menor proporción que el subsidiado desde hace una década; esto se dio debido a una flexibilización laboral, informalidad del trabajo y las distintas formas de contratación indirectas, a través de cooperativas, de prestación de servicios, etc., esto provocó una caída del trabajo formal en Colombia a raíz de las reformas de los años noventa, se concluye entonces que el gran problema está en el régimen contributivo dado que el trabajo formal y decente es poco, desobedeciendo las políticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y recibiendo subsidios en vez de derechos ciudadanos que tengan que ver con una actividad laboral.

Otra de las dificultades se encuentra en la disminución del esfuerzo fiscal de la Nación para financiar a la población que no está en el régimen contributivo. A pesar de que se observa que los pesos corrientes crecen para el régimen subsidiado y los hospitales del país, la proporción que se destina del presupuesto para la salud en los territorios se viene recortando desde el 2000, a través de la reducción porcentual en las transferencias a los entes territoriales como proporción de los ingresos corrientes de la Nación; entre los años 2000 y 2007 los recursos para este régimen cayeron en tres puntos porcentuales de los ingresos corrientes de la Nación, incluyendo los ingresos del Fosyga, dado que al inicio de la década el gasto para esta población representaba el doce por ciento de los ingresos corrientes de la Nación y ocho años después bajó al nueve por ciento (López,

2010)³². Las cuentas cuando se excluye al FOSYGA muestran que el presupuesto fiscal nacional cae del 11 al 6,5 por ciento en el mismo periodo, esto fue producto de las reformas a las transferencias y algunas leyes implementadas por los gobiernos de turno. En las épocas de mayor crecimiento de la economía colombiana con tasas superiores al seis por ciento entre 2005 y 2007, el gobierno destino menores recursos para la salud pública, en proporción con el tamaño de la economía.

Otras de las causas de la crisis se puede encontrar en uno de los pilares del actual sistema económico de Colombia como lo es la “*Confianza inversionista*”, dado que es más ventajoso invertir en capital que en mano de obra y como ya se dijo hay una relación directa entre el sector de la salud y el comportamiento del mercado de trabajo.

³² Entrevista concedida por la senadora Cecilia López el 30 Enero de 2010 al periódico el espectador.

3. INVERSIÓN EN SALUD

*“El verdadero heroísmo está en transformar los deseos en realidades
y las ideas en hechos”*

Alfonso Rodríguez Castelao

Toda sociedad busca estabilidad económica y condiciones de vida dignas para su población y más cuando existe inestabilidad económica, como ocurre en la actualidad por tal motivo los sistemas de protección social (financiación, operación) buscan mecanismos anticíclicos, teniendo presente la correlación entre actividad y crecimiento económico, recursos fiscales y gasto social, buscando mecanismos de la financiación pública de los programas y en general de la política económica para atenuar los ciclos económicos generales.

En todos los países del mundo se emplean metodologías sobre el gasto nacional en salud (cuentas en salud), no siempre esta es apropiada para efectuar estimativos de gasto de manera consistente y sistemática. En el presente capítulo se estudiara los aspectos esenciales del gasto en salud y su estructura público-privada, sus fuentes de financiación y el origen interno y externo de los recursos a partir del advenimiento de la ley 100 de 1993, sin desconocer los años anteriores.

A mediados de la década anterior las cuentas de salud en Colombia cuentan con la colaboración de la subdirección de Salud del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y más tarde del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de la Protección Social (MPS), los cuales han impulsado la metodología y los estimativos sobre gasto y financiamiento en salud.

En el año 2002 se crea el Ministerio de Protección Social, con cuatro componentes principales: salud, pensiones, protección laboral y asistencia. En el presente capítulo se estudiaran las cuentas en salud, el financiamiento del sistema, el gasto

del régimen subsidiado y contributivo, las pensiones, el déficit fiscal, la metamorfosis de los subsidios de oferta a demanda, el comportamiento de la UPC, la salud pública, la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y por último las inversiones en las IPS.

3.1. CUENTAS DE SALUD

En los años de 1962 a 1963 los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), empezaron a estudiar estimativos y series sobre el gasto nacional en salud de manera estandarizada y sistemática (OCDE, 2002). Durante los años ochenta varios países hicieron estimaciones sobre el gasto en salud con ayuda del Banco Mundial y en 1993 se preparo el Informe del desarrollo mundial buscando medir el gasto nacional en salud para todos los países y territorios del mundo en el cual se encontraron muchas incongruencias en todos los países. En la década de los noventa los estudios fueron apoyados por el Banco Mundial, la OMS y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y en los últimos años apareció el Sistema de cuentas de salud de la OCDE, este parte en la definición de servicios de atención en salud y sus límites, el cual propone un mismo modelo para los diferentes países; categorizar y clasificar con el fin de resolver problemas de comparabilidad internacional (OCDE, 2002).

En las cuentas nacionales en salud, se cuantifican los tipos de servicios y fuentes de financiamiento del gasto en atención de salud (Lanzeby, 1992)³³, acá se describe la estructura de distribución y financiamiento de los servicios de salud,

³³ Lanzeby, Helen; Levit, Katharine; Waldo, Daniel; Adler, Gerald; Letsch, Suzanne; Cowan, Cath y. 1992. National Health Accounts: Lessons from the US experience. *Health Care Financing Review*. Baltimore.

por ende estas cuentas sirven para implementar políticas de salud pública y hacer comparaciones internacionales³⁴.

Existen tres metodologías diferentes en las cuentas de salud/cuentas nacionales de salud utilizados para la estimación de indicadores económicos y financieros relacionados con salud, para algunos países³⁵:

- *Cuentas administrativas*, basadas en definiciones, conceptos y procedimientos contables usados en los países.
- *Sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas (Scn-Nu)*, basado en definiciones o extensiones de conceptos, clasificaciones y procedimientos contables de la revisión de 1993 de dicho sistema y del grupo de clasificaciones económicas y sociales.
- *Sistema de cuentas de salud (SCS) – OCDE*, que combina indicadores económicos y financieros de las dos metodologías anteriores, pero buscando esencialmente una compatibilidad con el Scn-Nu.

Existen otras metodologías para países subdesarrollados, entre las cuales están: PHR/USAID–Harvard, está adaptada a una variante de la metodología de cuentas administrativas o cuentas nacionales de salud para países en desarrollo (USAID, 2003).

³⁴ Estas cuentas también suelen informar acerca de otros rubros como el empleo en el sector, la concentración de gastos entre grupos de la población o partes del país, etcétera. Con el tiempo, las cuentas de salud proporcionan también los datos necesarios para predecir e identificar los futuros cambios en el sistema, con base en la experiencia adquirida en el pasado.

³⁵ BARÓN, Gilberto. *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Bogotá: Colección PARS, 2007. 250 p. (Ministerio de la Protección Social) ISBN: 978-958-98067-7-7.

3.2. FINANCIAMIENTO

Antes de la ley 100 existían tres subsistemas; el de seguridad social, el público u oficial, y el privado, estos funcionaban con el monopolio del aseguramiento por parte del Instituto de Seguros Sociales bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos (Morales, 1997)³⁶.

El sistema público contaba con servicios de salud, organizados por Seccionales de Salud (departamentales y municipales), algunas entidades dependían del nivel nacional, y prestados a través de la red de hospitales públicos en sus distintos niveles de complejidad. En teoría este proceso debía atender casi el 50% de la población nacional, entre las cuales estaban las que no tenían ningún tipo de aseguramiento y de las familias de trabajadores con protección parcial, pero en la práctica solo se atendía el 40%, esto debido a problemas de oportunidad en la atención.

En el subsistema privado, se ubicaban las personas con más altos ingresos, ellos contaban con planes de medicina Prepagada o con seguros de salud y que al momento de requerir atención acudían a prestadores privados que les brindaban servicios en forma individual, en este subsistema se ubicaba por lo menos un 17% de la población.

Con el anterior sistema se calculo que aproximadamente el 25% de la población nacional total se encontraba en situación de desprotección y un 19% que no accedía a los servicios cuando los requería (Ministerio de Salud, 1994).

³⁶ MORALES, Luis, (1997). *El financiamiento del Sistema de seguridad social en salud en Colombia*. CEPAL-Naciones Unidas. Serie Financiamiento del Desarrollo. Santiago de Chile.

En cuanto al sistema financiero, se presento que cada subsistema tenía sus propios mecanismos de financiamiento pero no existía una articulación entre ellos lo cual le daba un carácter de excluyente e inequitativo.

El subsistema de seguridad social se financiaba mediante la cotización de aportes de trabajadores y patronos para el caso del ISS³⁷, y cotizaciones y aportes del presupuesto nacional (obligación patronal) en el caso de las entidades de previsión social³⁸.

El subsistema público se financiaba con recursos de los niveles gubernamentales y en menor proporción con algunos pagos de los usuarios a los hospitales. El subsistema privado, lo hizo mediante el pago de primas por pólizas de seguros voluntarios (de hospitalización, de urgencias o de accidentes personales), planes prepagos y pagos directos, especialmente a prestadores y proveedores particulares.

Por otro lado en el año en que se aprobó el cambio del modelo de salud, se tenía que el gasto total nacional alcanzó 3.266.435.7 millones de pesos, como se observa en el *cuadro 1*, gran parte fue financiado con pagos directos de las familias (o gasto de bolsillo) con un 43,7%, seguido de los recursos de origen público, que representaban un 25,3% del financiamiento total (sumando las participaciones relativas de los recursos del presupuesto general de la nación y de los entes territoriales), las cotizaciones y los aportes a la seguridad social y otros (22,9%), los pagos de primas y planes prepagados del subsistema privado (7,4%)

³⁷ Antes de la reforma en el ISS se cotizaba 7% sobre los ingresos laborales de cada trabajador en la modalidad clásica y de 12% en la modalidad familiar, correspondiéndole al trabajador el pago de una tercera parte y las dos terceras partes restantes al empleador.

³⁸ En estas entidades la cotización se mantenía nominalmente en 5% de los ingresos laborales, cubriéndose mediante aportes del presupuesto nacional el mayor valor de las erogaciones o costos de atención, pero en la práctica algunas entidades resultaron eximiéndose, mediante convenciones colectivas, del pago de la cotización, mientras que en otras los trabajadores hacían aportes adicionales a la cotización con el objeto de obtener un mejor cubrimiento para sus familiares en cuanto al tipo y cantidad de servicios, que a veces variaban enormemente de una entidad a otra.

y los recursos de los agentes (0,9%). En cuanto a los subsistemas, el privado representaba más de la mitad (52,8%), lo cual hace que su magnitud resultara mayor que el de la seguridad social y el público en conjunto.

Cuadro 1. FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD DURANTE 1993 (MILLONES DE PESOS)

Componentes	ISS	Previs. Social	Público	Privado	Regímenes Especiales (1)	Total	Distribución %
Cotizaciones y aportes (2)	627.858	49.765.4		43.500	25.464.7	746.588.1	22,9
Pagos primas y otros (3)				240.603.0		240.603.0	7,4
Presupuesto Gral. nación		51.832.4	387.111.3	1.579.8	69.109.3	509.632.8	15,6
Aportes patronales		51.832.4			69.109.3	120.941.7	3,7
Transfer. nación			243.064.4			243.064.4	7,4
Partidas ordinarias			138.330.4	1.578.8		139.910.2	4,3
Otras partidas			5.716.5			5.716.5	0,2
Recursos entes territoriales			315.633.6			315.636.6	9,7
Departamentos (4)			261.089.2			261.089.2	8,0
Municipios (5)			54.544.4			54.544.4	1,7
Recursos de los agentes (6)		15.206.4		12.816.7		28.023.1	0,9
Gasto de bolsillo				1.425.955.1		1.425.955.1	43,7
Total	627.858	116.804.2	702.744.9	1.724.454.6	94.574.0	3.266.435.7	100
Distribución %	19,2	3,6	21,5	52,8	2,9	100	

Fuente: Departamento Nacional de Planeación, 1993.

1. Comprende: Fuerzas Armadas, magisterio y Ecopetrol.
2. En subsistema privado corresponde a los recursos de las Cajas de Compensación Familiar.

3. Corresponde a seguros voluntarios (de salud y accidentes personales) y planes de medicina Prepagada
4. Incluye los recursos de los presupuestos departamentales y rentas cedidas de la nación.
5. Incluye los recursos de los presupuestos municipales y los transferidos por Ecosalud.
6. Se refiere a los recursos propios de las entidades de medicina Prepagada y algunas entidades de previsión social.

Un año antes de que se diera la ley 100, el gasto en salud llegaba a representar en promedio 2,4% del gasto total de los hogares, donde los pobres gastaban en salud alrededor de tres veces más que los ricos. El gasto en salud representaba en promedio cerca de 5% de los gastos de 30% de los hogares situados en los niveles más pobres; mientras que para el 30% más rico el gasto en salud no llegaba al 2% de sus gastos (Ministerio de Salud, 1994).

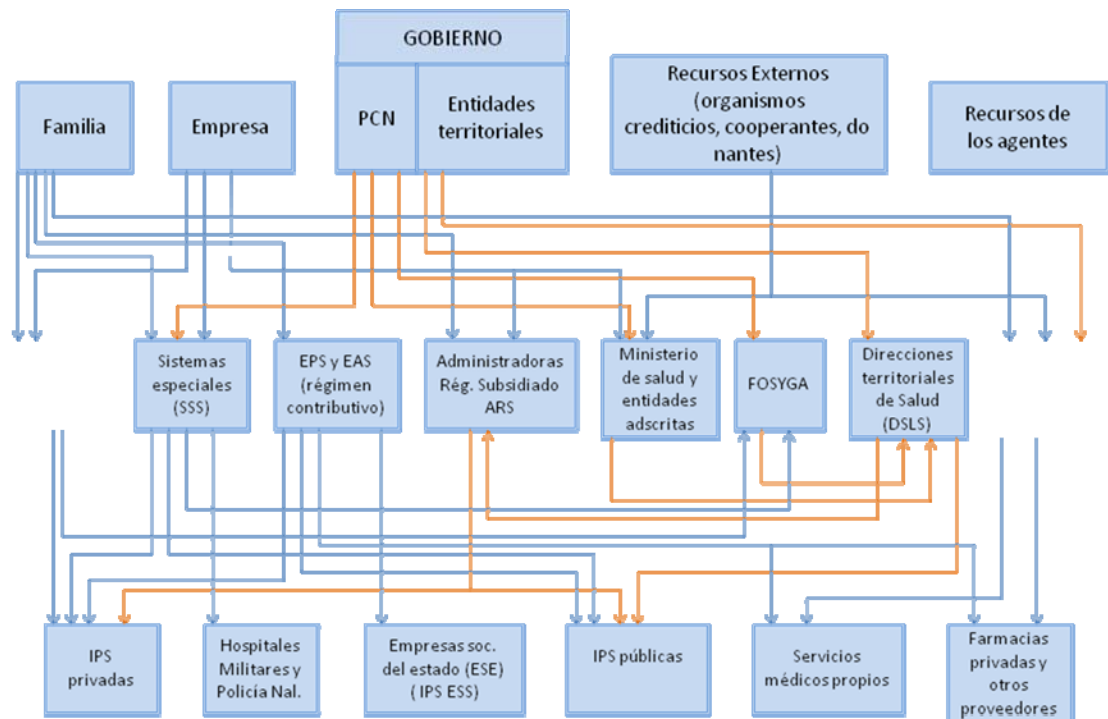
3.2.1. El gasto

El método del sistema de salud se basa en “*Fuentes y usos*”, este permite hacer un análisis desagregado del gasto en salud, en este también se intenta responder de manera integral las cuestiones básicas de quién paga, cuánto y para qué. En el *grafico 1* se detalla la composición de fuentes, agentes de financiamiento y proveedores. Desde el financiamiento se destacan los agentes financiadores primarios y los secundarios. Los agentes primarios son la última fuente de financiación de los proveedores de servicios de salud. Los agentes financiadores secundarios captan los recursos de las fuentes primarias y los distribuyen entre los proveedores. Entre los agentes financiadores primarios están las empresas o las propias familias que pagan directamente a los proveedores (gasto directo o gasto de bolsillo).

El año de 1993, se considera de prerreforma, seguido de los años de 1994 y 1995 que son un periodo de transición durante el cual aún no se configura completamente la estructura de agentes, 1996 año de consolidación de la reforma con la entrada en funcionamiento de la mayoría de las Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo, la progresiva implementación del régimen subsidiado mediante un conjunto amplio de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y la supresión o transformación en Entidades Adaptadas al Sistema (EAS) de algunas de las entidades de previsión social del anterior

sistema, como resultado del proceso de desarrollo y reglamentación de la Ley 100³⁹.

Grafica 1. FLUJOS DE FINANCIAMIENTO EN SALUD



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

El cuadro 2, muestra los indicadores relativos al tamaño y composición del gasto total en salud (gasto total en salud en relación con el PIB, 1993 - 2002)

³⁹ En 1995 había 25 EPS (18 privadas y 7 públicas, incluyendo el ISS, Caprecom y Cajanal). Para 1996, había 7 EPS-ARS, 175 empresas solidarias de salud (ESS), 50 Cajas de Compensación Familiar (CCF) y 7 convenios interinstitucionales.

Cuadro 2. INDICADORES DEL GASTO EN SALUD EN RELACIÓN CON EL PIB
1993 – 2002

Indicadores	1993	1994	1995	1996	1997
% Gasto total en salud / PIB	6,2	6,8	7,3	8,8	9,6
% Gasto público total en salud / PIB	1,4	2,1	2,4	3,2	3,4
% Gasto seguridad social en salud / PIB	1,6	1,6	1,9	2,5	2,8
% Gasto privado en salud / PIB	3,3	3,2	3,0	3,1	3,4
% Gasto de bolsillo / PIB	2,7	2,7	2,6	2,6	2,9
% Gasto público total en salud / GTS	21,9	30,3	32,9	36,2	35,2
% Gasto seguridad social en salud (RC) / GTS	25,7	22,8	25,7	28,6	29,7
% Gasto total SSS (RC+RS) / GTS	25,7	22,8	28,9	32,9	36,1
% Gasto privado en salud / GTS	52,3	46,8	41,4	35,2	35,1
% Gasto de bolsillo / GTS	43,7	39,6	35,0	30,1	30,2
% GTSSGSSS / GTS	44,2	44,3	50,5	57,5	58,4
% Régimen contributivo (RC) / GTSSGSSS			50,9	49,7	50,9
% Régimen subsidiado (RS) / GTSSGSSS			6,4	7,5	11,0
% Subsidios a la oferta (SO) / GTSSGSSS			42,7	42,8	38,1
Indicadores	1998	1999	2000	2001	2002
% Gasto total en salud / PIB	9,3	9,3	7,7	7,7	7,6
% Gasto público total en salud / PIB	3,3	3,4	3,2	3,0	3,2
% Gasto seguridad social en salud / PIB	3,4	3,7	3,0	3,2	3,0
% Gasto privado en salud / PIB	2,6	2,2	1,5	1,5	1,3
% Gasto de bolsillo / PIB	2,1	1,6	0,9	0,9	0,8
% Gasto público total en salud / GTS	35,7	36,6	41,6	38,8	42,8
% Gasto seguridad social en salud (RC) / GTS	36,2	39,7	39,4	41,5	39,9
% Gasto total SSS (RC+RS) / GTS	44,8	48,2	48,7	53,2	52,5
% Gasto privado en salud / GTS	28,1	23,7	19,1	19,8	17,8
% Gasto de bolsillo / GTS	22,6	17,2	11,2	11,7	10,0
% GTSSGSSS / GTS	65,4	69,1	72,9	72,9	72,2
% Régimen contributivo (RC) / GTSSGSSS	55,3	57,4	54,0	56,9	55,3

Indicadores	1993	1994	1995	1996	1997
% Régimen subsidiado (RS) / GTSSGSSS	13,1	12,4	12,9	16,1	17,5
% Subsidios a la oferta (SO) / GTSSGSSS	31,6	30,2	33,1	27,1	27,3
Indicadores	2003				
% Gasto total en salud / PIB	7,8				
% Gasto público total en salud / PIB	3,1				
% Gasto seguridad social en salud / PIB	3,5				
% Gasto privado en salud / PIB	1,2				
% Gasto de bolsillo / PIB	0,6				
% Gasto público total en salud / GTS	39,6				
% Gasto seguridad social en salud (RC) / GTS	44,5				
% Gasto total SSS (RC+RS) / GTS	55,5				
% Gasto privado en salud / GTS	15,9				
% Gasto de bolsillo / GTS	7,5				
% GTSSGSSS / GTS	76,0				
% Régimen contributivo (RC) / GTSSGSSS	58,5				
% Régimen subsidiado (RS) / GTSSGSSS	14,5				
% Subsidios a la oferta (SO) / GTSSGSSS	26,9				
% Régimen subsidiado (RS) / GTSSGSSS					
% Subsidios a la oferta (SO) / GTSSGSSS					

Fuente: Departamento Nacional de Planeación /SS y Ministerio de la Protección Social / PARS, Proyecto cuentas de salud.

En los indicadores de gasto en salud se establece que el gasto total en salud en relación con el PIB representa una proporción que varía en forma ascendente entre 6,2% en 1993 y 9,6% en 1997 (la más alta de todo el periodo) y que luego decrece, mostrando una proporción relativamente estable, alrededor del 7,8%, hasta 2003.

Por los lados del gasto público, se observa un incremento significativo al pasar de 1,4% en 1993 a 3,4% en 1997, seguido de unos altibajos hasta llegar al año 2003 con un 3,1%.

El comportamiento de gasto en seguridad es parecido al anterior, al principio del periodo muestra sucesivos incrementos entre 1,6% en 1993 y 3,7% en 1999, luego una drástica caída especialmente entre 2000 y 2002, y un repunte en 2003, año en el cual pasa a representar el 3,5%.

Por su parte el gasto privado total en el tiempo 1993-1997 registra una proporción por encima del 3%, llegando al 3,4% en 1997, pasa luego a registrar una disminución continua en los años subsiguientes.

Las cifras anteriores indican que el gasto de bolsillo muestra una alta incidencia tanto sobre el gasto privado total como en el gasto total nacional en salud, especialmente durante el periodo 1993-1997, lo que explica que para este último año, en el cual el gasto total en salud llegó a representar 9,6% del PIB, 3,4% representaba el gasto privado total y de esta proporción 2,9% correspondía al gasto de bolsillo, la cual resultaba ser mayor que la correspondiente al gasto en seguridad social del régimen contributivo.

Para el año 1993, el gasto público total en salud representaba 21,9% del gasto total en salud, muestra una tendencia a aumentar su participación durante el periodo, hasta alcanzar la más significativa en 2002 (42,3%), y aunque ésta se reduce en 2003 (39,6%), sigue siendo alta con respecto a otros periodos de la historia del país.

En los lados del componente del gasto en seguridad social en salud (corresponde al gasto del régimen contributivo) su tendencia es a aumentar su participación relativa en el gasto total, especialmente a partir de 1996, periodo en el cual, se

consolidó en forma progresiva la estructura de agentes y el régimen de aseguramiento en el país.

El gasto privado total, por su parte se inclina por una tendencia inversa al disminuir, de manera significativa su participación relativa en el gasto total en salud desde 52,3% en 1993 hasta el 15,9% en 2003. El gasto de bolsillo muestra una tendencia parecida al anterior, al pasar su participación relativa del 43,7% en 1993, al 7,5% en 2003.

Para finalizar se tiene el gasto total del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como proporción del gasto total en salud, tendía a aumentar, así; 50,5% en 1995 hasta 78,6% en 2002, con una leve caída en 2003 76,0%.

En 1996, año de consolidación de la ley 100 el gasto total del SGSSS de la cual 50,9% iba al régimen contributivo; el régimen de subsidios a la demanda, 6,4% y el componente de subsidios a la oferta, 42,7%. Para el año 2003 tal distribución era de 58,5%, 14,5%, 26,9%, respectivamente. Se observa que el gasto del régimen contributivo aumenta su participación durante el periodo, prácticamente se duplica, del gasto del régimen subsidiado, esto ocurre a expensas de la disminución de los subsidios a la oferta.

Durante el periodo 1996-2003 se establece que el gasto del régimen subsidiado registra un ritmo de crecimiento promedio anual, en términos reales, de 12,2%, y el régimen contributivo de 5,5%, mientras que los subsidios a la oferta exponen un crecimiento promedio anual negativo de -2,4%. El gasto en conjunto del SGSSS tuvo, por su parte, un crecimiento promedio anual de 3,4%, mientras que el gasto total en salud presentó un crecimiento promedio anual negativo de -0,15%, también en términos reales, durante el mismo periodo.

3.3. GASTO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO UN ANÁLISIS DEL 2003 AL 2008

El cuadro 3, muestra el número de afiliados al régimen subsidiado y contributivo desde el año 2003 al 2009. Para el año 2003 se tiene que al régimen subsidiado estaban afiliadas un total de 11.867.947 personas, en el 2004 se da un aumento en la cobertura de 3.685.527 nuevos afiliados, para un total en este año de 15.553.474 colombianos, esto mediante los acuerdos 277 del 6 de diciembre de 2004 y el acuerdo 280 del 16 de diciembre de 2004, el incremento en la cobertura para este año fue mayor al 800%. Del total de nuevos afiliados en el 2004, 1.788.069 tuvieron subsidios parciales y 1.897.458 se les atendió con cobertura mediante subsidios plenos⁴⁰. En cuanto a los recursos ejecutados durante este año en el régimen subsidiado ascendieron a 2,6 billones de pesos, de los cuales 2,3 billones de pesos son de continuidad de la afiliación y 342 mil millones de pesos corresponden a recursos para la ampliación de cobertura, de los cuales el FOSYGA aportó 162.820 millones de pesos en ampliación de cobertura.

En cuanto al régimen contributivo se tiene que al 2004 se encontraban 14.857.250 personas afiliadas, lo cual hace que este año sea de gran avance en cobertura al igual que lo ocurrido con el régimen subsidiado. Del total de este el 45.94% (6.824.968) son cotizantes y el 54.06% (8.032.282) beneficiarios.

⁴⁰ En el 2004 se implementaron los subsidios parciales en salud mediante el acuerdo 267 del 10 de Junio de 2004 (autoriza la asignación de recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para ampliar cobertura en el régimen subsidiado de salud mediante subsidios parciales) y el acuerdo 272 de Agosto 26 de 2004 (se modifican las condiciones de acceso a los subsidios parciales en el Régimen Subsidiado), estos están dirigidos a las poblaciones de los niveles 2 y 3 del SISBEN no cubiertas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aquí se incluye la atención de enfermedades de alto costo, algunas acciones de segundo nivel de complejidad como traumatología y ortopedia, el suministro de medicamentos básicos, y el cubrimiento integral a la materna y al menor de un año.

Cuadro 3. AFILIADOS RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO 2003 – 2008

AÑO	NÚMERO DE AFILIADOS R.S.	NÚMERO DE AFILIADOS R.C.	POBLACIÓN TOTAL
2003	11.867.947	13.805.201	44.531.434
2004	15.553.474	14.857.250	45.325.261
2005	18.581.410	15.533.582	41.242.948
2006	20.107.223	16.029.505	42.888.592
2007	21.606.812	17.006.391	44.450.260
2008	22.485.211	17.234.265	46.485.415

Fuente: CNSSS, DANE.

Para el período 2002 – 2004, se da un aumento significativo de 1.691.787 personas equivalente a un 130% en la cobertura, esto se explica por el comportamiento favorable de variables económicas durante el año 2004, a la promoción de la afiliación y en especial los sectores con capacidad de pago parcial, agrupados en gremios, sector informal y trabajadores independientes y a los controles de evasión para que afilien a sus trabajadores, entre otros.

En cuanto a los ingresos para el 2004 se tiene que la Subcuenta de Compensación del FOSYGA⁴¹ presenta un valor total de las cotizaciones (Recaudo Proceso de Compensación UPC, Sin Situación de Fondos) de \$4.664.931 millones. En cuanto a la participación de las EPS, las privadas aumentaron su participación en 11.12 puntos porcentuales con relación al año anterior. El ISS aumento su cobertura en cerca de 184 mil nuevos afiliados, mientras que las demás EPS públicas y las entidades adaptadas perdieron en conjunto 308 mil afiliados, situación que se explica por la liquidación de Cajanal EPS y de algunas entidades adaptadas⁴². Por último hay que resaltar que el año

⁴¹ En el anexo 2, se presentan el presupuesto del Fosyga para sus diferentes subcuentas desde 2003 a 2008.

⁴² Las que permanecieron ese año fueron las Empresas Publicas de Medellín-Departamento Médico y el Servicio Médico del Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales.

2004 el número de usuarios del régimen subsidiado es mayor al régimen contributivo lo cual va en contra de los objetivos de la ley 100.

En el año 2005, el SGSSS reportó 34.114.992 afiliados de los cuales 15.533.582 son afiliados al Régimen Contributivo y 18.581.410 pertenecen al Régimen Subsidiado, para una cobertura total de 82.72% frente a la población total (41.242.948). Con los regímenes especiales (2.015.186 afiliados), la cobertura en aseguramiento pasa a 36.130.178 que representa un 87,60% frente a la población total. La cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente al total de población pasó del 56.14% en el año 2002 a 82.72% en el año 2005, con lo cual significa un aumento de 26.58%.

El régimen subsidiado en el año 2005 aumentó 3.027.936 afiliados, para un total de 18.581.410 colombianos, siendo la segunda en mayor cobertura después de la que se dio en 2004. Durante el periodo 2002 a 2005 este régimen tuvo un incremento de cobertura de afiliación superior al 800%. De los afiliados que ingresaron al régimen subsidiado este año, 2.748.257 afiliados tienen cobertura mediante subsidios plenos y 279.679 beneficiarios fueron cubiertos con subsidios parciales. En cuanto al financiamiento para este año de este régimen se tiene que los recursos ascendieron a \$3.2 billones de los cuales \$1.7 corresponden a *Sistema General de Participaciones*, \$1.1 a FOSYGA, \$336 mil millones a esfuerzo propio⁴³ aportados por las entidades territoriales y \$50 mil millones a recursos de Cajas de Compensación Familiar.

Por los lados del régimen contributivo en el año 2005 se tenían 15.533.582 afiliados, de los cuales el 46.31% corresponde a cotizantes y el 53.01% a beneficiarios. Con respecto al año anterior se da un aumento en la afiliación de 676.332 nuevos afiliados que se explica por el comportamiento favorable de las

⁴³ Corresponden a recursos de libre destinación por parte de los municipios, saldos de liquidación de contratos de régimen subsidiado, recursos de regalías y rendimientos financieros, entre otros.

variables económicas durante el año 2005. En cuanto a las EPS privadas en el mercado se aumentado en 3.08 puntos porcentuales con relación al año anterior, se paso de 79.10% de participación a 82.20% en el año 2005, mientras las EPS públicas perdieron participación al pasar de 20.37% en el año 2004 a 17.28% en el año 2005 y por los lados de las entidades adaptadas permanecieron las mismas del 2004.

El recaudo de ingresos del FOSYGA para el 2005 registrado para las Subcuentas de Solidaridad, Promoción y ECAT fue superior al monto de la apropiación definitiva incorporada al presupuesto. Del presupuesto de ingresos por valor de \$8.549.787 millones, se recaudaron \$8.616.845 millones equivalentes al 100.8%; del presupuesto de gastos se comprometieron recursos por valor de \$7.448.614 millones equivalentes al 87.1% de lo apropiado.

Para el año 2006, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud ascendió a 36.136.728, siendo 16.029.5057 personas del Régimen Contributivo y 20.107.2238 del Subsidiado, para un crecimiento del 5.93% con respecto al año anterior. Por los lados de los regímenes de excepción esta cantidad corresponde a 1.910.3519 personas, para un total de 38.047.079 colombianos afiliados a salud. En total para el año 2006, 42% estaban afiliados al régimen Contributivo, el 53% afiliado al Régimen Subsidiado y el 5% se encuentra afiliado a regímenes especiales, para una población total de 42.888.592, lo cual hace que el 88,71% del total de la población tuviera algún tipo de cubrimiento en seguridad social en salud.

En cuanto al régimen subsidiado en el año 2006, se observa que la ampliación fue de 1.669.210 nuevos afiliados, de los cuales 1.642.841 corresponden a subsidios plenos y 26.369 a subsidios parciales para un crecimiento de 8.21% frente al año 2005. En cuanto a los recursos para este régimen estos ascendieron a \$3,9 billones, de los cuales el 48% corresponde a recursos del Sistema General de

Participaciones, el 36% corresponde a recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, el 14% corresponde a recursos aportados por los departamentos y municipios y el 2% restante corresponde a recursos aportados por las Cajas de Compensación Familiar y la Federación Nacional de Cafeteros⁴⁴.

El comportamiento del régimen contributivo durante el año 2006 con respecto al año anterior muestra un crecimiento de 2.95% pasando de 15.570.827 a 16.029.505⁴⁵, para este año se da un aumento en la afiliación de 458.678 nuevos afiliados compensados, dentro de los cuales 6.151 trabajadores independientes se encuentran afiliados de manera colectiva. La participación de las EPS privadas en el mercado aumento en 3.68 puntos porcentuales con relación al año anterior, al pasar de 82.20% de participación a 85.05% en el año 2006, las EPS públicas perdieron participación en un 3.63% al pasar de 17.28% en el año 2005 a 13.65% en el año 2006, siguen permaneciendo como entidades adaptadas, empresas Publicas de Medellín-Departamento Médico y el Fondo de Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales.

El FOSYGA legalizó sus cuentas mediante Resoluciones Nos. 2747, 4261 y 5087 de 2006, por medio del cual se adicionó el presupuesto de ingresos y gastos de las Subcuentas de Compensación por valor de \$685.000 millones y de Promoción por \$46.500 millones, para una apropiación definitiva en 2006 de \$9.700.949

⁴⁴ A raíz de la implementación por parte del Ministerio de la Protección Social de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) para el Régimen Subsidiado, se han presentado dificultades en la consolidación de la información correspondiente a los beneficiarios de los subsidios, que han generado confusiones en cuanto al número de personas cubiertas por el Régimen Subsidiado. Frente a lo anterior, deben diferenciarse claramente dos situaciones a saber, la primera relativa a los cupos y recursos realmente asignados para avanzar en la consecución de las metas de ampliación de cobertura, los cuales muestran que se ha logrado que 20.107.223 millones de afiliados (cupos) contratados al Régimen Subsidiado, la otra situación a diferencia, es la que tiene que ver con las dificultades que ha encontrado el Ministerio de la Protección Social para cargar la información de los afiliados en la BDUA por razón de los requerimientos técnicos y validaciones que se han implementado así como por las dificultades propias de las entidades territoriales.

⁴⁵ Datos reportados por las EPS a través del Proceso de Compensación - Consorcio Fidufosyga – FOSYGA y corresponden a promedios mensuales de acuerdo al ciclo de compensación.

millones. Con la Resolución 3784 de 18 de Octubre de 2006 y 4307 del 16 de Noviembre de 2006, se efectuó un traslado y distribución en el Presupuesto de Gastos de Ampliación, Renovación de la afiliación de Régimen Subsidiado Atención a la Población Desplazada APD a Subsidio a la Demanda Fondos Especiales, Régimen Especial Madres Comunitarias y Apoyo otros eventos y *Fallos de Tutela* \$76.800.000.000.00.

En el 2006 la Subcuenta de Compensación presentó una apropiación de \$7.627.559 millones, un recaudo efectivo de \$7.778.375 millones, 102% de lo apropiado. La Subcuenta de solidaridad presentó un recaudo acumulado de \$1.481.305 millones, equivalentes al 93.5% de la apropiación, quedando un recaudo pendiente por Aportes del Presupuesto Nacional (APN) por valor de \$95.719 millones que se recibiría en la vigencia 2007 de la Dirección General del Tesoro, que respaldan rezago constituido en el concepto de gastos de la Subcuenta Subsidio a la Demanda Régimen Subsidiado. La ejecución del recaudo del “*Paripassu*” por \$344.696 millones de una parte recaudó \$169.685 millones y de otra \$79.292 millones que corresponden al 72.2% de la apropiación, quedando en Rezago Presupuestal la diferencia para completar el 100%, el cual se recauda durante el 2007, de acuerdo con la programación del plan anual de caja.

A diciembre de 2006 la Subcuenta de promoción presentó un recaudo acumulado de \$295.552 millones, equivalentes al 95.3% de la apropiación. Por los lados de la subcuenta ECAT⁴⁶, en este año la subcuenta registró un recaudo de \$440.124 millones equivalentes al 246.5% de la apropiación. El mayor nivel de recaudo lo presentó el concepto FONSAT 20% con \$110.145 millones (250.3%), seguido por el SOAT 50% que registró recaudo por \$278.767 millones (249.3%) y por rendimientos financieros Inversiones \$50.838 millones (226.6%). El mayor recaudo de la ejecución presupuestal de ingresos frente al aforo inicial, se explica porque el

⁴⁶ Esta Subcuenta hace parte del Presupuesto General de la Nación, por lo cual la apropiación de Ingresos se encuentra limitada al gasto apropiado en la Ley Anual de Presupuesto, el cual a su vez responde a las necesidades de la Subcuenta en la vigencia.

monto total de las apropiaciones de la Subcuenta, son definidos por el Departamento Nacional de Planeación a partir del cupo presupuestal que asigna el Ministerio de Hacienda. En este periodo se evidencio una disminución de las reclamaciones ante el Fosyga, mientras que los ingresos mostraron una mayor dinámica por la reducción de la evasión y elusión en el caso del SOAT, por el incentivo que significa haber fijado multas por no tener la póliza, mucho más altas que el mismo valor de la póliza, y porque además el parque automotor se ha incrementado. La Subcuenta presentó compromisos por valor de \$76.256 millones equivalentes al 42.7% de la apropiación, que corresponden principalmente a Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada por la Violencia \$26.374 millones (83.7%), Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria –FOSYGA \$4.644 millones (80.1%), y Apoyo Reclamaciones Catástrofes Naturales \$2.991 millones (74.8%).

En el año 2007, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud ascendió a 38.613.203, de los cuales 17.006.391 personas estaban en el Régimen Contributivo y 21.606.812 en el Subsidiado creciendo la afiliación con respecto al año inmediatamente anterior en un 6.85%⁴⁷, la población afiliada a los regímenes de excepción fue de 1.910.351 personas, para un total de 40.523.554 de colombianos con cobertura de seguridad social. El 41.97% de los afiliados en este año perteneció al Régimen Contributivo, el 53% al Régimen Subsidiado y el 4,71% a regímenes especiales, con una población total de 44.450.26014, lo cual indicó que el 91,17% cuenta con algún tipo de cobertura en seguridad social en salud.

En el 2007 el régimen subsidiado amplio la cobertura en 1.693.207 personas de las cuales todas corresponden a subsidios plenos, en este año se dio una

⁴⁷ No se incluye a la población afiliada a Regímenes Especiales, dado que esta población no hace parte del Sistema.

transformación de subsidios parciales a plenos en once departamentos para 657.736 personas, este régimen tuvo un crecimiento de 7.46% frente al año 2006.

Los recursos del Régimen Subsidiado durante la vigencia contractual 2007 ascendieron a 4,7 billones de pesos, de los cuales el 48,3% corresponde a recursos del *Sistema General de Participaciones*, el 35,6% corresponde a recursos del FOSYGA, el 14,9% corresponde a recursos aportados por los departamentos y municipios y el 1,3% restante corresponde a recursos aportados por las Cajas de Compensación Familiar y gremios como la Federación Nacional de Cafeteros y otros recursos como excedentes de vigencias anteriores.

Por los lados del régimen contributivo se tiene que para el año 2007, el porcentaje de afiliados compensados se incrementaron en un 6.09%, con respecto al año anterior pasando de 16.029.505 a 17.006.391. Ahora bien, con respecto a la vigencia anterior se observa un aumento en la afiliación de 976.886 nuevos afiliados compensados. Dicho aumento se explica por el comportamiento favorable de las variables económicas durante el año 2007. Las cuentas del FOSYGA durante el 2007, se manejaron mediante las Resoluciones Nos. 3372, 4120 y 4951 de 2007, se adicionó el presupuesto de ingresos y gastos de las Subcuentas de Compensación por valor de \$1.603.897 millones y de Promoción por \$8.500 millones, para una apropiación definitiva en 2007 de \$11.143.625 millones. Con una apropiación de \$8.798.858 millones, se presentó un recaudo efectivo de \$8.625.041 millones, 98% de lo apropiado. La Subcuenta registra compromisos por \$8.531.881 millones, equivalentes al 97% de la apropiación, siendo los conceptos de mayor impacto Proceso de Compensación apropiación Directa con \$5.611.257 millones equivalentes al 98% de la apropiación, Déficit Proceso Compensación – FOSYGA con \$1.984.461 millones y Otros Eventos y Fallos de Tutela con \$550.000 millones, el 100% de lo apropiado. La Subcuenta de solidaridad presentó compromisos por valor de \$1.754.673 millones, equivalentes al 96.3% de la apropiación. El concepto de gasto Subsidio a la Demanda –

Régimen Subsidiado, tiene la mayor ejecución de la Subcuenta, con una apropiación total de \$1.653.105 millones, presentó una ejecución de \$1.604.088 millones equivalentes al 97% de lo apropiado, valor directamente relacionado con las distribuciones de recursos aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la acreditación del compromiso por parte de las Entidades Territoriales, de acuerdo con la política de cofinanciación aprobada por el CNSSS y el cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente, para acceder a dichos recursos. La Subcuenta de promoción presentó compromisos por valor de \$290.618 millones equivalentes al 86.5% de la apropiación. Corresponden a Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica \$1.269 millones (100%), Programas de Promoción y Prevención Ejecución Directa Proceso Compensación \$216.321 millones (99.9%), Programas de Promoción y Prevención EPS – Déficit Proceso Compensación \$58.282 millones (93.8%) y por Apoyo Técnico, Auditoria y Remuneración Fiduciaria \$677 millones (79.7%). Por último la subcuenta ECAT presentó compromisos por valor de \$87.050 millones equivalentes al 46.8% de la apropiación, que corresponden principalmente a Apoyo Reclamaciones Víctimas Accidentes de Tránsito \$50.137 equivalentes al 50.1%, Apoyo Reclamaciones Víctimas Población Desplazada por la Violencia \$12.294 millones (34.6%), Apoyo Técnico, Auditoria y Remuneración Fiduciaria –FOSYGA \$3.001 millones (60.6%) y apoyo Reclamaciones Víctimas Catástrofes Naturales \$4.000 millones (100.0%).

Para el año 2008, el número de afiliados al SGSSS fue de 39.719.476, creció con respecto al año inmediatamente anterior en un 2.87%, la cobertura total fue del 89.36% frente a la población total.

La cobertura del régimen subsidiado en el 2008 llegó a 21.606.812, de los cuales 20.373.977 correspondieron a subsidios plenos y 1.232.835 a subsidios parciales. Para la vigencia 2008 - 2009 con corte al 31 de marzo de 2009, las entidades territoriales reportaron un total de 23.804.788 cupos contratados en el Régimen

Subsidiado de los cuales 22.688.999 corresponden a subsidios plenos y 1.115.789 a subsidios parciales, observándose un decrecimiento de los parciales, las entidades territoriales transformaron 178.147 subsidios parciales a plenos durante esta vigencia.

Los recursos del Régimen Subsidiado en 2008 ascendieron a 5,6 billones⁴⁸, de los cuales el 48,0% corresponde a recursos del *Sistema General de Participaciones*, el 40,1% corresponde a recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, el 10,8% corresponde a recursos aportados por los departamentos y municipios y el 1,1% restante corresponde a recursos aportados por las Cajas de Compensación Familiar y gremios como la Federación Nacional de Cafeteros.

En cuanto al régimen contributivo durante el año 2008 frente al mismo comportamiento del año anterior, se encuentra que los afiliados compensados en este régimen se incrementaron en un 1.34% pasando de 17.006.391 a 17.234.265.

Las subcuentas del FOSYGA, se legalizaron mediante Acuerdo 398 de 2008 Resoluciones Nos. 4941, y 5321 de 2008, se adicionó el presupuesto de ingresos y gastos de las Subcuentas de Compensación por valor de \$1.463.249 millones, Solidaridad \$20.751 Millones y de Promoción por \$16.940 millones, para una apropiación definitiva en 2008 de \$14.068.4867 millones. La subcuenta de compensación durante este año, conto con una apropiación presupuesto de

⁴⁸ En noviembre de 2008 el consorcio Fidufosyga (que maneja todos los recursos del sector), encontró una población estimada de 44.450.000 habitantes, de los cuales estarían afiliadas 44.260.000 personas, es decir el 99,6 por ciento de los Colombianos. De esta cantidad hay 18.949.000 afiliados al régimen contributivo; 23.400.000 al subsidiado y los regímenes especiales (maestros y Fuerzas Armadas) tienen en este año 1.910.000. Estas cifras evidencian un problema de desinformación entre las instituciones dado que el Estado gira a las alcaldías recursos para 23'400.000 personas cobijadas por el subsidiado y en la base de datos única de afiliados (BDUA), solo aparecen 17'532.000, esto se debe a que los otros 5'868.000 son rechazados por el sistema o no aparecen, entre las causas se encuentran que algunos están en los dos regímenes (contributivo y subsidiado) otros aparecen como fallecidos, con el sexo cambiado o registrados en municipios distintos.

ingresos de \$10.943.997 millones, se presentó un recaudo efectivo de \$10.136.429 millones, 92.6% de lo apropiado forado. En el marco del Decreto 1703 de 2002 y la Resolución 1408 de 2003, el concepto de ingresos más representativo en términos del porcentaje de ejecución respecto al valor apropiado, fue “Recaudo Rendimientos Financieros” Subcuenta de Solidaridad y Promoción para el Régimen de Madres Comunitarias por \$27.828 millones que equivalen al 293.4% del monto apropiado estimado. La subcuenta de Solidaridad presentó un recaudo acumulado de \$2.269.980 millones, equivalentes al 88.3% de la apropiación; el punto de solidaridad presentó recaudo acumulado de \$1.499.396 millones equivalentes al 109.4% de la apropiación. La ejecución del recaudo del “*Paripassu*” por \$217.535 millones el correspondiendo al 71.2 % de la apropiación, quedando en rezago presupuestal la diferencia para completar el 100%, el cual se recaudaría durante el 2009, de acuerdo con la programación del Plan Anual de Caja. La Subcuenta de Promoción presentó un recaudo acumulado de \$389.476 millones, equivalentes al 98% de la apropiación, con Situación de Fondos, se recaudaron \$104.794 millones equivalentes al 100.2%; el concepto de Rendimientos Financieros Inversiones presentó un recaudo de \$13.554 millones equivalentes al 114.1%; por Régimen de Excepción en el marco del Decreto 1703 de 2002, el recaudo fue de \$7.959 millones equivalentes al 99.7% de la apropiación. Por concepto de Impuesto Social a las Municiones y Explosivos, recursos destinados a financiar programas de prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica, se recaudaron \$2.315 millones, 178.1% de lo apropiado y por Excedentes Financieros de la vigencia 2007 se adicionaron recursos por \$16.330 millones. Por último la Subcuenta ECAT registró un recaudo de \$745.694 millones equivalentes al 476% del presupuesto estimado, la apropiación. El mayor nivel de recaudo lo presentó el concepto SOAT 50% con \$394.421 millones (896%), seguido por el FONSAT 20% que registró recaudo por \$156.467 millones (304%) y por rendimientos financieros inversiones \$141.251 millones(1293%).

Por otro lado, se tiene que todo sistema económico, social o ambiental de corte neoclásico siempre tiende a compararse con el superior con el fin de buscar una mejoría, en esta parte se citara el sistema de salud de Colombia con el de Francia que es considerado el mejor del mundo.

Colombia destina el ocho por ciento de su PIB, unos veinticinco millones de pesos anuales donde cada afiliado le cuesta al sistema cerca de 500.000 pesos anuales. Por su parte Francia destina el once por ciento de su PIB, unos 400 billones de pesos colombianos, donde cada usuario le cuesta al sistema siete millones de pesos anuales, en promedio. La gran diferencia entre los dos sistema se observa en el régimen subsidiado; Colombia tiene cerca del sesenta por ciento de su población allí, mientras en Francia se aproxima al siete por ciento, para los dos países se observa un modelo donde el seguro a la salud es obligatorio, con aportes salariales que se reparten entre los patronales y el empleado; en Francia se adiciona un *seguro complementario* para cubrir enfermedades graves con participación financiera del paciente.

3.4. LAS PENSIONES

Antes de la Ley 100 de 1993, las entidades territoriales pagaban sus pensiones directamente a Cajas o Entidades de Previsión; por disposición de ley, tuvieron que ser liquidadas y sustituidas por los Fondos Territoriales de Pensiones. Este esquema entro a funcionar en junio de 1995, mediante el Régimen Solidario de Prima Media (RPM) con Prestación Definida administrado por el Instituto del Seguro Social y las cajas que fueron declaradas solventes y el Régimen de Ahorro Individual (RAI) con Solidaridad, administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Con la ley 100 se busco estimar la deuda que se tiene con los trabajadores, pensionados y retirados, en pocas palabras a calcular el pasivo pensional y el financiamiento de los entes territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios), para lo cual el gobierno propuso al congreso la *Ley 549 de 1999*,

dando paso al *Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales* (FONPET), esta institución tiene como objetivo el ahorro obligatorio para recaudar recursos para que las Entidades Territoriales cubran sus pasivos pensionales y está a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de patrimonios autónomos constituidos en Sociedades Fiduciarias, a quienes se les adjudicó mediante Licitación Pública No. 05 de 2001. La inspección, vigilancia y control sobre las entidades administradoras de los recursos del FONPET están a cargo de la Superintendencia Bancaria (artículo 18 de la Ley 549 de 1999).

Los recursos destinados al FONPET, provienen de recursos nacionales (Privatizaciones de entidades nacionales, capitalizaciones de entidades nacionales, bienes cuyo dominio se extinga a favor de la Nación, Ioto Único Nacional y del impuesto de timbre), y de recursos territoriales (Situado fiscal 2000 y 2001, participaciones municipales en los ICN 2000 y 2001, Sistema General de Participaciones (Ley 715 de 2001), regalías, privatizaciones locales, impuesto de registro y ingresos corrientes de libre destinación – Departamentos)⁴⁹. A continuación se detalla las instituciones que transfieren directamente los recursos al FONPET como:

- El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, transfiere los recursos de cada entidad territorial correspondientes al Situado Fiscal, los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) y el Sistema General de Participaciones. Igualmente los recursos nacionales correspondientes al impuesto de timbre, privatizaciones, capitalizaciones.
- La Dirección Nacional de Estupefacientes, transfiere los recursos provenientes de los bienes cuyo dominio se extinga a favor de la Nación.

⁴⁹ Los porcentajes y condiciones que se aplican a cada fuente, se encuentran en el artículo 2° de la Ley 549 de 1999, el artículo 2° de la Ley 715 de 2001, el artículo 35 transitorio de la Ley 756 de 2002.

- La Empresa Territorial para la Salud (ETESA⁵⁰), transfiere los recursos provenientes de la explotación del Loto Único Nacional.
- Los Municipios, transfieren los recursos correspondientes al 15% de las enajenaciones al sector privado de acciones o activos (activos fijos de la entidad territorial).
- Los departamentos y distritos, transfieren el 20% del impuesto de registro y un porcentaje de los ingresos corrientes e libre destinación.
- El Fondo Nacional de Regalías, transfiere los recursos de regalías contemplados en las Leyes 549 de 1999 y 756 de 2002.

Para el cálculo de la pensiones se tiene en cuenta el aumento del salario mínimo y la variación del Índice de Precios al Consumidor⁵¹; para el año 2010 el reajuste fue de 3.64%. El artículo 35 de la ley 100, establece que el monto mensual de la pensión de vejez o jubilación no podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente.

La ley admite dos requisitos para pensionarse, por los lados del RPM se tiene en cuenta la *edad* y *semanas cotizadas*⁵² y en el RAI un capital mínimo y la *edad*,

⁵⁰En enero de 2010 el gobierno nacional anuncio una inminente liquidación de esta institución y que las funciones de recaudo de ETESA las asumirá la DIAN, la vigilancia quedaría en una superintendencia designada por la Superintendencia de Salud y a nivel departamental lo harán los entes territoriales de control.

⁵¹ Este último se aplica para pensiones cuyo monto mensual en 2009 fue superior al salario mínimo.

⁵²Se puede decir que en este régimen las pensiones se determinan por una función de beneficios, la cual se calcula a partir del ingreso base de liquidación (IBL), que es el salario promedio sobre el cual se cotiza en los últimos 10 años, se debe cumplir con una edad de 55 años para mujeres y 60 años para hombres; a partir del 2014, 57 años para mujeres y 62 para hombres, y además haber cotizado 1.150 semanas, periodo que se incrementará a partir del 1° de enero del 2006, en 25 semanas cada año, hasta que en el 2015 alcance las 1.300 semanas (26 años de cotización). A partir del 1 de enero de 2004, el monto definitivo de la pensión se calcula como un porcentaje del ingreso base de liquidación que oscila entre el 55% y el 65% del mismo, se utiliza la fórmula: $r = 65,5 - 0,5s$, donde r = porcentaje del ingreso de liquidación y s = número de salarios mínimos legales mensuales vigentes. El ingreso base de liquidación, corresponde al promedio del salario base de cotización del afiliado durante los 10 años anteriores al reconocimiento de la pensión, actualizados anualmente con base en la variación del IPC. A partir de 2.005, por cada 50 semanas adicionales a las mínimas la pensión se incrementará en 1.5%. El monto máximo de la pensión estará entre el 80% y el 70.5% y para alcanzarlo se

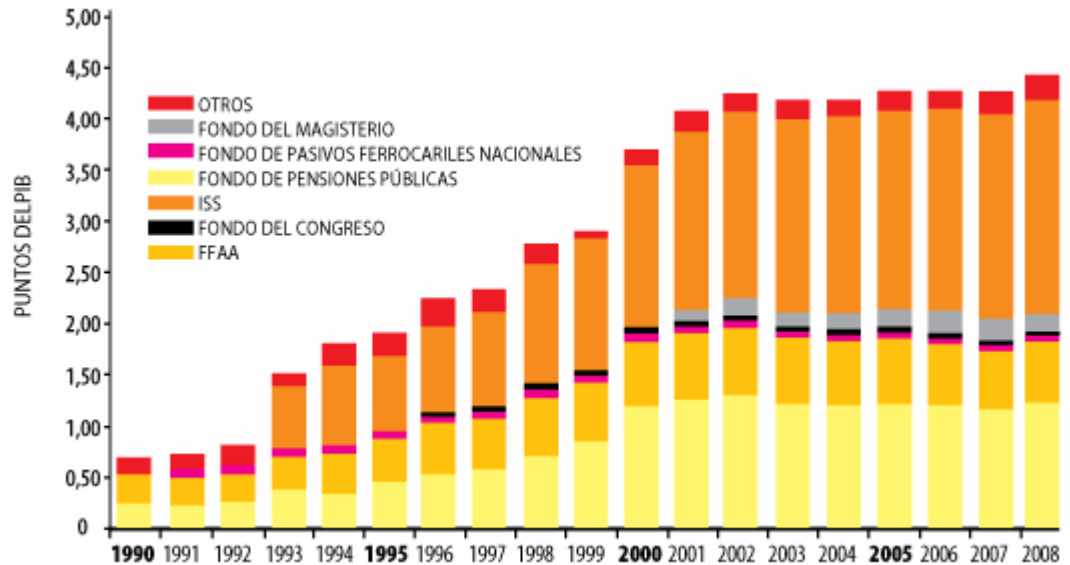
pero históricamente se puede comprobar que existen unos requisitos adicionales, como el tener ahorrado el 110 por ciento de un salario mínimo, acumulado durante toda su vida productiva (120 millones de pesos), mas el eterno problema del acceso al mercado laboral legal. En el RPM, se tiene en cuenta a la población vulnerable a través del Fondo de Solidaridad Pensional (FSP), entre los cuales están la población mayor de setenta años en estado de indigencia; acá entran los aportes de los afiliados a ambos regímenes.

Haciendo un recuento, se tiene que hasta 1994, todas las personas cotizaban en el Régimen de Prima Media y las pensiones eran dadas por el ISS o por Cajanal para el sector gobierno; hasta este mismo año con el advenimiento de la nueva ley se permite el surgimiento de los fondos privados de pensiones y se le da la posibilidad a los cotizantes de elegir a cual sistema pertenecer. Esta ley premio a las AFP, dado que se expidió un bono pensional con base en el ingreso devengado a 30 de junio de 1992, independiente de cual fuera el ingreso base de cotización, esto indujo a los fondos privados a captar personas de altos ingresos puesto que los bonos salían con base en lo que ganaban en 1992, no en lo que cotizaban. En la *grafica 2*, se observa el pago de pensiones a cargo del presupuesto nacional, desde el año 1990 a 2008, se percibe que durante el periodo de análisis los puntos del PIB han ido en aumento y su principal explicación se encuentra en que la mayoría de personas se ubican en el Régimen de Prima Media el cual es subsidiado por el gobierno. Adicionalmente el aumento de la fuerza pública, producto de la seguridad democrática que se ha aplicado desde el 2002, con los incrementos salariales a más de 100.000 servidores de este sector colombiano, pertenecientes al régimen de prima media, han provocado un aumento del pasivo pensional entre 15 y 18 puntos. Entre los causantes del pasivo pensional está la ley 33 de 1985, donde se determina que la pensión debe ser equivalente al 75% del salario promedio que sirvió de base para los aportes

requerirán 1.800 semanas cotizadas en 2.015. Si pertenece al RAI tiene los mismos requisitos de tiempo de cotización, pero el monto de la pensión depende de lo que usted tenga en su cuenta individual.

durante el último año de servicio y no a lo acordado bajo la Ley 100, ello provocaría un aumento de doce puntos. Otras causantes del pasivo pensional estarían en las tablas de *mortalidad*, con esta se mostrará que la esperanza de vida a los 60 años mejorara, lo cual generará un aumento de 15 puntos. Por último se tiene que el CONPES 3605 estimó la inclusión en el sistema de Beneficios Económicos Periódicos (BEP) a diferentes grupos poblacionales, lo cual genera unos gastos adicionales.

Grafica 2. PAGO DE PENSIONES CON CARGO AL PRESUPUESTO NACIONAL

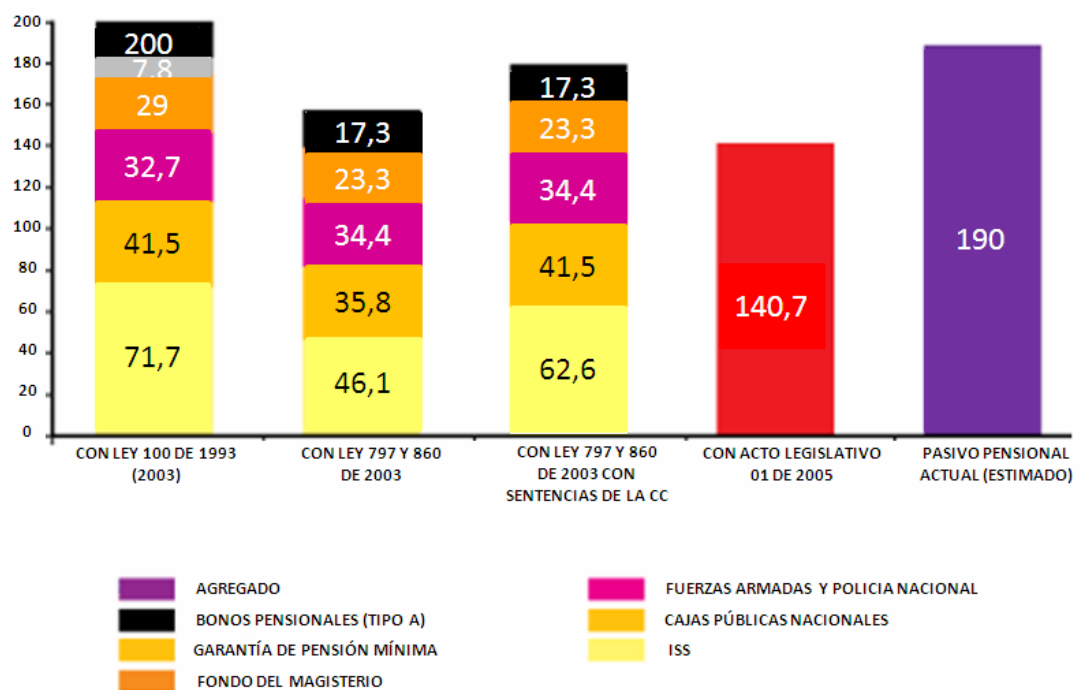


Fuente: Dirección General del Presupuesto Público Nacional

En la grafica 3, se muestran las últimas reformas pensionales y como se han perdido; con la ley 100 de 1993 se planteo que en el año 2003 el RPM no existiría, por el contrario se definieron los parámetros de afiliación y de pensión, para los dos regímenes como fueron la tasa de cotización y la edad de jubilación, como valor agregado, el congreso planteo un régimen de transición hasta el 2014. Con la ley 797 y 860 de 2003 se fortaleció el RAI y se estableció un plazo de diez años antes para trasladarse y aso lograr la pensión. En el RPM, se aumento la tasa de

cotización, se redujo la tasa de remplazo a niveles entre 55% y 80%. La corte constitucional declaró inconstitucionales algunos ajustes al régimen de transición, lo cual revirtió el ajuste logrado en cerca del 22,1% del PIB. El acto legislativo 01 de 2005, modifica los regímenes especiales⁵³ como el de los docentes y las fuerzas militares, se estableció un monto máximo de 25 salarios mínimos a las pensiones del RPM y se eliminó la mesada catorce para pensiones causadas después del 31 de julio de 2011.

Grafica 3. ÚLTIMAS REFORMAS PENSIONALES



Fuente: corte constitucional

⁵³ Al finalizar el 2003, el porcentaje de cobertura efectiva era del 25% con un total de 11,6 millones de afiliados, antes de este año los docentes pagaron contribuciones muy inferiores a las del resto del sistema y a partir del 2003 se incrementaron al nivel de las que pagan los demás trabajadores, mientras que para Ecopetrol se mantuvo el no pago de contribuciones, este cambio unos años después.

El mercado laboral también influye sobre las pensiones, es por esto que se trae a colación las Encuestas de Calidad de Vida (ECV) de 1997 y 2003, estas muestran el total nacional en 2003 de la tasa de desempleo que pasó de representar 11,8% en 1997 a 14,2% en 2003, factor que influyó en la menor tasa de afiliación al sistema de pensiones. Por su parte la tasa de afiliación activa, que alcanzo el 26% en 1997 de la población ocupada, se redujo a 24,7% en 2003, el crecimiento del número de trabajadores independientes también ha incidido en la menor afiliación que se registra en el sistema de pensiones, en el capítulo 4 se describe el comportamiento del mercado laboral a mayor profundidad. Por los lados de la tasa de informalidad esta era del 68,9% en 1997 mientras que para 2003 se incrementó hasta el 70,3% (Acosta, 2005)⁵⁴. Por otro lado, en el *cuadro 4*, se dan cifras de cómo los fondos de pensiones obligatorias, voluntarias y cesantías de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) presentan tasas de crecimiento real anuales positivas, aun durante los años de la crisis económica.

Entre los problemas del sistema de pensiones, dada la reforma se encuentra la baja cobertura y el financiamiento de los pensionados actuales y futuros en especial ante el agotamiento de las reservas del ISS (ver subcapítulo 3.4.1). El creciente monto que el gobierno ha dedicado a financiar las pensiones ha contribuido a aumentar la deuda del sector público que tiene sus orígenes en el sector del ISS, en las cajas públicas (Cajanal, Caprecom, cajas de retiro de las fuerzas militares y policía, universidades, entre otras) y también en muchas empresas de servicios públicos. Al principio cuando los pensionados eran pocos, la deuda no influyo en gran medida sobre los flujos de caja del Estado pero si acumuló un pasivo en el balance del Gobierno que se convirtió en un problema de finanzas públicas.

⁵⁴ ACOSTA, O.L., GAMBOA, L.F. (2005). *Estrategia de Financiamiento del Sistema de Protección Social*. Mimeo. Facultad de Economía Universidad del Rosario, Bogotá.

Cuadro 4. VALOR DE LOS FONDOS ADMINISTRADOS POR LAS AFP EN PENSIONES OBLIGATORIAS, VOLUNTARIAS Y CESANTÍAS 1994-2003 (Millones de Pesos)

Periodo	Pensiones Obligatorias	% Var real anual	Cesantías	% Var real anual	Pensiones voluntarias	%Var real anual	Total	% Var real anual
Dic-94	31.496		351.398		25.478		408.212	
Dic-95	262.730	598%	895.040	18%	37.381	23%	795.151	63%
Dic-96	806.465	152%	693.541	15%	75.034	65%	1.545.040	63%
Dic-97	1.768.767	86%	935.622	15%	145.177	64%	2.849.566	54%
Dic-98	3.253.167	58%	1.230.929	13%	474.759	180%	4.958.855	49%
Dic-99	5.409.775	52%	1.584.378	18%	822.337	59%	7.816.490	44%
Dic-00	7.990.306	36%	1.831.990	6%	1.486.497	66%	11.308.793	33%
Dic-01	11.353.644	32%	2.084.557	6%	1.881.264	18%	15.319.466	26%
Dic-02	15.704.676	29%	2.375.527	7%	2.522.552	25%	20.602.755	26%
Dic-03	20.354.457	22%	2.679.552	6%	3.134.946	17%	26.168.956	19%

Fuente: Superbancaria

Con la ley 100, no quedo claro la responsabilidad de la deuda pensional de los trabajadores de las administraciones departamentales y municipales, por lo cual fue necesario expedir una ley posterior para iniciar el fondeo para la atención de estas obligaciones (Ley 549 de 1999) en el Fondo de Pasivos Territoriales (FONPET). El sistema tiene una ausencia de reservas para pensiones, de uso para otros fines, que hasta el 2003 le significo al gobierno un costo del 17% del PIB, es decir, cerca de la mitad de la deuda del sector público no financiero (SPNF) es explicada únicamente por este tipo de obligaciones.

Entre los orígenes de la deuda pensional se encuentra el incumplimiento del decreto 3041 de 1966, por el cual la cotización global para los seguros de vejez, invalidez y muerte se debería incrementar gradualmente de 9% a 22% en un lapso de 25 años que terminarían en 1992⁵⁵.

La pérdida patrimonial del ISS, se ha venido consolidando con el hecho de pagar a los pensionados con los ingresos de los cotizantes sin tener reservas, lo cual genera deuda y hace que el gobierno responde con la expedición de bonos pensionales a cargo del Ministerio de Hacienda. Es así, como cerca del 50% de la deuda del SPNF se genero por el incumplimiento de la regla de aportes del Estado como empleador a las pensiones de sus empleados, fuerzas militares y trabajadores de sus empresas, el otro 50% de la deuda que no aparece en el stock de deuda pública neta está causada por el deterioro patrimonial y la imposibilidad de acumulación de reservas necesarias para que el ISS le cumpla a sus afiliados.

⁵⁵ Con este decreto la cotización era 50% a cargo del empleador, 25% del trabajador y 25% del Estado, cinco años después se modifico cuando se expidió el Decreto 1935, suspendiendo el aporte del Estado y la regla de reajuste cada cinco años hasta llegar al 22% como lo señalaba el Decreto 3041. Adicionalmente, se creó el seguro obligatorio, el cual sería financiado con recursos del presupuesto nacional.

Los principales ajustes realizados a la ley 100, en cuanto al tema pensional se encuentran en el *cuadro número 5*, es así como la tasa de cotización con ley 100, era de 13.5%, con el ajuste paso a 14.5%. La edad de jubilación para hombres era de 60 y para la mujeres de 55, con el ajuste esta quedo en 60 para los primeros y 55 para las mujeres, a 2014 las edades cambian. El número de semanas mínimas a cotizar era de 1000 y máximo 1400 con los ajustes se tienen que son 1300 y 1800 respectivamente, con una base mínima de liquidación entre un salario legal mínimo y 20 salarios legales mínimos, con el ajuste este pasa a entre un salario legal mínimo y 25 salarios legales mínimos.

Cuadro 5. PRINCIPALES AJUSTES REALIZADOS A LA LEY 100 DE 1993

	Ley 100 /93	Ajustes
Tasa de cotización	13.5% (+1% > 4 SLM) Gastos admin. 3.5%	14.5% (+1% > 4 SLM) 16.5% para 2008 Gastos admin. 3%
Edad de jubilación	55 M / 60 H –2014 y 57 M / 62 H	55 M / 60 H -2014 y 60 M / 62 H
Tasa de reemplazo mín. /máx.)	65% / 85%	r = 65.50 -0.50 s
Número de semanas (mín. /máx.)	1000 / 1400	1300 / 1800
Base de cotización (mín. /máx.)	1 SLM/ 20 SLM	1 SLM/ 25 SLM
Período de traslado	Cada 3 años	Cada 5 años
Período base de liquidación	10 años	10 años

Fuente: DNP-DEE

Con la ley 797 de 2002, se dio una nueva reforma, con los cambios que se reportan en el *cuadro 6*, las estimaciones del valor en que se habría reducido la deuda del pasivo pensional, con los ajustes para las diferentes instituciones son; para el ISS 26.2, cajas públicas 28.3, Fomag 14.5, F.F.A.A. 20.7 y para los Bonos tipo A, 10.3. Con estas medidas se pretendió mitigar el impacto de los subsidios regresivos en prima media.

Cuadro 6. EQUILIBRIO FISCAL –VPN DEL PASIVO PENSIONAL (2003-2050) %
DEL PIB DE 2003

	Ley 100 / 93	Ley 100 + Ajustes (Ley 797 – 86/03)	Participación (Ley 100+ajustes)
ISS	63.3	44.6	26.2
Cajas públicas	54.6	48.3	28.3
Fomag	28.6	24.8	14.5
F.F.A.A.	35.3	35.3	20.7
Bonos tipo A	17.5	17.5	10.3
GPM	8.0	0.0	0.0
TOTAL	207.3	170.5	100.0

Fuente: DNP - DEE

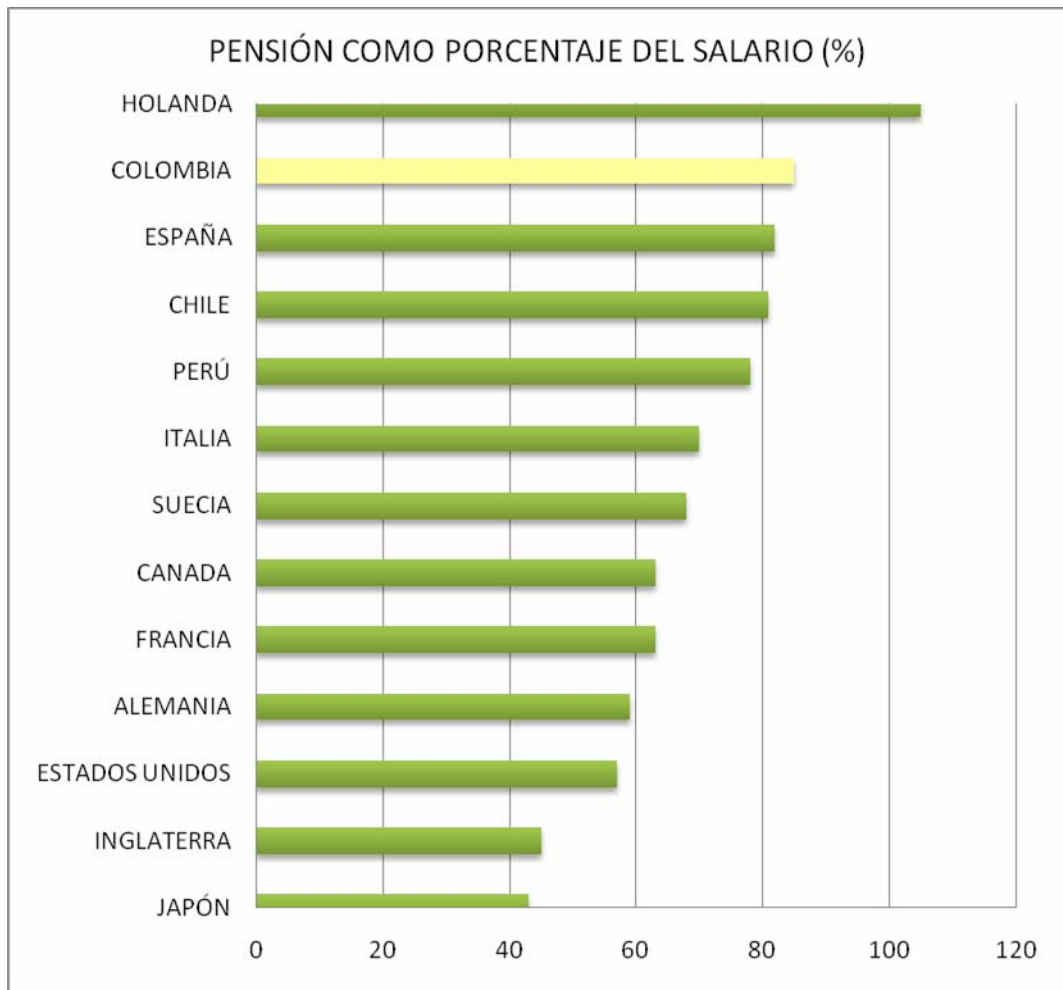
En cuanto a la tasa de remplazo, que es la relación entre el ingreso pensional y el salario, se tiene que en Colombia estas son altas e insostenibles con ingresos pensionales entre 65% y 80% de los salarios, (ANIF, 2009). La pensión mensual promedio de los beneficiarios del ISS es hoy similar al salario promedio de los empleados formales. En la *grafica 4*, aparece la tasa de remplazo de Colombia, esta supera la mayoría de países miembros de la Unión Europea y también a las de Canadá, Inglaterra, Estados Unidos y Japón.

Entre las soluciones para enfrentar el problema pensional en el corto plazo se encuentra: gravar con un impuesto a las pensiones y condicionar más eficientemente los aportes del Fondo de Solidaridad Pensional a exigencias de ahorro por parte de las personas, de tal forma que éstas puedan recibir subsidios proporcionales al salario mínimo en su vejez (Acosta, 2005), desde una visión intergeneracional este impuesto sirve de instrumento de equidad con las generaciones actuales y futuras, pues éstas ya están y seguirán pagando vía

impuestos y mayores recortes de gasto público el financiamiento de estos subsidios (Documento Conpes 3301).

Otra propuesta para financiar la deuda pensional está en hacer ciertos cambios constitucionales y legales para la apropiación y ahorro de excedentes y tributos petroleros, como los derivados de cualquier nuevo descubrimiento de hidrocarburos, los cuales se deben ahorrar para atender las deudas pensionales. El periodo de transición de la reforma pensional debe ser reducido y incluyente con los regímenes exceptuados y reduciendo sus onerosos beneficios y reorientando los fondos para la atención de las obligaciones, esto sería posible si se indexa las pensiones al costo de vida y no al salario mínimo (Acosta, 2005). En cuanto a la cobertura en pensiones es necesario diseñar un sistema integral de protección del ingreso que en la forma de un subsidio al desempleo, evite la desafiliación a los seguros de salud y pensiones en caso de desempleo.

Grafica 4. TASA DE REPLAZO DE COLOMBIA



Fuente: Revista Dinero

3.4.1. Instituto Seguro Social (ISS)

El ISS, fue creado como una entidad pública de servicios de enfermedad general y maternidad para trabajadores del sector privado. Con la llegada de la ley 100 se agrego la administración de pensiones y el cubrimiento de accidentes de trabajo; también llegaron a este mercado, agentes como las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios, las Administradoras de Pensiones y de Riesgos Profesionales. Debido a fallas en el servicio y financieras

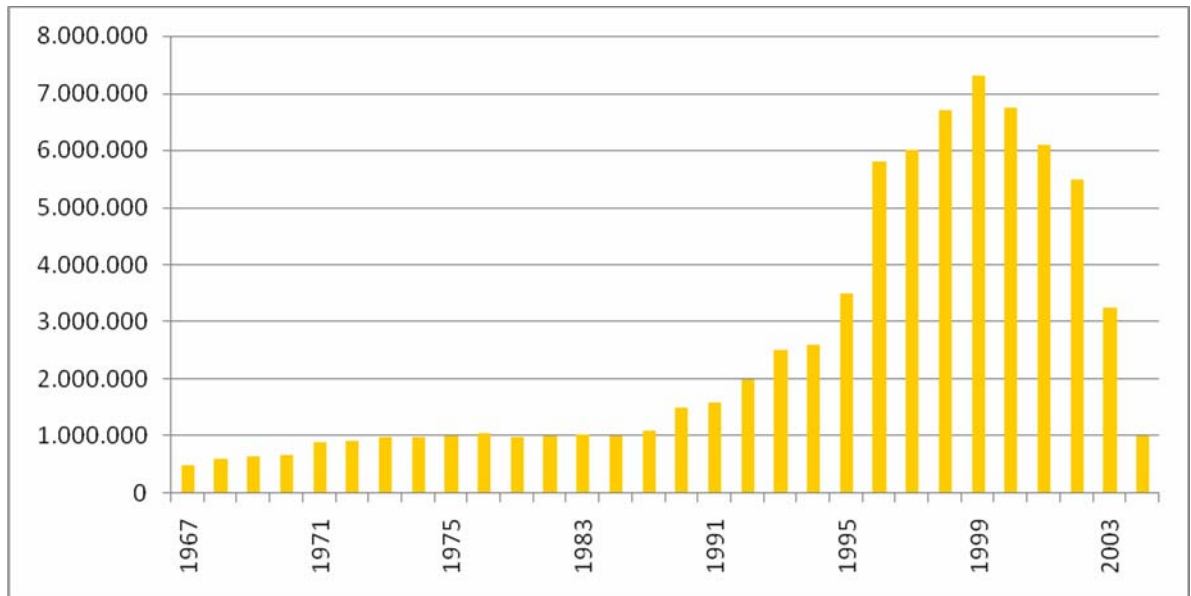
en 1998 la Superintendencia Nacional de Salud suspendió el funcionamiento del ISS como EPS, para el 2003 se declaró inviable financieramente el área de salud que manejaba el ISS (CONPES 3219), acabando con su IPS pero manteniendo su EPS. Entre 2002 y 2006, la institución entra en una gran crisis financiera por lo cual su EPS recibió 51.357 tutelas por 68.2 miles de millones de pesos, a esto se sumó una acumulación de pasivos, que llevó a un saldo negativo en su patrimonio de 2.2 billones de pesos a diciembre de 2005. Para el 2006 la participación en el mercado de la EPS ISS era del 20,4 por ciento y registraba un descenso del 12.1 por ciento en afiliaciones. En el 2009 se liquida el ISS⁵⁶ dejando el cincuenta por ciento más uno en manos del sector privado, dificultando el control que pueda ejercer el Ejecutivo sobre la Nueva EPS (quien es la encargada de reemplazarla); lo que se hizo fue convertirla en una institución de carácter mixto donde la mayoría de las Cajas de Compensación Familiar son de participación privada, los nuevos puestos son a menores costos y reciben mayores ingresos por UPC, dado que al atender a una población mayor en su mayoría, el Sistema General de Seguridad Social en Salud les entrega mayores recursos.

Desde el año 2004, el ISS se quedó sin reservas para atender a sus pensionados lo cual hace que cada nuevo afiliado represente un cargo al presupuesto de la Nación. En la *gráfica 5*, se observa la evolución de las reservas del ISS desde 1967 hasta el 2004); los gastos se aproximan a \$20 billones anuales, de los cuales el gobierno aporta cerca de \$16 billones, este monto se aproxima a las transferencias que el ejecutivo hace a las regiones para inversión en educación, salud y saneamiento básico. Se concluye que el gobierno deja de invertir en inversión, educación e infraestructura, entre otras para invertir en la financiación de las pensiones. En 1970, el ISS no alcanzaba a tener en sus reservas los \$1.000.000, a partir de este año las reservas crecen hasta 1976, al siguiente año hay leve disminución, manteniéndose con un crecimiento constante hasta 1983.

⁵⁶ Por medio del decreto 4488 de 2009 se establece la nueva entidad; Colombiana de Pensiones (Colpensiones).

De 1987 hasta 1998 las reservas del ISS crecen, para los años siguientes sus reservas caen hasta 1994.

Grafica 5. EVOLUCIÓN DE LAS RESERVAS DEL ISS 1967 – 2004 (\$ MILLONES)



Fuente: Institutos de Seguros Sociales

3.5. EL DÉFICIT FISCAL PRIORIDAD DE LA NACIÓN

En teoría económica se encuentra que el déficit fiscal afecta el ritmo de crecimiento económico, dado que incide en la tasa de interés, por lo tanto una reducción de este provocaría un mayor crecimiento económico, lo cual a su vez traería mayores transferencias (absolutas) a los entes territoriales.

En Colombia la financiación del déficit corre por cuenta de un recurso creciente de endeudamiento público externo e interno, a estos se les da una mayor importancia según la confianza que tengan los mercados internacionales de crédito en la economía nacional.

En el año 1999, se tenía que el 45% de los ingresos totales del gobierno nacional (ingresos propios más desembolsos de crédito), estaban destinados al pago de intereses y de amortizaciones de deuda. Los desembolsos de créditos, una vez deducidos los pagos de intereses y amortizaciones, financiaban el 23.2% de los gastos, lo cual permite concluir que el endeudamiento estaba orientado en una elevada proporción a cubrir los intereses y amortizaciones de deuda.

En febrero de 2008 el Ministerio de Hacienda, decreto que los excedentes de liquidez de los entes territoriales fueran invertidos en Títulos de Tesorería (TES) clase B, en CDT con calificación triple A (el menor riesgo de mercado posible). Con esto se busco el uso eficiente de las regalías y de paso que algunas entidades públicas le presten a la nación para financiar el gasto público.

En el 2008 se tenía que cerca del 83 por ciento del endeudamiento interno nacional está representando en TES y un saldo total que rondaba en los 95 billones de pesos. La Contraloría General de la República (CGR), encontró que al 31 de diciembre del 2007, el saldo en circulación de esos papeles era de 86,2 *billones de pesos* y en los primeros meses del Gobierno Uribe (diciembre, 2004), esa cifra se ubicaba en 57 *billones de pesos*. Entre las explicaciones se puede decir que existe la necesidad de remplazar la deuda externa por la interna al igual que nuevas necesidades presupuestales de la Nación y para esto se involucran a entidades como el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), el Banco de la República, el Banco Agrario, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Sena, INVÍAS, ICETEX, COLCIENCIAS, ICFES, DIAN, además de departamentos, municipios y fondos públicos que manejan sus recursos a través de fiduciarias privadas. La CGR encontró que a 2007 el 43 por ciento de los TES en circulación pertenecían a entidades públicas (37 billones de pesos) y el 57 por ciento (unos 49 billones de pesos) en manos de instituciones financieras, fiduciarias y fondos privados de pensiones, esto muestra que ahora los fondos privados tienen más recursos en TES que las instituciones públicas. En cuanto a

los fondos de pensiones y cesantías que manejan el ahorro de unos ocho millones de colombianos se tenía a 2007 en Títulos de Tesorería unos 20,5 billones de pesos. En conclusión el gobierno ha financiado su endeudamiento interno vía TES y con las pensiones que los colombianos tienen en los fondos privados más los recursos de las entidades públicas.

Se tiene que la segunda entidad con el mayor monto de inversiones en TES es el ISS con 257.783 millones de pesos mientras para salud existían 1.940 millones (cifras a 2007). La tercera entidad pública con el más alto portafolio de Títulos de Tesorería es el Fosyga, con 2,97 billones de pesos a diciembre de 2007. El ICBF tenía inversiones en TES al cierre del 2007 por más de 970.000 millones de pesos. En estas instituciones es la nación la que utilice los recursos de esos organismos para cubrir sus necesidades fiscales e impide su uso para otros fines de la población.

Las dos reformas a las transferencias (Ley 715 de 2001 y la reforma constitucional del 2007), hacen parte de búsquedas del gobierno nacional para financiar su déficit, sin embargo como se observara mas adelante con estas se recortaron los recursos que debían recibir los hospitales y el sistema de salud, (Rodríguez, 2009⁵⁷).

3.6. METAMORFOSIS DE SUBSIDIOS DE OFERTA A DEMANDA

A través del artículo 70 de la Ley 715 de 2001, se ordena al CNSSS definir un plan de “*Generación y reasignación*” de recursos para lograr el aseguramiento universal, mientras que con la ley 812 se ordena a esta misma institución definir el

⁵⁷ El Grupo de Protección Social del CID, cálculo que por la Ley 715 quien rige a partir de 2002, los departamentos y municipios dejarían de recibir cerca de 12 billones de pesos para la salud, entre 2002 y 2010 y con la reforma de 2007 el efecto alcanzaría los 54 billones de pesos entre el 2007 y 2025. De esta forma se disminuyeron los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) que reciben los hospitales y los municipios, que están a cargo de la salud subsidiada.

plan de generación y reasignación de recursos para lograr dicha cobertura, incluyendo ampliar la cobertura del régimen subsidiado a partir de recursos desagregados que incluyan recursos de esfuerzo propio a cargo de las entidades territoriales.

Siempre que se haga una transformación de recursos, se debe considerar la reestructuración de la red hospitalaria y las metas de ampliación de cobertura definidas en el Plan Nacional de Desarrollo. En el 2004 se tuvo que el Fosyga y los entes territoriales aportaron \$511.788.319.916 para la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado de los cuales las ARS debían contratar con los Hospitales Públicos, el porcentaje establecido por la normatividad vigente. Este aumento provoca una caída en la población vinculada, con lo cual se pensó hacer una transformación progresiva de los recursos del *Sistema General de Participaciones* destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se estableció mediante Acuerdo 285, reasignar los recursos del Sistema General de Participaciones al componente de subsidios a la demanda, que contempló las reglas de la Ley 715 de 2001 para aumentar la cobertura de los subsidios a la demanda a partir del año 2005⁵⁸.

3.7. COMPORTAMIENTO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPACITACIÓN DEL R.C Y R.S.

La Unidad de Pago por Capitación, es la variable más importante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dado que de este valor depende la estabilidad de los planes de beneficio y del FOSYGA y por ende de las demás instituciones del sistema. Esta variable genera un impacto universal sobre la

⁵⁸ Con el acuerdo 292 se aplaza el acuerdo 285 y se dispone iniciar su aplicación en el año 2006, por lo que se solicitó al CONPES no reservar para subsidios a la demanda en el año 2005 los recursos correspondiente al 4.64% del componente de oferta del Sistema general de participaciones correspondientes a un valor de \$60.961.811.178.

globalidad de la economía, dado el alto porcentaje del PIB representado en el SGSSS.

A final de cada año el CNSSS, fija el valor de la UPC para el año siguiente. Esta se ha calculado en los últimos años, teniendo en cuenta el resultado de las subcuentas del Fosyga, el saldo de caja del sistema de salud y comparaciones entre algunos indicadores macroeconómicos como el IPC o el crecimiento del salario mínimo, dejando de lado las mediciones continuas encaminadas a definir perfiles epidemiológicos, tasas de uso y valoración de los costos subsecuentes.

Entre las variables que afectan a la UPC, se encuentra que esta ha perdido valor real con relación al IPC de salud y además que guarda relación estrecha con las líneas de tendencias de variables como el *IPC general*, *el crecimiento del salario mínimo* y *la devaluación*, lo que supone que el incremento en el valor de la UPC debía mantener equilibrio con relación a las principales variables macroeconómicas. Lo mejor sería atar el valor de la UPC al costo de un Índice de Precios al Productor de salud (IPP de salud), pues técnicamente no es correcto para el caso de la UPC compararla con el Índice de Precios al Consumidor o el IPC de salud. Sin embargo en el capítulo 4.3 se estudia el IPC-Salud, dado que el IPP para salud existente, es incompleto e inadecuado.

Cuadro 7. UPC DE LOS DOS REGÍMENES Y SALARIO MÍNIMO (PESOS CORRIENTES)

AÑO	VALOR ANUAL UPC -R.C. (PESOS)	VALOR ANUAL UPC- R.S. (PESOS)	SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE sin subsido transporte (PESOS CORRIENTES)
2005	\$365.673,60	\$203.886 ,00	381,500.00
2006	\$386.881,20	\$215.712,00	408.000,00
2007	\$404.215,20	\$227.577,60	433,700,00
2008	\$467,078.40	\$267,678	461,500.00

Fuente: Acuerdos CNSSS y Estadísticas Monetarias y Financieras del Banco de la República.

El *cuadro 7*, muestra el valor de la UPC en los dos regímenes desde el año 2005 hasta el 2008 y el crecimiento del salario mínimo.

Para el año 2005 los valores de la Unidad de Pago por Capacitación-Contributivo (UPC-C) (\$365.673,60) y Unidad de Pago por Capacitación-Subsidiado (UPC-S) (\$203.886 ,00), se incrementaron en un 6% mediante el acuerdo 282 de diciembre de 2004, mientras que el salario mínimo fue de \$381,500.

El crecimiento real de la UPC del régimen contributivo para el período de 1997 al año 2003 está ligado al crecimiento del salario mínimo, su comportamiento es igual y a partir del año 2003 la UPC-C y UPC-S cambia la tendencia y está por debajo del salario mínimo.

En la tendencia de la UPC-S, existió una caída de -10,9% en el año 1999, que se puede atribuir al no aumento de UPC-S, a partir del 2000 hasta el año 2003 el comportamiento se sujeta al crecimiento del salario mínimo y desde el año 2004 presenta un comportamiento similar a la UPC del régimen contributivo.

En 2006 por medio del acuerdo 322 del Consejo Nacional de Seguridad Social, se definió el valor de la UPC del régimen contributivo en \$386.881.20 y para el régimen subsidiado por un valor de \$215.712.00, el salario mínimo se ubico en \$408.000. La subcuenta de compensación del FOSYGA que se calcula con factores de ponderación de la estructura diferencial de UPC y la población por grupo etáreo se estima en un factor de 1,018 cuantificado en aproximadamente \$6.625,3 per cápita/año 2006 adicionales.

Para el año 2007, mediante el Acuerdo 351, la UPC tuvo un valor de \$404.215.20, para el Régimen Contributivo, que corresponde a un valor diario de \$ 1.122.82 y la del Régimen Subsidiado por un valor de \$227.577,60 que corresponde a un valor diario de \$632,16, mientras el salario mínimo en este fue de \$433.700.

Para el año 2008, por medio del Acuerdo 379 se fijo un valor promedio de \$430.488,00, que corresponde a un valor diario de \$ 1.195,80 en el régimen contributivo y por un valor promedio de \$ 242.370.00 que corresponde a un valor diario de \$673,25 en el régimen subsidiado, mientras el salario mínimo fue de \$461.500.

Para el año 2009, con el Acuerdo 403 se fijo un valor de \$467,078.40 para el régimen contributivo, correspondiente a un valor diario de \$1,297.44, y por un valor de \$267,678 para el régimen subsidiado, correspondiente a un valor diario de \$743.55.

Entre los problemas que ha tenido la Unidad, se encuentra el de la base de datos de más de dos millones de usuarios, la cual impacta en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), además la Nueva EPS quien remplazó las funciones del ISS, carece de un sistema contable con información de los pagos que se están efectuando y no hay una relación directamente proporcional entre la demanda y la oferta de servicios por parte de esta.

3.8. SALUD PÚBLICA⁵⁹

La Ley 1122 define la salud pública como “*El conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país*”. Con este concepto en Colombia, se estableció el plan nacional de salud pública y se asignan algunas competencias relacionadas con la supervisión en unas áreas de salud pública.

Con el plan nacional se reemplaza al plan de atención básica (plan de beneficios referido a ciertos programas de salud pública e intervenciones a cargo de los entes territoriales).

Por otro lado se tiene que al haber crisis en el régimen contributivo este se transada al subsidiado y también al sistema de salud pública. En Colombia se tuvo un estancamiento del crecimiento de la cobertura de aseguramiento entre 1998 y el 2000, consecuencia de la caída en el número de afiliados cotizantes por efecto de la crisis económica, del recaudo del régimen contributivo que a su vez afectó los recursos de solidaridad del régimen subsidiado. Otra de las causas fue la no inclusión en el Presupuesto General de la Nación de la totalidad de los recursos disponibles en la subcuenta de solidaridad del Fosyga, la transformación insuficiente de los subsidios de oferta a demanda, ocasionada en parte por un

⁵⁹ Dentro de cualquier sistema de salud digno, el sector de la salud pública es quizás el más importante y este debe estar actualizándose según el contexto social, político y económico (Galán, 2009). La organización del sistema público debe incluir la participación y la influencia del ciudadano en la sociedad; su seguridad social y económica; condiciones seguras y favorables durante la infancia y la adolescencia; una vida laboral sana; viviendas, ambientes y productos saludables; cuidado médico que promueva más activamente una adecuada salud; protección efectiva contra las enfermedades transmisibles; sexualidad segura salud reproductiva; incremento en la actividad física y buenos hábitos alimenticios. Para Galán esto se logra cuando el Instituto Nacional de Salud ejecute la política nacional en salud pública en compañía de las entidades territoriales, para lograr entre otras cosas una mayor vigilancia epidemiológica, informática, tecnológica y que eduque a la población en general.

gasto hospitalario creciente e ineficiente; y la evasión y elusión de aportes al sistema. Estos factores influyen negativamente junto a otros aspectos en los indicadores de salud pública, tales como cobertura de vacunación, morbilidad por enfermedades prevenibles, mortalidad materna, etc.

En el año 2000, Colombia aceptó y asumió en la Cumbre del Milenio los Objetivos de Desarrollo del Milenio, por medio del cual el Ministerio definió en el año 2002 acciones prioritarias en salud pública para el cuatrienio, en la consecución y sostenimiento de coberturas de vacunación útiles, garantizando para ello la adecuada distribución y conservación de biológicos, el desarrollo de acciones de comunicación para concienciar a la población sobre la importancia de la vacunación y la introducción definitiva de la vacuna pentavalente⁶⁰.

Por otro lado, se hizo menester la formulación e implementación de una política de salud reproductiva y sexual, con el fin de disminuir el embarazo en adolescentes, superar las brechas de uso de anticonceptivos por edad, nivel educativo y por regiones del país, disminuyendo la prevalencia de métodos de baja efectividad y aumentando el uso de anticonceptivos modernos, así como proveer a la comunidad condiciones favorables para el ejercicio responsable de la sexualidad (en el subcapítulo 3.8.1 se describe mejor este aspecto).

El modelo de salud definió que el CNSSS cuenta con la potestad para ejecutar recursos de la subcuenta de Promoción y prevención del Fosyga, con el fin de desarrollar programas de promoción y prevención masivos de alto impacto en salud pública. Uno de estos planes son las vacunas, uno de los más importantes en política de Salud Pública después de la mejoría en las condiciones sociales y económicas de la población.

⁶⁰ Protege contra la difteria, tos ferina, tétanos, influenza tipo b y hepatitis B., se aplica en tres dosis y tiene algunos efectos adversos que pasan a los pocos días.

Uno de los programas más importantes en esta materia son las inmunizaciones dado que este disminuye las altas externalidades producida por las enfermedades contra las que ya se tiene vacunas, es así como un aumento de este le genera al país una ganancia en términos de años de vidas saludables ganados.

En el año 2004 con recursos adicionales a los destinados por el Presupuesto General de la Nación, el CNSSS destinó \$25.000.000.000 de la Subcuenta de promoción y prevención del Fosyga para el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones, con el fin de prevenir las enfermedades inmunoprevenibles⁶¹.

Para el año 2005, la amenaza de una pandemia de influenza, por la cepa aviar A/H5N1, el CNSSS aprobó el plan de prevención y mitigación del impacto de la pandemia de la influenza aviar, para lo cual se asignaron \$12.000'000.000 de pesos de la Subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA. El CNSSS mediante Acuerdo 309 de 2005, asignó \$3.000 millones de pesos para el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la malaria en municipios de alto riesgo de transmisión de malaria en Antioquia y Córdoba, que fueron ejecutados por las propias DTS a través de intervenciones prioritarias integrales que conllevaron a una reducción de los casos y muertes por malaria causada por *Plasmodium falciparum* en el año 2006.

En el 2006, mediante el Acuerdo 335 que se modificó con el Acuerdo 340, el CNSSS asignó la suma de \$9.600 millones de pesos para el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la *Leishmaniasis*, para vigilar y controlar⁶² los

⁶¹Se destino \$12.672.000.000 para la compra de 8'000.000 de dosis de Sarampión- Rubéola y \$12.327.999.354 para la adquisición de 4'293.974 dosis de antiamarilica, para fortalecer la adquisición y suministro de este biológico ante la necesidad de intensificar la vacunación contra Fiebre Amarilla para responder a la epidemia presentada en 2003 por esta enfermedad y ante la confirmación de la circulación del virus en los primeros meses del año 2004 en la Sierra Nevada de Santa Marta.

⁶²La gubernamentalidad de *Foucault* se enmarca en las estrategias del poder para ejercer diversas formas de control a través de una red de tecnologías de dominación que se expresa mediante un discurso capaz de construir el aislamiento de los individuos. Para Foucault, el poder es un

principales focos de transmisión de la enfermedad. Para el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el CNSSS a través del mismo acuerdo, asignó la suma de \$3.000 millones para la adquisición de 23.632 dosis de vacuna *heptavalente* conjugada contra el neumococo con las que se inició la vacunación de 10.411 niños entre 0 y 35 meses de edad que cumplen la indicación de vacunación por el alto riesgo de infección y mortalidad infantil por enfermedad invasiva por neumococo a niños vulnerables⁶³.

Para prevenir la mortandad en infantes, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud consideró necesario aumentar la cobertura de la vacuna heptavalente contra el neumococo a niños con alto riesgo de infección (niños con infección por VIH, Cardiopatías congénitas, asplenia, inmunodeficiencia primaria, diabetes mellitus, asma bronquial en tratamiento con corticosteroides orales o inhalados, Inmunocompromiso por cáncer o insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico o quimioterapia inmunosupresora, niños con bajo peso al nacer), mediante el Acuerdo 335 de 2006 se destinó la suma de tres mil millones de pesos para la adquisición de 23.632 dosis en diciembre de 2006. Con este mismo Acuerdo, se tomaron las tasas de mortalidad infantil por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), y estimó que un programa de vacunación antirrotavírica evitaría alrededor de 300 muertes, 15 a 20 mil hospitalizaciones y 300 mil consultas ambulatorias anuales y

dominio espacial que enfatiza en la individualidad y el sentir colectivo, en una red compleja donde convergen múltiples relaciones de parentesco, de producción, de conveniencia, de placer que cuando se ajusta no deja intersticios. Es así como el poder elige vigilar que castigar no porque sea más humanitario, sino porque es más barato. La salud juega un papel importante en el control del estado para con sus ciudadanos, es así como a lo largo de la historia, la lucha médica contra las epidemias ha fundado sus prácticas en preservar la salud (como lo normal, lo que el poder debe proteger), esto se hace por medio del aislamiento de quienes perdieron este derecho o nunca lo tuvieron, en pocas palabras los enfermos. Muchas veces el acceso a diagnósticos, tratamientos y posología, termina con el aislamiento forzoso del paciente. La influencia del poder como la variable con más peso en el estudio se puede observar en situaciones como la relocalización de hospitales en función de intereses políticos, el manejo discrecional de series estadísticas como las semanas epidemiológicas, el control de la información sobre pobreza, nutrición, morbilidad y mortalidad y la derivación de partidas presupuestarias entre otras.

⁶³ Hasta junio 30 de 2007, se había completado la distribución de 20.163 dosis de neumococo a todo el país.

se ahorraría cerca de 7.7 millones de dólares en la atención de la diarrea por rotavirus, calculándose un costo-efectividad incremental de 491 a 500 dólares por año de Vida Ajustado por Discapacidad.

La vacuna antirrotavírica en la prevención de la gastroenteritis por rotavirus es una intervención eficiente, y en ese sentido, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud destinó \$2.013.489.000 para la vacunación contra el Rotavirus a la población de niños y niñas nacidos con bajo peso (menor de 2500 gramos) vacuna que se adquirió y fue la “Punta de lanza” para la introducción universal de la vacuna contra rotavirus en Colombia. .

El Estatuto Tributario es el encargado de definir que tiene impuesto y qué no; entre este se encuentra la leche de crecimiento para niños de uno a cinco años que tiene impuesto del IVA a pesar de que debería ser subsidiado por el estado como una política pública, tal y como lo hacen con la leche maternizada (0 a 12 meses) y la leche entera para niños de cinco años en adelante. La ausencia de esta leche es sinónimo de anemia y teniendo en cuenta que la última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (Ensin 2005), reveló que en los niños de 1 a 4 años la prevalencia de anemia aumentó en los últimos 10 años, al pasar de 23,3 por ciento en 1995 a 33,2 por ciento en 2005, el impuesto a este producto se hace inexplicable dado que combatir la anemia en los niños resulta más costoso que prevenirla.

3.8.1. Políticas de planificación poblacional (salud sexual y reproductiva)

En Colombia aun no se logra la cobertura universal en salud es por eso que se deben plantear políticas en torno a prevenir un aumento de la población, para aquellos que hacen parte del régimen vinculado (aquellos que no están en el régimen contributivo ni subsidiado), utilizando procedimientos voluntarios como la vasectomía o la ligadura de trompas. Es así como el proyecto de ley 050 de 2007,

busca un método de anticoncepción quirúrgico financiado por el Estado, y que no se encuentra en el POS de este régimen; según cálculos del ministro de Hacienda y Crédito Público, esta ley iría en contra del *Marco Fiscal de Mediano Plazo*, dado que provocaría un costo adicional de \$399.614 millones, a precios constantes de 2008, según cálculos de esta institución pueden acceder unos 850 mil hombres, de entre 35 y 50 años, y 750 mil mujeres en la misma edad, olvidando que la población del vinculado y en general que accede a este servicio es muy baja dado sus condiciones psicológicas, culturales (machismo) y sociales. Este tipo de proyectos servirían para controlar la población y evitar pobreza y desigualdad social e incluso ahorraría muchos gastos en el futuro, como por ejemplo la enfermedad de Huntington⁶⁴.

3.8.2. Obesidad vs sector de alimentos

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional (Ensin 2005), arroja que cerca de seis millones de colombianos tienen problemas de obesidad, entre las políticas planteadas para mejorar esta situación se ha propuesto que los productores de alimentos incluyan toda la información nutricional en las etiquetas, que se controle el contenido de grasas trans, que se restrinja la publicidad en medios masivos de productos y bebidas de alto contenido calórico, que se desarrollen estrategias de promoción de la actividad física y en los centros educativos se restrinja la venta, promoción y el consumo de alimentos y bebidas con alta densidad calórica y bajo contenido nutricional. Con estas probables soluciones se estaría restringiendo la libertad de elección, la libre iniciativa privada y la publicidad de más del noventa por ciento de los alimentos y bebidas que se producen o comercializan en el país. La Ensin 2005, llevada a cabo entre 117.205 colombianos de 0 a 64 años

⁶⁴ El Mal de Huntington se considera una enfermedad hereditaria, cuyo tratamiento es costoso (\$500.000 mensuales por paciente), su solución radica en eliminar el gen y la única manera de hacerlo es diagnosticando a los portadores y controlando los embarazos. Una posibilidad está en los laboratorios, a través de una técnica de reproducción asistida in vitro, embriones sanos, libres de la mutación que debe ser pagado por los comités técnico-científicos de las EPS dado que esto implica un derecho fundamental como la reproducción sana.

concluye que la dieta de la población colombiana es, desbalanceada: el 36 por ciento de las personas no consume las proteínas que necesita, además, se ingieren más carbohidratos de la cuenta y muy pocas verduras y frutas. Las cifras en cuanto a obesidad son las siguientes:

- ❖ 49,6 por ciento de las mujeres del país tienen sobrepeso (de ese total, el 16,6 son obesas).
- ❖ 39,9 por ciento de los hombres tienen sobrepeso (de ese total, el 8 por ciento son obesos).
- ❖ 46,1 por ciento de los colombianos tienen sobrepeso (el 13,8 por ciento del total son obesos).

Se puede plantear la obesidad como un problema de salud pública y sus soluciones como políticas que contradicen los supuestos de la teoría neoclásica, dado que de aplicarse lo planteado anteriormente se vería afectado el sector productivo y la oferta de alimentos, tanto a corto y largo plazo, chocarían con la libertad comercial y la autorregulación.

3.9. POBLACIÓN POBRE NO CUBIERTA CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA.

La subcuenta ECAT destina recursos que complementan los de la nación y las entidades territoriales para población pobre no cubierta por los regímenes contributivo y subsidiado y las acciones no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado, cubiertas con recursos del situado fiscal (Sistema General de Participaciones). La Subcuenta de Solidaridad se ha utilizado en parte para programas de atención de trauma mayor, producto de la violencia.

Hasta el 2005, la nación ha asignado recursos por valor de \$622.556 millones, que se han ejecutado a través de convenios suscritos por la Nación con las entidades territoriales y/o las IPS, para garantizar la atención de las personas no cubiertas

por ninguno de los regímenes. Es así como en el 2004 se asignaron mediante la *Ley 917 de 2004*, recursos por 50 mil millones de pesos, destinados a financiar programas de atención prioritaria en salud, adicionalmente \$5.177 millones para eventos relacionados con emergencias y desastres, en el *cuadro 8*, se muestran los recursos de la subcuenta ECAT asignados para la atención de población y servicios no cubiertos por los regímenes contributivo y subsidiado, 1996 – 2005, allí se observa cómo estos recursos han venido cayendo a exención del año 1998, 2001 y 2004.

Cuadro 8. RECURSOS DE LA SUBCUENTA ECAT ASIGNADOS PARA LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN Y SERVICIOS NO CUBIERTOS POR LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO, 1996 – 2005

Año de asignación	Valor asignado y ejecutado (en millones de pesos corrientes de cada año)
1996	113.884
1997	2.800
1998	169.054
1999	106.391
2000	50.000
2001	101.850
2002	22.050
2003	1.350
2004	52.500
2005	2.677
Total	622.556

Fuente: Dirección General de Calidad

En el *cuadro 9*, se observan los recursos del Sistema General de Participaciones para el sector salud, para el régimen subsidiado, la salud pública y la población

pobre no afiliada, para esta última se observa que los recursos aumentan hasta el 2006 donde llegan a \$1.502.814, a partir de este año caen, hasta el año 2009 donde llegan a \$1.258.717. El comportamiento del régimen subsidiado siempre es creciente, al igual que para la salud pública.

Cuadro 9. Recursos Sistema General de Participaciones. Participación en salud (Millones de \$ corrientes) 2002 – 2009

Componente	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Reg. Subsidiado	1.317.319	1.465.941	1.622.705	1.778.810	1.954.920	2.340.0170	2.761.354	3.285.808
Salud Pública	317.317	339.498	361.531	381.416	399.914	416.818	457.208	510.564
Prestación de Servicios a la población pobre no afiliada	1.192.428	1.275.779	1.358.577	1.433.299	1.502.814	1.399.023	1.308.248	1.258.717
Total Participación Salud	2.827.065	3.081.218	3.342.813	3.593.524	3.857.648	4.156.011	4.526.810	5.055.089

Fuente: DNP

3.10. INVERSIÓN IPS

Entre los programas de inversión más importante del sector salud, se puede destacar aquellos recursos destinados al programa de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud.

El origen de uno de estos programas se remonta a 1998, cuando existía una grave crisis hospitalaria especialmente en las instituciones públicas de mediana y alta complejidad, asociada a multiplicidad de causas externas e internas. En este contexto se planteo un proyecto que llevara a las instituciones hospitalarias a operar en condiciones de equilibrio y garantizar su viabilidad técnica y financiera, a *través de la adecuación de los servicios que prestan*, el mejoramiento de la gestión, la reestructuración de sus plantas de personal y la *flexibilización de su sistema de contratación*, entre otros. En 1999 el programa se financio con recursos procedentes de la Subcuenta ECAT y de la reorientación de dos créditos externos a cargo del entonces Ministerio de Salud. A partir del año 2004, con el propósito de garantizar la sostenibilidad en el mediano plazo de las instituciones involucradas en los convenios de desempeño, y dando cumplimiento a lo establecido en el parágrafo 3, del artículo 54 de la Ley 715 de 2001, se introdujo en la ejecución del Programa la figura de contratos de empréstito interno suscritos entre la Nación Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las entidades territoriales, cuya condonabilidad está asociada al cumplimiento de las metas financieras y de producción y calidad de servicios establecidas en los convenios de desempeño, con una duración de 10 años.

En cuanto a los resultados de este programa se observa que las instituciones a quienes se les asignaron recursos en las vigencias 1999, 2001 y 2002, que para el final del segundo año después de asignados los recursos una reducción importante de sus costos fijos de operación, representado en una disminución promedio del 22,8% de su gasto de personal (\$144.442 millones). También se dio

un incremento general en el volumen de servicios producidos especialmente en los ambulatorios con un incremento en el número de consultas del 24% y en los servicios quirúrgicos con un incremento en el número de cirugías y partos del 19%.

En el año 2005, con relación a los recursos de la subcuenta ECAT asignados mediante la Ley 917 de 2004, se financiaron acciones de reajuste de las plantas de personal de las IPS incluidas en convenios de desempeño y el saneamiento de pasivos laborales del personal que permanecieron en las entidades. De los \$100.000 millones asignados durante el 2005, se ejecuto el 97,2%.

4. LA INFLUENCIA DEL COMPORTAMIENTO DEL MERCADO LABORAL, EL SISTEMA DE TRANSFERENCIAS, LA INFLACIÓN Y LA DEMOGRAFÍA SOBRE LA SALUD

... "La salud se mide por el shock (el impacto) que una persona pueda recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud, ... una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente."

Moshé Feldenkrais

Como toda sociedad, Colombia cuenta con unos cambios en su dinámica demográfica que influye directamente, en el mercado laboral, la inflación y el sistema de transferencias, entre otros. Esta alteración debe ser tomada en cuenta en la formulación de políticas públicas, con el fin de garantizar una distribución con equidad de los beneficios del crecimiento económico, lo cual se vería reflejado en la salud de la población.

A través de los años se observa que la transición demográfica ha generado un proceso de envejecimiento, ocasionado por un cambio importante en la composición por edades, que tiene una de sus raíces en los niveles de la fecundidad.

En Colombia se han registrado profundas transformaciones y cambios en los enfoques de las políticas públicas, con el fin de buscar el desarrollo, la dinámica económica, la evolución social, entre otras. En este capítulo se estudiará el comportamiento del mercado laboral, el del sistema de transferencias, la inflación en salud y algunos de los indicadores de la demografía, con el fin de relacionarlos con el sistema de salud.

4.1. EL MERCADO LABORAL

A partir de la denominada “Apertura económica”, Colombia inicia su reforma a la seguridad social, en este contexto socioeconómico bajo el gobierno de Virgilio Barco, empezó el cambio, a partir de su programa “*Modernización de la economía colombiana*” y se profundizó con el gobierno de César Gaviria Trujillo con su plan “*Revolución Pacífica, modernización e internacionalización de la Economía*”. A la vez y por circunstancias de orden interno, se produce la nueva Constitución Política, expedida en 1991 por una Asamblea Nacional Constituyente.

A finales de la década de los noventa Colombia implementó programas de emergencia para amortiguar los efectos de la crisis económica, por ejemplo en el sector de la protección laboral estuvieron los programas *Jóvenes en Acción* y *Empleo en Acción*. El primero pretendió mitigar los efectos del desempleo en jóvenes entre 18 y 25 años, mejorando la empleabilidad con capacitación y transferencias directas de dinero por un corto período de tiempo en las siete áreas metropolitanas con mayores índices de desempleo, esto provocó una retirada temporal de los jóvenes de la población económicamente activa. El programa se financio con ayuda de organismos multilaterales (BID y Banco Mundial).

Por su parte, el programa *Empleo en Acción* planteo generar trabajo de baja remuneración en el corto plazo, por un corto período de tiempo, en zonas pobres y deprimidas; se propuso financiar la construcción o reparación de infraestructura local para mejorar la calidad de vida en las poblaciones de más bajos ingresos de 78 zonas urbanas principales (más de 100.000 habitantes y capitales de los departamentos), destinando sólo 20% de los recursos a los otros (1.000) municipios. Opero con financiación de organismos multilaterales (BID y Banco Mundial) y cofinanciación mínima de los municipios. El valor de los proyectos, la demora en la iniciación del programa (año 2001) que proveería de ingresos a los desempleados de los sectores más pobres afectados por la crisis de 1998 y 1999

y la baja capacidad de cofinanciación de los municipios, impidieron lograr el objetivo principal de este programa.

El Plan de Apoyo Directo al Empleo (PADE), consignado en el Conpes 3290 del año 2004, intento promover la creación de empleo formal mediante la entrega de un subsidio en dinero a las empresas que aumentaran su planta de personal (9% del salario para nuevos trabajadores de 1 SMMLV) por un monto igual a las contribuciones parafiscales correspondientes a los nuevos empleados⁶⁵. Para financiar este programa se asignaron 50.000 millones de pesos, de los cuales \$31.000 eran recursos de préstamos externos de Empleo en acción, y \$19.000 de una adición presupuestal del Gobierno Nacional.

Una de las reformas más influyentes sobre el mercado laboral fue la *ley 789 de 2002*⁶⁶, esta tuvo un efecto importante sobre la contratación de aprendices, contribuyo a disminuir el subempleo por insuficiencia de horas (especialmente en el sector servicios), también se encontró que el efecto sobre la generación de empleo fue inferior al esperado, el efecto sobre la formalización fue marginal y los programas de apoyo al desempleado y de estímulo a la generación de empleo experimentaron problemas de demanda y su ejecución fue inferior a la inicialmente presupuestada (Gaviria, 2004)⁶⁷. De esta reforma se concluye que no afectó adversamente la calidad del empleo pero tampoco resulto eficaz para impulsar la demanda por empleo formal y para potenciar los efectos de la recuperación económica.

⁶⁵ Esta mano de obra debía cumplir determinadas características, como tener entre 16 y 25 años o más de 50, pertenecer al SISBEN I, II y III, o a grupos específicos (como ex presidiarios, discapacitados, etcétera).

⁶⁶ Con esta se recortaron algunos derechos laborales en materia de dominicales y horas extras, se resalto el desarrollo del "Sistema de protección social" el cual tiene entre sus beneficios un subsidio de desempleo, otorgado por las entidades que administran el subsidio familiar, descuentos en los pagos de nómina frente a obligaciones estatales, por contratación de población vulnerable, y desarrollo del contrato de aprendizaje con el fin de estimular la generación de empleo para la población joven, después llego la Ley 941 de 2004 para evitar la discriminación por edad en el acceso al empleo.

⁶⁷ GAVIRIA, Alejandro (2004). *Ley 789 de 2002: ¿funcionó o no?* CEDE. Bogotá, 2004.

Toda política que busque mitigar el desempleo, no solo debe tener en cuenta las leyes de oferta y demanda del empleo, ni basarse únicamente en estimular a las empresas para que generen puestos de trabajo, sino que además debe existir una fuerte intervención decisiva del estado, que lleve a aumentar el PIB y el presupuesto nacional en políticas de empleo, para desmontar la informalidad laboral y la dependencia de los subsidios a los más pobres.

Estas políticas deben empezar por la capacitación y formación profesional como política de empleo de mediano y largo plazo seguido de una política de corto plazo como la creación de una red de servicios de intermediación laboral, que incluya acuerdos territoriales, empresariales y sectoriales de calificación que se involucren en la cadena de generación de empleo progresivamente. En cuanto a la intervención del estado, este se debe hacer en todos los renglones incluyendo los despidos en las empresas para garantizar la continuidad del puesto de trabajo.

Para estimular el trabajo formal y por ende la salud, se debe ver en la generación masiva del empleo formal, el objetivo central de la política económica, con el fin de transformar los incentivos a la inversión, como se da en el actual modelo económico en estímulos a la creación de empleo formal, con acceso a las empresas de legislación corriente y las que operan en zonas francas, con el fin de duplicar el número de trabajadores del sector formal, abaratar los costos del Estado y reducir los costos laborales del empresariado cuando genere nuevos puestos.

En cuanto a la influencia del empleo en el sistema de salud se tiene que este es quizás la variable más importante dado que fue diseñado como una de las fuentes de ingresos a través de las cotizaciones realizadas al SGSSS por los trabajadores. Sin embargo se observa que los cambios en el mercado laboral, como la flexibilización en la regulación laboral ha generado que los empleados no se contraten por nomina, lo cual trae inestabilidad laboral, alta rotación del personal y

informalidad, mediante las cooperativas de trabajo asociado, empresas temporales de empleo, entre otras.

El *cuadro 10* muestra la población en edad de trabajar, población económicamente activa, ocupados y desocupados en el periodo 1996 – 2007 en miles de personas (no se tienen en cuenta los inactivos y los subempleados). En cuanto a la evolución de la población en edad de trabajar se tiene que para el año 1996 era de 28.899.451 personas, esta se mantiene con un crecimiento constante hasta el año 2000 cuando llega a 31.386.807 personas, para el siguiente año se observa una leve disminución llegando a 31.071.008 personas, en los siguientes años continúa su senda de crecimiento ubicándose para el año 2007 en 35.549.382. Por los lados de la población económicamente activa se tiene un comportamiento muy similar al anterior, empezando el periodo con 16.292.017 personas en adelante muestra un ritmo creciente hasta el año 2000 donde llega a 19.399.468 personas, en el 2001 decrece a 19.248.402 personas; el comportamiento de estas dos variables (Población en Edad de Trabajar y Población Económicamente activa) en los años 2000 y 2001 se puede explicar además del mes analizado por una caída en la población que se ubica en el grupo de edad entre los 30 a 34 años, entre otras variables.

En el *cuadro 11*, se muestra el número de habitantes entre los años 2000 y 2001 nacional, por sexo y grupos quinquenales de edad, se aprecia que la población total en el año 2000 que se ubicaba en el rango de edad de 30 a 34 años era de 3.096.187 personas y para el siguiente año cae a 3.079.036 personas, en cuanto al número de hombres para el primer año es de 1.498.599 personas mientras para el segundo hay una caída a 1.498.599, un comportamiento similar ocurre en la población femenina donde pasa de 1.597.588 mujeres a 1.589.444 mujeres en 2001, para el resto de grupos de edad se observa un comportamiento normal que sigue el ciclo de crecimiento, excepto para la población de cero a cuatro años.

Cuadro 10. POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR, POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, OCUPADOS Y DESOCUPADOS 1996 – 2007 (MILES DE PERSONAS)

Año	Población en Edad de Trabajar	Población Económicamente Activa	Ocupados	Desocupados
1996	28.899.451	16.292.017	14.725.167	1.566.850
1997	29.731.426	16.830.493	15.173.856	1.656.637
1998	29.830.096	17.464.642	15.310.352	2.154.29
1999	30.655.281	18.222.557	15.256.186	2.966.371
2000*	31.386.807	19.399.468	16.168.531	3.230.937
2001	31.071.008	19.248.402	16.353.081	2.894.588
2002	32.056.657	19.701.149	16.645.668	3.055.048
2003	32.755.169	20.398.371	17.530.304	2.868.072
2004	33.458.200	20.309.917	17.556.201	2.753.717
2005	34.167.285	20.461.627	18.057.489	2.404.141
2006	34.853.901	20.345.265	17.897.096	2.448.169
2007**	35.549.382	20.496.644	18.215.252	2.281.392

* Septiembre de 1996 a 2000

** Enero a diciembre de 2001 a 2007

Fuente: DANE

En cuanto a la población ocupada y desocupada del periodo 1996 a 2007 se presenta que los ocupados para el año 1996 eran 14.725.167 personas y aumenta en los siguientes dos años hasta llegar a 15.310.352 personas, en 1999 ocurre una leve caída en este grupo a 15.256.186 personas y sube nuevamente en el siguiente año para ubicarse en 16.168.531 personas, en adelante adquiere una tendencia creciente hasta el 2005 donde llega a 18.057.489 personas ocupadas, en el 2006 cae a 17.897.096 personas y sube nuevamente a 18.215.252 personas en el 2007. Por los lados de la población desocupada, empieza el año 1996 con

una población de 1.566.850 personas y crece hasta el año 2000 donde llega a 3.230.937 personas, al siguiente año tiene una caída ubicándose en 2.894.588 personas, en el 2002 esta población se ubica en 3.055.048 personas, en adelante adquiere un ritmo decreciente donde llega a 2.281.392 personas en 2007.

Cuadro 11. POBLACIÓN 2000 - 2001 NACIONAL POR SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD

Grupos de Edad*	2000			2001		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	40.282.217	19.877.987	20.404.230	40.806.313	20.137.593	20.668.720
0-4	4.529.653	2.312.261	2.217.392	4.481.220	2.286.051	2.195.169
5-9	4.561.661	2.335.021	2.226.640	4.567.591	2.338.009	2.229.582
10-14	4.303.771	2.194.796	2.108.975	4.350.763	2.225.060	2.125.703
15-19	3.888.046	1.934.821	1.953.225	3.944.320	1.970.479	1.973.841
20-24	3.511.861	1.736.748	1.775.113	3.559.098	1.759.452	1.799.646
25-29	3.118.249	1.523.146	1.595.103	3.137.542	1.533.794	1.603.748
30-34	3.096.187	1.498.599	1.597.588	3.079.036	1.489.592	1.589.444
35-39	2.864.701	1.384.858	1.479.843	2.914.604	1.407.928	1.506.676
40-44	2.398.862	1.151.906	1.246.956	2.484.243	1.192.596	1.291.647
45-49	1.933.548	933.282	1.000.266	2.010.205	968.283	1.041.922
50-54	1.543.447	745.875	797.572	1.608.159	776.448	831.711
55-59	1.196.598	577.608	618.990	1.240.683	598.954	641.729
60-64	1.023.860	486.108	537.752	1.043.030	495.910	547.120
65-69	818.971	385.397	433.574	842.381	395.715	446.666
70-74	632.992	296.357	336.635	647.335	302.029	345.306

Grupos de Edad*	2000			2001		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
75-79	466.077	213.850	252.227	481.869	220.997	260.872
≥80	393.733	167.354	226.379	414.234	176.296	237.938

* A junio 30
Fuente: DANE

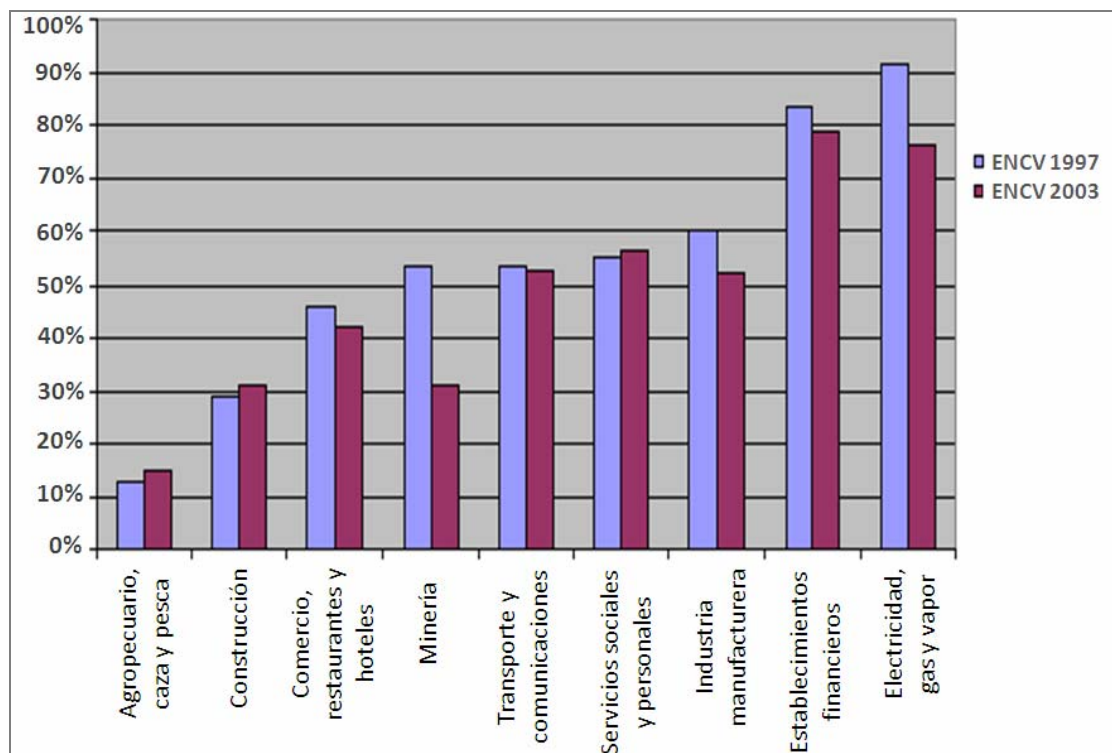
En el *cuadro 3*, del subcapítulo 3.3, se presento la población afiliada al régimen subsidiado y contributivo para el periodo 2003 al 2008, con estos datos y con los datos de la población económicamente activa y ocupada se puede hacer un pequeño ejercicio el cual muestra que cantidad de esta población se encuentra afiliada al régimen contributivo; es así como se tiene que para el año 2003 la PEA (Población Económicamente Activa) es de 20.398.371 personas y el número de ocupados es de 17.530.304 personas, mientras que la población afiliada al régimen contributivo fue de 13.805.201 personas entre los cuales se incluyen los beneficiarios es decir los familiares de la personas que aporta al régimen. En 2004 la PEA fue de 20.309.917 personas y el número de ocupados fue de 17.556.201 personas, mientras el número de personas que contribuyo al régimen contributivo fue de 14.857.250 personas, en el siguiente año la PEA se ubico en 20.461.627 personas y el número de ocupados en 18.057.489 personas, de las cuales contribuyeron al régimen 15.533.582 personas. En 2006 la PEA fue de 20.345.265 personas y los ocupados fueron de 17.897.096 personas, al régimen contributivo aportaron 16.029.505, para el último año de este análisis, se tiene que la PEA fue de 20.496.644 personas y habían ocupados 18.215.252 personas de las cuales 17.006.391 pertenecían al régimen contributivo, en todos los años de este corto periodo estudiado se nota que la cantidad de ocupados es mayor al número de personas que aportan al régimen contributivo.

Por otro lado, en las ramas económicas del régimen contributivo en el año de 1999, se da un descenso del 50% a 20% para los trabajadores de la minería y para la industria manufacturera se da una caída del 10%; en los dos sectores.

En la *grafica 6*, se muestra el porcentaje de afiliación al régimen contributivo de los ocupados por rama de actividad económica, durante los años 1997 y 2003 en los cuales se realizo la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV). Se observa la reducción de la cobertura (en un periodo de operación plena del Sistema General de Seguridad Social en Salud) en la mayoría de las ramas de la actividad

económica, excepto en el sector agropecuario, caza y pesca y servicios sociales y personales y el de la construcción, a pesar de que la cobertura sobre la población ocupada se recuperó globalmente cuatro puntos respecto a la profunda caída que se dio en el año 2000.

Grafica 6. PORCENTAJE DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DE LOS OCUPADOS POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA. 1997 Y 2003



Fuente: DANE. Encuestas Nacionales de Calidad de Vida de 1997 y 2003. Cálculos del Estudio con el apoyo del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional.

También hay que mencionar la relación entre el tamaño de la empresa y la afiliación de los ocupados al Régimen Contributivo, que varía según las distintas ramas de la actividad económica. En el sector del comercio y los servicios financieros, las empresas de más de seis trabajadores pueden ser consideradas

grandes y mostrar buena rentabilidad (además suelen garantizar la afiliación a la seguridad social); en sectores como la minería o el agropecuario las empresas menores de diez trabajadores generalmente se consideran pequeñas y no suelen generar mayor rentabilidad (en la mayoría de los casos no afilian a los trabajadores a la seguridad social).

Un ejemplo del comportamiento por ramas se puede apreciar en el sector de la construcción por medio de la ENCV del 2003, en este año esta actividad económica generó 836.000 empleos, de los cuales 260.000 se encontraban afiliadas al Régimen Contributivo, mientras 213.000 estaban en el régimen subsidiado y 362.000 sin afiliación a ningún Régimen. En la construcción se dan formas de contratación indirectas (contratista del contratista para alguna de las tareas o etapas de la obra), por lo cual no hacen parte del régimen contributivo y su atención se da por cuenta del estado, a través del régimen subsidiado o vinculado, substituyendo al empleador en cuanto a la seguridad social.

4.2. SISTEMA DE TRANSFERENCIA

Entre los años 1994 y 2001 los recursos de transferencias municipales correspondían al situado fiscal y a la participación en los ingresos corrientes de la nación, definidas por el artículo 357 de la constitución política y reglamentada por la ley 60 de 1993. A partir de 2001 se transfieren recursos por concepto del Sistema General de Participaciones, definidos por los actos legislativos 01 de 2001 y 04 de 2007 y reglamentado por la leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007.

El situado fiscal se distribuía territorialmente con criterios poblacionales, de pobreza, y de costos y luego cada departamento y distrito debía asignar como mínimo 60% para educación, 20% para *salud* y 20% para educación y/o salud.

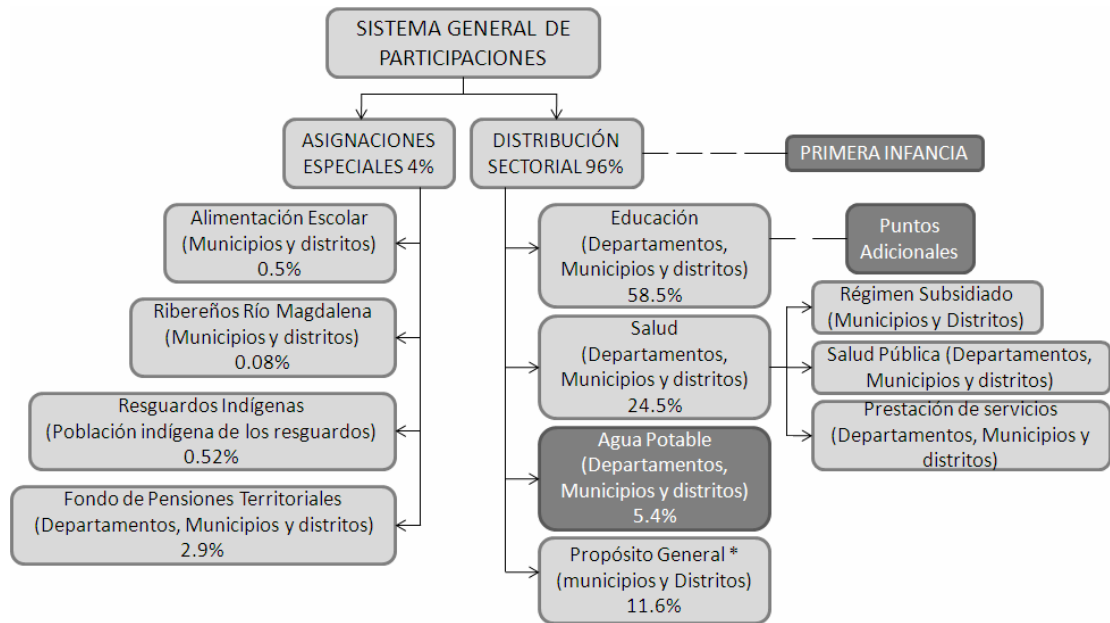
La participación en los ingresos corrientes de la Nación se distribuía territorialmente, con criterios de población, pobreza absoluta, pobreza relativa,

eficiencia fiscal, eficiencia administrativa y mejora en la calidad de vida. Una vez definida la asignación a cada entidad territorial, estas debían dirigir como mínimo el 30% para educación, el 25% para salud, el 20% para agua potable y saneamiento básico, en educación física, recreación, deporte, cultura, y aprovechamiento del tiempo libre, el 5% y 20% de libre inversión.

Con el Sistema General de Participaciones la ley define primero una distribución sectorial y cada uno de estos componentes se distribuye territorialmente con criterios propios del sector. Con la ley 715 la distribución sectorial era: 58,5% para educación; 24,5% para salud; y 17% para Propósito General. Estos porcentajes se aplicaban posteriores al descuento del 4% para asignaciones especiales⁶⁸. Con el ajuste realizado por la ley 1176 de 2007 se mantienen los porcentajes para educación y salud, así como las asignaciones especiales, pero los recursos de Propósito General se dividen así: 5,4% para agua potable y saneamiento básico y 11,6% para Propósito General (La composición actual del SGP se puede apreciar en el *grafico 7*).

⁶⁸ Se refiere a los recursos dirigidos para alimentación escolar, ribereños río Magdalena, resguardos indígenas y el Fondo de Pensiones Territoriales.

Grafica 7. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES



Fuente: DNP

En el *cuadro 12*, se dan cifras en miles de pesos corrientes de las participaciones territoriales doce doceavos 1994 – 2001, del situado fiscal y participación de los distritos, municipios y resguardos indígenas en los ingresos corrientes de la nación (artículos 356 y 357 de la constitución política y ley 60 de 1993).

Se observa que el componente educación es quien más ha recibido recursos en este periodo, tal y como se planteo en el marco teórico de este trabajo, en el año de 1994 los recursos eran de \$1.279.862.326 con un aumento constante hasta el año 1999 cuando llegan a \$4.076.150.482, en el siguiente año se reducen a 3.936.056.431 y aumentan nuevamente en 2001 para llegar a \$4.986.015.536, estos recursos en educación son también parte del bienestar en salud de cualquier sociedad.

Del total en salud para este periodo se dan una participación en el año 1994 de \$487.651.390 hasta llegar al año 2001 con \$2.386.036.351, sin embargo no se

giran recursos para los componentes de afiliación al régimen subsidiado, al de prestación de servicios en los hospitales y a la salud pública de los entes territoriales. En cuanto a las asignaciones especiales al comienzo del periodo los recursos fueron de \$12.046.245, en los posteriores años mostro un crecimiento constante hasta el año 1999 donde llego a \$40.924.470, en el año 2000 crece significativamente a \$224.606.180 y finaliza el periodo con \$447.014.839, sin embargo los recursos para alimentación escolar y para los territorios ribereños sobre el rio magdalena carecen de recursos en este componente. Los resguardos indígenas tienen un crecimiento constante durante este periodo, ubicándose el año 2001 en \$55.216.994 y por último el FONPET, quien empieza a recibir recursos en el año 2000 con \$174.769.810 y finaliza con \$391.797.845.

De los componentes destinados para propósito general, se dan altibajos en cuanto a la libre destinación, empezando el periodo con \$437.110.060, al siguiente año disminuye a \$276.896.942, en 1996 sube nuevamente hasta el año 1998 donde llega a \$365.389.827, en 1999 caen nuevamente los recursos a \$351.680.737, en adelante suben hasta el año 2001 donde llegan los recursos girados para libre destinación a \$358.074.529. El comportamiento del agua potable es constante hasta el año 2000, empieza el periodo con destinación de recursos en 1994 con \$87.422.012 y se crece constantemente hasta el 2000 donde llega a \$609.863.231.

Cuadro 12. PARTICIPACIONES TERRITORIALES DOCE DOCEAVAS 1994 – 2001. SITUADO FISCAL Y PARTICIPACIÓN DE LOS DISTRITOS, MUNICIPIOS Y RESGUARDOS INDÍGENAS EN LOS INGRESOS CORRIENTES DE LA NACIÓN (ARTÍCULOS 356 Y 357 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA Y LEY 60 DE 1993) MILES DE PESOS CORRIENTES

Sector	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total Educación	1.279.862.326	1.732.261.471	2.281.653.864	2.630.198.470	3.059.487.682	4.076.150.482	3.936.056.431	4.986.015.536
Total salud	487.651.390	725.227.677	974.662.689	1.244.989.948	1.529.494.516	1.884.097.049	1.938.462.454	2.386.036.351
Afiliación al R. Sub.	-	-	-	-	-	-	-	-
Prestación del servicio (Hospitales)	-	-	-	-	-	-	-	-
Salud Pública	-	-	-	-	-	-	-	-
Asignaciones especiales	12.046.245	16.894.363	22.125.298	27.141.852	33.116.040	40.924.470	224.606.180	447.014.839
Alimentación escolar	-	-	-	-	-	-	-	-
Ribereños sobre el río Magdalena	-	-	-	-	-	-	-	-
Resguardos	12.046.245	16.894.363	22.125.298	27.141.852	33.116.040	40.924.470	49.836.370	55.216.994

Sector	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Indígenas								
FONPET	-	-	-	-	-	-	174.769.810	391.797.845
Total Propósito General	633.809.587	702.402.016	863.463.352	1.145.336.625	1.352.929.032	1.549.278.649	1.677.816.555	1.827.415.255
Libre Destinación	437.110.060	276.896.942	307.331.091	358.930.251	365.389.827	351.680.737	305.624.285	358.074.529
Agua Potable	87.422.012	189.113.366	247.169.894	349.513.944	438.906.313	532.265.739	609.863.231	653.040.323
Deporte	21.855.503	47.278.342	61.792.474	52.427.092	65.835.947	79.839.861	91.479.485	97.956.048
Cultura	-	-	-	34.951.394	43.890.631	53.226.574	60.986.323	65.304.032
FONPET	-	-	-	-	-	-	-	-
Otros	87.422.012	189.113.366	247.169.894	349.513.944	438.906.313	532.265.739	609.863.231	653.040.323
Reaforo PICN Municipios con destino al FONPET	-	-	-	-	-	-	173.852.900	235.948.172
Reaforo PICN Resguardos Indígenas con destino a Inversión	-	-	-	-	-	-	2.583.290	3.585.915
Total	2.413.369.547	3.176.785.527	4.141.905.203	5.047.666.895	5.975.027.270	7.550.450.650	7.953.377.810	9.886.016.069

Fuente: DNP

Y crece a un ritmo menor para el siguiente año a \$653.040.323. El deporte quien también es parte de la salud, muestra un crecimiento constante durante todo este periodo, la cultura empieza a recibir recursos de transferencias a partir del año 1997 con \$34.951.394 y crece constantemente hasta el 2001 donde recibe \$65.304.032, por último se gasto hasta el año 2001 \$653.040.323 por concepto de otros. Se puede concluir que el destino de las transferencias es básicamente para salud y educación, en segunda importancia para saneamiento básico y agua potable y en tercer lugar para deportes.

En el año de 1999, el déficit del gobierno central llego a 8.9 billones de pesos, un 5.9% del PIB. El gobierno nacional encuentra en las transferencias territoriales parte de la profundización del déficit fiscal nacional, sin embargo es necesario considerar el crecimiento de otros sectores del gasto como el de defensa, policía nacional, justicia y seguridad social.

En los *cuadros 13 y 14*, se dan cifras en millones de pesos corrientes de los recursos del Sistema General de Participaciones, en cuanto al sector salud en los años 2002 a 2009. Se observa que cuando empieza a funcionar la ley 715 (año 2002), los recursos del total de participación en salud son de 2.827.065 en millones corrientes los cuales incluyen el régimen subsidiado, salud pública, prestación de servicios a la población pobre no afiliada y en el 2007 con la entrada de la ley 1176 los recursos que se destinan para los mismos componentes son de 4.156.011 hasta llegar al 2009 con un total de 5.055.089 en millones de pesos corrientes. La participación del régimen subsidiado en 2002 es de 1.317.319 y aumenta moderadamente hasta el 2006 cuando los recursos llegan a 1.954.920, en el 2007 con la nueva ley se observa un incremento mayor hasta llegar a 2.340.170, terminando el año 2009 en 3.285.808. En la salud pública no se observa un aumento tan significativo como el anterior componente, dado que con la entrada de la ley 1176 los recursos destinados por SGP fueron de 317.317 en 2002 y en 2006 llegan a 399.914, con la nueva ley se incrementan a 416.818 para

terminar el 2009 con 510.564. Con el componente de prestación de servicios a la población pobre no afiliada se da un aumento importante entre 2002 (1.192.428) y 2006 (1.502.814), para el año 2007 los recursos se disminuyen a 1.399.023 y en el 2009 alcanza a 1.258.717, explicado en parte por un aumento en la población afiliada al régimen subsidiado.

Cuadro 13. PARTICIPACIONES TERRITORIALES DOCE DOCEAVOS 2002 – 2007. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (ACTO LEGISLATIVO 01 DE 2001 Y LEY 715 DE 2001) MILES DE PESOS CORRIENTES

Sector	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total Educación	6.750.338.213	7.357.193.618	7.981.819.356	8.580.455.808	9.211.119.310	9.923.536.391
Total salud	2.827.064.722	3.081.217.840	3.342.813.235	3.593.524.227	3.857.648.258	4.156.010.967
Afiliación al R. Sub	1.317.318.931	1.465.940.818	1.622.704.734	1.778.809.759	1.954.920.138	2.340.169.640
Prestación del servicio (Hospitales)	1.192.428.366	1.275.779.109	1.358.577.173	1.433.298.918	1.502.813.915	1.399.023.204
Salud Pública	317.317.425	339.497.913	361.531.327	381.415.550	399.914.204	416.818.123
Asignaciones especiales	480.793.320	524.016.639	568.505.652	611.143.576	656.062.629	706.804.586
Alimentación escolar	60.099.165	65.502.080	71.063.207	76.392.947	82.007.829	88.350.573
Ribereños sobre el río Magdalena	9.615.866	10.480.333	11.370.113	12.222.872	13.121.253	14.136.092
Resguardos Indígenas	62.503.132	68.122.163	73.905.735	79.448.665	85.288.142	91.884.596
FONPET	348.575.157	379.912.064	412.166.598	443.079.093	475.645.406	512.433.325
Total Propósito General	1.961.636.746	2.137.987.889	2.319.503.061	2.493.465.790	2.676.735.526	2.883.762.712

Sector	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Agua Potable	643.010.532	691.307.720	748.913.089	803.766.785	862.996.269	932.080.909
Libre Destinación	393.318.374	451.871.498	492.885.770	533.058.998	571.866.577	610.394.641
Deporte	109.782.286	118.028.147	73.064.692	78.416.272	84.194.758	90.934.723
Cultura	47.049.55	50.583.492	54.798.519	58.812.204	63.146.068	68.201.042
FONPET	-	-	172.944.150	184.467.897	195.595.864.	211.772.750
Otros	768.476.002	826.197.031	776.896.841	834.943.635	898.935.990	970.378.648
Total	12.019.833.000	13.100.415.987	14.212.641.304	15.278.589.402	16.401.565.723	17.670.114.656

Fuente: DNP

Con el acto legislativo 01 se continuó con el proceso de descentralización, el gobierno nacional lo justifico en parte al alto déficit fiscal del gobierno central y a las ineficiencias del sistema de transferencias territoriales que para ellos se caracteriza por la ausencia de incentivos que promuevan un mayor grado de eficiencia en la captación de recursos y en la asignación del gasto de las unidades territoriales y locales.

En esta dirección el gobierno baso su propuesta en modificar la fuente de recursos a partir de la cual se establece el monto a transferir. Desde la constitución de 1991 ésta fuente es un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación (ICN), el 46% a partir del año 2002, se busco atar las transferencias, incluyendo los recursos del Fondo Educativo de Compensación (FEC), al crecimiento de la *inflación esperada* más un 1.5%, que era la tasa promedio de crecimiento de la población. Se pretendió fijar en términos per cápita, un monto constante de recursos, independiente de los ritmos futuros de crecimiento real del Producto Interno Bruto y de los ICN (CID, 2002). En resumen con este acto legislativo se busco que los recursos obtenidos por el crecimiento de la economía y específicamente por los ingresos corrientes de la nación, no se repartirían en igual proporción entre la nación y las entidades territoriales, por lo tanto la reforma a la constitución debilito los recursos de las entidades territoriales a la vez que fortalece los de la nación. Los impactos de la reforma al sistema de transferencias sobre los recursos disponibles para salud, se deben considerar junto a los recursos de la subcuenta de solidaridad (FOSYGA) y el proceso de transferencias de recursos desde el sistema de subsidios de oferta hacia el de subsidios de demanda (régimen subsidiado). Dado que el gobierno planteo una mayor proporción de los recursos disponibles para el régimen subsidiado, con el fin de lograr una plena cobertura de la población objetivo, lo cual iba en contra de los objetivos primordiales de la ley 100, la cual planteo tener más población en el régimen contributivo que en el subsidiado.

Entre los argumentos que tuvo el gobierno para impulsar esta reforma al sistema de transferencias esta lo relacionado con el impacto que han tenido dichas transferencias sobre el esfuerzo fiscal de las entidades territoriales, deduciendo una sustitución del esfuerzo fiscal local por uno nacional, con lo cual cuando reciben transferencias para financiar el gasto local, los departamentos y municipios no tienen incentivo alguno para acrecentar su tributación propia. Sin embargo, lo que se observa para los municipios en la década del noventa es que la relación Tributos/PIB se ha incrementado. En 1990 esta relación era de 0.9 para pasar en 1998 a 1.6, con una elasticidad tributaria superior a uno⁶⁹, algo similar ocurrió con la relación tributos municipales/ PIB departamental.

En cuanto al orden departamental el problema radica en el deterioro de las bases gravables de sus tributos. En los municipios el esfuerzo fiscal se observa en la relación entre ingresos tributarios y PIB departamental, de esta forma los municipios con alto grado de actividad económica tendrán mayores ingresos per cápita y mayor capacidad de tributación, por lo cual la tributación o el esfuerzo fiscal es independiente de las transferencias.

Continuando con el acto Legislativo 01 de 2001 y la ley 715 del mismo año, se tiene que estos desligan el crecimiento del SGP del incremento de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) y se establece una fórmula del IPC + 2,5 puntos entre 2006 y 2008⁷⁰.

⁶⁹ Esta elasticidad fue afectada por modificaciones en las bases gravables y en las tarifas, sin embargo se demuestra un esfuerzo tributario.

⁷⁰ Con estas modificaciones se descarta que el crecimiento de las transferencias esté atado a los Ingresos Corrientes de la nación y propone que los recursos se incrementen a un ritmo de: 2008 – 2009, IPC más 5.0 puntos, en el 2010 IPC más 4.5 puntos y entre 2011 – 2016 IPC más 4 puntos.

Cuadro 14. PARTICIPACIONES TERRITORIALES DOCE DOCEAVAS 2008 – 2009. SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES (ACTO LEGISLATIVO 04 DE 2007 Y LEY 1176 DE 2001) MILES DE PESOS CORRIENTES

Sector	2008	2009
Total Educación	11.037.016.545	12.320.519.934
Total salud	4.526.809.890	5.055.088.604
Afiliación al R. Sub.	2.761.354.033	3.285.807.592
Prestación del servicio (Hospitales)	1.308.248.058	1.258.717.062
Salud Pública	457.207.799	510.563.949
Asignaciones especiales	769.865.627	859.708.960
Alimentación escolar	96.233.203	107.463.618
Ribereños sobre el río Magdalena	15.397.313	17.194.179
Resguardos Indígenas	100.082.532	111.762.163
FONPET	558.152.580	623.289.000
Agua Potable	997.745.853	1.114.182.794
Total Propósito General	2.143.305.9077	2.393.429.706
Libre Destinación	684.896.325	764.976.131
Deporte	95.429.143	102.752.104
Cultura	71.571.857	77.064.078
FONPET	93.078.288	104.510.090
Otros	1.198.330.293	1.344.127.303
Crecimiento Economía (Año en que se gira)	270.240.050	360.834.446
Total	19.744.983.872	22.103.764.444

Situado Fiscal: El año 1998 incluye los recursos del reaforo 1997 del situado fiscal salud. El año 1999 incluye los recursos del reaforo 1997 de educación y los recursos de reaforo 1998 de salud y educación. No incluye cancelaciones

PICN: Los recursos de reaforo de la PICN de 1997 se encuentran sumados en el año 1999; los del reaforo PICN de 1998 en el año 2000 y los del reaforo de la PICN 2000 y 2001 en 2004 y 2005.

Fuente: DNP

4.3. INFLACIÓN

El modelo económico indica que en tiempos de inflación baja el esquema de subsidios debe ser revisado, debido a que estos se establecen cuando hay inflaciones medias o altas. Dado lo anterior, si un país tiene inflaciones bajas hay que revisar cuál debe ser la política de subsidios para poder reorientar recursos de una manera mucho más eficiente, de tal forma que las tarifas puedan crecer de una manera estable con el IPC (Índice de Precios al Consumidor). De esta forma se pueden hacer reformas de tipo microeconómico que reduzcan costos, que mejoren la competitividad, que hagan más eficiente el estado en la prestación de los servicios y *sobre todo que reduzcan la informalidad*, que como ya se ha dicho es uno de los principales problemas del sector salud con la presente reglamentación.

En cuanto a los subsectores se presenta que la inflación es diferente para cada uno de ellos, por lo cual presentan precios diferentes en su producción y en el gasto de las familias. El comportamiento de la inflación en Colombia en lo referente a los costos en salud ha estado por encima del aumento de la masa salarial, ocasionada en gran parte por el alza en los costos de producción de los servicios de salud⁷¹.

En 1994 el IPC salud ocupaba el primer lugar dentro de los diferentes subsectores (30% por encima del IPC) y éste guardaba una distancia considerable con el segundo grupo en importancia que era educación; mientras que para el 2004 este

⁷¹Esta inflación del sector se explica entre otras por los cambios en las técnicas médicas (desarrollo tecnológico) que generan un aumento de los costos en la atención con la incorporación de tecnología avanzada, las alianzas estratégicas que se realizan entre profesionales y prestadores (principalmente los especialistas) y además la conformación de clínicas privadas, que implican limitaciones para el ingreso a la oferta y la definición de altas tarifas para los consumidores.

mismo indicador pasó a ocupar el tercer lugar (la relación bajo al 14%), precedido por el grupo de transporte y gastos varios (Restrepo, 2005)⁷².

Cuadro 15. VARIACIÓN AÑO CORRIDO EN SALUD 1993 – 2009

AÑO	Variación año corrido en Salud (Diciembre)
1993	27,14
1994	26,78
1995	23,13
1996	22,20
1997	21,47
1998	20,63
1999	15,13
2000	10,30
2001	10,85
2002	9,23
2003	8,62
2004	6,99
2005	5,11
2006	5,28
2007	6,50
2008	5,30
2009	4,94

Fuente: Banco de datos del DANE, IPC.

⁷² Restrepo, Jairo Humberto. Grupo de economía de la salud. Centro de investigaciones económicas de la Universidad de Antioquia. La inflación en salud en Colombia. Revista Portafolio. Junio 2005.

El cuadro 15, muestra la variación año corrido a diciembre en salud desde el año 1993 a 2009, esta empieza con dos dígitos en el año 1993 y termina con un dígito para el año 2009. En los ocho primeros años (1993 – 2000), se observa una caída que empieza en 1993 hasta el año 2000 donde llega a 10,30, en el siguiente año se da un leve aumento y llega a 10,85 para retomar nuevamente se senda decreciente hasta el año 2005 con un 5,11, en los dos siguientes año se da un aumento significativo, llegando para el año 2007 a 6,50 para caer los dos últimos años a 4,94 en 2009⁷³. como ya se dijo en el capítulo 3, la inflación es una de las variables más importantes para determinar la UPC.

4.4. LA DEMOGRAFÍA

Uno de los componentes más importantes en la salud de un país, se encuentra en la demografía dado que aquí se encuentra su población y la evolución de esta. La pirámide población permite dividir la población por grupos etarios, se considera que de los 0 a los 44 años el sistema invierte en estas personas y de los 45 años en adelante hay un gasto, dado que las personas tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades.

Para la CEPAL, Colombia se clasifica en el grupo de países de transición demográfica moderada con natalidad y mortalidad media o baja, que lo lleva a mantener un crecimiento natural moderado (CEPAL; FNUAP, 2000). Uno de los indicadores más importantes en este aspecto, es la expectativa de vida dado que implica un cambio demográfico con doble efecto sobre los servicios sociales, por un lado está el incremento del número absoluto de personas en las edades mayores y por otro el encarecimiento de sus gastos en salud y en pensiones.

⁷³ En este año las medicinas que tienen libertad vigilada por el gobierno, tuvieron una inflación de 4,8% y la no regulada tuvo un incremento de 8,83 %, la UPC subió en 8,5 %, lo cual genero un aumento de las tarifas de los hospitales y demás IPS.

Cuadro 16. POBLACIÓN NACIONAL POR GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD (1993, 1994, 2001, 2003, 2004, 2006, 2007, 2014 Y 2015)⁷⁴

Grupos de Edad	1993	1994	2001	2003	2004	2006	2007	2014	2015
Total	36.208.244	36.862.626	40.806.313	41.847.421	42.367.528	43.405.387	43.926.034	47.661.368	48.202.617
0-4	4.626.218	4.645.682	4.481.220	4.392.309	4.361.047	4.316.261	4.295.463	4.309.511	4.321.077
5-9	4.253.568	4.321.386	4.567.591	4.536.748	4.503.159	4.445.103	4.415.126	4.260.567	4.258.889
10-14	3.900.543	3.950.706	4.350.763	4.439.067	4.473.231	4.500.956	4.495.984	4.299.755	4.279.399
15-19	3.537.318	3.610.861	3.944.320	4.064.393	4.123.212	4.233.539	4.286.606	4.369.027	4.346.059
20-24	3.282.806	3.268.331	3.559.098	3.642.107	3.684.605	3.791.922	3.855.756	4.266.894	4.295.244
25-29	3.207.190	3.227.994	3.137.542	3.242.919	3.306.914	3.418.635	3.466.275	3.889.478	3.958.276
30-34	2.824.346	2.904.507	3.079.036	3.012.478	2.991.868	3.023.034	3.073.361	3.479.194	3.540.579
35-39	2.301.006	2.388.464	2.914.604	2.982.747	2.996.878	2.987.231	2.961.535	3.142.542	3.207.054
40-44	1.846.826	1.917.832	2.484.243	2.655.616	2.732.917	2.851.635	2.892.357	2.863.466	2.873.049
45-49	1.462.451	1.530.198	2.010.205	2.171.783	2.256.594	2.432.088	2.520.308	2.882.868	2.887.312
50-54	1.194.276	1.217.447	1.608.159	1.737.822	1.805.891	1.956.531	2.036.481	2.621.460	2.685.052
55-59	1.045.236	1.070.257	1.240.683	1.357.954	1.422.437	1.550.311	1.613.784	2.133.318	2.217.983

⁷⁴ Los años que se escogieron de la población nacional por grupos quinquenales se toman debido a que estos años son representativos en cuanto a reformas a la constitución como son los años 1993, 1994, 2001, 2003 y 2007, los demás años (2004, 2006, 2014 y 2015) representan cambios en el sistema pensional, tal y como se mostro en el capitulo tres.

Grupos de Edad	1993	1994	2001	2003	2004	2006	2007	2014	2015
60-64	862.029	881.155	1.043.030	1.075.707	1.099.189	1.176.472	1.229.541	1.658.450	1.727.911
65-69	716.224	723.848	842.381	896.259	921.731	958.527	972.196	1.250.415	1.307.087
70-74	552.126	571.264	647.335	679.694	698.773	741.043	766.836	889.310	925.110
75-79	326.854	347.744	481.869	502.861	510.154	501.819	505.470	675.714	683.052
≥80	269.227	284.950	414.234	456.957	478.928	520.280	538.955	669.399	689.484

A junio.

Fuente: DANE

En el año 2000, el número de personas mayores de 60 años era 7% de la población total de Colombia y para 2015 se proyectan más de 4 millones, representando 10% de la población total, el lado opuesto de la población es decir los jóvenes (30 a 34 años), paso de más de 12 millones en 1993 y se estima que en el 2015 sobrepase los 15 millones (como se observa en el *cuadro 16*, Población Nacional por grupos quinquenales de Edad para los años 1993, 1994, 2001, 2003, 2004, 2006, 2007, 2014 y 2015), con sus consecuencias sobre el sistema educativo, la seguridad social, el mercado de trabajo y la demanda de una gran variedad de actividades, bienes y servicios.

Entre las consecuencias del envejecimiento se da un movimiento en la política fiscal, debido al mayor tiempo que la población tendrá que recibir beneficios de la seguridad social y por ende habrá que invertir mayores recursos, por el otro lado se tiene que los jóvenes, tendrá que soportar el costo de las pensiones no fondeadas y de los más costosos gastos de salud de la población mayor.

En el Cuadro 17, se muestran la evolución de los Indicadores Demográficos entre 1985 a 2010. Se aprecia que en Colombia entre 1985 a 1990, la edad media de la fecundidad a la cual las madres tienen sus hijos era de 27,2 años, entre 1990 a 1995 fue de 27 años, para 1995 a 2000 se calculo en 26,8 años, entre 2000 a 2005; 26,6 años y al final del periodo de análisis 2005 a 2010 se proyecto en 27,5 años. Este indicador es tenido en cuenta para las políticas públicas de sexualidad.

La tasa media de crecimiento (exponencial) indica que durante los años 1985 a 1990, la población aumento en 20,54 % por cada mil habitantes, entre 1990 a 1995 aumento 18,82%, para 1995 a 2000 creció un 14,36% y entre el 200 al 2005 lo hizo a un 12,45%, por último se proyecto que entre el 2005 al 2010 crecería en un 11,78%. La cual indica que a pesar de que la población general ha venido creciendo en los últimos años su tasa por mil personas ha disminuido.

Cuadro 17. INDICADORES DEMOGRÁFICOS 1985 -2010

	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
Edad Media de la Fecundidad (años) ⁷⁵	27,23	27,06	26,84	26,63	27,5
Tasa Media de Crecimiento (exponencial) ⁷⁶	20,54	18,82	14,36	12,45	11,78
Tasa Bruta de Natalidad (por mil) ⁷⁷	28,803	26,7	24,2	21,66	19,86
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil) ⁷⁸	6,77	6,57	6,22	5,95	5,81
Tasa General de Fecundidad (por mil mujeres) ⁷⁹	112,6	103,9	92	81,4	74,6
Esperanza de Vida al nacer (años) ⁸⁰	67,99	69,25	70,9	72,56	74
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil) ⁸¹	43,2	32,5	28,4	24,4	19,9

Conciliación Censal 1985 – 2005 y Proyecciones de Población 2005 – 2010.

Fuente: DANE

La tasa bruta de natalidad indica que por cada 1000 personas de la población entre 1985 a 1990, nacieron vivas 28,8 personas, entre los años 1990 a 1995 el indicador fue de 26,7 nacidos vivos, lo cual indica una caída con respecto al quinquenio anterior. Para el periodo comprendido entre 1995 a 2000 el indicador

⁷⁵ Es la edad media del patrón de la Fecundidad y corresponde sólo aproximadamente a la edad media de las madres al nacimiento de sus hijos.

⁷⁶ Incremento o disminución del tamaño de una población, experimentado por el efecto del balance entre los nacimientos y las defunciones, adicionando el aporte de la migración neta. Puede calcularse también a partir de las tasas de crecimiento natural y de migración neta.

⁷⁷ Número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población calculada a mitad de período (30 de junio).

⁷⁸ Cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento.

⁷⁹ Es el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años). Esta medida no se encuentra influenciada por la estructura ni la composición por sexo de la población objeto de estudio.

⁸⁰ Número promedio de años que viviría una persona, siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad existentes en un determinado período.

⁸¹ Cociente entre el número de defunciones de niños menores de un año ocurridas en un determinado período y los nacidos vivos en ese mismo momento.

fue de 24,2 personas nacidas vivas, disminuyendo nuevamente con respecto al periodo anterior, por ultimo del 2000 al 2005 el indicador fue de 21,66 nacidos vivos, mientras que para el periodo 2005 a 2010 se proyecta en 19,86 personas.

La tasa bruta de mortalidad entre los años 1985 a 1990 indicó que por cada 1000 habitantes de la población, murieron por año 6,77 de las personas, entre 1990 a 1995 fue de 6,57 personas, para 1995 a 2000 el índice llegó a 6,22 personas lo cual indica que este indicador se ha venido disminuyendo con el pasar de los años, por último en el periodo de 2000 a 2005 fue 5,95 personas. La proyección que se hizo para el periodo 2005 a 2010 muestra que 5,81 personas de cada 1000 habitantes morirán. La mortalidad se asocia con diversos factores de carácter demográfico, biológico, social, cultural e incluso político que influyen en el desarrollo y crecimiento de los diferentes grupos poblacionales en un período determinado.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, las políticas de mitigación se han dirigido mediante planes y programas de vacunación, atención a las mujeres en gestación, control y atención oportuna durante el parto, seguimiento continuo en el período perinatal, entre otros. Al disminuirse la tasa de mortalidad infantil, juvenil y adulta, se estima que la esperanza de vida crezca en el corto y mediano plazo, debido a que se esperan mejores condiciones en calidad de vida de la población en general, lo cual va directamente relacionado con el crecimiento y desarrollo de un país.

La tasa de mortalidad infantil para el periodo 1985 a 1990, indica que por cada 1000 niños nacidos vivos en la población, murieron 43,2 menores por año en Colombia, entre 1990 a 1995 el índice se ubicó en 32,5 menores, para 1995 a 2000 fue de 28,4 menores y entre 2000 a 2005 fue de 24,4 menores, lo cual muestra avances importantes en cuanto a la mortalidad infantil. La proyección que

se hace para el quinquenio comprendido entre el 2005 al 2010 indica que la tasa de mortalidad infantil será de 19,9 menores.

En el año 2004, la tasa de mortalidad se encontraba en 30 por 100.000 niños menores de cinco años, estando la mortalidad por diarrea y por neumonía dentro de las cinco primeras causas, en este mismo año la tasa de mortalidad por diarrea en niños menores de cinco años se encontraba en 15 por 100.000 menores y la de Infección Respiratoria Aguda (IRA), en 24 por 100.000, también existían otras circunstancias que afectaban a los menores como el bajo peso al nacer (definido como recién nacido que tiene un peso al nacer de 2500 g (5.5 lb) o menos). Un estudio de costo-efectividad realizado por la Universidad Nacional de Colombia para el Ministerio de la Protección Social en 2004, estableció que la población de niños de bajo peso al nacer, tiene alrededor del doble de riesgo de enfermar y morir por enfermedades asociadas a neumococo con respecto a la población normal y que su vacunación es más costo-efectiva que atender los casos; (evitar un año de vida ajustado por discapacidad vale 1.941 dólares, mientras que con la vacunación evitar el mismo año de vida ajustado cuesta alrededor de 579 dólares en el escenario más favorable a la vacuna y 1015 en el escenario más desfavorable).

En Colombia el perfil epidemiológico en el año 2009 arrojó que las principales causas de muerte de la población son las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares, el trauma, el cáncer y las enfermedades respiratorias. En cuanto a la población infantil domina la infección diarreica aguda y enfermedades respiratorias. Por los lados de las áreas rurales y las más apartadas, el perfil epidemiológico de estas enfermedades es casi igual al de los años cincuenta. Todas estas enfermedades son de alto costo, no sólo en el sistema financiero de salud, sino en la sociedad, dado que las víctimas son hombres y mujeres en su etapa más productiva, es decir, entre los 15 y los 65 años. El trauma es la segunda causa de muerte y se refieren a todas las lesiones externas que causan

la muerte, el término implica temas como los homicidios, los accidentes de tránsito, los caseros y los suicidios, entre otros, tiene un gran impacto social y económico, dado que afecta a hombres y mujeres, en sus primeras cuatro décadas de vida, es decir, en los años más productivos. Las muertes por trauma tienen un plus y es que sus víctimas son en su mayoría hombres entre 14 y 44 años quienes se encargan del sostén de un hogar.

La Tasa General de Fecundidad entre 1985 a 1990, indica que 112,6 nacieron vivas por cada 1000 mujeres en edad reproductiva, entre 1990 a 1995 el indicador fue de 103,9, para 1995 a 2000 fue de 92 y por ultimo entre el 2000 al 2005 fue de 81,4 lo cual muestra claramente una disminución en el nacimiento de niños vivos por parte de las mujeres en edad reproductiva para el periodo de análisis. Se proyecta que entre el 2005 al 2010 este indicador caería a 74,6.

El indicador de esperanza de vida al nacer, muestra que entre 1985 a 1990, el número promedio de años de un hombre o una mujer, al nacer fue de 67,99 años, entre 1990 a 1995 estuvo en 69,25, para 1995 a 2000 se ubico en 70,9 años y por ultimo entre el 2000 al 2005 este indicador se ubico en 72,56 años, lo cual muestra que las personas en Colombia al pasar el tiempo tienen más posibilidad de vivir durante más años. Este índice está asociado con el de mortalidad.

CONCLUSIONES

El marco teórico de esta investigación, invita a pensar que una de las tareas principales de los economistas ha sido la de plantear una relación de mutua ayuda entre el crecimiento económico y la salud.

La teoría Keynesiana, busca explicar qué determina el volumen de empleo en un momento dado, ya sea éste el empleo total, el paro amplio o algún nivel intermedio, mediante la intervención del estado y el concepto de demanda efectiva.

Por otro lado se tiene que unos mayores niveles de ingreso se incrementa la oportunidad de las familias para mejorar su atención y su estado de salud, sin embargo como lo dice el profesor Sen no es solo con el crecimiento económico, dado que este debe ir acompañado de políticas sociales que disminuyan la desigualdad en los ingresos y a la provisión de políticas de atención primaria basadas, fundamentalmente, en gasto público.

En la literatura económica se observa que el tema entre capital salud y crecimiento económico, ha estado casi en olvido. En este trabajo se destacó los modelos de Mushkin (1962) y Grossman (1972), que consiste en la inversión en salud para que el ser humano sea más productivo en su puesto de trabajo y en la asimilación del conocimiento, para esto se deben adoptar hábitos saludables, la compra de servicios médicos, la dedicación de tiempo a la recuperación de la enfermedad y la adquisición de defensas mediante inmunizaciones, a través de las inversiones.

Uno de los problemas del modelo es definir qué fondo destino el individuo para invertir en salud o cuál fue destinado a gasto en consumo y cual sector interfiere mas en el crecimiento si la salud o educación. Sin embargo Barro (1995) estableció un modelo de crecimiento neoclásico ampliado e incluyó a la salud

como una forma de capital que determina el sendero del producto de una economía.

Se tiene que la relación que va del capital salud al crecimiento, ha estado más ausente en el estudio de los economistas, estos han tratado de expresar de manera formal y sistemática proposiciones teóricas sobre las relaciones existentes entre lo que ellos han denominado capital salud y el crecimiento económico. Sin embargo se ha encontrado dificultades que han incidido directamente sobre este propósito, especialmente en dos sentidos: la ausencia de una conexión entre los desarrollos sobre una noción de capital salud, por parte de la economía de la salud, y los avances en las teorías del crecimiento económico endógeno.

Por lo general el rendimiento de la inversión en salud, es atribuido a educación. Por ejemplo, los individuos saludables son más eficientes en asimilar el conocimiento y en consecuencia obtienen mayores niveles productividad, pero este aporte se atribuye, directamente, a las inversiones en educación. En contrapeso hay autores que han establecido un modelo de crecimiento neoclásico ampliado como Barro donde incluye a la salud como una forma de capital que determina el sendero del producto de una economía.

Teniendo en cuenta algunos de los anteriores planteamientos y bajo un contexto internacional de apertura económica en Colombia en el año de 1993 se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual transforma la regulación en las instituciones de salud y crea otras, además de basarse en el mercado laboral como uno de sus formas más importantes de financiamiento. Este modelo se basó en la creación de un mercado de servicios que superara los problemas de calidad y eficiencia, esto se daría bajo el principio de regular mercados públicos y privados, teniendo en cuenta las leyes de la oferta y la demanda, para alcanzar universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

El modelo recibe el nombre de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), entre sus características estuvieron la obligación de la afiliación, unificar el nivel de cotización y definir los planes de beneficios, se estableció un Plan Obligatorio de Salud (POS) y una Unidad de Pago por Capitación (UPC) ajustada por riesgo, a la vez que se crea dos sistema de aseguramiento; el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El primero se financiera involucrando al mercado laboral, donde aportarían el patrón y el empleado, mientras el segundo se determinaría por medio del SISBEN y donde cada beneficiario aportaría a la UPC. Los dos regímenes cuentan con ayudas del presupuesto nacional, quien gira a los diferentes entes territoriales y administradoras del sistema.

En este contexto se crean instituciones como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud quien se encarga de autorizar la creación de EPS e IPS a la vez que regula y vigila. Estas instituciones son las encargadas de administrar y prestar los servicios de salud.

Otra de las fuentes de financiación para el nuevo modelo fueron las instituciones multilaterales extranjeras, donde primo el esquema de mercados competitivos bajo competencia regulada, sin embargo se observa un gran control por parte del estado en cuanto a la regulación del sistema, a pesar de esto también se da una libertad para algunos componentes del sistema sobre todo en lo pertinente a las EPS y las farmacéuticas del sector.

El sistema también busca recursos de otros sectores, como el del transporte, juegos y azar, regalías, el sector de las armas, Cajas de Compensación Familiar, los recursos del Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito (Fonsat), recursos del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras de los campos de Cusiana y Cupiagua, recursos del impuesto de valor agregado (IVA), todos administrados por el FOSYGA.

El modelo se basó en la ley 100, la cual propuso un esquema progresivo de subsidios a la demanda y la ley 60 de 1993 que recogió al antiguo modelo asistencialista basado en subsidios a la oferta, que a la postre repartieron inadecuadamente los recursos entre los entes valiéndose de variables sin mucho peso como el indicador NBI. El modelo presentó muchas limitaciones a los subsidios a la oferta, los cuales perjudicaron al régimen subsidiado.

Entre los cambios más significativos que ha tenido el sector, se encuentra el acto legislativo 01 de 2001, que reformó la Ley 60 de 1993 mediante la Ley 715 de 2001, esta crea un reconstituido Sistema General de Participaciones (SGP), conformado por las participaciones de educación, salud y propósito general.

Antes de la ley 100, existían tres subsistemas el de seguridad social, el público y el privado, quienes funcionaron bajo el monopolio del aseguramiento por parte del Instituto de Seguros Sociales, con bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos, el público se financiaba con recursos de los niveles gubernamentales y en menor proporción con algunos pagos de los usuarios a los hospitales, el privado mediante el pago de primas por pólizas de seguros voluntarios, planes prepagos y pagos directos, especialmente a prestadores y proveedores particulares.

En cuanto a la reforma, esta se puede dividir en los siguientes periodos; el periodo de preforma (1993), los años 1994 y 1995 periodo de transición durante el cual aún no se configura completamente la estructura de agentes y el año de 1996 de consolidación de la reforma con la entrada en funcionamiento de la mayoría de las Empresas Promotoras de Salud del régimen contributivo.

Durante los periodos de transición y consolidación, al igual que los venideros el Sistema General de Seguridad Social en Salud, aumentó. En 1995 fue de 50.9% hasta 2002 donde llegó a 78,6%, sin embargo en 2003 se observó una leve caída

a 76,0%. En cuanto al gasto del régimen contributivo este aumenta su participación durante el primer periodo de estudio de esta investigación, prácticamente se duplica, respecto del gasto del régimen subsidiado, esto ocurre a expensas de la disminución de los subsidios a la oferta. También se tiene que el gasto en conjunto del SGSSS tuvo un crecimiento promedio anual de 3,4%, mientras que el gasto total en salud presentó un crecimiento promedio anual negativo de -0,15%, en términos reales, durante el mismo periodo. El número de personas afiliadas en los dos regímenes ha sido creciente, tanto que en el 2003 se tenían 11.867.947 personas, mientras que en el régimen contributivo este número fue de 13.805.201 personas en el mismo año. Para el año 2008, el régimen subsidiado conto con 22.485.211 y el régimen contributivo tenía 17.234.265 personas, lo cual permite concluir que es el régimen subsidiado el que ha crecido a un mayor ritmo y no el contributivo como se planifico al comienzo de la ley 100 de 1993.

En cuanto al tema de las pensiones se tiene que hasta 1994, todas las personas cotizaban en el Régimen de Prima Media y las pensiones eran dadas por el ISS o por Cajanal para el sector gobierno. Con el advenimiento de la nueva ley se permite el surgimiento de los fondos privados de pensiones, los cuales presentan siempre tasas de crecimiento positivas y la posibilidad a los cotizantes de elegir a cual sistema pertenecer, además también se planteo que en el año 2003 el RPM no existiría, por el contrario se definieron los parámetros de afiliación y de pensión, para los dos regímenes como fueron la tasa de cotización y la edad de jubilación, como valor agregado, por otro lado el congreso planteo un régimen de transición hasta el 2014. Sin embargo se aprecia que el monto del gobierno para financiar las pensiones ha contribuido a aumentar la deuda del sector público que tiene sus orígenes en el sector del ISS, el otro problema del sistema pensional también se encuentra en el mercado laboral, dado que al haber desempleo, hay menos personas cotizando para pensiones. Se encuentra que el sistema tiene una ausencia de reservas para pensiones, de uso para otros fines, que hasta el 2003

le significo al gobierno un costo del 17% del PIB, es decir, cerca de la mitad de la deuda del sector público no financiero (SPNF) es explicada únicamente por este tipo de obligaciones.

Por los lados de la UPC, se observa que esta se ha determinado en los últimos años teniendo en cuenta el resultado de las subcuentas del Fosyga, el saldo de caja del sistema de salud y comparaciones entre algunos indicadores macroeconómicos como el IPC o el crecimiento del salario mínimo, dejando de lado las mediciones continuas encaminadas a definir perfiles epidemiológicos, tasas de uso y valoración de los costos subsecuentes. Igualmente se encontró que esta variable ha perdido valor real con relación al IPC de salud y además que guarda relación estrecha con las líneas de tendencias de variables como el IPC general, el crecimiento del salario mínimo y la devaluación, por lo cual su incremento en el valor se debería hacer observando el comportamiento de estas variables macroeconómicas y que lo mejor sería atar el valor de la UPC al costo de un Índice de Precios al Productor de salud (IPP de salud).

En Colombia se observa el proceso de transición demográfica, lo que equivale a decir que después de tener durante un largo período de tiempo altas tasas de fecundidad y mortalidad, inicia el descenso de tales tasas a niveles bajos por lo que se puede concluir que Colombia se encuentra en la "fase plena" del proceso de transición, este proceso ha llegado con cambios en el sector de la salud y del desarrollo tecnológico del modelo de globalización de la economía. En los últimos años la nación ha tenido los efectos de transformaciones que dan como resultado una paulatina reducción de la tasa de crecimiento de la población y continuo envejecimiento de las estructuras etarias.

Se puede decir que el SGSSS de Colombia, ha estado en permanente transformación como política pública. Desde sus inicios hace ya dos décadas se

han requerido ajustes inconclusos, que han provocado nuevos problemas por lo cual no se llega al aseguramiento universal y con calidad.

El sistema solidario, ha demostrado una insostenibilidad financiera, al igual que los sistemas de capitalización individual dada su incertidumbre y que dependen de la capacidad de ahorro de la persona, el objetivo final de eliminar el RPM no se logra. Además se suma que al mediano y largo plazo las exigencias serán mayores por los cambios demográficos y epidemiológicos, por la oferta tecnológica y los avances en materia del derecho a la salud.

A pesar de que la ley 100 reformó los sistemas de pensiones, salud y riesgos profesionales, esta no logra incluir al trabajador, la familia y no ha conseguido la solidaridad y la eficiencia, planteados al principio.

En materia fiscal, se han asumido cargos insostenibles, por un lado la carga pensional del sector público, que ha admitido la pensión por debajo del salario mínimo con sus efectos sobre la calidad de vida y de otra parte para reforzar el financiamiento en salud principalmente a través de las transferencias territoriales. De la reforma se puede destacar el propósito de ofrecer un seguro de salud con una cobertura de servicios igual para toda la población y, al mismo tiempo modificar el sistema de asistencia pública, sin embargo se observa un lunar en la prestación de los servicios.

En cuanto a la cobertura, se tiene que con un mayor aporte de la población del régimen contributivo se tendrían recursos para una ampliación importante de la población afiliada al régimen subsidiado, con lo cual se podría dar la cobertura universal. Sin embargo la tendencia es a formalizar el esquema de subsidios parciales.

Por los lados del gasto público en salud este se ha incrementado anualmente, por lo cual no se puede decir que por falta de recursos exista una mala calidad. Se tiene que para el año 1993, el financiamiento del gasto llegó a los \$3.266.435 millones de pesos, mientras el gasto en salud en relación con el PIB, pasó de 6,2% en 1993 a 7,6% en el año 2002. Éste porcentaje de aportes para la recuperación de costos se realiza de forma desigual, debido a que los más pobres son quienes más aportan al sistema y las personas de mayores ingresos mensuales aporten menos porcentaje al mismo.

Se concluye que el grueso de los recursos que se asignan para la prestación de servicios de salud es gastado en la intermediación, que fue aprobada por la Ley 100 de 1993, delegando a las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado la prestación del servicio.

En esta exposición de motivos se puede decir que el modelo de salud, está orientado bajo las leyes del mercado, las cuales producen inequidades y discriminaciones al establecer diferencias de beneficios y calidad, como lo son la medicina Prepagada, para lo más pudientes, la de los trabajadores (régimen contributivo), la de los menos favorecidos (régimen subsidiado), los excluidos (vinculados) y los privilegiados (régimen especiales), sin tener en cuenta las diferencias regionales, de género y culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina (1999). *LEY 100 DE 1993: REFORMA Y CRISIS DE LA SALUD*. Bogotá, 1999.
- ACOSTA, O.L., GAMBOA, L.F. (2005). *ESTRATEGIA DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL*. Mimeo. Facultad de Economía Universidad del Rosario, Bogotá, 2005.
- ARGANDOÑA, Antonio (1997). *MACROECONOMÍA AVANZADA II: FLUCTUACIONES CÍCLICAS Y CRECIMIENTO ECONÓMICO*. Mc Graw Hill Interamericana S.A. Madrid, 1997.
- ARROW, Kenneth (1973). "Higher education as a filter", *Journal of Public Economics*, vol.2, núm. 3, pp. 193-216.
- Banco Mundial, (1993). *INFORME SOBRE EL DESARROLLO MUNDIAL 1993: INVERTIR EN SALUD*; Banco Mundial, Julio.
- BARÓN, Gilberto. *CUENTAS DE SALUD DE COLOMBIA 1193-2003. EL GASTO NACIONAL EN SALUD Y SU FINANCIAMIENTO*. Bogotá: Colección PARS, 2007. 250 p. (Ministerio de la Protección Social) ISBN: 978-958-98067-7-7
- BARRO, Robert y Sala-I-Martin, Xavier, (1995). *ECONOMIC GROWTH*; New York, MacGraw Hill.
- BEJARANO, Martha. *EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA Y EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –SGSSS–LEY 100 DE 1993*. Salud al Derecho. Bogotá, 2007.

- BECKER, Gary. (1983). *EL CAPITAL HUMANO*. Alianza Universidad de Textos. Madrid, 1983.
- BROOMBERG J. 1994. HEALTH CARE MARKETS FOR EXPORT? LESSONS FOR DEVELOPING COUNTRIES FROM EUROPEAN AND AMERICAN EXPERIENCE. London School of Public Health. Department of Public Health and Policy. London, 1994.
- DANE (2007). *PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020*. Bogotá, 2007.
- EL ROSTRO HUMANO DE LA CRISIS DE LA SALUD. Bogotá: Personería Distrital, 2010. 1 Video [CD] (14 min): Son., col., español.
- FOUCAULT, Michel (1990) .*VERDAD, INDIVIDUO Y PODER* En: *Tecnologías del yo y otros textos afines.*, Barcelona, Paidós Ibérica, Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona, Colección Pensamiento Contemporáneo N° 7, pp. 141. 142.
- FOUCAULT, Michel [1971]. L'ORDRE DU DISCOURS. LEÇON INAUGURALE AU COLLÈGE DE FRANCE PRONONCÉE LE 2 DÉCEMBRE 1970., Paris, Gallimard, pp. 70 a 71.
- FOUCAULT, Michel (1968). En: *LAS PALABRAS Y LAS COSAS. UNA ARQUEOLOGÍA DE LAS CIENCIAS HUMANAS*. México D.F., Siglo Veintiuno Editores, Cap. .Las ciencias humanas y el triedro epistemológico.
- GALÁN, Augusto. *LA SALUD PÚBLICA*. En: Portafolio [en línea]. Disponible en:
>http://www.portafolio.com.co/opinion/columnistas/otroscolumnistas/la-salud-publica_7545228-3 < [Citado en 7 de abril de 2010]

- GALINDO, Miguel y MALGESINI, Graciela. *CRECIMIENTO ECONÓMICO: PRINCIPALES TEORÍAS DESDE KEYNES*. Mcgraw-Hilla Madrid, 1994.
- GAVIRIA, Alejandro (2004). *LEY 789 DE 2002: ¿FUNCIONÓ O NO?* CEDE. Bogotá, 2004.
- GROSSMAN, Michael, (1972), "ON THE CONCEPT OF HEALTH CAPITAL AND THE DEMAND FOR HEALTH"; *Journal of Political Economy*, 80, 2, pp. 223-255.
- LANZEBY, Helen; Levit, Katharine; Waldo, Daniel; Adler, Gerald; Letsch, Suzanne; Cowan, Cath, (1992). *NATIONAL HEALTH ACCOUNTS: LESSONS FROM THE US EXPERIENCE*. *Health Care Financing Review*. Baltimore.
- Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo número 000322 de 2005.
- Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo número 351 de 2006.
- Ministerio de la protección Social. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de senado de la república y cámara de representantes 2004 – 2005.
- Ministerio de la protección Social. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de senado de la república y cámara de representantes 2005 – 2006.

- Ministerio de la protección Social. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de senado de la república y cámara de representantes 2006 – 2007.
- Ministerio de la protección Social. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de senado de la república y cámara de representantes 2007 – 2008.
- Ministerio de la protección Social. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de senado de la república y cámara de representantes 2008 – 2009.
- MORALES, Luis, (1997). *EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA*. CEPAL-Naciones Unidas. *Serie Financiamiento del Desarrollo*. Santiago de Chile.
- MUSHKIN, Selma (1962). “*HEALTH AS AN INVESTMENT*”; *Journal of Political Economy*, 70, 2, pp. 129-157.
- Observatorio de Coyuntura Socioeconómica. “*TRANSFERENCIAS Y EQUIDAD*”. Universidad Nacional de Colombia facultad de ciencias económicas centro de investigaciones para el desarrollo.
- PICKENHAYN, Jorge. *LA GEOGRAFÍA DE LA SALUD Y EL APORTE DE FOUCAULT*. Universidad Nacional de San Juan. Buenos Aires, 2006.
- PRADA, Héctor. *LOS VERDADEROS INDICADORES DE LA POBREZA*. Documento presentado en el vi concurso de ponencias de estudiantes de economía “*Jesús Antonio Bejarano*”, en el marco del xxii congreso nacional de estudiantes de economía: “Economía del siglo XXI: desarrollo, problemática, y

nuevas perspectivas”, realizado los días 2, 3, 4 y 5 de Octubre de 2007 en la ciudad de Bucaramanga-Colombia”.

- PRADA, Héctor (2010). *SALUD Y EMERGENCIA SOCIAL EL OXÍMORON COYUNTURAL*. Informe Inédito. Bucaramanga: [s.n.], 2010. 10 p. Informe técnico para el seminario de crecimiento económico de la Universidad Industrial de Santander.
- RESTREPO, Jairo. Grupo de economía de la salud. Centro de investigaciones económicas de la Universidad de Antioquia. *LA INFLACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA*. Revista Portafolio. Junio 2005.
- RUIZ, Fernando y PIÑA, Martha. *RECURSOS HUMANOS DE LA SALUD EN COLOMBIA 2008 BALANCE, COMPETENCIAS Y PROSPECTIVA*. Ministerio de la protección social. Bogotá, 2009.
- SILVA, Erika (2008). *CONSTRUYENDO PUENTES ENTRE LA COMUNIDAD Y LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD*. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Coordinación en Salud Integral PROCOSI. Washington, D.C. 2008.
- *Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia / borradores de investigación*. No. 69 (junio, 2005). Bogotá: Universidad del rosario, 2005.
- VALLS, Carme. *MUJERES, SALUD Y PODER*. Barcelona: Colección feminismos, 2009. 432 p. ISBN: 978-84-376-2616-1

- VILLAR, Luis (2004). *LA LEY 100: EL FRACASO ESTATAL EN LA SALUD PÚBLICA*. Deslinde. Facultad de Medicina de la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, 2004.

ANEXOS

Anexo A. **EXPLORACIÓN A PROFUNDIDAD DE LA EXPERIENCIA DE ENFERMEDAD Y EL SISTEMA DE SALUD A TRAVÉS DE LAS HISTORIAS DE ROSALÍA**⁸²

Caso 1

Rosalía cuenta en detalle de las numerosas dificultades que ha enfrentado para hacer que su hija menor, Tatiana, reciba tratamiento. Desde su nacimiento, Tatiana ha sufrido de problemas gastrointestinales muy graves que han hecho que alimentarla sea todo un desafío, con lo cual se ha producido desnutrición y retrasos en su desarrollo. Los pediatras le han dado varias órdenes para exámenes de laboratorio y remisiones con especialistas, pero tanto los hospitales donde Tatiana recibe tratamiento como la EPS que maneja su póliza del régimen subsidiado le exigen muchas visitas para cumplir con la documentación necesaria. Además de esto, las citas y los exámenes son siempre programados en días diferentes, causando una carga extra para Rosalía en la constante negociación de permisos que tiene que solicitar a su jefe. Rosalía recuerda un día en particular de agosto de 2005 cuando, después de muchos viajes infructuosos para solicitar las citas, decidió ir a hacer la fila desde las 4 a.m. para poder estar dentro de las primeras personas de la cola, pero una vez llegó a la ventanilla de citas médicas no tenía suficiente dinero para pagar la cuota de recuperación (alrededor de 1,05 dólares estadounidenses) y le pidieron que fuera otro día cuando tuviera todo el dinero. Cuando finalmente les dieron la cita en octubre, el gastroenterólogo les ordenó 20 exámenes adicionales para evaluar la salud de Tatiana, pero el hospital y la EPS se negaron a realizarlas señalando que las pruebas no estaban cubiertas por su plan subsidiado (POS-S). En diciembre de ese año, instauró un proceso

⁸² Experiencias compartida por Salud al Derecho quienes son una asociación voluntaria, privada, sin ánimo de lucro, de profesionales del derecho, ciencias de la salud y de personas interesadas y comprometidas en proteger y exigir el derecho fundamental a la salud.

jurídico (tutela) para solicitar a la rama judicial la garantía del derecho a la salud de Tatiana, incluyendo los 20 exámenes. La jueza que llevaba el caso, sin embargo, argumentó que era imposible determinar las necesidades futuras de atención en salud de Tatiana y que, si los tratamientos eran muy costosos, el caso de Tatiana podría amenazar el equilibrio financiero del sistema. Por lo tanto, no falló a favor de una atención integral y sólo ordenó a las instituciones realizar los exámenes. El resultado de este fallo parcial fue que una vez se realizaron los exámenes en enero de 2006, Rosalía no pudo hacer que los evaluaran los especialistas necesarios debido a que la institución argumentó que estas citas no estaban incluidas en el fallo del juez ni en el POS-S. Asesorada por Salud al Derecho, Rosalía inicia una nueva tutela el 7 de julio de 2006 para obtener un fallo de atención integral. Quince días más tarde, con esta segunda tutela en su mano, Rosalía lleva a Tatiana de nuevo al hospital, pero se entera que los exámenes ya estaban muy viejos y que necesita iniciar un nuevo proceso de citas, órdenes, y exámenes, a pesar de que la salud de Tatiana seguía deteriorándose sin recibir la atención necesaria.

Caso 2

Descripción de caso: En agosto del 2006, Rosalía reporta que su esposo tuvo un accidente con una máquina de reciclaje y se le amputaron varios dedos. Corrieron al hospital y pese a que se encontraba afiliado al régimen subsidiado, ese día “no aparecía en el sistema”. Frente a la urgencia de que se le realizará una cirugía reconstructiva de mano, Rosalía firma un pagaré en blanco para que su marido sea atendido. De acuerdo con el cirujano, la cirugía fue un éxito. Sin embargo, con el fin de recuperar la movilidad de la mano, el cirujano le prescribe 20 sesiones de terapia física. Una vez que estaba de vuelta en el sistema, se le dijo que su plan subsidiado no cubría las sesiones de terapia física. Con cuatro niños con diferentes necesidades médicas en el hogar, Rosalía no pudo dar el siguiente paso (iniciar el proceso legal y esperar la sentencia), esto sin mencionar que este

procedimiento tan sensible al tiempo tampoco permitía esperar estos otros pasos. Desde entonces, su mano que no funciona le ha impedido al esposo de Rosalía encontrar otro trabajo, con lo cual ella se ha convertido en la cabeza de la familia.

Análisis de caso: La Ley 100 estableció los dos regímenes del sistema (subsidiado y contributivo), y la Constitución dicta que todo el mundo tiene la obligación de estar afiliado al sistema. Sin embargo, múltiples resoluciones y decretos del Ministerio de la Protección Social han tratado de resolver los problemas de las bases de datos que terminan en doble afiliación o no afiliación. Salvo en caso de emergencia, las instituciones que prestan servicios se pueden negar o retrasar la atención cuando la persona no está en el sistema, presenta múltiples afiliaciones, o cuando el procedimiento no está incluido en la póliza. Como en el caso de la terapia física, sin embargo, los procedimientos sensibles al tiempo, no pueden esperar al proceso legal, por tanto, las personas que requieren atención inmediata se ven obligadas a pagar de su propio bolsillo o a no proseguir con los procedimientos requeridos.

Análisis de consecuencias: La discapacidad puede producirse como resultado de las fallas del sistema entendidas como cuando el lapso de tiempo entre la búsqueda de la prestación de servicios de salud y la atención efectiva es tal que la condición médica de las personas empeora hasta que la persona se vuelve discapacitada.

Anexo B. PRESUPUESTO SUBCUENTAS FOSYGA 2003 – 2008 (MILLONES DE PESOS)

Año	Subcuenta compensación	Subcuenta solidaridad	Subcuenta promoción	Subcuenta ECAT
2003	5,380,605	715,314	271,727	110,000
2004	6,113,883	905,715	242,769	348,213
2005	7,089,424	1,057,530	250,491	152,342
2006	7,627,559	1,584,800	310,028	178,562
2007	8,798,858	1,822,846	335,928	185,993
2008	10.943.997	2.570.230	397.740	156.500

Fuente: Dirección General de Financiamiento Ministerio Protección Social