

Algunos aspectos fiscales y
financieros del sistema de salud en
Colombia

Por:
Ligia Alba Melo B
Jorge Enrique Ramos F

Núm. 624
2010

Borradores de ECONOMÍA



ta - Colombia - Bogotá - Colombia - Bogotá - Colombia - Bogotá - Colombia - Bogotá - Colombia - Bogotá - Colombia - Bogotá - Col

Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia

Ligia Alba Melo B.*

Jorge Enrique Ramos F.**

Octubre de 2010

Resumen

Este documento revisa la situación fiscal y financiera del sistema de salud en Colombia. Así mismo, analiza los problemas financieros y administrativos que enfrenta el sector, los cuales están relacionados con el aumento de la demanda por servicios excluidos del plan de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, con los gastos adicionales asociados a la unificación de los planes de beneficios de los dos regímenes, y con los mecanismos administrativos utilizados en el manejo de los recursos que financian el régimen subsidiado. El documento también describe los principales ajustes al sistema de salud introducidos mediante la Ley 1393 de 2010.

Palabras claves: Salud, gasto público, régimen contributivo, régimen subsidiado.

Clasificación JEL: H51, I10.

* Investigador principal, Unidad de Investigaciones, Gerencia Técnica, Banco de la República, correo: Imelobec@banrep.gov.co

** Jefe de La Sección de Sector Público, Subgerencia de Estudios Económicos, Banco de la República, correo: jramosfo@banrep.gov.co

El contenido de este documento es responsabilidad exclusiva de los autores y no compromete al Banco de la República ni a su Junta Directiva. El trabajo se benefició de las discusiones con Félix Nates del Departamento Nacional de Planeación; Jaime Abril y Carlos Anaya de la Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; Rubén Darío Montenegro de la Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y Carmen Eugenia Dávila y Mery Bolívar del Ministerio de la Protección Social. Agradecemos los comentarios y sugerencias de César Vallejo y de Hernando Vargas del Banco de la República y la colaboración en el procesamiento de la información de Johanna López, Karen Rodríguez, Néstor Espinosa y Víctor Méndez.

1. Introducción

Con la Ley 100 de 1993 se reorganizó la prestación de los servicios de salud en Colombia, para ampliar la cobertura a toda la población a través de los regímenes contributivo y subsidiado. De acuerdo con los supuestos que respaldaron dicha norma, se esperaba que a principios de la presente década el 70% de la población estuviera afiliada al régimen contributivo y que todos los colombianos contaran con el mismo plan de beneficios de salud. No obstante, según el Ministerio de la Protección Social, en la actualidad sólo el 39% de la población está afiliada al régimen contributivo y el 55% al subsidiado¹. Así mismo, no se ha logrado la unificación del plan de beneficios y el sector enfrenta una serie de problemas financieros y administrativos que pueden comprometer su viabilidad en el corto plazo.

A finales del año 2009 el Gobierno Nacional declaró un estado de emergencia social para atender los problemas financieros y administrativos del sector. Adicionalmente, como consecuencia de la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008, que ordenó igualar los planes de beneficios de los dos regímenes, el Gobierno tiene que asumir los costos adicionales que demanda unificar dichos planes. Para hacer frente a esta situación, el Gobierno, en el marco de la emergencia social, expidió una serie de decretos que buscaban resolver algunos de los problemas del sistema general de salud. No obstante, en abril de 2010 la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-252, declaró inexecutable el estado de emergencia social, pero aplazó hasta diciembre de 2010 los efectos de la Sentencia sobre las normas que establecieron nuevas fuentes de impuestos para la financiación del sector. En Julio del mismo año, el Congreso aprobó la Ley 1393, que estableció en forma permanente la mayoría de los tributos considerados en la emergencia social.

¹ El 6% de la población o bien pertenece a un régimen especial o no tiene ninguna afiliación (Ministerio de la Protección Social, 2010b).

Este documento tiene como propósito revisar la situación fiscal y financiera del sistema de salud en Colombia y describir los problemas que enfrenta el sector, además de las medidas adoptadas mediante la Ley 1393 de 2010. Con este objetivo, el presente trabajo está dividido en cuatro secciones adicionales a esta introducción. En la segunda, se describen las principales características de los regímenes contributivo y subsidiado, haciendo énfasis en sus fuentes de financiamiento. En la tercera, se explican brevemente las razones que dieron origen a la emergencia social, y se describen los principales ajustes al sistema introducidos por la Ley 1393 de 2010. Finalmente, en la cuarta sección se presentan algunos comentarios de carácter general sobre los problemas que afronta el sector.

2. Principales características de los regímenes contributivo y subsidiado

a. Régimen contributivo

El régimen contributivo incluye a los trabajadores vinculados laboralmente mediante contrato de trabajo, a los pensionados y a las personas independientes con capacidad de pago. Los recursos para financiar este régimen provienen de la cotización obligatoria sobre el salario base de los afiliados al sistema, que actualmente es de 12,5%. De este porcentaje, dos tercios lo asume el empleador y un tercio los trabajadores². Un punto y medio de dichos aportes se traslada a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), para financiar el régimen subsidiado, 0,25 puntos a la subcuenta de promoción y prevención de la salud del mismo fondo y 0,25 puntos para cubrir las incapacidades originadas por enfermedad general.

La prestación de los servicios de salud en este régimen se realiza a través de la competencia regulada entre entidades promotoras de salud (EPS). Los ingresos de cada una de éstas instituciones se determinan con base en el producto entre el número de afiliados inscritos y una unidad de pago por capitación (UPC), la cual corresponde a un valor anual por afiliado,

² Los pensionados y los trabajadores independientes asumen directamente la totalidad del aporte.

que varía de acuerdo con diferentes rangos de edad³. En la práctica, cada EPS recauda los recursos provenientes de las cotizaciones y los compara con los ingresos que le corresponden legalmente. Las entidades cuyos recaudos sean mayores a los definidos mediante la fórmula descrita, deben trasladar los excedentes a la subcuenta de compensación, y las EPS con faltantes solicitan el giro de los recursos al Fosyga.

El régimen contributivo opera como un sistema de aseguramiento que cubre un plan obligatorio de salud (POS), tanto para el cotizante como para su grupo de beneficiarios. El total de afiliados a este régimen aumentó de 13,7 millones (m) a 17,5 m de personas entre 2001 y 2010. Es importante destacar que el incremento de los afiliados se explica principalmente por el número de cotizantes que aumentaron de 5,5 a 8,4 m de personas en el periodo. En la actualidad, los afiliados de este régimen representan el 39% de la población total. De otro lado, el valor anual promedio de la UPC ascendió de \$ 289.120 por afiliado en el año 2001 a \$ 485.014 en 2010⁴ (Cuadro 1 y Anexo 1).

Cuadro 1: Régimen contributivo

Año	Total afiliados	cotizantes	beneficiarios	%cotizantes /afiliados	%población cubierta	valor UPC^{1/}
2001	13.746.649	5.544.784	8.201.865	40%	34%	289.120
2002	14.117.951	5.827.710	8.290.241	41%	34%	300.684
2003	14.898.007	6.229.599	8.668.408	42%	36%	323.316
2004	15.449.007	6.782.377	8.666.630	44%	36%	346.271
2005	15.930.073	7.163.832	8.766.241	45%	37%	365.673
2006	16.523.961	7.635.769	8.888.192	46%	38%	386.881
2007	17.982.377	8.314.954	9.667.423	46%	41%	404.215
2008	18.246.517	8.473.802	9.772.715	46%	41%	430.488
2009	18.109.242	8.529.013	9.580.229	47%	40%	467.078
2010*	17.540.874	8.410.299	9.344.635	48%	39%	485.014

* Con corte a 30 de Junio de 2010

^{1/} La UPC para el régimen contributivo es diferencial por rango de edad (véase Anexo 1).

Fuente: Fosyga.

³ La UPC la define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (véase Anexo 1).

⁴ La UPC es mayor para los niños menores de un año y para las personas mayores de 60 años. En la actualidad, el valor anual de la UPC para estos rangos de edad supera el millón de pesos (Anexo 1).

El régimen contributivo se financia con las cotizaciones obligatorias que ingresan a la cuenta de compensación del Fosyga. Como se observa en el Cuadro 2, el cual resume todas las operaciones presupuestales de este fondo, el recaudo por cotizaciones de la cuenta de compensación ascendió de \$5,4 billones (b) (2,0% del PIB) en 2003 a \$12,6 b (2,5% del PIB) en el 2009. Para el año 2010 se estima un recaudo de \$12,4 b (2,4% del PIB). Es importante anotar que en los últimos años esta cuenta acumuló excedentes, toda vez que el recaudo por cotizaciones superó los recursos que reciben las EPS a través del mecanismo de la UPC. El Fosyga normalmente invierte estos excedentes en el mercado financiero, obteniendo rendimientos que alimentan la cuenta de compensación. Durante los últimos años, estos recursos han permitido financiar los eventos no incluidos en el plan de beneficios del POS contributivo. Hasta finales de 2009 este régimen se autofinanció, pero la creciente demanda por servicios no POS, explicada más adelante, podría comprometer la sostenibilidad financiera del sistema de compensación.

b. Régimen subsidiado

El régimen subsidiado cubre a la población más pobre y vulnerable del país. Los departamentos y municipios desempeñan un papel importante en la administración de este régimen, por cuanto es en el nivel local donde se determinan los beneficiarios del sistema, a partir de la información del sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (Sisben). En este nivel de gobierno también se definen los mecanismos administrativos para la provisión de los servicios de salud. Los afiliados a este régimen aumentaron de 10,8 m de personas en el año 2001 a 23,9 m de personas en 2009, con un incremento de 121% en dicho periodo. De esta forma, entre 2001 y 2009 los beneficiarios del régimen subsidiado pasaron de representar el 27% al 53% de la población total del país (Cuadro 3).

Cuadro 2: Operaciones presupuestales del Fosyga (2003-2010)
miles de millones de pesos

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 /11
Ingresos	6.477,6	7.610,6	8.549,8	9.700,9	11.143,6	14.068,5	16.972,0	18.479,6
Compensación	5.380,6	6.113,9	7.089,4	7.627,6	8.798,9	10.944,0	12.627,4	12.770,3
Recaudo proceso de compensación UPC 1/	5.082,7	5.672,6	6.859,0	6.740,6	8.429,6	9.912,5	11.129,9	10.374,2
Otros 2/	297,9	441,3	230,4	887,0	369,3	1.031,5	1.497,5	2.396,2
Solidaridad	715,3	905,7	1.057,5	1.584,8	1.822,8	2.570,2	3.014,5	3.466,2
Puntos de cotización	255,5	500,2	629,4	829,4	1.115,5	1.371,1	1.426,1	1.598,4
Aportes del presupuesto	233,5	253,6	241,7	344,7	358,5	682,8	569,4	527,8
Otros 3/	226,3	151,9	186,4	410,7	348,9	516,4	1.018,9	1.340,0
Promoción	271,7	242,8	250,5	310,0	335,9	397,7	746,0	1.016,9
Compensación puntos del régimen contributivo	247,6	211,4	189,4	290,6	287,7	349,4	390,7	302,2
Otros 4/	24,2	31,4	61,1	19,4	48,2	48,3	355,4	714,7
ECAT	110,0	348,2	152,3	178,6	186,0	156,5	584,2	1.226,2
Fonsat 20%	20,7	36,2	37,8	44,0	90,0	51,5	61,5	72,4
Soat 50%	52,6	145,8	65,5	111,8	76,9	44,0	152,6	179,6
Otros 5/	36,7	166,3	49,0	22,7	19,1	60,9	370,1	974,2
Egresos (Compromisos 6/)	6.274,4	7.313,1	7.448,7	8.869,7	10.664,2	12.199,3	15.584,2	10.978,3
Compensación	5.229,2	5.880,7	6.069,2	6.971,8	8.531,9	9.231,3	11.460,1	7.301,3
Proceso de compensación	5.057,7	5.571,8	5.623,9	6.389,8	7.595,7	7.822,9	9.055,4	5.409,2
Otros eventos y fallos de tutela	44,7	88,6	207,0	299,2	550,0	983,9	1.818,8	1.520,8
Otros 7/	126,7	220,3	238,3	282,8	386,2	424,5	585,8	371,3
Solidaridad	709,3	886,9	1.041,5	1.565,0	1.754,7	2.510,2	2.940,0	2.031,5
S. a la demanda (régimen subsidiado).	468,6	628,9	786,5	1.120,7	1.245,6	1.675,2	2.090,4	1.786,8
S. a la demanda (aporte preupuesto nacional)	233,5	248,2	241,7	344,7	358,5	682,8	558,4	156,3
Otros 8/	7,2	9,8	13,3	99,6	150,6	152,2	291,2	88,4
Promoción	227,0	234,1	240,4	256,7	290,6	304,5	634,8	591,7
Programas de promoción y prevención	226,7	233,7	240,0	255,9	289,8	302,5	578,7	241,5
Otros 9/	0,3	0,3	0,4	0,8	0,8	2,0	56,1	350,2
ECAT	108,9	311,4	97,6	76,2	87,1	153,4	549,3	1.053,8
Servicios asistenciales a la población no amparada	56,8	62,2	26,0	26,4	12,3	25,2	ND	ND
Víctimas accidentes de tránsito y catástrofes	39,7	81,9	63,5	45,2	58,2	66,2	ND	ND
Otros 10/	12,5	167,3	8,2	4,6	16,5	61,9	ND	ND

Fuente: ejecuciones presupuestales del Fosyga.

1/ Aproximadamente el 72% corresponde a recursos sin situación de fondos.

2/ Incluye rendimientos y excedentes financieros.

3/ Incluye impuesto a las armas, rendimientos financieros y excedentes financiero

4/ Incluye impuesto a las municiones, rendimientos financieros y excedentes financieros y devoluci

5/ Incluye multas, rendimientos y excedentes financieros.

6/ Los compromisos corresponden a la suma de pagos, cuentas por pagar y reservas apropiadas.

7/ Incluye incapacidades, licencias de maternidad y otros.

8/ Incluye cajas de compensación, apoyo técnico y otros.

9/ Incluye fallos de tutela y prevención.

10/ Incluye reaseguro, apoyo técnico, tutelas y otros.

11/ Para el año 2010 las cifras corresponden a la apropiación definitiva. Las cifras incluyen pagos para la ampliación del régimen subsidiado y la unificación del POS para menores de 18 años.

Cuadro 3: Régimen subsidiado

Año	Total afiliados	%Población cubierta	Valor UPC^{1/}
2001	10.820.344	27%	155.520
2002	11.866.178	29%	168.023
2003	12.307.872	29%	180.623
2004	15.333.686	36%	191.821
2005	18.438.013	43%	203.866
2006	20.125.263	46%	215.712
2007	21.606.812	49%	227.578
2008	23.601.000	53%	242.370
2009	23.882.314	53%	267.678
2010	ND		289.782

^{1/} La UPC para el régimen subsidiado es igual para todos los afiliados.
Fuente: DANE y Ministerio de la Protección Social.

El plan de servicios que cubre el régimen subsidiado es inferior al del contributivo, especialmente en la prestación de los servicios del segundo nivel de complejidad, que corresponden a medicina especializada. Esta situación se refleja en un menor valor anual de la UPC, que se caracteriza por ser igual para todos los afiliados, independientemente del rango de edad. No obstante, esta diferencia debe ser eliminada gradualmente, toda vez que mediante la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 se ordenó unificar los planes de beneficios de los dos regímenes. Desde el 1 de octubre de 2009 el plan de beneficios se igualó para la población infantil.

Desde el punto de vista financiero, el régimen subsidiado se atiende con los recursos asignados a la salud del Sistema General de Participaciones (SGP); con las rentas cedidas a los departamentos para este fin⁵; con los recursos propios de los departamentos y municipios, y con los ingresos de la cuenta de solidaridad del Fosyga, que, como se señaló, corresponden a un punto y medio de los aportes del régimen contributivo. Con estos recursos los municipios contratan con las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS-S), la prestación de los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado. Los ingresos de estas entidades, al igual que en el régimen contributivo, se calculan como el producto de la UPC del régimen subsidiado por el número de afiliados.

⁵ Las rentas cedidas a los departamentos incluyen los recursos de loterías, de la empresa territorial para salud (Etesa) y de los impuestos de licores y cerveza.

Como se observa en el Cuadro 4, las fuentes de financiación más importantes del régimen subsidiado son el componente del SGP destinado a salud⁶; los ingresos de la cuenta de solidaridad del Fosyga, que se alimenta en gran parte del punto y medio de la cotización del régimen contributivo; de los aportes del Presupuesto General de la Nación, y de los excedentes y rendimientos financieros. El régimen también se financia con las rentas cedidas y los recursos propios de los departamentos y municipios. El total de recursos destinados al financiamiento de este régimen ascendió de 0,86% del PIB (\$2,1 b) en 2002 a 1,42% del PIB (\$7,6 b) en 2010. Este aumento se origina principalmente en la subcuenta de solidaridad del Fosyga, que creció de 0,31% del PIB (\$0,8 b) a 0,65% del PIB (\$3,5 b) durante el mismo periodo.

Es importante tener en cuenta que los municipios, además de atender los subsidios a la demanda a través del mecanismo descrito, atienden otras acciones de salud pública, incluyendo la prestación de servicios a las personas sin afiliación, campañas de promoción y prevención y el costo de los servicios y medicamentos excluidos del POS de este régimen. Estos servicios también se financian con recursos del SGP y con ingresos propios de los territorios. Vale la pena señalar que con la Ley 1393 de 2010 se limita la prestación de servicios mediante subsidios de oferta, los cuales han beneficiado a la población no vinculada a ninguno de los dos regímenes.

c. Financiamiento del sistema de salud

Los recursos que financian el sistema de salud en Colombia son de naturaleza fiscal y parafiscal. Como se anotó, los recursos fiscales provienen del SGP, de los aportes del Presupuesto General de la Nación a la subcuenta de solidaridad del Fosyga, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, las rentas parafiscales provienen de los aportes de los cotizantes al régimen contributivo.

⁶ Los recursos del SGP para salud se distribuyen entre subsidios a la demanda, prestaciones de servicios a población no cubierta y otros servicios de salud pública. La Ley 1393 de 2010 ordenó que el porcentaje destinado a subsidios a la demanda debe aumentar gradualmente, hasta alcanzar el 90% de los recursos del SGP para salud (véase Anexo 2).

Cuadro 4: Fuentes de financiación del régimen subsidiado de salud
(% del PIB)

Año	SGP en salud	Fosyga				Recursos de los departamentos y municipios 3/	Total régimen subsidiado
		Subcuenta de solidaridad 1/			Total Fosyga		
		1,5 puntos cotizaciones	Aportes presupuesto	Otros 2/			
2002	0,53	0,21	0,04	0,06	0,31	0,01	0,86
2003	0,54	0,22	0,05	0,10	0,36	0,02	0,92
2004	0,53	0,20	0,09	0,06	0,35	0,06	0,94
2005	0,52	0,23	0,09	0,06	0,38	0,08	0,98
2006	0,51	0,21	0,06	0,11	0,39	0,13	1,02
2007	0,54	0,29	0,08	0,11	0,48	0,20	1,22
2008	0,58	0,31	0,06	0,12	0,51	0,15	1,23
2009	0,65	0,31	0,17	0,21	0,68	0,14	1,47
2010	0,65	0,30	0,10	0,25	0,65	0,13	1,42

Fuente: Datos consolidados Departamento Nacional de Planeación (DNP, DDS-SS).

1/ Los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para el periodo 2002-2009 corresponden a recaudados. Los datos para 2010 corresponden a apropiaciones definitivas.

2/ Incluye impuesto a las armas, rendimientos financieros y excedentes financieros.

3/ Los datos de ingresos de los departamentos y municipios provienen de ejecuciones presupuestales e incluyen a ingresos corrientes de libre destinación, regalías ejecutadas, recursos del crédito y otros que no provienen del SGP, el Fosyga o de rentas cedidas.

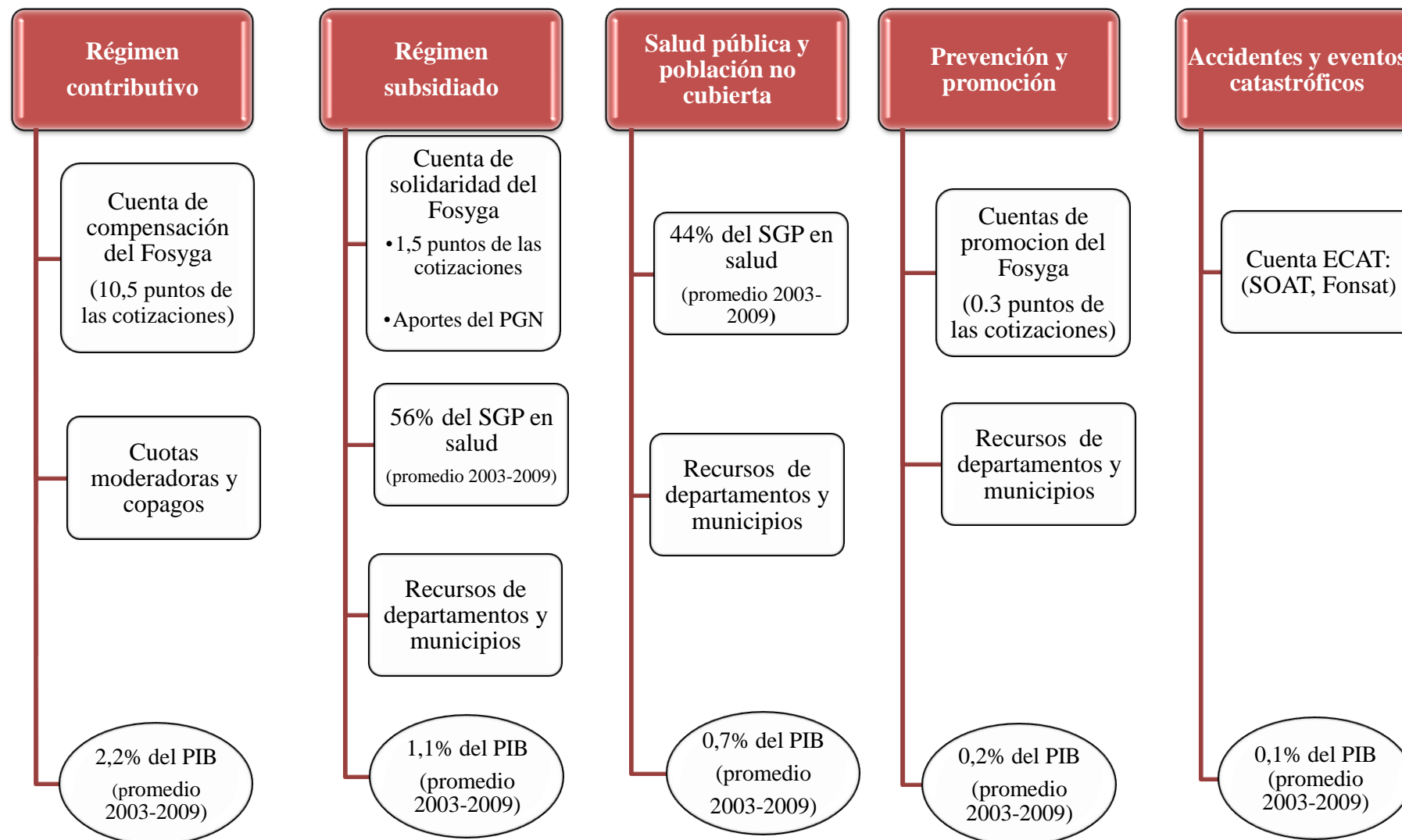
Las rentas parafiscales se administran a través del Fosyga, que es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, manejada por encargo fiduciario. Este fondo está dividido en cuatro subcuentas: i) de compensación interna del régimen contributivo, ii) de solidaridad de subsidios en salud, iii) de promoción de la salud y iv) de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT). En general, los recursos del Fosyga se manejan de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinan exclusivamente a las finalidades establecidas por la Ley.

La financiación del régimen contributivo se realiza con los recursos de la cuenta de compensación del Fosyga y con cuotas moderadoras y copagos a cargo de los afiliados, que recaudan directamente las EPS. Por su parte, el régimen subsidiado se financia con los recursos fiscales ya señalados, y con los ingresos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga. La subcuenta ECAT es utilizada para atender a las víctimas de accidentes de tránsito y los eventos catastróficos y terroristas. La subcuenta de promoción financia las actividades de educación, información, fomento de la salud y prevención de enfermedades del Plan de Atención Básica (véase Figura 1).

Al consolidar las diferentes fuentes de recursos del sistema de salud en Colombia, se observa que las rentas totales de este sector ascendieron de 3,7% del PIB en 2003 a 4,9% del PIB en 2010 (Cuadro 5). El aumento de los ingresos del sistema durante el periodo es atribuible a las rentas parafiscales, que se incrementaron de 2,3% del PIB en el año 2003 a 3,4% del PIB en el año 2010. Parte de este aumento se puede explicar por la cotización obligatoria al sistema de salud, que se ajustó de 12% a 12,5%, a partir del año 2007.

Cabe anotar que la mayor parte de los ingresos para la financiación del sistema proviene de las rentas parafiscales, cuyo aporte promedio alcanzó 63% de los recursos totales del sector durante el periodo 2003-2010. Por su parte, las rentas fiscales, que incluyen el SGP para salud y otros aportes del Presupuesto General de la Nación, así como recursos de los departamentos y municipios, se incrementaron de 1,4% del PIB a 1,6% del PIB durante el periodo 2003-2010. Las rentas fiscales se originan principalmente en los ingresos del SGP que representaron en promedio el 1,0% del PIB en el mismo periodo.

Figura 1: Fuentes de financiamiento del sistema general de salud en Colombia



Cuadro 5: Recursos para el financiamiento del sistema de salud en Colombia
(porcentaje del PIB)

Año	Recursos fiscales					Recursos parafiscales					Total recursos sistema de salud
	Recursos PGN			Recursos territoriales 2/	Total recursos fiscales	Fosyga solidaridad 3/	Fosyga ECAT	Fosyga promoción	Fosyga compensación	Total recursos parafiscales	
	Fosyga solidaridad 1/	SGP en salud	Subtotal recursos PGN								
2003	0,09	1,11	1,20	0,17	1,37	0,18	0,04	0,10	1,97	2,29	3,65
2004	0,08	1,08	1,16	0,27	1,43	0,21	0,11	0,08	1,99	2,39	3,82
2005	0,07	1,05	1,13	0,45	1,57	0,24	0,04	0,07	2,08	2,44	4,01
2006	0,09	1,00	1,09	0,65	1,74	0,32	0,05	0,08	1,98	2,43	4,17
2007	0,08	0,96	1,04	0,72	1,76	0,34	0,04	0,08	2,04	2,50	4,27
2008	0,14	0,93	1,08	0,52	1,59	0,40	0,03	0,08	2,29	2,81	4,40
2009	0,14	0,99	1,13	0,49	1,62	0,48	0,12	0,15	2,50	3,25	4,87
2010	0,10	1,01	1,11	0,46	1,57	0,55	0,23	0,19	2,38	3,35	4,91

Fuentes: Fosyga, DNP y Presupuesto General de la Nación.

1/ Únicamente incluye el aporte de la Nación al Fosyga en la cuenta de solidaridad.

2/ Los datos de recursos territoriales provienen de ejecuciones presupuestales e incluyen ingresos corrientes de libre destinación, regalías ejecutadas, recursos del crédito, rentas cedidas y recursos de Etesa.

3/ Incluye las apropiaciones por concepto de puntos de cotización (contribución de solidaridad), impuesto a las armas, rendimientos financieros y excedentes.

En cuanto a la distribución de los ingresos del sistema de salud, se puede destacar que el régimen contributivo recibe la mayor parte de los recursos, con un promedio de 2,2% del PIB entre 2003 y 2010. Por su parte, los ingresos asignados al régimen subsidiado aumentaron de 0,8% del PIB a 1,4% del PIB en el mismo lapso (véase Cuadro 6).

Cuadro 6: Distribución de los ingresos del sistema general de salud

Año	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Salud pública y población no cubierta	Prevención y promoción	Accidentes y eventos catastróficos	Total sistema
2003	1,97	0,82	0,67	0,15	0,04	3,65
2004	1,99	0,88	0,71	0,13	0,11	3,82
2005	2,08	0,92	0,79	0,18	0,04	4,01
2006	1,98	1,05	0,90	0,19	0,05	4,17
2007	2,04	1,17	0,82	0,19	0,04	4,27
2008	2,29	1,26	0,62	0,19	0,03	4,40
2009	2,50	1,39	0,59	0,25	0,12	4,84
2010	2,38	1,42	0,60	0,29	0,23	4,91

Fuentes: Fosyga, PGN y DNP

3. Problemas financieros y medidas recientes

Desde finales de la década anterior se empieza a observar una demanda creciente por eventos no cubiertos por el POS mediante la utilización de la acción de tutela⁷. Con la Ley 1122 de 2007 y con la Sentencia de la Corte Constitucional C-463 de 2008 se intensifica la solicitud por servicios fuera del POS, debido a la ampliación de las competencias de los comités técnicos científicos (CTC) de cada una de las EPS, a los que se permitió autorizar directamente medicamentos y servicios médicos no incluidos en el plan de beneficios. Adicionalmente, dicha ley estableció incentivos para que los CTC tramitaran este tipo de solicitudes, por cuanto

⁷ Según un estudio de la Defensoría del Pueblo, que analizó 5.212 casos de tutela entre 2003 y 2005 y 6.164 casos entre 2006 y 2008, los cuales fueron seleccionados con un método de muestreo aleatorio estratificado, se encontró que un porcentaje importante de las tutelas presentadas correspondían a exámenes paraclínicos, medicamentos y tratamientos sobre los cuales no existía claridad sobre su pertenencia o no al POS.

estableció que si las reclamaciones llegaban a la instancia de tutela y resultaban favorables al paciente, el costo de los servicios sólo sería reconocido en un 50% por el Fosyga. Por el contrario, los servicios aprobados directamente por el CTC podrían ser recobrados en su totalidad al Fosyga. De acuerdo con un estudio reciente del Ministerio de la Protección Social, en el año 2009 el número de recobros avalados por los CTC (1.578.652) superó ampliamente los recobros generados por acciones de tutela (968.840)⁸.

Los servicios y medicamentos no incluidos en el POS del régimen contributivo, solicitados mediante tutelas o por aprobación de los CTC, se han financiado con los excedentes de la cuenta de compensación del Fosyga, acumulados a lo largo del tiempo. De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social, el número de recobros pagados por concepto de medicamentos no POS y fallos de tutela a las EPS del régimen contributivo ascendió de \$7,7 mil millones (mm) en el año 2002 a \$1,706 mm en el año 2009 (Cuadro 7). Para 2010 se estima que el costo de los recobros alcance cerca de 2,4 b⁹. Vale la pena anotar que el 87% de los recobros pagados en el año 2009 correspondió a medicamentos, 8% a procedimientos y el 5% restante a insumos, dispositivos y al pago de intereses moratorios.

Cuadro 7: Valor de recobros ante el Fosyga 2000-2009

Año	Valor de los recobros pagados a las EPS del régimen contributivo miles de millones de \$
2002	7,7
2003	52,6
2004	89,1
2005	159,8
2006	226,8
2007	540,4
2008	1.095,0
2009	1.706,2
2010*	2.400,0

* Estimado a diciembre de 2010. El valor pagado a Julio alcanzó \$1.348 mm.

Fuente: Fosyga.

⁸ Ministerio de la Protección Social (2010a).

⁹ La participación de los recobros dentro del total de los gastos de la cuenta de compensación aumentó de 1,2% en promedio entre los años 2002 y 2004 a 17,6% en el año 2009.

El aumento de los cobros al Fosyga ha venido agotando los excedentes de la cuenta de compensación, lo que podría llevar a una situación financiera que no permita atender el pago de estos servicios. En el régimen subsidiado también se ha observado un incremento en la demanda por servicios no POS, que ha generado un desequilibrio financiero en la prestación de los servicios de salud en el ámbito territorial. Los cobros por estos servicios son asumidos por las regiones y por la cuenta de solidaridad del Fosyga¹⁰. De acuerdo con el Gobierno, el déficit corriente de las entidades territoriales por la prestación de los servicios de salud del régimen subsidiado ascendió a \$885 mm en el 2009, con un crecimiento de 116% respecto con a 2008¹¹.

El crecimiento de los cobros al Fosyga por el pago de servicios y medicamentos excluidos del POS, los problemas administrativos en la prestación de los servicios de salud del régimen subsidiado, junto con la unificación de los planes de beneficio de los dos regímenes, ordenada por la Corte Constitucional, amenazan la viabilidad financiera del sistema y exigen medidas urgentes para asegurar la prestación de los servicios de salud. Teniendo en cuenta estos problemas, a finales del año 2009 el Gobierno anterior tomó la decisión, de declarar un estado de emergencia social, bajo el cual se expedieron una serie de decretos que buscaban a aliviar la crisis financiera del sector e introducir algunos ajustes al funcionamiento del sistema. No obstante, como se señaló en la introducción, la Corte Constitucional declaró inexecutable el estado de emergencia social, pero aplazó hasta diciembre de 2010 las normas relacionadas con nuevas fuentes de impuestos para la financiación del sector.

Desde el punto de vista financiero, los decretos dictados al amparo de la emergencia social buscaban generar una serie de recursos fiscales para atender los faltantes tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Sobre las medidas de ajuste tributario establecidas en los decretos se destacan el aumento del IVA a la cerveza, el incremento en la tarifa del IVA sobre juegos de suerte y azar, la unificación de la

¹⁰ Vale la pena señalar que las EPS-S que atienden al régimen subsidiado podrían tener el incentivo de trasladar el cobro a los departamentos sobre eventos que probablemente están incluidos en el POS. Esta situación tiene origen en la debilidad técnica que tienen las administraciones departamentales para identificar qué servicios y medicamentos están o no incluidos en el POS subsidiado.

¹¹ Presidencia de la República (2010a).

tarifa específica del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco en \$650 para 2010 y en \$700 para 2011, además del ajuste de las tarifas al consumo de licores.

Por otro lado, tales decretos creaban un Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (Fonpres) para atender la cofinanciación de los eventos no incluidos en el POS, el cual tendría como fuentes el impuesto a las ventas sobre la cerveza y los juegos de suerte y azar. Adicionalmente, se creaba un Comité Técnico de Prestaciones Excepcionales en Salud, que además de aprobar los eventos no POS, se encargaría de la actualización periódica y de la unificación del POS. Para resolver los problemas administrativos y facilitar el flujo de recursos del régimen subsidiado, los decretos contemplaban la constitución por parte del Ministerio de la Protección Social de un patrimonio autónomo, con todos los recursos del sistema, administrados mediante una fiducia. Este patrimonio tendría cuentas individuales para cada entidad territorial. El administrador fiduciario giraría los recursos directamente a las EPS del régimen subsidiado, según el número de afiliados que tuviesen registrados.

La declaratoria de inexequibilidad de la emergencia social dejó pendiente la solución de varios de los problemas administrativos y financieros, a pesar de que el fallo de la Corte mantuvo vigente, hasta diciembre de 2010, el recaudo de los impuestos creados mediante la emergencia, señalando que estos recursos deberían destinarse al régimen subsidiado, a la universalización de los servicios y a la red hospitalaria pública. Para asegurar los recursos tributarios de manera permanente y solucionar parcialmente los problemas financieros del sector, en julio de 2010, el Congreso expidió la Ley 1393, la cual definió rentas de destinación específica, con el fin de atender la universalización de los servicios y la unificación de los planes de beneficios de los regímenes, que deberá lograrse antes del 31 de diciembre de 2015.

Por otro lado, la ley dispuso el traslado de los recursos del SGP, que actualmente están destinados a atender a la población no vinculada y a proveer servicios de salud pública, para financiar directamente servicios del régimen subsidiado. Con este propósito, y de acuerdo con un plan de concertación entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales, se estableció el incremento progresivo del porcentaje del

SGP destinado a subsidios a la demanda, el cual podrá alcanzar hasta el 90% del total de recursos del SGP para salud. El 10% restante se podrá asignar al financiamiento de acciones en salud pública.

Dentro de las medidas de ajuste tributario establecidas en la Ley se destaca el aumento del IVA a la cerveza, cuya tarifa para el año 2010 se fijó en 14% y a partir de 2011 en 16%, y la asignación de 8 puntos de la tarifa sobre su consumo¹² para la unificación del POS¹³. También se destaca el incremento de 5% a 16% en la tarifa a las ventas sobre juegos de suerte y azar. En el caso de los tributos territoriales, se fija la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado en \$570 por cada cajetilla de 20 unidades o proporcionalmente a su contenido, y la creación de una sobretasa del 10% sobre su consumo. Además, se ajustan las tarifas al consumo de licores, teniendo en cuenta el contenido de alcohol de una unidad de 750 cc. Para los productos de hasta 35° de contenido alcoholimétrico la tarifa se fija en \$256 y para mayores de 35° en \$420. Una proporción de estos recaudos (6%) se destinará a la universalización de los servicios y a la unificación del POS. De acuerdo con estimaciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, las nuevas fuentes tributarias generarían recursos a la Nación por cerca de \$800 mm en 2011.

Finalmente, para atender la financiación de los eventos no POS de los afiliados al régimen contributivo, la Ley autorizó al Ministerio de la Protección Social para que, por una sola vez y durante la vigencia del año fiscal 2010, realice una operación de préstamo interfondos entre la subcuenta ECAT y la subcuenta de compensación del Fosyga. Esta operación no podrá exceder de \$800 mm y el préstamo deberá amortizarse en un término no superior a diez años. A partir de 2011 los excedentes de la subcuenta ECAT podrán destinarse a la financiación de servicios de salud para la población pobre no asegurada.

¹² La tarifa sobre el consumo de cerveza en la actualidad es de 48%.

¹³ Estos recursos se destinaban al financiamiento del segundo y tercer nivel de atención en salud.

4. Comentarios finales

- Para el periodo 2003-2010 los recursos asignados al financiamiento de los regímenes contributivo y subsidiado y a los servicios de salud pública alcanzaron en promedio 4,3% del PIB. El 63% de estos recursos tuvo origen en rentas parafiscales, el 26% en aportes fiscales de la Nación (incluyendo el SGP), y el 11% en rentas de departamentos y municipios. En relación con el uso de estos recursos, el 51% se asignó al régimen contributivo, el 26% al régimen subsidiado y el 23% restante a servicios de salud pública, promoción y prevención, además de la financiación de accidentes y eventos catastróficos.
- Durante los últimos años el sector ha enfrentado diversos problemas administrativos y financieros, los cuales están relacionados con el aumento de la demanda por servicios excluidos del POS en los dos regímenes; con los gastos adicionales asociados a la unificación de los planes de beneficios ordenada por la Corte Constitucional; con los mecanismos administrativos utilizados en el manejo de los recursos que financian el régimen subsidiado, y con la identificación de los beneficiarios de este régimen. Para afrontar estos problemas, el Gobierno anterior decretó un estado de emergencia social, el cual fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional. Frente a esta circunstancia, el Gobierno optó por tramitar la Ley 1393 de julio de 2010, que estableció nuevas fuentes de financiación sectorial y realizó algunos ajustes de tipo administrativo.
- Las medidas adoptadas en la Ley 1393 de 2010 están orientadas a generar recursos adicionales para universalizar los servicios de salud y unificar el plan de beneficios de los dos regímenes. No obstante, estos recursos no parecen ser suficientes para la unificación plena del POS, la cual se realizará de forma gradual hasta el año 2015. El monto de recursos adicionales para este propósito dependerá de la definición del POS y del valor de la UPC que se determine. De acuerdo con un estudio reciente del Ministerio de la Protección Social, el costo adicional para el régimen subsidiado por la unificación del POS se estima en \$2,8 b en 2011, valor que aumenta gradualmente hasta alcanzar \$4,5 b en 2015.

- Con respecto al desajuste financiero originado en el aumento de la demanda por servicios no POS del régimen contributivo, la Ley 1393 de 2010 autorizó un préstamo interfondos entre la subcuenta del ECAT y la de compensación por \$800 mm. De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social, estos recursos no serían suficientes para cubrir la demanda del presente año, dado el rápido crecimiento de los recobros observados recientemente. El desajuste financiero en el régimen contributivo requiere de una revisión integral del sistema, incluyendo la actualización del POS, la adopción de medidas que busquen evitar el sobreprecio de los medicamentos y la revisión de los mecanismos utilizados para aprobar servicios y medicamentos excluidos del plan de beneficios.
- Teniendo en cuenta el comportamiento de las cifras sobre cotizantes al régimen contributivo, se podría afirmar que gran parte del problema financiero que enfrenta el sector tiene origen en la creciente informalidad en la economía. Al evaluar estas cifras, se puede destacar que mientras los afiliados al régimen contributivo crecieron 32% entre 2001 y 2009, los afiliados al régimen subsidiado aumentaron 121%. Así mismo, se destaca el bajo porcentaje de cotizantes al sistema, el cual en los dos últimos años sólo representó el 20% del total de afiliados a los dos regímenes. Indudablemente, esta situación afecta la sostenibilidad financiera del sistema y exige medidas para asegurar que más trabajadores aporten a la seguridad social en salud.
- Con la nivelación del POS de los dos regímenes se podrían generar incentivos para un aumento de la informalidad, puesto que una persona tendría el mismo plan de beneficios independientemente de que cotice o no al sistema. Además debe tenerse en cuenta que la universalización de los servicios propuesta no necesariamente garantiza que toda la población colombiana siempre esté cubierta por un plan de beneficios. Esta situación se puede presentar, por ejemplo, en el caso de las personas que pertenecen al régimen contributivo, quienes podrían quedar sin acceso a los servicios de salud, en el caso que pierdan el empleo.

- Finalmente, es importante señalar que el análisis sobre el desajuste financiero del sector se ha centrado en la escasez de los recursos existentes, dejando de lado otra serie de aspectos importantes para el funcionamiento del sistema. Por ejemplo, valdría la pena evaluar si los recursos asignados se ejecutan de manera eficiente, y si las EPS tienen un esquema de incentivos apropiado para garantizar la provisión de servicios de salud oportunos y de calidad. Así mismo, sería necesario indagar cómo funciona el mercado de productos farmacéuticos y su impacto sobre las finanzas del sector.

Referencias

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (2008). Estudio de suficiencia Plan Obligatorio de Salud, UPC 2007 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinante del gasto de la UPC.
- Dávila, C. E, Antolinez, A. I.; Sánchez, G.; y Triana R. (2010). Análisis del comportamiento presupuestal del Fosyga, Periodo 2000-2009, documento interno, Ministerio de la Protección Social.
- Defensoría del Pueblo (2007). La Tutela y el derecho a la salud. Periodo 2003-2005, Bogotá, D. C.
- Defensoría del Pueblo (2009). La Tutela y el derecho a la Salud. Periodo 2006-2008, Bogotá, D. C.
- Fedesarrollo (2010). El sistema de salud, la equidad, las finanzas públicas y la emergencia social: ¿vamos por el camino correcto?. Tendencia Económica, informe mensual de Fedesarrollo, enero.
- Lozano, I.; Ramos, J.; Rincón, H. (2007). Implicaciones fiscales y sectoriales de la reforma a las transferencias territoriales en Colombia. Borradores de Economía, núm. 437, Banco de la República.
- Ministerio de la Protección Social (2010a). Clasificación de los gastos por CTC y fallos de tutela del régimen contributivo, periodo 2009-2010, abril.
- Ministerio de la Protección Social (2010b). Modelo integrado de sostenibilidad régimen contributivo y régimen subsidiado, 2010-2015, julio.
- Ministerio de la Protección Social (2009). Informe de actividades al Congreso, 2008 - 2009.

Presidencia de la República (2010). Informe de la Presidencia de la República al Congreso de la República, sobre la declaratoria del Estado de Emergencia Social, 28 de enero de 2010.

Presidencia de la República (2010b). Decretos de la Emergencia Social.

República de Colombia, Ley 100 de 1993: sobre el Sistema de Seguridad Social.

Anexo 1: UPC régimen contributivo

Valor por UPC

Grupos UPC	1999 (1)	2000 (1)	2001 (1)	2002 (1)	2003 (1)	2004 (1)	2005 (1)	2006 (1)	2007 (1)	2008 (1)	2009	2010
Menores de 1 año	596,695	656,363	714,125	751,260	798,591	855,290	903,213	955,597	1,007,968	1,073,465	1,164,707	1,455,041
De 1 a 4 años	309,219	340,140	370,073	389,317	413,844	443,227	468,062	495,208	517,396	499,323	494,870	467,214
De 5 a 12 años	164,272	180,699	196,601	206,825	219,855	235,465	248,658	263,079	274,867	259,240	221,769	163,207
De 13 a 14 años	164,272	180,699	196,601	206,825	219,855	235,465	248,658	263,079	274,867	259,240	221,769	163,207
De 15 a 18 años (hombres)	144,946	159,440	173,472	182,492	193,990	207,763	219,404	232,129	242,528	258,852	224,898	155,544
De 15 a 18 años (mujeres)	299,555	329,510	358,508	377,151	400,912	429,377	453,435	479,733	501,228	512,410	414,579	245,320
De 19 a 44 años (hombres)	144,946	159,440	173,472	182,492	193,990	207,763	219,404	232,129	242,528	258,852	284,264	276,797
De 19 a 44 años (mujeres)	299,555	329,510	358,508	377,151	400,912	429,377	453,435	479,733	501,228	512,410	561,522	513,532
De 45 a 49 años	195,677	215,245	234,187	246,365	261,886	280,480	296,195	313,374	341,579	428,809	482,305	507,955
De 50 a 54 años	195,677	215,245	234,187	246,365	261,886	280,480	296,195	313,374	341,579	428,809	505,612	647,881
De 55 a 59 años	195,677	215,245	234,187	246,365	261,886	280,480	296,195	313,374	341,579	428,809	535,692	791,979
De 60 a 64 años	550,795	605,874	659,193	693,471	737,160	789,499	833,735	882,089	961,481	1,052,156	1,148,499	1,019,256
De 65 a 69 años	550,795	605,874	659,193	693,471	737,160	789,499	833,735	882,089	961,481	1,052,156	1,194,179	1,267,874
De 70 a 74 años	550,795	605,874	659,193	693,471	737,160	789,499	833,735	882,089	961,481	1,052,156	1,247,053	1,521,439
De 75 años y mayores	550,795	605,874	659,193	693,471	737,160	789,499	833,735	882,089	961,481	1,052,156	1,338,413	1,911,875

Fuente: Ministerio de la Protección Social

(1) Entre 1999 y 2008 se establece la UPC de acuerdo a los siguientes grupos etáreos:

- De 1 a 4 años
- De 5 a 14 años
- De 15 a 44 años
- De 45 a 59 años
- Mayores de 60 años

Anexo 2: Sistema General de Participaciones en salud
(miles de millones de pesos)

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1. Subsidio a la demanda (ampliación de cobertura y continuidad)	1.207,5	1.453,6	1.609,6	1.765,8	1.940,2	2.310,5	2.696,4	3.224,5	3.496,5
2. Prestación de servicios a población no cubierta	1.093,1	1.151,6	1.350,6	1.440,9	1.497,0	1.407,7	1.302,8	1.258,6	1.339,4
3. Salud pública	296,2	429,2	372,6	379,8	398,4	415,4	449,3	503,7	566,5
Total SGP en salud	2.596,8	3.034,4	3.332,8	3.586,5	3.835,6	4.133,6	4.448,5	4.986,8	5.402,4

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público