

UN DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: EVOLUCIÓN, CONTEXTO Y PRINCIPALES RETOS DE UN SISTEMA EN TRANSFORMACIÓN

Mauricio Santa María S. ¹
Fabián García A.
Sandra Rozo.
María José Uribe

¹ Los autores son en orden, Director Adjunto de Fedesarrollo y Director del Proyecto; Investigadores Asistentes y Asistente de Investigación de Fedesarrollo. Agradecemos la colaboración de Carlos Felipe Prada y Tatiana Vasquez.

TABLA DE CONTENIDO

I. Introducción	4
II. Impacto de la salud sobre la calidad de vida	6
III. Colombia en el contexto latinoamericano	10
a. Gasto público en salud	15
IV. Antecedentes de la Ley 100	20
a. Problemas del sistema antes de la Reforma	22
b. Propuesta del nuevo sistema.....	23
V. La Ley 100 y el nuevo sistema	24
a. Organización institucional	24
i. Usos	24
ii. Administración y prestación de los servicios.....	26
iii. Agente de intermediación: FOSYGA.....	27
iv. Descentralización	28
v. Agentes de regulación.....	28
b. Aspectos Financieros	31
VI. Evaluación al SGSSS: logros, resultados y retos	35
a. Logros.....	35
b. Retos y problemas	38
c. La Ley 1122 de 2007 y la CRES	46
VII. Conclusiones	47
VIII. Referencias	49
IX. Anexos	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Impacto de la afiliación sobre la calidad de vida, 2003	8
Gráfico 2: Impacto del estado subjetivo de salud sobre la calidad de vida, 2003	9
Gráfico 3: Cobertura del Régimen Subsidiado, 1997-2007	10
Gráfico 4: Niños entre 12 y 23 meses inmunizados contra DPT y Sarampión (%), 1990-2005	12
Gráfico 5: Partos atendidos por personal especializado, por nivel de riqueza, 2002.....	12
Gráfico 6: Incidencia de Tuberculosis, 1990-2005	13
Gráfico 7: Mortalidad infantil y en la niñez, 1990-2005.....	14
Gráfico 8: Mortalidad en la niñez por quintil de riqueza, 1995-2005.....	14
Gráfico 9: Prevalencia de al menos 2 enfermedades en niños menores de 5 años, 1995-2005	14
Gráfico 10: Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2004	15
Gráfico 11: Gasto público en salud por habitante, 2000-2004	15
Gráfico 12: Crecimiento del gasto y de las tasas de fertilidad y de fecundidad, 2000-2005	16
Gráfico 13: Gasto público en salud por habitante y tasa de mortalidad infantil, 2004 ..	17
Gráfico 14: Mortalidad estimada e ingreso per cápita, 2004.....	20
Gráfico 15: Conformación y funciones del CNSSS	30
Gráfico 16: Funcionamiento del SGSSS bajo Ley 100 de 1993.....	31
Gráfico 17: Funcionamiento financiero del SGSSS	33
Gráfico 18: Número de personas afiliadas al SGSSS y cobertura (%), 1997-2007	36
Gráfico 19: Afiliados como porcentaje de la población total, 1993; 1997; 2003	36
Gráfico 20: Tamaño y salarios relativos del sector asalariado y cuenta propia, 1984-2007	39
Gráfico 21: Relación entre el presupuesto del SGP destinado a atender a la población vinculada y el porcentaje de población vinculada	40
Gráfico 22: Crecimiento de los recursos destinados a la población vinculada y al RS, 2002-2006	41
Gráfico 23: Saldo de compensación en el RC, 1996-2005 (millones de pesos a precios constantes de 2005)	44

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Impacto de la salud sobre la calidad de vida, 2003.....	7
Cuadro 2: Partos atendidos por personal calificado	11
Cuadro 3: Correlación entre el crecimiento del gasto en salud y algunas variables de resultado	16
Cuadro 4: Resultados de la estimación de las variables que afectan la mortalidad	19
Cuadro 5: Efecto del gasto en la mortalidad.....	19
Cuadro 6: Cobertura de la seguridad social, 1990	22
Cuadro 7: Financiamiento del sector salud: fuentes y usos	34
Cuadro 8: Asignaciones básicas promedio en hospitales públicos y privados, 2000.....	42

I. Introducción

El desarrollo de una sociedad no debe medirse solamente por el nivel y crecimiento del producto, sino también por el bienestar de los individuos que la componen. En este sentido, el impacto de las políticas macroeconómicas y sociales, tanto sobre sectores fundamentales (por ejemplo, educación y salud) como sobre la evolución de variables que afectan directamente el bienestar de la población, es un tema central en el diseño de políticas públicas. Entre estas variables se destacan las relacionadas con el empleo, los ingresos, la seguridad frente a choques de diversa índole y el estado de salud de las personas. La importancia de esos impactos ha sido reconocida por varias instituciones (por ejemplo, el Fondo Monetario Internacional, FMI) que consideran que la estabilidad social y política, producto de un adecuado y bien distribuido nivel de bienestar, es requisito fundamental para un crecimiento económico sostenible. Así, entre otras acciones, el Fondo ha dado prioridad al fortalecimiento de las redes de seguridad social y a un esquema presupuestal que favorezca la educación pública, la salud y las oportunidades de generación de ingreso para los más pobres (Hsiao, 2000). De igual manera, la mayoría de los países (tanto desarrollados como en desarrollo) han establecido una variedad de sistemas para asegurar que la población (especialmente la más pobre) tenga acceso a educación básica, a un paquete de servicios de salud esenciales y al cubrimiento de ciertos riesgos financieros, incluido el causado por problemas de salud (ver Fiszbein, 2005, para un excelente resumen de este tema).

Recientemente, los vínculos entre la salud y el bienestar han empezado a ser destacados como fundamentales por la literatura económica. Por ejemplo, Sachs (2001) plantea tres canales a través de los cuales se generan esos vínculos. El primero, y el más directo, afirma que ciertas enfermedades que se pueden prevenir reducen el número de años de vida saludables de los individuos, ocasionando pérdidas económicas a la sociedad por el truncamiento de estas vidas, ya sea por una muerte temprana o por una discapacidad crónica. El segundo canal está relacionado con el efecto de las enfermedades sobre las decisiones de inversión de los padres en sus hijos. Por ejemplo, altas tasas de mortalidad infantil están asociadas con altas tasas de fertilidad. Un gran número de hijos, a su vez, reduce la habilidad de las familias pobres de invertir adecuadamente en salud y en la educación de cada hijo². Finalmente, el tercer canal establece que las enfermedades tienen un efecto negativo en los retornos a las iniciativas de inversión, ya que cualquiera de ellas se puede ver socavada por la alta prevalencia de algún tipo de dolencia. Así mismo, las enfermedades endémicas y epidémicas reducen la cooperación social y la estabilidad política y macroeconómica de un país.

La literatura especializada ha encontrado también que los choques de salud (no cubiertos o con cobertura insuficiente) pueden tener efectos devastadores sobre las finanzas de un hogar (ya sea por vía del empleo, los ingresos o ambos). Esto termina afectando negativamente la educación de los miembros jóvenes del hogar (y, por tanto, los ingresos y productividad futuros), la productividad de los miembros afectados y las decisiones de inversión de la familia. En particular, para el caso colombiano existe cierta evidencia de la importancia de este

² Un tema relacionado es los choques de salud a los que están expuestos los padres de familia. Un choque fuerte podría ausentar a un padre de familia del mercado laboral obligándolo a desinvertir en la educación de sus hijos.

efecto para diversos choques, incluyendo, en una menor medida, los de salud (ver, por ejemplo, Gaviria, 2002).

No es casualidad, entonces, que seis de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) suscritos por los países miembros de las Naciones Unidas tengan que ver con el estado de salud de una sociedad. Estos objetivos están relacionados con la pobreza, el hambre, la mortalidad, la presencia de ciertas enfermedades e incluso, con el acceso a agua potable y a medicamentos esenciales (ver Anexo 1).

En Colombia, el Gobierno Nacional para el período 2004-2006, a través de un documento CONPES y otros documentos de política de largo plazo, incluido el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 (PND), propuso una guía orientada a alcanzar los ODM. En particular, la Visión Colombia 2019 II Centenario planteó dos grandes metas, que también fueron recogidas por el CONPES y el PND, (i) lograr la cobertura universal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (i. e. lograr que la totalidad de la población colombiana esté asegurada en salud, ya sea mediante el Régimen Contributivo-RC o mediante el Régimen Subsidiado-RS). El PND recoge esta meta estableciendo que para el 2010 toda la población vulnerable debe estar afiliada al RS. Y, (ii) reducir la mortalidad materno-infantil, las enfermedades transmisibles y mejorar la salud sexual y reproductiva de toda la población (ver Anexo 2).

En este contexto, el funcionamiento adecuado del sistema de salud en el país cobra una gran importancia. Por un lado, es un instrumento poderoso para incrementar el bienestar de la población y, por otro, si ese sistema no funciona de manera apropiada, el logro de las metas establecidas se verá comprometido. Adicionalmente, aún con un funcionamiento adecuado, el impacto del cumplimiento de estas metas sobre el bienestar y las finanzas públicas será sustancial. Sin embargo, ese adecuado funcionamiento está relacionado con otros elementos como el institucional, el financiero y, de manera importante, el de regulación.

Por eso, la creación reciente de la Comisión Reguladora de Salud (CRES) es tan importante, no sólo para solucionar los problemas del sistema sino también para poder cumplir las metas establecidas de manera eficiente. En efecto, el ente regulador actual, como se verá más adelante, no es el más apropiado para asumir los retos que se avecinan en materia de regulación y dirección del sistema. Así, se espera que los diferentes temas analizados y las conclusiones que se deriven de este estudio sirvan de soporte para las decisiones e iniciativas que deberá tomar la CRES, y para alimentar el debate que se avecina, relacionado con el funcionamiento y regulación del sector salud en diversos aspectos.

Este es el primer capítulo de una serie de documentos que analizarán el funcionamiento del sector salud desde diferentes perspectivas, con el fin de formular recomendaciones de política específicas y bien sustentadas. Esas recomendaciones buscarán siempre una mayor eficiencia y equidad del sistema de salud colombiano. Así, en los documentos se estudiará el impacto que ha tenido la reforma estructural de 1993 (que empezó a funcionar en 1995) sobre variables relacionadas con la salud de los colombianos, el uso de los servicios de salud (para aproximarse a temas de riesgo moral y selección adversa), el impacto del SGSSS sobre otros

mercados (especialmente el laboral), la focalización de los servicios subsidiados y otros aspectos institucionales. Este primer documento, en ese contexto, es de carácter introductorio y general. Se busca mostrar la importancia de la salud como determinante de la calidad de vida de las personas, ofrecer un recuento preciso del funcionamiento institucional, regulatorio y financiero del sistema de salud, y establecer los grandes retos que se avecinan y la agenda de investigación para los documentos restantes.

El documento tiene seis secciones adicionales a esta. En la segunda se analiza el impacto de la salud sobre la calidad de vida de las personas. En la tercera sección se analizan algunos indicadores de salud, la cobertura y el gasto público en salud en América Latina, para poner en perspectiva el tamaño del reto en Colombia. En la cuarta parte, se estudian los antecedentes de la Ley 100 de 1993, con el fin de identificar sus falencias. La quinta sección se concentra en describir el funcionamiento, la organización institucional y los temas financieros después de la expedición de la Ley 100. En la sexta sección se identifican los aspectos positivos y negativos de la Reforma, los cuales serán estudiados a profundidad en los siguientes capítulos. Así mismo, se describen los cambios introducidos por la Ley 1122 de 2007. Finalmente, se concluye.

II. Impacto de la salud sobre la calidad de vida

El bienestar, la salud o, de manera más precisa, la forma como las personas perciben su estado de salud, tiene una relación positiva con la calidad de vida, ya sea percibida u objetiva. Por un lado, Sachs (2001) encuentra que un mejor estado de salud se relaciona con mayores ingresos, mayor crecimiento económico y menores tasas de crecimiento poblacionales. Por su parte, Gerdtham y Johannesson (1997) encuentran que el estado subjetivo de salud es un determinante, tan importante como el nivel de ingreso, de la felicidad de las personas. Así, y para el caso colombiano, Cárdenas et al. (2008a), al estudiar los determinantes de la felicidad de las personas, sostienen que los problemas de salud tienen un impacto negativo sobre la misma.

Con base en estos resultados, se construyó un modelo bivariado (de tipo Logit) para estudiar la relación entre la salud (el estado subjetivo), el tipo de afiliación al sistema de salud y la calidad de vida de las personas, aproximada por el grado de satisfacción de los individuos con sus vidas (“felicidad”). Se parte del hecho de que, en general, la afiliación a una aseguradora de salud tiene una relación positiva con el bienestar de los hogares, ya que les permite acceder a servicios médicos que mejoran sus condiciones de salud y, por ende, su calidad de vida. Para estimar la probabilidad de que un individuo se sienta mejor por tener un buen estado de salud se utilizó la percepción que tiene el jefe de hogar sobre las condiciones de calidad de vida de su hogar y se modeló en función de su estado subjetivo de salud y del tipo de afiliación. Se controló por las variables usuales, como la edad del jefe de hogar, el género, el nivel educativo, su actividad socioeconómica, las condiciones de la vivienda, el ingreso per cápita del hogar y su área de residencia.

Como se observa en el Cuadro 1, el estado subjetivo de salud efectivamente tiene una relación positiva con la calidad de vida percibida del hogar³. Es decir, en la medida en que mejoran las condiciones de salud, también hay una mejoría en las condiciones de vida del mismo. Este resultado se encuentra tanto para el área urbana como para la rural. Adicionalmente, se observa que estar afiliado a una entidad aseguradora en salud (en relación con no tener ninguna afiliación), aumenta sustancialmente la calidad de vida, siempre y cuando esa entidad no sea una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS). Es decir, para este último tipo de aseguradoras no se encontró un efecto significativo⁴ sobre la calidad de vida del hogar. Ahora bien, y de manera importante, si la familia es pobre y vive en el sector rural, estar afiliado no tiene un efecto significativo sobre su bienestar, independientemente de si la aseguradora es el Instituto de Seguros Sociales (ISS), una EPS o un Régimen Especial como Ecopetrol, el Magisterio o las Fuerzas Militares y Policía Nacional.

Cuadro 1: Impacto de la salud sobre la calidad de vida, 2003

	Urbano		Rural	
	Total	Pobre	Total	Pobre
Estado subjetivo de salud	SI (+)***	SI (+)***	SI (+)***	SI (+)***
Afiliación				
Instituto de Seguro Social	SI (+)***	SI (+)***	SI (+)***	SI (+)
Aseguradoras del gobierno	SI (+)***	SI (+)***	SI (+)**	-
Empresas Promotoras de Salud	SI (+)***	SI (+)***	SI (+)***	SI (+)
Administradoras del Régimen Subsidiado	SI (+)	NO (-)	NO (-)	SI (+)

*** Significativo al 1%. ** Significativo al 5%. *Significativo al 10%.

¹Ecopetrol, Magisterio y Fuerzas Militares y Policía Nacional.

Fuente: Cálculos de los autores con base en la ECV (2003).

Se realizaron también otros ejercicios para estimar la relación entre la percepción de la calidad de vida de los hogares y el tipo de afiliación y el estado subjetivo de salud. Estas estimaciones se hicieron por quintiles de ingreso del hogar para identificar si la salud es un determinante igual de importante de la calidad de vida para todos los hogares, sin importar su condición socioeconómica. La importancia de estos ejercicios se fundamenta en que, como lo muestran Cárdenas et al. (2008a), el nivel de satisfacción con la vida que tienen las personas no depende únicamente de su condición de salud sino también de otros factores socioeconómicos de la persona y del hogar.

El primer ejercicio consistió en estimar la relación entre el tipo de afiliación y el bienestar de los hogares (Gráfico 1). En las zonas rurales, aquellas personas que perciben un mayor nivel en su calidad de vida están afiliadas a los Regímenes Especiales (denominados “Gobierno” en este documento) y en las EPS para los quintiles 4 y 5, y en el ISS para el quintil 3. En los quintiles 1

³ Una estimación parecida se realizó usando la Encuesta Social de Fedesarrollo de 2005. Esta estimación resultó ser muy similar a la reportada en este capítulo.

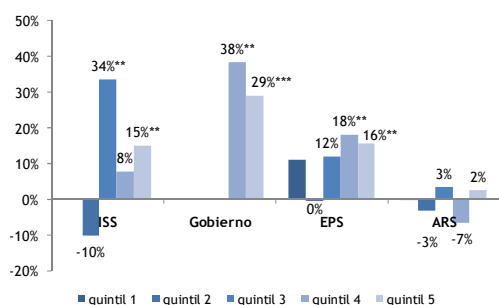
⁴ Se utiliza el término “significativo” porque se ha vuelto común su uso en la literatura, aunque es poco informativo. Debe entenderse como el hecho de que el error estándar del coeficiente estimado tiene un tamaño que permite afirmar, con x% de probabilidad, que el valor del coeficiente es, en efecto, el que fue estimado. Por el contrario, un coeficiente es “no significativo” cuando su error estándar es muy grande, por lo que no se tiene ninguna certeza de que el valor real del coeficiente sea el que se estimó (o que sea, de hecho, diferente de cero).

y 2 no se encuentra ningún impacto del tipo de afiliación sobre la calidad de vida. En áreas urbanas, estar afiliado al ISS tiene una relación positiva con la percepción de calidad de vida de los hogares, y es aún mayor para los quintiles más bajos. En cuanto a la afiliación a entidades del gobierno, se encuentra un impacto importante sobre el bienestar de los hogares en el quintil 1. De hecho, para este grupo poblacional estar afiliado al Gobierno incrementa en un 60% la probabilidad de tener una buena calidad de vida. Para los individuos en el quintil 3, estar asegurado al sistema, independientemente de la entidad, no afecta el bienestar. Con respecto a los quintiles 1 y 2, estar afiliado al ISS o al Gobierno mejora la percepción sobre la calidad de vida. En efecto, la probabilidad de pasar de tener una mala percepción a tener una buena percepción de la calidad de vida aumenta 27% para los afiliados al ISS. Por último, estar afiliado a una ARS no se asocia con una mejor percepción de la calidad de vida. Esto se cumple para todos los quintiles y en ambas zonas.

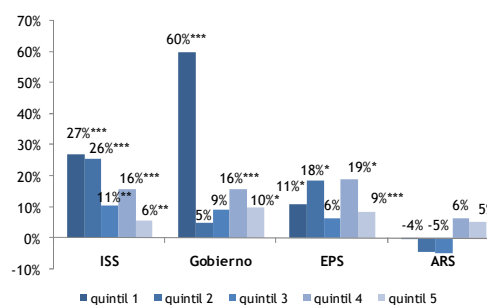
En términos generales, las diferencias entre quintiles se determinan por el tipo de afiliación y de área de residencia del hogar (urbana o rural). Para el sector rural, los quintiles 1 y 3 no se ven beneficiados, en términos de su calidad de vida, por la afiliación al sistema de salud. Por el contrario, para el quintil 2, estar afiliado al ISS tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida. Para los quintiles 4 y 5, la afiliación a entidades del gobierno o a una EPS mejora la percepción de la calidad de vida. En las zonas urbanas, se mantiene el comportamiento del quintil 3, mientras que para los demás grupos hay un aumento en la probabilidad de tener una mejor calidad de vida, independientemente de la entidad a la que se encuentren afiliados.

Gráfico 1: Impacto de la afiliación sobre la calidad de vida, 2003⁵

Panel a. Rural



Panel b. Urbano



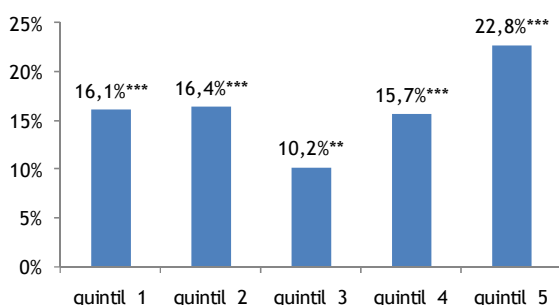
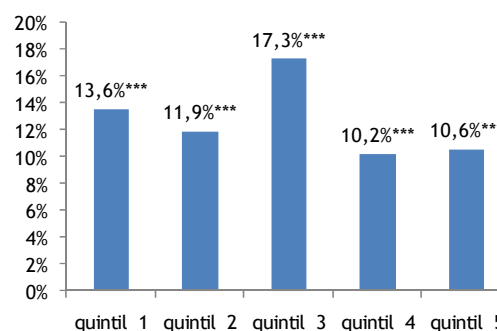
*** Significativo al 1%. ** Significativo al 5%. *Significativo al 10%.

Nota: Los valores que se reportan en el gráfico son los efectos marginales del Logit.

Fuente: Cálculos de los autores con base en la ECV (2003).

Con respecto a la relación entre el estado subjetivo de salud y la percepción de la calidad de vida, se encontró un efecto positivo y significativo. Esto para todos los quintiles de ingreso y para las áreas urbana y rural. Para el sector rural, la relación es más fuerte en el quintil 5. Por el contrario, en el área urbana la relación es más fuerte en los quintiles más bajos.

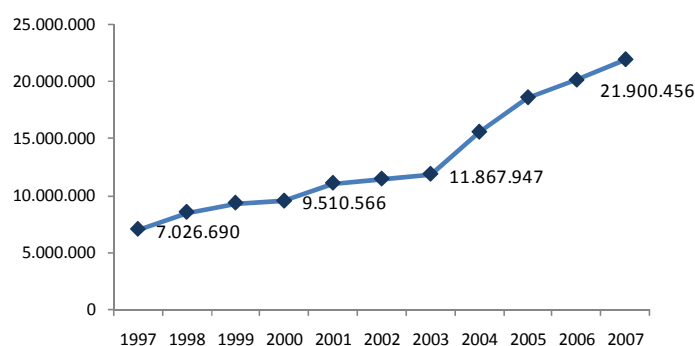
⁵ Para el quintil 1 en el sector rural únicamente hay 5 afiliados al ISS. En el quintil 5, el número de afiliados a las ARS no es significativo.

Gráfico 2: Impacto del estado subjetivo de salud sobre la calidad de vida, 2003**Panel a. Rural****Panel b. Urbano**

Fuente: Cálculos de los autores con base en la ECV (2003).

Es entonces evidente que el impacto de la salud (el estado subjetivo) sobre la calidad de vida es sustancial y generalizado, aún controlando por diversas características del hogar, incluyendo su ingreso. De igual manera, el hecho de tener algún tipo de afiliación también incide en la percepción de calidad de vida de los hogares. Aunque la magnitud de este impacto varía, se trata de un efecto sustancial y bastante extendido en la población (sin embargo, es bastante llamativo que la afiliación a una ARS no aporte nada a la calidad de vida, lo que puede estar relacionado con la manera como se escogen los beneficiarios). Estos dos hechos, por sí solos, ponen de manifiesto la importancia de evaluar el impacto sobre el bienestar ante cualquier cambio en la manera de proveer los servicios de salud, más aun si ese cambio es tan importante como el introducido en 1993.

En efecto, con la Ley 100 de 1993 se creó un nuevo sistema de salud basado en la solidaridad y la competencia regulada de las entidades de aseguramiento y prestadoras de salud. Adicionalmente, la Ley 100 intentó modificar la forma de financiamiento desde la oferta a la demanda. En este orden de ideas, el cambio más importante, que buscaba directamente mejorar la cobertura y la calidad del servicio recibido por los más pobres, fue la creación del RS. Su introducción es el primer cambio estructural del sistema de salud en Colombia. El reflejo de estas grandes modificaciones, en la práctica, es el aumento sustancial en cobertura de aseguramiento que se ha dado desde la introducción de la Reforma (Gráfico 3). Este aumento en cobertura entre los pobres es el que permite, desde el punto de vista del trabajo empírico, utilizar dos momentos en el tiempo para evaluar el impacto de la reforma de 1993. El primero va desde 1995 hasta 2005, que cubre el “antes y el después” de la Reforma, y el segundo está comprendido entre 2000 y la actualidad (o entre 1997 y 2003, dependiendo de la fuente de información).

Gráfico 3: Cobertura del Régimen Subsidiado, 1997-2007

Fuente: Ministerio de la Protección Social, agosto de 2007.

III. Colombia en el contexto latinoamericano

En la década de los noventa, casi la totalidad de los países de América Latina habían iniciado o estaban considerando realizar una reforma al sector salud. Esas reformas pretendían, fundamentalmente, ampliar la cobertura y extender la atención primaria mediante un paquete básico de prestación de servicios⁶. En este contexto, esta sección ofrece un panorama descriptivo de la situación en Colombia con relación a América Latina para el período 1990-2005. El análisis se concentra en resultados de salud y en aspectos de gasto público.

Para empezar, debe hacerse una distinción entre la cobertura oficial y la cobertura efectiva. La primera hace referencia al derecho que tiene cada ciudadano de acceder a los servicios de salud, mientras que la segunda hace referencia al “grado de disponibilidad, acceso en tiempo y forma y utilización de servicios de salud adecuados” (CEPAL, 2006). En muchos casos la cobertura oficial se ve restringida por distintas circunstancias como la presencia de listas de espera o la ausencia de un centro médico cercano en donde se pueda ejercer este derecho. Por esta razón, resulta conveniente usar medidas aproximadas de cobertura (cobertura efectiva) que señalen el acceso real de la población a los servicios de salud.

Con esta aclaración en mente, a continuación se muestran algunos indicadores, de carácter estándar en la literatura, que aproximan tanto el acceso efectivo a servicios como el estado de salud de la sociedad. Por un lado, el Cuadro 2 presenta el crecimiento porcentual de las madres atendidas en el parto por personal especializado (médicos o enfermeras). El Cuadro permite identificar dos grupos de países, según el nivel de cobertura. Dentro del grupo de cobertura alta están Uruguay, Chile, Argentina, Venezuela, Panamá, México y Colombia. Dentro de este grupo, Colombia fue el país con el mejor desempeño, pasando de un nivel de cobertura de 82% en 1990 a 96% en 2005. Dentro del grupo de países con cobertura baja, los países que tuvieron un mejor desempeño fueron Bolivia, Brasil y Perú con coberturas de 42%, 34% y 32%, respectivamente. Pese a los aumentos generalizados observados en la región, aún existen países con niveles de coberturas muy bajas como Paraguay y Bolivia.

⁶ Observatorio de Seguridad Social No. 15, 2007.

Cuadro 2: Partos atendidos por personal calificado

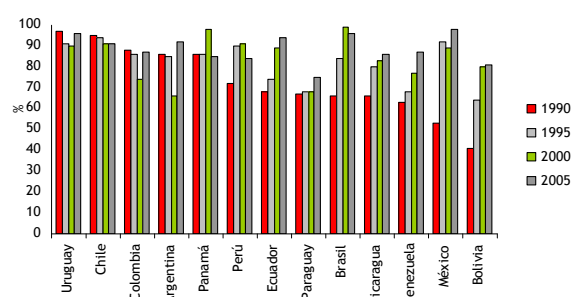
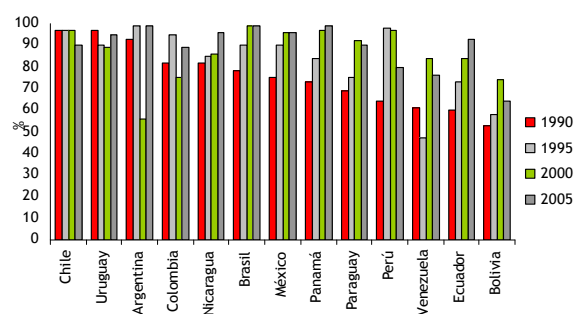
	Período	Situación inicial	Situación final	Cambio %
Argentina	1992-2005	95,8	95,0	-0,8%
Bolivia	1994-2003	47,1	66,8	41,8%
Brasil	1991-2002	71,9	96,7	34,5%
Chile	1993-2004	99,4	99,8	0,4%
Colombia	1990-2005	81,8	96,4	17,8%
Ecuador	1999-2004	69,0	74,7	8,3%
México	1997-2004	85,7	83,3	-2,8%
Panamá	1993-2002	86,1	92,5	7,4%
Paraguay	1990-2004	66,8	77,1	9,9%
Perú	1996-2004	55,6	73,4	32,0%
Uruguay	1997-2002	99,6	99,4	-0,2%
Venezuela	1997-2003	95,3	95,0	-0,3%

Fuente: WDI 2007. Banco Mundial.

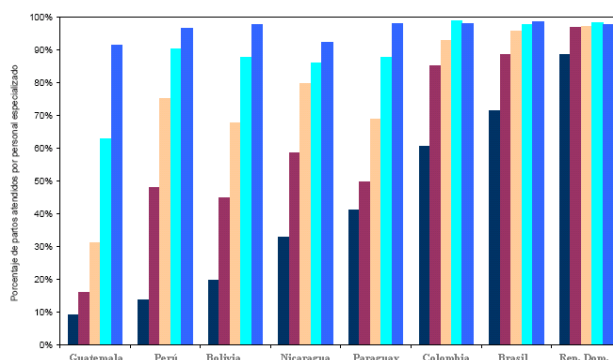
De otra parte, el Gráfico 4, presenta la cobertura en vacunación contra Difteria, Tosferina y Tétano (DPT) (panel a) y Sarampión (panel b). Se puede ver que países como Argentina, Chile, Panamá, Colombia y Uruguay sostuvieron niveles de inmunización altos entre 1990 y 2005. Sin embargo, cabe destacar la caída del indicador en Colombia para 1995-2000, que respondió a los cortes presupuestales que ocurrieron durante el período de recesión económica iniciado en 1996. De otro lado, están los países que empezaron con bajas tasas de inmunización pero que, en su mayoría, con la excepción de Bolivia, alcanzaron altas tasas de inmunización en 2005 (cerca al 70%). Los países que presentaron el mayor incremento en DTP entre 1990 y 2005 fueron Bolivia, México y Brasil (98%, 45% y 39%, respectivamente). Para este mismo período, los países que más aumentaron la inmunización contra el Sarampión fueron Ecuador, Panamá y Paraguay, que aumentaron su tasa en 55%, 36% y 30%, respectivamente.

Si bien en términos absolutos la cobertura o el acceso a los servicios de salud han aumentado en la región, el acceso clasificado por quintiles de riqueza continúa siendo desigual. Como se observa en el Gráfico 5, el porcentaje de madres del quintil más rico que son atendidas en sus partos por personal calificado en países como Perú o Bolivia más que triplica el porcentaje de acceso por parte de las madres en el quintil más pobre. En Colombia, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2005, esta brecha es más pequeña aunque significativa: el 98,5% del quintil más rico y el 72% del quintil más pobre tiene acceso a estos servicios⁷.

⁷ Para ver otros indicadores de salud por quintiles de ingreso se puede consultar el reporte del Banco Mundial “Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries”.

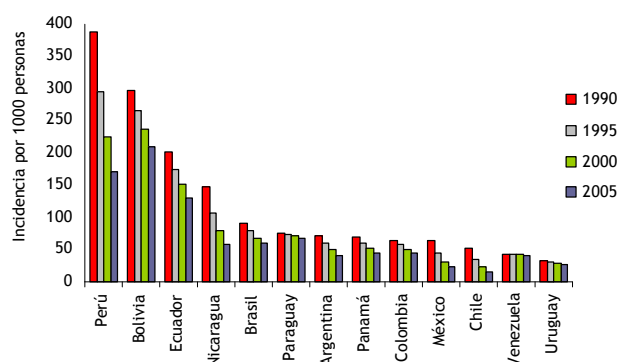
Gráfico 4: Niños entre 12 y 23 meses inmunizados contra DPT y Sarampión (%), 1990-2005**Panel a. Difteria, Tosferina y Tétano****Panel b. Sarampión**

Fuente: WDI 2007. Banco Mundial.

Gráfico 5: Partos atendidos por personal especializado, por nivel de riqueza, 2002

Fuente: CEPAL (2006).

Como consecuencia de la mayor cobertura, se puede observar una mejoría en algunos indicadores de resultado relacionados con la salud, considerados clave en la literatura: la esperanza de vida, la incidencia de ciertos tipos de enfermedades (como la Tuberculosis) y la mortalidad infantil en todos los países. De hecho, como se observa en el Gráfico 6, la incidencia de Tuberculosis disminuyó, en promedio, 38% en la región, y en algunos países, como Chile, México y Nicaragua, esta reducción fue superior al 50%. En términos absolutos, aún sigue prevaleciendo una alta tasa de incidencia en Perú, Bolivia y Ecuador. Por su parte, Colombia tiene una incidencia relativamente baja que, cabe notar, disminuyó de manera importante durante el período considerado.

Gráfico 6: Incidencia de Tuberculosis, 1990-2005

Fuente: WDI 2007. Banco Mundial.

Por otro lado, se observa que la mortalidad infantil también disminuyó de manera importante. En promedio, para los países de la muestra, la mortalidad infantil para menores de un año disminuyó en 41% entre 1990 y 2005, mientras que la de niños mayores se redujo en 43%. Los países que presentaron la mayor reducción fueron Chile, Perú y Ecuador, donde la tasa disminuyó en 61%, 55% y 48%, respectivamente⁸. Por su parte, en Colombia, la tasa de mortalidad infantil se redujo en 34% mientras que la tasa de mortalidad de la niñez presentó una contracción de 43% (Gráfico 4). Cabe destacar que el país muestra uno de los niveles más bajos de mortalidad en la región.

Si bien estos resultados han sido positivos, la desigualdad en términos de salud se mantiene entre el quintil más rico y el más pobre. El

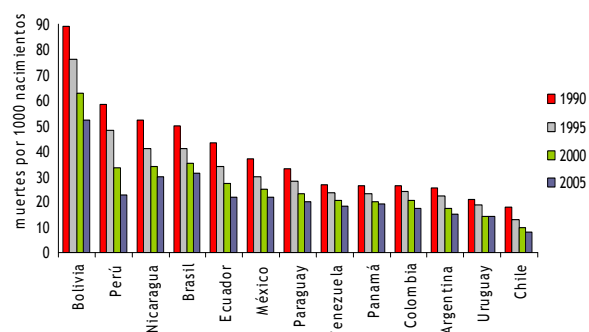
Gráfico 8 muestra la tasa de mortalidad en la niñez para Colombia por quintiles de riqueza. Como se puede ver, a pesar de que la tasa de mortalidad disminuyó en todos los quintiles, en el quintil 1 se mueren 21 niños más que en el quintil 5 por cada 1000 infantes (10 vs 31). Así mismo, mientras que en los quintiles 4 y 5 la reducción en la mortalidad fue del orden de 50%, en el quintil más pobre fue de 20% y en el quintil 2 no se presentó ninguna caída. La misma situación de desigualdad se presenta en la prevalencia de al menos dos enfermedades entre los niños (Diarrea, Fiebre o Tos). Como se puede observar en el Gráfico 9, los niños del quintil más pobre tienen una mayor probabilidad de tener al menos dos enfermedades en relación con los niños del quintil más rico⁹.

⁸ Siendo notable la disminución de Perú (65%), pasando de 78 a solo 27 muertes por mil niños menores de 5 años entre 1990 y 2005.

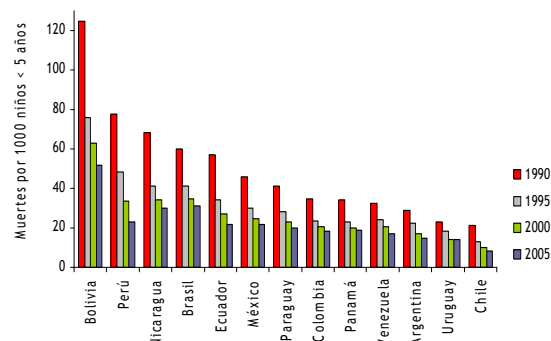
⁹ La prevalencia de al menos dos enfermedades es el porcentaje de niños que, en las últimas dos semanas previas a la Encuesta, presentaba alguna de estas patologías.

Gráfico 7: Mortalidad infantil y en la niñez, 1990-2005

Panel a. Mortalidad infantil (menores de 1 año)

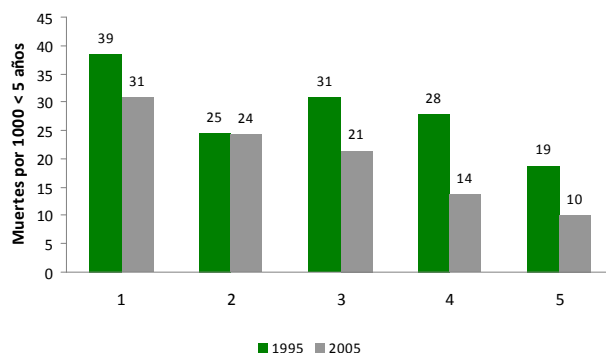


Panel b. Mortalidad de la niñez (menores de 5 años)



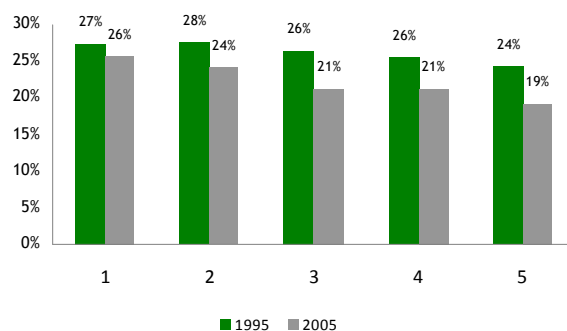
Fuente: WDI 2007. Banco Mundial.

Gráfico 8: Mortalidad en la niñez por quintil de riqueza, 1995-2005



Fuente. ENDS (1995 y 2005).

Gráfico 9: Prevalencia de al menos 2 enfermedades en niños menores de 5 años, 1995-2005

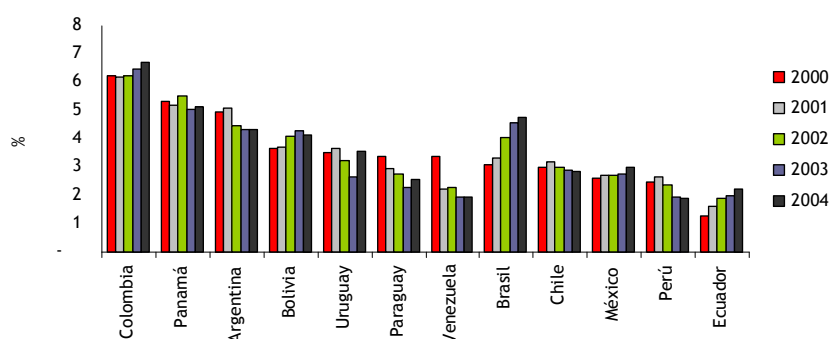


Fuente. ENDS (1995 y 2005).

a. Gasto público en salud

La participación que tiene el gasto público en salud como porcentaje del PIB es dispareja en los países considerados (Gráfico 10). Colombia es el país que presenta la mayor participación en 2004, con 6,7% del PIB, seguido por Panamá y Argentina con una participación de 5,2% y 4,3%, respectivamente (nótese que estas cifras son ligeramente superiores a las reportadas por los gobiernos nacionales). Por otro lado, Perú y Venezuela son los países con menor participación (2%). Es interesante notar que la participación del gasto ha crecido en los últimos años en países como Colombia, Bolivia, Brasil y Ecuador.

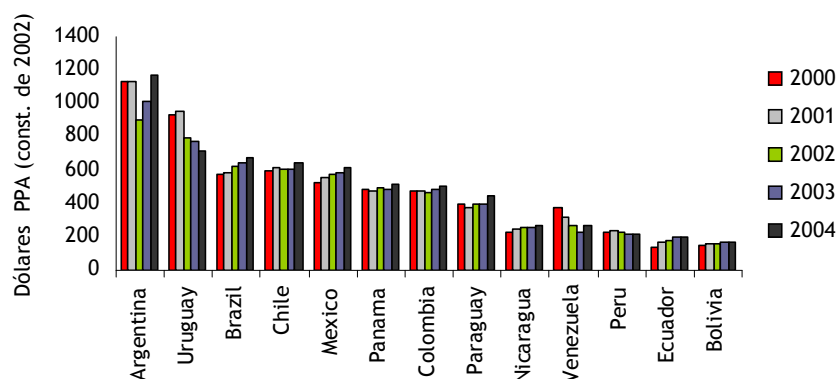
Gráfico 10: Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2000-2004



Fuente: WDI 2007. Banco Mundial.

En términos del monto de recursos destinados a atender a la población, se encuentra que Argentina es el país con mayor gasto, ya que destina US \$1.172 al año por cada habitante¹⁰. Este monto representa el doble de lo que destinan Colombia, Panamá y Paraguay, y quintuplica a Perú, Ecuador y Bolivia (Gráfico 11). Cabe notar, sin embargo, que en la mayoría de los países, incluido Colombia, el gasto por habitante creció durante el período considerado.

Gráfico 11: Gasto público en salud por habitante, 2000-2004



Fuente: WDI 2007. Banco Mundial.

¹⁰ Ajustados por paridad de poder adquisitivo (PPA).

Para analizar la eficiencia en el gasto en salud, se calcularon algunos coeficientes de correlación entre el crecimiento del gasto entre 2000 y 2004 y la evolución de algunas variables de resultado. En el Cuadro 3 se observa que el crecimiento del gasto está asociado a un aumento en la esperanza de vida y a la disminución de la incidencia de Tuberculosis. Sin embargo, no se pudo establecer una relación entre el crecimiento del gasto y el cambio en la mortalidad infantil y la fecundidad en las adolescentes.

Cuadro 3: Correlación entre el crecimiento del gasto en salud y algunas variables de resultado

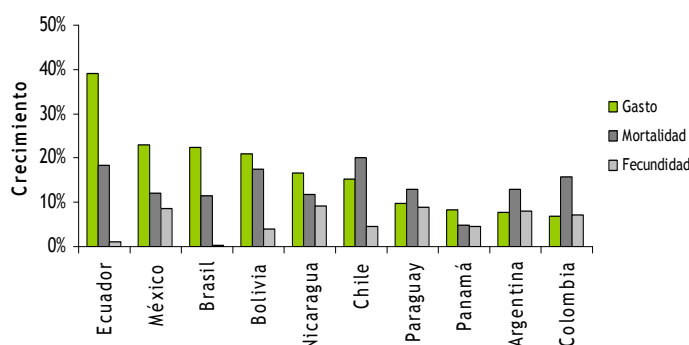
	Mortalidad infantil	Esperanza de vida	Fecundidad en adolescentes	Incidencia de Tuberculosis
Gasto en salud	-0,23	0,41*	0,16	-0,52**

Nota: * Estadísticamente significativa al 1%, ** Estadísticamente significativa al 5%.

Fuente: Cálculos de los autores con base en los WDI 2007.

Por otro lado, el Gráfico 9 presenta el crecimiento del gasto y el cambio, en valor absoluto, de las tasas de fertilidad y fecundidad para aquellos países en los cuales hubo un crecimiento real del gasto en el período considerado. Como se puede apreciar, el país que más aumentó el gasto en salud fue Ecuador, con un crecimiento real de casi 40%, mientras que Colombia fue el país que tuvo el menor crecimiento real. Llama la atención que Colombia, a pesar de tener una discreta tasa de crecimiento en el gasto, logró reducir la mortalidad infantil en 15%. Este valor está por encima de la reducción promedio de los países reportados, lo que indica que gastos más altos no necesariamente están relacionados con reducciones altas de mortalidad. El mismo argumento aplica para el crecimiento de las tasas de fecundidad, pues el comportamiento de esta variable fue pobre en países como Ecuador y México a pesar de que exhibieron un crecimiento alto en el gasto. Nótese, sin embargo, que si se tomara el período pre-reforma (principio de los 1990s-actualidad), el crecimiento en el gasto de Colombia sería sustancial, pasando, de 2 a 6 puntos del PIB aproximadamente.

Gráfico 12: Crecimiento del gasto y de las tasas de fertilidad y de fecundidad, 2000-2005



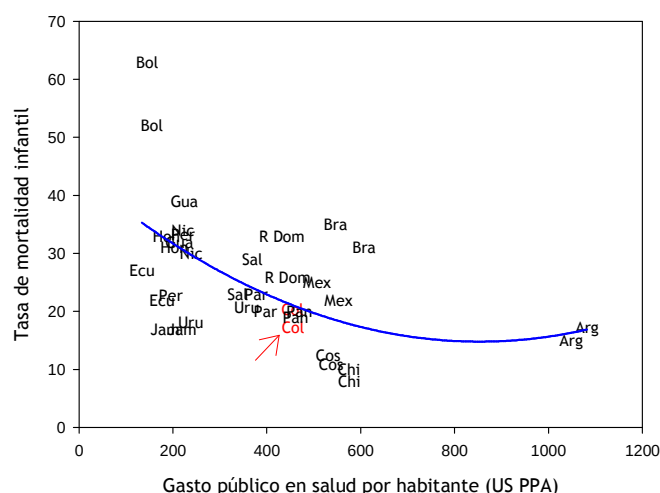
Fuente: Cálculos de los autores con base en los WDI 2007.

Como se mencionó anteriormente, el desarrollo económico no sólo se debe analizar desde la perspectiva del ingreso per cápita sino también a partir de otras dimensiones como la

evolución de la educación y la salud. En ese contexto, la tasa de mortalidad infantil se ha utilizado de forma recurrente en la literatura, por ser una variable que aproxima bastante bien la salud infantil y, por esta vía, el estado de salud agregado de la sociedad y su nivel de desarrollo. Por ejemplo, en el trabajo de Gupta et al. (2001), se estudian los determinantes de la mortalidad infantil en 70 países, incluyendo como variable explicativa el gasto público en salud. Los autores encuentran que ese gasto es más importante en los países de bajos ingresos que en los de altos ingresos, lo que sugiere que los retornos de esta inversión son mayores en los países más pobres.

El Gráfico 13 muestra la relación que existe entre el gasto público per cápita y la tasa de mortalidad infantil para algunos países latinoamericanos. Como se observa, los países con mayor gasto en salud por habitante tienen menores tasas de mortalidad. Así, es claro que a mayor gasto menor mortalidad infantil. Cabe notar que esta relación también puede estar explicada por el nivel de desarrollo de los países (que, adicionalmente, permite un mayor gasto en salud). En particular, se destaca el hecho de que Colombia tiene una tasa de mortalidad inferior a la que predice su nivel de gasto en salud.

Gráfico 13: Gasto público en salud por habitante y tasa de mortalidad infantil, 2004



Nota: En esta gráfica se utiliza información del gasto en salud para 2000 y 2004 y de las tasas de mortalidad para 2000 y 2005. Esto explica la existencia de dos observaciones por país. Los gastos están en dólares constantes de 2002.

Fuente: WDI 2007. Banco Mundial.

Algunos autores, como Filmer y Pritchett (1999)¹¹, realizan este ejercicio y encuentran que el efecto del gasto del gobierno en la mortalidad infantil es pequeño y estadísticamente poco significativo. Sin embargo, el 95% de la variación en la tasa de mortalidad se explica por el ingreso per cápita (nivel de desarrollo), la desigualdad del ingreso, la educación de la madre y por variables de desigualdad étnica. Por su parte, Anand y Ravallion (1993) encuentran que el

¹¹ El estudio fue realizado para 98 países en desarrollo con información de 1992.

gasto en salud eleva la esperanza de vida y que el efecto del ingreso, una vez se controla por el gasto, es nulo.

El problema de establecer una relación del gasto en salud con la tasa de mortalidad (u otras variables de salud) es que los países con mayor gasto tienden también a tener un mayor ingreso per cápita. Por lo tanto, el efecto sobre la mortalidad no se ve explicado solamente por el gasto, sino porque sus habitantes, en general, tienen mejores condiciones de vida (son más ricos). Para solucionar este problema, y ver el efecto del gasto de forma más global, se construyó una base de datos con 164 países que incluyó información de la tasa de mortalidad, el gasto en salud y el ingreso por per cápita¹². Estos países fueron agrupados en 4 categorías, dependiendo de su nivel de ingreso (bajo, medio bajo, medio alto o alto)¹³. Se estimó así la siguiente ecuación:

$$mort = \beta_0 + \beta_1 G + \beta_2 Y + \beta_3 alto + \beta_4 malto + \beta_5 mbajo + \beta_6 (G \cdot alto) + \beta_7 (G \cdot malto) + \beta_8 (G \cdot mbajo) + \varepsilon \quad (1)$$

Donde G es el gasto en salud por habitante; Y es el ingreso per cápita; *alto*, *malto* y *mbajo* son variables dicótomas que señalan el grupo al cual pertenece cada país (se está comparando con los países de ingreso bajo); $G \cdot alto$, $G \cdot malto$ y $G \cdot mbajo$ son las interacciones entre el gasto y cada una de las variables dicótomas. El efecto del gasto sobre la mortalidad está dado entonces por $\beta_1 + \beta_3 alto + \beta_4 malto + \beta_5 mbajo$, (i. e. el efecto varía de acuerdo al nivel de ingreso del país).

Los resultados de la estimación se presentan en el Cuadro 4. Se observa que el ingreso per cápita tiene un impacto negativo en la tasa de mortalidad, y que explica una parte importante de la variación del gasto. De hecho, si el ingreso per cápita aumenta en US \$100, el número de muertes por cada 1.000 niños disminuye en 0,3. Adicionalmente, estos resultados muestran que los países con un ingreso alto tienen en promedio 123 menos muertes que los países con un ingreso bajo (categoría base). Cabe mencionar también que el gasto en salud, en el agregado, sí tiene un impacto fuerte sobre la mortalidad, aun controlando por el ingreso per cápita.

¹² El ingreso per cápita se aproximó con el PIB per cápita. Esta variable, junto con el gasto en salud fueron ajustados por la paridad de poder adquisitivo.

¹³ Para agrupar los países en estas categorías se usó la clasificación presente en el WDI 2007.

Cuadro 4: Resultados de la estimación de las variables que afectan la mortalidad

Variable	Coefficiente
Gasto en salud	-2,009 ***
Ingreso per cápita	-0,003 *
País de ingreso alto	-123,367 ***
País de ingreso medio alto	-107,926 ***
País de ingreso medio bajo	-90,974 ***
Interacción ingreso alto	2,019 ***
Interacción ingreso medio alto	1,976 ***
Interacción ingreso medio bajo	1,802 ***
Constante	175,179 ***

Nota: *** Significativo al 1%, * Significativo al 10%

Fuente: Cálculos de los autores.

Para ver el efecto total del gasto en la tasa de mortalidad se debe considerar el coeficiente de esta variable junto a los coeficientes de cada una de las interacciones, según lo descrito anteriormente. Para cada grupo de países se hizo entonces una prueba de significancia conjunta, donde se evaluó si el coeficiente del gasto (-2,01) junto con el coeficiente de la interacción respectiva es igual a 0. La idea de esta prueba es ver si el efecto del gasto para cada grupo es distinto de 0.

En el Cuadro 5 se reporta el efecto que tiene el gasto en la tasa de mortalidad para cada grupo de países. Como se puede ver, el gasto en salud sólo afecta la tasa de mortalidad en los países de ingreso bajo y de ingreso medio bajo (este grupo incluye a Colombia). Llama la atención el efecto que tiene el gasto en los países de ingreso bajo, donde la mortalidad disminuye en 2 muertes por cada dólar per cápita invertido en salud. Para los países de ingreso medio bajo, la respuesta es menor aunque significativa.

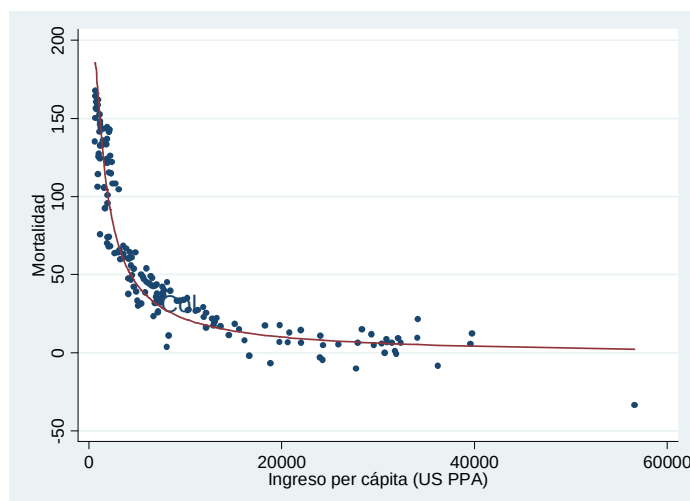
Cuadro 5: Efecto del gasto en la mortalidad

Grupo de país	Efecto
Ingreso bajo	-2,009 ***
Ingreso medio bajo	-0,206 **
Ingreso medio alto	-0,032
Ingreso alto	0,010

Nota: *** Significativo al 1%, ** Significativo al 5%

Fuente: Cálculos de los autores.

En el Gráfico 14 se muestran los resultados obtenidos para la estimación de la tasa de mortalidad con el modelo de la Ecuación 1. Se observa que Colombia se ubica por encima de la línea de regresión, indicando que el país, para su nivel de ingreso, tiene una tasa de mortalidad relativamente alta. Sin embargo, la mortalidad estimada es mayor que la real, lo que señala que Colombia, para el promedio de países, presenta buenos resultados en este indicador.

Gráfico 14: Mortalidad estimada e ingreso per cápita, 2004

Fuente: Cálculos de los autores con base en WDI 2007.

Todo parece indicar entonces que existe una relación negativa entre el gasto y la mortalidad infantil para los países de ingreso medio bajo como Colombia. Sin embargo, la estimación no controla por otras variables importantes como la educación de la madre y el nivel de desigualdad dentro de cada país. Adicionalmente, como lo han reconocido Anand y Ravallion (1993), las estimaciones adolecen de error de medida, en el sentido que las estadísticas de gasto y de mortalidad infantil en algunos casos no son comparables entre países. De otra parte, es importante mencionar, como lo señala Durlauf et al. (2005), que estas estimaciones pueden estar sesgadas al no controlar por la posible heterogeneidad de la variable de interés.

En síntesis, se destaca que Colombia, en términos de las variables evaluadas, se encuentra en el promedio o mejor que los demás países considerados en el análisis. Sin embargo, es claro que aún existe una profunda desigualdad entre la población más rica y la más pobre. Estos resultados contrastan parcialmente con el monto del gasto que se está asignando a la salud, que es el más alto como proporción del PIB (6%) para toda la muestra de países considerados. Sin embargo, cabe notar que la evidencia sugiere que el incremento del gasto se ha visto reflejado en una mejora general de los indicadores de salud.

IV. Antecedentes de la Ley 100¹⁴

En 1993 se aprobó la Ley 100, la cual reformó sustancialmente la seguridad social en Colombia (pensiones, salud y otros aspectos relacionados con la protección social). El sistema de salud colombiano, antes de la Reforma, estaba constituido por tres pilares fundamentales: (i) el sistema de seguridad social, (ii) el sector público, y (iii) el sistema privado (Gaviria et al., 2006). En particular, el sistema de seguridad social estaba compuesto por las Cajas de

¹⁴ Esta sección se basa en los documentos de González (1998), Bloom y Mina (1998), Escobar y Panopoulous (2003) y Gaviria et al. (2006).

Previsión Social (CPS), el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que atendía a los empleados del sector privado, y la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal) que, junto con otras cajas, prestaba el servicio a los empleados públicos. Las Cajas de Compensación Familiar (CCF), entidades privadas financiadas con un impuesto a la nómina, además de prestar servicios de salud, ofrecían (y siguen ofreciendo) algunos servicios adicionales, como recreación y educación, a sus usuarios (trabajadores formales y sus familias). Por otro lado, el sector público estaba conformado por los hospitales y centros de salud encargados de suministrar los servicios a las personas que no pertenecían al sistema de seguridad social o cuyos ingresos eran insuficientes para acceder al sistema privado (situación bastante parecida a la de los vinculados de hoy en día)¹⁵. Esto es lo que se conoce como los subsidios a la oferta. Por último, el sistema privado atendía a la población con ingresos altos y estaba conformado por una red de prestadores y aseguradores, también privados, entre los que se destacan los hospitales, la naciente medicina prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud.

Cada sector se financiaba de forma diferente. En el sector de la seguridad social, el ISS se financiaba con el 7% de los ingresos laborales de cada trabajador (de estas contribuciones, las $\frac{3}{4}$ partes eran asumidas por el empleador). Esta cotización le daba acceso total a los servicios del sistema al afiliado, mientras que al cónyuge y a los hijos menores de 1 año les permitía sólo un acceso parcial. Por su parte, las cajas de previsión se financiaban con el 5% de los ingresos de los trabajadores públicos. Estos recursos, junto con los que aportaba el Estado, eran utilizados para cubrir los costos de los servicios de salud y de pensiones. Con este sistema, el trabajador público tenía acceso a un servicio de salud completo, mientras que el acceso de su familia variaba según el tipo y la cantidad de los servicios. De hecho, en algunos casos, el trabajador debía hacer aportes adicionales para obtener un determinado nivel de cubrimiento para su familia. Cabe notar que la calidad del servicio variaba significativamente entre las cajas públicas.

El sector público, constituido por una red de hospitales públicos clasificados por nivel de complejidad (de I a IV), dependía financieramente de los departamentos y del Ministerio de Salud. La principal fuente de recursos provenía del Situado Fiscal, creado en 1968, el cual correspondía a la participación que tenían los departamentos en el recaudo de impuestos nacionales y que se “situaba” allí para que ellos financiaran ciertos gastos en salud y educación. Para la asignación de estos recursos se utilizaban criterios de población y pobreza, los cuales estaban influenciados por el nivel histórico del gasto de cada hospital o clínica. Otras fuentes de menor importancia comprendían a las rentas cedidas, los impuestos por concepto de licores, tabaco y juegos de azar (cuyo recaudo y administración de recursos eran delegadas a cada departamento) y los recursos que algunos municipios asignaban de su propio presupuesto, cuando los tenían.

¹⁵ A este servicio acudía el 65% de la población, según un estudio de la Universidad de Harvard del año 1996 (*Report on Colombian Health and Proposals for an Implementation Plan*), contratado por el Ministerio de Salud.

a. Problemas del sistema antes de la Reforma¹⁶

Surgieron varios problemas en el funcionamiento del arreglo institucional descrito anteriormente. Para empezar, el sistema enfrentaba bajas tasas de cobertura. Como se observa en el Cuadro 6, en el año 1990, sólo el 31% de la población colombiana tenía acceso a la seguridad social, del cual un 71% pertenecía o era beneficiario del ISS.

Cuadro 6: Cobertura de la seguridad social, 1990

Modo de afiliación	Población cubierta	% de la población total
Afiliados al ISS	2.724.340	8,3%
Afiliados a la Caja Nacional de Previsión	228.074	0,7%
Afiliados a otras entidades de Seguridad Social	523.646	1,6%
Beneficiarios ISS	4.704.274	14,3%
Beneficiarios otras entidades de Seguridad Social	2.181.238	6,6%
Total	10.361.572	31,4%

Fuente: Zuleta (1991).

Para atender al 70% de la población no cubierta existía, como se dijo anteriormente, el aseguramiento a través del sector público, que se financiaba principalmente con recursos de la Nación. Estos recursos se dirigían a los departamentos para que los Servicios Seccionales de Salud los administraran¹⁷. Estos servicios seccionales albergaban una multiplicidad de funciones, pues administraban los recursos financieros, nombraban el recurso humano de salud y vigilaban y controlaban los indicadores de salud pública, así como los recursos físicos y financieros. Esta cantidad de tareas generaba un esquema ineficiente, altamente burocratizado y propenso a la corrupción (Orozco, 2006). Adicionalmente, la red hospitalaria pública era muy ineficiente, principalmente debido a la existencia de convenciones colectivas demasiado generosas, que otorgaban a los empleados de estos hospitales una serie de prebendas con el fin de aumentarles su salario, y a la asignación de una nómina paralela como consecuencia de las necesidades políticas de cada departamento. Esta ineficiencia llevaba a aumentar los recursos destinados al sector salud sin ninguna contraparte en términos de cobertura o calidad del servicio. De acuerdo a Morales (1997), estos recursos a la oferta eran asignados mediante presupuestos históricos que no tenían ningún tipo de relación con la cantidad de pacientes ni con la calidad y volumen de los servicios prestados. Cabe notar que este es un problema típico en los sectores en los cuales el único proveedor es el Estado y que no corresponden a un bien puramente público (otros ejemplos son el sector eléctrico, antes de la Ley 142, o el sistema actual de capacitación).

Además de los problemas de ineficiencia en el gasto y la baja cobertura, el sistema de salud presentaba otros inconvenientes. Por un lado, había un alto nivel de desigualdad. De hecho,

¹⁶ Esta sección se basa en Giedion y Molina (1994), Bitrán y Yip (1998) y Acosta y Giedion (1998).

¹⁷ Los servicios seccionales de salud controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (universitarios) y los de segundo nivel de atención (hospitales regionales), los que a su vez controlaban los hospitales locales, centros y puestos de salud. (Ver Orozco, 2006)

Giedion y Molina (1994) señalan que el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías adelantadas que debían dirigirse a la población pobre, fueron recibidos por el 20% más rico de la población. Así mismo, se presentaban bajos niveles de solidaridad en el sistema. Si bien existían aportes proporcionales al nivel de ingreso de las personas (lo que generaba una redistribución entre ricos y pobres, y enfermos y no enfermos), no existían recursos de solidaridad entre este el sector público y el sector privado para atender a aquellas personas que no estaban aseguradas. Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la asignación de los recursos a los hospitales públicos obedecía a criterios históricos, desincentivando completamente la eficiencia y el manejo adecuado del riesgo y los recursos. En efecto, Acosta y Giedion (1999) identifican dos indicadores que reflejan la ineficiencia del sistema: (i) la existencia de un bajo rendimiento de la hora-médico (1,46 visitas por hora-médico vs 3 en el sector privado), y (ii) la baja tasa ocupacional de los hospitales, que tan sólo alcanzaba el 47% de la capacidad total. Finalmente, el sistema presentaba una baja calidad de los servicios. De hecho, el 40% de las personas no aseguradas, en su gran mayoría pobres, preferían al sector privado para la atención ambulatoria, a pesar de ser la población objetivo del sector público en salud.

b. Propuesta del nuevo sistema¹⁸

Teniendo en cuenta estos problemas, se establecieron una serie de principios para guiar las reformas contenidas en la Ley 100 de 1993. Estos son:

1. **Crear un mercado de aseguramiento, con competencia entre las empresas aseguradoras, para mejorar la calidad del servicio.** Bajo el nuevo sistema, se buscó que todos los colombianos estuvieran afiliados al Sistema de Seguridad Social. De esta forma, desaparecen los sectores público y privado para darle entrada al Régimen Contributivo (RC), para aquellos individuos con capacidad de pago, al Régimen Subsidiado (RS), para la población más pobre y, temporalmente, a los Vinculados (V), quienes son personas que, transitoriamente, no estarían aseguradas pero que con el tiempo se irían afiliando al RC o al RS. Así mismo, bajo el nuevo esquema, cada compañía de aseguramiento recibe un monto fijo de recursos por afiliado, según una única bolsa de procedimientos y medicamentos (Unidad de Pago por Capitación, UPC). Esto, de hecho, excluye la competencia por precio y producto diferenciado, dejando la calidad en la prestación de los servicios como la única forma de competir entre las compañías de aseguramiento.
2. **Crear competencia entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).** Cuando toda la población estuviera en alguno de los dos regímenes, los subsidios del presupuesto, recibidos por los hospitales públicos, se acabarían, evitando así la duplicidad e ineficiencia en el gasto. Una vez eliminados los subsidios a la oferta, todas las IPS estarían obligadas a competir con calidad y precio y, basados en estas variables, las compañías de aseguramiento elegirían cuál IPS contratar para

¹⁸ Esta sección se basa en Bitrán y Yip (1998).

prestar los servicios a sus afiliados. La liberación de recursos se utilizaría para mantener y ampliar la cobertura de aseguramiento, a través del RS.

3. **Regular la competencia.** El esquema planteado por la Ley 100 confía en la competencia para promover la calidad y la eficiencia. Por esta razón, el Gobierno deberá intervenir en el mercado otorgando información para los usuarios del sistema, sancionando tanto la elección de riesgos por parte de los aseguradores (selección adversa) como la formación de carteles y monopolios dentro de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que son las aseguradoras del RC, y las IPS.}
4. **Introducir solidaridad en el financiamiento.** Un principio central de la reforma es la solidaridad, tanto entre ricos y pobres (del RC al RS), como entre personas de diferentes perfiles de riesgo (al interior del RC y el RS). En efecto, los individuos afiliados al RC aportan un punto y medio de cotización para la financiación del RS. Así mismo, existen aportes de los individuos con menor riesgo para financiar a los que tienen un mayor nivel de riesgo.

Los objetivos que se querían cumplir con estos principios eran (i) cobertura total de aseguramiento, (ii) equidad, (iii) calidad y (iv) eficiencia en la prestación de los servicios.

V. La Ley 100 y el nuevo sistema

El SGSSS creado por la Ley 100 buscó, entonces, introducir y afianzar tres principios fundamentales en la prestación de los servicios de salud: (i) la eficiencia, entendida como la mejor utilización de los recursos tanto en términos sociales como económicos de los recursos, (ii) la universalidad, como garantía de la protección en salud para todas las personas (que se traduce, en la práctica, en cobertura plena), y (iii) la solidaridad como mecanismo que permite la transferencia de recursos particulares entre individuos con diferentes niveles de ingreso y/o de riesgo. Para apoyar estos principios, el SGSSS se fundó en dos pilares: el aseguramiento, para alcanzar la cobertura universal, y la competencia regulada, para impulsar los niveles de eficiencia sistema. A continuación se describe en detalle la organización institucional, el funcionamiento y la estructura de financiamiento del SGSSS.

a. Organización institucional

i. Usos

El sistema de salud creado por la Ley 100 se basa en tres usos fundamentales de los recursos: (i) el aseguramiento individual (“demanda”), (ii) los hospitales públicos o atención a los “vinculados” (“oferta”) y (iii) la salud pública (aseguramiento colectivo). En lo que concierne al primer uso, el funcionamiento del SGSSS parte de la diferenciación de la población, según su capacidad de pago, en dos tipos de regímenes: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. El mandato de la ley es que el RS esté conformado por personas con un bajo nivel de ingreso. Para identificar a estas personas el Departamento Nacional de Planeación (DNP)

creó, en 1993, el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN)¹⁹, que clasifica a los individuos según su estándar de vida y permite una selección técnica de los beneficiarios de los programas sociales del Estado. Así, únicamente los individuos pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN (pobres) podrán acceder al RS. Este segmento de la población recibe, sin costo alguno para ellos, un seguro de salud que cubre una gran cantidad (y variedad) de eventos. Por otro lado, al RC acceden aquellas personas con capacidad de pago, que tienen un trabajo formal o que tienen un nivel de SISBEN igual o superior a 3²⁰. En cuanto al cubrimiento de los planes, el RC cubre al núcleo familiar, mientras que el RS confiere beneficios individuales a cada afiliado. Adicionalmente, en 2006 se creó el Régimen de Subsidio Parcial (RSP), con un plan de beneficios más reducido que el de los otros dos regímenes. Este régimen se dirigió a individuos con capacidad de pago limitada (pertenecientes al nivel 3 del SISBEN).

El paquete de beneficios al cual tiene derecho el usuario del sistema está establecido por decreto en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este plan se define en el Artículo 156 de la Ley 100 como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales. Para cada tipo de afiliación se ha establecido un contenido específico. En adelante se denominarán POS, POS-S y POS-P los planes a los que tienen derecho los afiliados al RC, al RS y al RSP, respectivamente. Cabe notar que el contenido del POS es más amplio que el del POS-S, que, a su vez, es más generoso que el del POS-P. Adicionalmente, dentro de la Ley se contempló la permanencia de algunos Regímenes Especiales, como los de ECOPETROL, el Magisterio, Ferrovías, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional y el Banco de la República.

Además del POS, el POS-S y el POS-P existen otros paquetes de servicios complementarios. Estos son los Planes Opcionales de Atención Complementaria (PAC) y los Planes de medicina prepagada, que albergan el mismo o mayor contenido que el POS, pero con mejoras en su calidad y, por tanto, mayores costos. Para acceder a ellos es prerequisite pertenecer al RC y estar afiliado a una EPS.

Para la población “vinculada” (el segundo uso), no cubierta por ninguno de estos regímenes, sin capacidad de pago y que recibe servicios de instituciones que poseen contratos con el Estado, se estableció un período de transición en el cual la totalidad de este grupo debería ser absorbido por el RS o el RC. Aunque la Ley 100 establecía el año 2001 como el límite para alcanzar la cobertura universal, este objetivo aún no se ha cumplido.

Existe también una prestación de servicios de salud adicional en cada municipio llamada el Plan de Atención Básica (PAB)²¹. El PAB recoge el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción, prevención y vigilancia de la salud pública, y el control de

¹⁹ El SISBEN es un índice que toma valores entre 0 a 100, donde 0 corresponde a la población más pobre. Este índice se divide en seis niveles, de 1 a 6, para agrupar a los individuos según niveles de ingresos.

²⁰ Específicamente, las personas con un contrato laboral, los servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago.

²¹ Según el Decreto 3039 de 2007, cada cuatro años el Gobierno Nacional define el Plan Nacional de Salud Pública, donde están las Acciones Colectivas de Prevención y Promoción de la Salud (PAB actual).

factores de riesgo dirigidos a la colectividad²². El PAB está compuesto por 5 elementos: (i) promoción de la salud sexual y reproductiva, (ii) promoción de la enfermedad (vacunación), (iii) vigilancia en salud pública (vigilancia a la mortalidad evitable), (iv) gestión en salud ambiental (tratamiento y disposición de residuos líquidos y sólidos), y (v) gestión (planes para administrar de manera eficiente los recursos). El responsable de ejecutar las acciones de este plan es el alcalde de cada municipio, aunque muchos de los recursos provienen de la Nación. El PAB (junto con otras acciones) constituye lo que se conoce como la “salud pública” (el tercer uso).

ii. Administración y prestación de los servicios

La Ley 100 de 1993 delega a tres entidades la administración y prestación de los servicios de salud dentro del SGSSS: (i) EPS, (ii) Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)²³, e (iii) IPS. Estos servicios giran alrededor del contenido del POS para cada uno de los regímenes. Las EPS y las ARS se comportan, básicamente, como compañías aseguradoras (administran los riesgos y el dinero que remunera este servicio), mientras que las IPS son las que proveen directamente el servicio. A continuación se describe la labor de cada una de las entidades de administración y prestación de los servicios.

Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Son compañías de seguros encargadas de prestar o garantizar directa o indirectamente la prestación del POS a los afiliados al RC. Estas instituciones están además encargadas de promover la afiliación de los grupos no cubiertos y del recaudo de las cotizaciones que se dirigen a las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). El FOSYGA, como se verá más adelante en detalle, es el órgano que administra la financiación del SGSSS, para lo cual administra las cotizaciones de los afiliados a las EPS, garantiza la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos, así como la solidaridad del sistema, entre otras. Las EPS reciben posteriormente (por parte del FOSYGA) un pago per cápita o UPC por afiliado. Este se establece con base en el perfil epidemiológico de la población, de los riesgos cubiertos (el POS) y de los costos en la prestación de servicios, según el tipo de afiliado (por sexo y edad). Finalmente, cada contribuyente tiene libertad de escoger su proveedora de servicios (EPS) según sus preferencias, con la posibilidad de cambiarla una vez al año²⁴.

Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, hoy EPS-S)

Estas administradoras (compañías de seguros también) se encargan, además de prestarle servicios a los afiliados al RS, de atender los requerimientos del RSP. De la misma forma que en el RC, los beneficiarios del RS tienen derecho a elegir libremente la aseguradora según sus preferencias.

²² Tomado del Ministerio de Salud, Resolución 4288, Art. 3 de 1999.

²³ Llamadas EPS-S a partir de la Ley 1122 de 2007.

²⁴ Esta opción cambió en 2000 a 18 meses, en 2002 a 24 meses y recientemente, con la Ley 1122, retornó nuevamente a un año.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Las EPS y las ARS contratan los servicios ofrecidos por las IPS, i. e. los hospitales o centros de salud de carácter público, privado, mixto, comunitario o solidario. Estas entidades están encargadas de ofrecer el contenido del paquete de servicios básicos, en términos de medicamentos y procedimientos al que acceden los afiliados del SGSSS (POS), y de ofrecer servicios a los vinculados, que no cuentan con ningún tipo de cobertura (o que tienen un subsidio parcial). Las IPS pueden ser de diferentes niveles (del I al IV), dependiendo de la complejidad de los servicios que ofrecen (donde los niveles III y IV corresponden a enfermedades bastante complejas o de “alto costo”).

iii. Agente de intermediación: FOSYGA

El FOSYGA hace la intermediación entre la oferta y la demanda de servicios del sector salud. Este fondo es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social (MPS) que maneja los recursos del SGSSS para garantizar la compensación entre los afiliados al RC, de distintos ingresos y riesgos, y recolectar los aportes de solidaridad provenientes del RC y dirigidos al RS. Es decir, el FOSYGA, dentro de este esquema, actúa como el “ajustador” de todo el sistema. Dado que cada beneficiario del RC aporta un monto diferente para financiar su seguro (aunque es el mismo porcentaje sobre el salario, el monto es diferente para cada individuo), el FOSYGA recauda todos los aportes y compensa a las EPS y a las ARS por beneficiarios con diferentes perfiles salariales y/o de riesgo. Esta actividad se lleva a cabo mediante la “Cuenta de Compensación” y la “Cuenta de Solidaridad”, y las EPS y ARS reciben una UPC por cada afiliado. Ésta corresponde al valor de los tratamientos de los eventos incluidos en el POS o en el POS-S, ponderados por su probabilidad de ocurrencia (hoy corresponde aproximadamente a \$500.000 y \$300.000 para el RC y RS, respectivamente).

El FOSYGA administra los recursos por medio de subcuentas, donde se concentran los diferentes recursos con destinación específica. La primera de estas es la de compensación interna del RC, donde se recaudan las contribuciones de sus afiliados. Estos dineros son recolectados por las EPS y transferidos a esta subcuenta, para luego ser devueltos según la cantidad de afiliados y su perfil de riesgo. Cada afiliado representa una UPC que hay que reconocer. La subcuenta de solidaridad del RS, por su parte, maneja los fondos de financiamiento de este régimen. En ésta se depositan los aportes de solidaridad del RC (un punto y medio de cotización adicional de los afiliados), de las Cajas de Compensación, recursos anteriores de la subcuenta, impuestos de remesas petroleras y del Presupuesto General de la Nación (PGN). Allí se concentran los recursos para transferir a los municipios para que estos paguen a las ARS lo correspondiente a la UPC-S de sus afiliados. La tercera subcuenta es la de promoción de la salud, donde llegan recursos del RC, de las entidades territoriales y del PGN que se destinan a actividades de salud pública en prevención, educación y vacunación. Por último, la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) unifica los fondos para cubrir eventos terroristas, catástrofes de origen natural y accidentes de tránsito. Los recursos de esta cuenta provienen de entidades aseguradoras

autorizadas para ofrecer el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), de recursos de la Nación y de donaciones.

iv. Descentralización

A partir de la Constitución de 1991 y las regulaciones establecidas en la Ley 715 de 2001 (que reformó la Ley 60 de 1993), el servicio de salud se presta de manera descentralizada. Para esto, la Ley 715 establece las competencias territoriales de la siguiente manera: la Nación es la encargada de diseñar políticas y algunas regulaciones (“dirección del sistema”), al mismo tiempo que participa en la financiación directa de varios de los servicios en los tres usos fundamentales del sector salud. Los departamentos manejan los subsidios a la oferta (es decir, la atención a los vinculados), administrando las redes de hospitales de II, III y IV nivel. Finalmente, los municipios administran el RS (escogen los beneficiarios, manejan el SISBEN, celebran contratos con las ARS y aportan recursos para este fin). Ellos también administran los hospitales y centros de salud del nivel I. Finalmente, los tres niveles de gobierno tienen competencias relacionadas con la salud pública. Esta distribución de competencias hace que el sistema y su esquema financiero sean bastante complicados, dificultando el seguimiento y la rendición de cuentas.

v. Agentes de regulación

El Artículo 153 de la Ley 100 encargó la regulación, vigilancia y direccionamiento del SGSSS a tres agentes: (i) el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), máxima autoridad de dirección del sistema, responsable de actualizar y diseñar el contenido del POS y de fijar el valor de la UPC, entre otras funciones; (ii) el Ministerio de la Protección Social (MPS), encargado de la formulación de las políticas del sector, estrategias del sistema, diseño de planes, programas, normas y regulaciones en pro de la calidad y la gestión eficiente del sistema²⁵; y (iii) la Superintendencia Nacional de Salud, encargada de vigilar, inspeccionar y controlar a los diferentes agentes del sistema. Debe aclararse que la Superintendencia de Sociedades también juega un papel en las sociedades mercantiles del sistema de salud (i. e. hospitales y EPS). Sus funciones se dirigen a desarrollar políticas de promoción de la competencia, al igual que en otros sectores de la economía.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)

Las funciones del CNSSS están estipuladas en el Artículo 172 de la Ley 100. El Consejo es el máximo organismo de dirección y regulación del sistema. La Ley encarga al CNSSS de establecer el POS de ambos regímenes, definir el valor de la UPC, establecer los criterios de selección de los individuos que hacen parte del RS (criterios de priorización) y definir el pago que deben hacer las EPS por incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad. Adicionalmente, se encarga al CNSSS de reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad

²⁵ En concreto la Ley otorga estas funciones al Ministerio de Trabajo y al de Salud, los cuáles se fusionaron en el Ministerio de la Protección Social por medio de la Ley 790 de 2002 y el Decreto 205 de 2003.

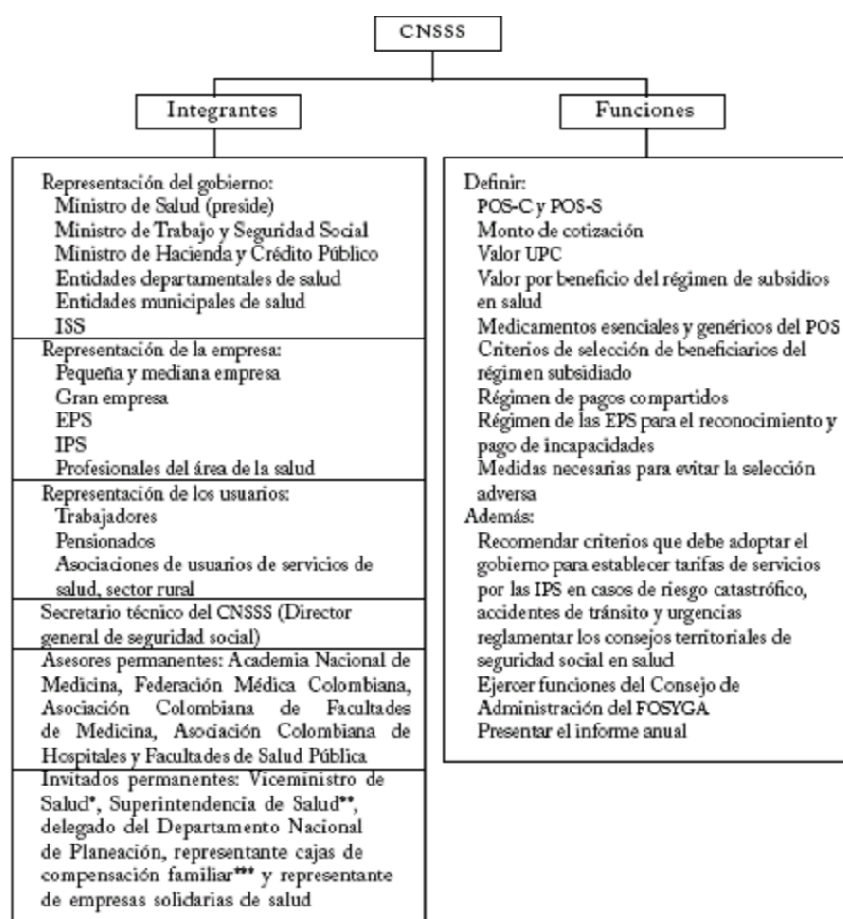
Social en Salud, ejercer las funciones del Consejo de Administración del FOSYGA, de presentar ante las Comisiones Séptimas del Senado y la Cámara un informe anual sobre la evolución del SGSSS, y de diseñar medidas para solucionar los principales problemas del sistema (selección adversa, riesgo moral, demanda inducida por la oferta y la tendencia monopólica, entre otros).

El CNSSS tiene 14 miembros que representan a cada uno de los sectores que intervienen en el sistema de salud (el gobierno, las empresas, los profesionales del sector, los usuarios y empleados). En representación del gobierno asisten el Ministro de Hacienda y Crédito Público, un representante del ISS, las entidades departamentales y municipales de salud y el Ministro de la Protección Social (quién lo preside). Así mismo, atendiendo la estructura ministerial que existía antes de la Ley 790 de 2002, que fusionó los ministerios de Salud y Trabajo en el de la Protección Social, sigue asistiendo un delegado del Viceministerio de Trabajo para mantener los 14 miembros. Los ocho miembros restantes son elegidos por el Gobierno a partir de una terna enviada por las empresas (Pymes y Gran Empresa), las EPS, las IPS, los profesionales de la salud, los trabajadores, pensionados y usuarios del sector rural²⁶. Además de los 14 miembros, participa un grupo de asistentes e invitados sin voz ni voto²⁷, que pueden ser invitados de manera permanente u ocasional. El Gráfico 15 resume las funciones y describe los miembros del CNSSS. De esta descripción se desprende claramente el hecho de que, más que organismo de regulación, la composición del Consejo indica que se trata de un organismo de concertación entre diferentes agentes que tienen intereses particulares en el sector. Esto ha sido evidente en el funcionamiento del CNSSS y en sus disposiciones que, más que regulaciones, son generalmente, acuerdos de concertación.

²⁶ Cada consejero es elegido por un período de dos años. Si al término de este período no se inscriben nuevos candidatos o no manifiestan su voluntad de retiro, el Consejero continúa por otro período.

²⁷ Desde 1994 el Superintendente Nacional de Salud es un invitado permanente. Así mismo, desde 1996 se convoca de manera permanente al Viceministro de Salud y a un delegado del Departamento Nacional de Planeación. Desde 1998 se invita también a un delegado de las Cajas de Compensación Familiar y a un representante de las Empresas Solidarias de Salud.

Gráfico 15: Conformación y funciones del CNSSS



*El Ministro de Salud y el Ministro de Trabajo y Seguridad Social fueron reemplazados por el Ministro de la Protección Social y un delegado del MNP de la división de trabajo.

Fuente: Grupo Especial de Salud (GES). Observatorio de Seguridad Social N.3.

Ministerio de la Protección Social

El MPS es el encargado de orientar y regular el SGSSS. Así mismo, el Ministerio debe (i) formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para el SGSSS, (ii) dictar las normas que regulan la calidad y el control de factores de riesgo (que son obligatorias para las EPS e IPS), (iii) formular y aplicar criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las EPS y las IPS, y (iv) elaborar estudios y propuestas necesarios para que el CNSSS desarrolle sus funciones adecuadamente.

Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al MPS, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. La entidad se encarga de supervisar el cumplimiento de la reglamentación por parte de las entidades de salud. Para hacerlo, la Superintendencia tiene potestad para imponer a las instituciones, previa solicitud

de explicaciones, multas y emitir órdenes inmediatas para que se suspendan prácticas ilegales o no autorizadas y se adopten las medidas correctivas y de saneamiento correspondientes. Así mismo, la Superintendencia es la encargada de resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencia u otros reclamos en el sector salud. El funcionamiento del sector salud en Colombia se describe en el Gráfico 16.

Gráfico 16: Funcionamiento del SGSSS bajo Ley 100 de 1993



Fuente: Elaborado con base en Oviedo (2007) y Chicaíza (2002).

b. Aspectos Financieros

Como se explicó anteriormente, el SGSSS destina los recursos a tres usos principales: (i) los de la demanda, correspondientes a los aseguramientos, tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado (completo y parcial); (ii) los de oferta, i. e. todos los recursos que van directamente a financiar a las IPS; y (iii) los de salud pública. Para financiar estos usos existen, también, tres fuentes principales: (i) los aportes que realizan los beneficiarios del RC, (ii) los impuestos generales, y (iii) otras rentas territoriales, como las “rentas cedidas” y los recursos propios de los departamentos y municipios.

La primera de estas fuentes corresponde a un impuesto a la nómina (12,5% del salario del trabajador, con un tope de ingreso base de cotización, IBC, de 20 salarios mínimos mensuales legales vigentes, *SMMLV*)²⁸. Los trabajadores independientes (cuenta propia) aportan sobre el 40% de su IBC. Estos fondos son recaudados por las EPS y transferidos al FOSYGA, donde son destinados a sus respectivos usos: 1,5 puntos porcentuales de los aportes se destinan a la

²⁸ La cotización era 12% hasta la reforma de 2007 (Ley 1122), que introdujo medio punto más de cotización.

subcuenta de solidaridad del RS, otro porcentaje (definido cada año) se dirige a la cuenta de salud pública (para campañas de educación, prevención y vacunación) y el resto de las cotizaciones se destinan a la cuenta de compensación del RC, descontando lo que se usa para administración por parte de las EPS. Los recursos que son destinados a financiar al RS van acompañados por aportes del PGN, ya sea como *pari passu* o como aportes autónomos del Gobierno Nacional²⁹.

Esta última, entonces, constituye la fuente de impuestos generales, la segunda mencionada arriba. La mayor parte de los recursos provenientes de esta fuente se gira a las regiones a través del Sistema General de Participaciones (SGP) del cual, según la Ley 715 de 2001, 24,5% debe ser destinado a salud. Los recursos provenientes del SGP son transferidos directamente al RS (en forma de subsidio a la demanda), a las IPS y a la salud pública, de acuerdo a las competencias de cada ente territorial. Por otro lado, se tienen también los aportes autónomos del Gobierno Nacional. Estos se destinan a aumentar el cubrimiento del RS a través de la cuenta de solidaridad del FOSYGA y a pagar a las IPS por la prestación de servicios a los vinculados. Así mismo, algunos de estos recursos son transferidos a la cuenta ECAT del FOSYGA para fortalecer la red de urgencias de los hospitales públicos (a discreción del Gobierno Nacional). Aunque este es un aporte dirigido directamente a la oferta, el Gobierno Central destina también recursos a la demanda provenientes del impuesto de remesas a empresas petroleras de las zonas de Cusiana y Cupiagua y de los rendimientos de las empresas públicas. Del mismo modo, para financiar la salud pública, el Ministerio de la Protección Social posee rubros de su presupuesto destinados a este tipo de programas.

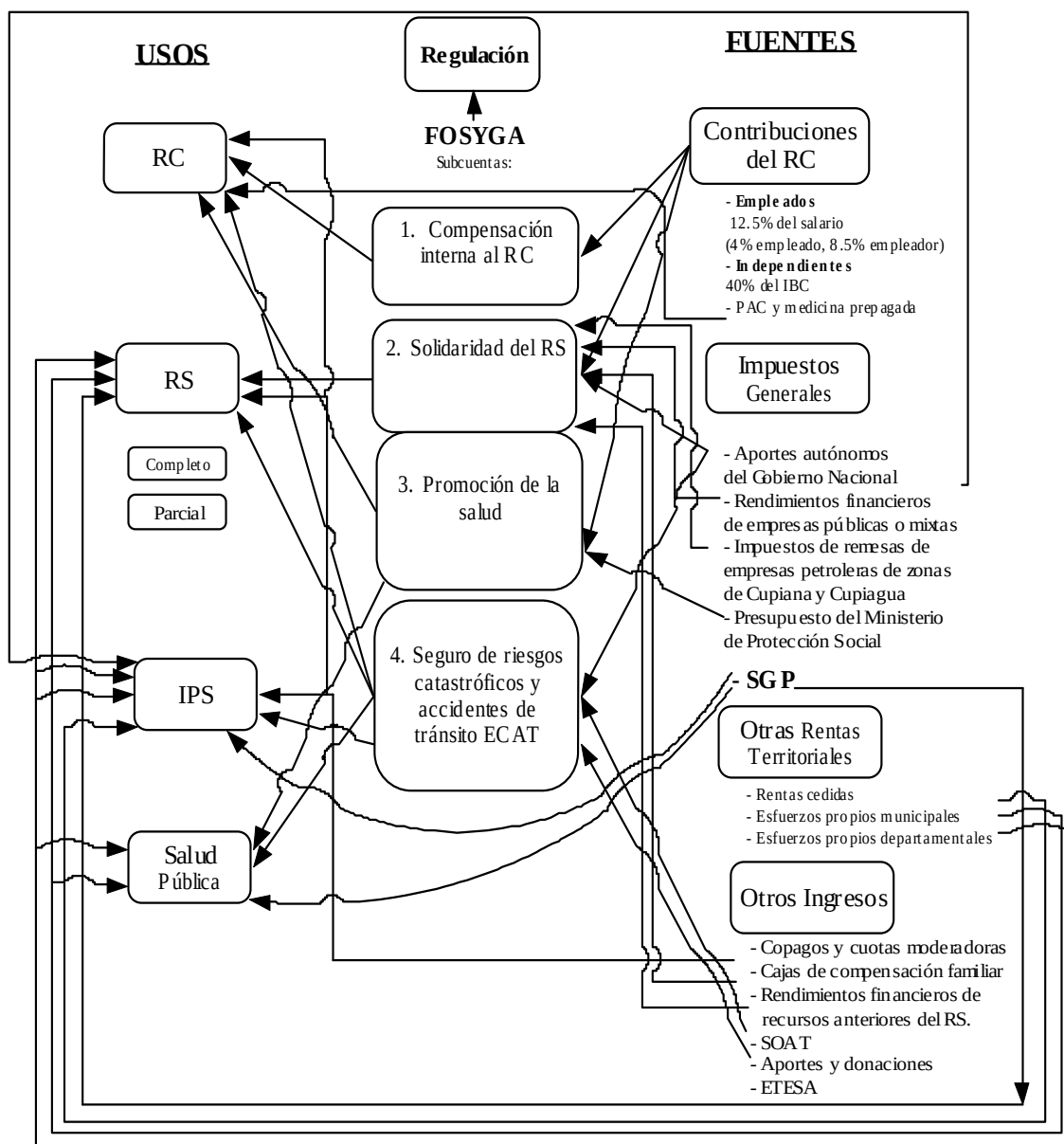
La tercera gran fuente de financiación del SGSSS proviene de las otras rentas territoriales. Uno de sus componentes principales son las rentas cedidas: impuestos a la venta de licores, tabaco, loterías y las utilidades de sorteos y apuestas. Otro son los recursos propios de los municipios y departamentos, que financian algunos usos del sistema de acuerdo a las competencias de cada ente territorial.

Por otro lado, cabe resaltar que, además de las tres principales fuentes de financiación mencionadas (i. e. aportes, impuestos y rentas territoriales), existen otras que se emplean para suministrar los subsidios a la demanda a través del RS y para atender a víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos y atentados terroristas. Para financiar los subsidios a la demanda se utilizan los recursos que aportan las Cajas de Compensación y los rendimientos de los recursos de años anteriores. Para atender los otros eventos (accidentes, eventos catastróficos y atentados terroristas) se utilizan los recursos de los impuestos a los vehículos (Seguro Obligatorio) entregados a la subcuenta ECAT del FOSYGA. Adicionalmente, se utilizan donaciones de personas naturales o jurídicas. Otra fuente de recursos son las cuotas moderadoras y los copagos (desembolsos de los usuarios realizados al momento de solicitar un servicio) cuyo fin es racionalizar la utilización de los servicios y recaudar más fondos para financiar el sistema. Estos pagos equivalen a una proporción del costo del servicio

²⁹ La ley 100 establecía que el Gobierno Nacional debía alimentar el FOSYGA con una contribución de hasta el monto que se recaudaba con el punto de solidaridad (este es el *pari-passu*). Esta contribución ha variado mucho de año a año y durante el período de recesión fue de cero en la mayoría de los años.

prestado, dependiendo del tipo de atención demandada por las personas. Finalmente, están los pagos adicionales (de carácter voluntario) que hacen los afiliados y las empresas por la adquisición de los servicios del PAC o de medicina prepagada (servicios complementarios al POS). Estos pagos van a financiar parte de los gastos operacionales de las EPS y de las entidades de medicina prepagada. En términos generales, el funcionamiento financiero del sector salud en Colombia se presenta en el Gráfico 17, cuya principal característica es la excesiva complejidad, lo cual refleja acertadamente la realidad del sector.

Gráfico 17: Funcionamiento financiero del SGSSS



Fuentes: Barón (2007), Escobar y Panopoulous (2003), Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 715 de 2001, Departamento Nacional de Planeación (DNP) y Ministerio de la Protección Social. Elaboración de los autores.

En síntesis, el RC se financia directamente con sus aportes, mientras que los afiliados al RS únicamente pagan los copagos y cuotas moderadoras a la hora de recibir el servicio. Sin embargo, el RS cuenta con diferentes fuentes de financiación. En cuanto a las IPS, estas reciben fondos de la Nación, de las entidades territoriales, de las EPS y las EPS-S (ARS), como pago de los servicios prestados a sus beneficiarios, y de la cuenta ECAT del FOSYGA. Para el caso de la salud pública, los recursos provienen del RC, del PGN, del SGP y de la cuenta ECAT del FOSYGA. En el Cuadro 7 se muestra tanto la distribución de los recursos por fuentes y usos, como su evolución durante el período 2002-2006.

Cuadro 7: Financiamiento del sector salud: fuentes y usos

CONCEPTO	2002	2003	2004	2005	2006
1. REGIMEN SUBSIDIADO	3,290,405	3,421,846	3,435,765	3,595,084	4,193,756
1.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	2,054,510	1,996,657	1,984,834	2,007,056	2,041,512
1.2 FOSYGA - SOLIDARIDAD (SOLIDARIDAD Y PGN)	1,181,686	1,335,895	1,199,692	1,358,192	1,546,895
1.3 ESFUERZO PROPIO MUNICIPAL***	54,211	8,929	218,166	194,437	543,118
1.4 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS***	-	-	33,073	35,399	62,232
2. SALUD PUBLICA	83,701	1,081,315	1,006,086	1,018,785	1,309,138
2.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	494,892	462,407	442,212	430,350	417,622
2.2 FOSYGA SUBCUENTA PROMOCIÓN	204,926	309,240	286,305	27,121	26,808
2.3 PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN	8,423	97,351	116,358	121,396	135,769
2.4 ESFUERZO PROPIO MUNICIPAL***	52,961	208,220	145,077	144,588	450,167
2.5 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS***	-	4,098	16,135	51,243	37,504
3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN NO AFILIADA	2,140,872	1,883,836	2,093,776	2,203,852	2,134,588
3.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	1,859,728	1,737,650	1,661,762	1,617,187	1,569,327
3.2 PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN DE RED PÚBLICAS (PGN)	806	58,002	96,424	79	72,569
3.3 ESFUERZO PROPIO MUNICIPAL***	200,512	84,544	226,454	390,277	366,683
3.4 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS***	-	3,638	109,136	117,409	126,009
4. OTRAS	3,295,383	9,187,372	9,123,614	8,697,039	9,179,893
4.1 FOSYGA COMPENSACIÓN	1,847,856	7,969,436	7,712,087	7,579,168	8,122,794
4.2 FOSYGA ECAT	322,198	148,376	380,887	110,134	79,633
4.3 ETESA	-	78,409	90,693	112,713	109,328
4.4 RENTAS CEDIDAS	1,125,331	947,223	884,640	852,749	827,134
4.5 ESFUERZO PROPIO DEPARTAMENTAL SIN RENTAS CEDIDAS	-	43,928	55,308	42,275	41,005
TOTAL	9,563,677	15,574,369	15,659,242	15,514,762	16,817,374

Nota: Cifras en millones de pesos colombianos de 2007 *** Los valores de esfuerzo propio municipal y departamental incluyen los ingresos corrientes de libre destinación, recursos de crédito, regalías directas y propósito general.

Fuente: DNP.

En este cuadro se observan tres cosas importantes. Primero, los recursos públicos destinados al sector son considerables. El gasto total representa casi 6% del PIB, mientras que el destinado a subsidios alcanza casi 3%. Segundo, el PGN (i. e. la fuente de impuestos generales) financia un porcentaje importante de todos los usos del sector. De hecho, esta proporción

fluctúa alrededor del 60% de los recursos destinados a subsidios. Estos dos hechos en conjunto, entre otras cosas, ilustran un punto fundamental: la vulnerabilidad de las finanzas públicas con respecto al sector salud es bastante elevada. Es decir, las decisiones sobre cobertura, calidad, financiamiento y uso (eficiente o no) de los recursos en el sector salud, fuera de afectar directamente la calidad de vida de los colombianos más pobres, impactan la estabilidad macroeconómica del país. El tercer aspecto importante que se desprende del cuadro es el crecimiento de los recursos destinados a financiar los servicios de los individuos vinculados o los subsidios a la oferta (renglón 3). Este es un tema importante ya que se puede interpretar como un desarrollo que va en contra del objetivo fundamental del SGSSS (lograr cobertura total en aseguramiento), además de duplicar el uso de recursos en fines similares.

VI. Evaluación al SGSSS: logros, resultados y retos

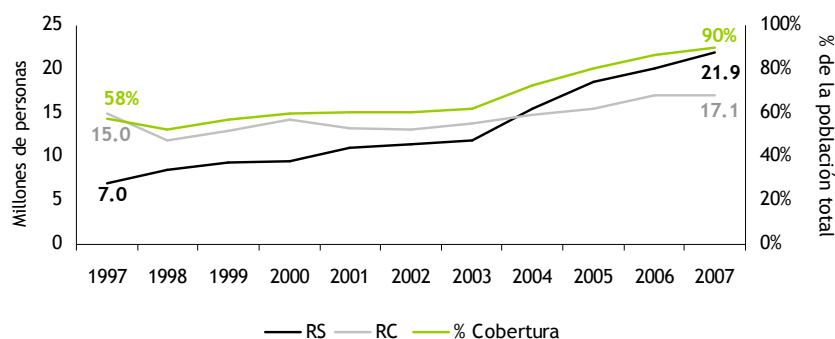
A pesar de los innegables progresos en materia de cobertura y focalización de los servicios de salud, y de alguna evidencia positiva en materia de impacto sobre indicadores de resultado relacionados con salud, se ha hecho evidente que el SGSSS enfrenta serios retos. Esto es preocupante ya que si no se analizan en detalle y no se toman acciones para solucionar los problemas que de ellos se derivan, el sistema de salud se verá abocado a dificultades que afectarán la sostenibilidad y el aumento de la cobertura, la equidad en la afiliación, la calidad del servicio (especialmente el que reciben los más pobres) y la sostenibilidad financiera del sistema hacia el futuro. Esto, en últimas, terminará afectando la estabilidad macroeconómica del país. A continuación se reseñan tanto los logros como los retos o problemas del SGSSS, para así establecer los principales temas de análisis que se cubrirán en los siguientes capítulos.

a. Logros

Esta sección describe los aspectos positivos de la Reforma. Se destacan en particular el aumento en cobertura, la mejora en el acceso a los servicios de salud y el impacto sobre algunas variables objetivas y subjetivas de salud.

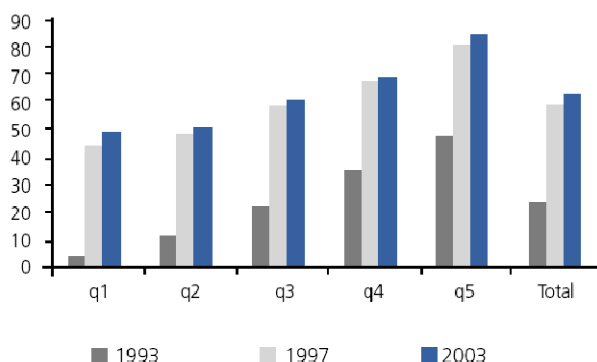
Aumento en cobertura

El número de afiliados al RS se multiplicó por tres entre 1997 y 2007 (de 7 a 22 millones), alcanzando una cobertura de 150% entre la población con una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI) y cerca al 90% entre la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN (Gráfico 18). Esta cobertura triplica en términos porcentuales la cobertura existente en 1990.

Gráfico 18: Número de personas afiliadas al SGSSS y cobertura (%), 1997-2007

Fuente: DNP, MPS y SIGOB.

Adicionalmente, el aumento en cobertura ha contribuido a cerrar la brecha de acceso entre ricos y pobres: mientras que en 1993 el 24% de la población tenía acceso a un seguro de salud, del cual aproximadamente el 90% pertenecía a los quintiles 3 y superior, en 2003 ese porcentaje era de 85%, del cual alrededor de la mitad pertenecían a los quintiles 1 y 2 (Gráfico 19).

Gráfico 19: Afiliados como porcentaje de la población total, 1993; 1997; 2003

Fuente: Lasso (2006).

Mejoras en la salud de la población

Algunos estudios han evaluado el efecto del RS sobre la población afiliada usando variables de acceso a los servicios y medidas objetivas y subjetivas de salud. El primero de estos estudios fue realizado por Panopoulous y Vélez (2001), utilizando la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 1997. Los autores encontraron que estar afiliado al RS no necesariamente tiene un efecto sobre el uso de los servicios del sistema (hospitalizaciones y consultas médicas). Por el contrario, Trujillo et al. (2005), también con la ECV de 1997, encontraron que las personas afiliadas hacen un mayor uso de los servicios del sistema. En particular, se argumenta que la afiliación al RS aumenta el uso de consultas ambulatorias para niños menores de 4 años; la hospitalización entre los 5 y los 15 años de edad; y las consultas preventivas entre los 60 y los 95 años de edad.

Gaviria et al. (2006), con datos más recientes (ECV de 2003), evalúan el impacto de la afiliación al RS no solo en variables de uso como las consultas médicas, los controles de prevención y la hospitalización en los últimos 30 días, sino también en la percepción subjetiva del individuo sobre su estado de salud y en el número de días que se dejó de realizar la actividad diaria debido a una enfermedad. Se encontró que estar afiliado al RS aumenta el número de consultas preventivas y disminuye el número de hospitalizaciones. Adicionalmente, esta variable tiene un efecto positivo sobre la valoración subjetiva de salud. Sin embargo, no se encontró ningún impacto sobre el consumo de otros bienes.

Por su parte, Gaviria y Palau (2006) evalúan el efecto del RS sobre el peso al nacer de los niños y encuentran que la afiliación ha conducido a un aumento del peso al nacer, en especial en los hogares más pobres. Por otro lado, Téllez (2007) encontró que el RS ha tenido un efecto positivo en algunas variables antropométricas como el peso para la talla, la talla para la edad y el peso al nacer. Así mismo, la afiliación al RS ha disminuido la fecundidad de las madres en los hogares más pobres.

Mejoras en calidad y acceso a los servicios del sistema

Existen algunas políticas del sistema que vale la pena mencionar por su impacto directo en el bienestar de la población:

1. **Aumentos en el contenido del POS:** el CNSSS ha expedido 19 acuerdos desde su creación, donde se han incluido tratamientos y medicamentos para enfermedades de alto costo como el SIDA y la insuficiencia renal crónica en el POS. Por su parte, en el POS-S se incluyó el tratamiento de enfermedades de mediana complejidad. Esto, sin duda, es una mejora en la calidad del sistema y tiene un impacto positivo en el bienestar de las personas (Grupo de Economía de la Salud, GES, 2007).
2. **Desmonte de barreras de acceso para la población pobre:** la Ley 1122 eliminó las cuotas moderadoras y los pagos compartidos para el nivel I del Régimen Subsidiado. El impacto de esta reforma hay que estudiarlo a la luz de la elasticidad precio de la demanda del uso de los servicios de salud. Si la población pobre tiene una respuesta bastante elástica en relación con la población rica, esta política tendría implicaciones de igualdad en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay que analizar con cuidado sus impactos debido al potencial uso excesivo de los servicios (riesgo moral) y a sus implicaciones sobre las finanzas del sistema.
3. **Disminución en el tiempo de cotización:** la Ley 1122 redujo el requisito de mínima cotización para merecer servicios de alto costo. La Ley 100 establecía un mínimo de 1,9 años de cotización, mientras que con la nueva Ley este requisito se estableció en 0,5 años. Esta política tiene dos efectos. El primero de ellos es el

impacto directo que tiene sobre la población afiliada, ya que le facilita la obtención de tratamientos más oportunos. El segundo efecto es el impacto indirecto que tiene esta política sobre la competencia y calidad de las empresas aseguradoras. Dado que el tiempo de permanencia es menor, los usuarios enfrentan una menor restricción para cambiarse de aseguradora (la antigüedad no importa mucho), lo que obliga a cada empresa a competir en calidad por mantener y atraer a sus clientes.

b. Retos y problemas

Impacto negativo sobre el mercado laboral

La entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 incrementó los costos atados a la nómina de manera considerable. De hecho, los costos aumentaron a cerca de 55% del IBC (ver Recuadro 1). Como era de esperarse, esto generó una profunda segmentación del mercado laboral. La segmentación debe entenderse como la coexistencia de dos mercados laborales: uno cuenta propia, que actúa principalmente como receptor del empleo que se deja de generar en el mercado salarial formal, el segundo mercado, por la existencia de excesivos costos salariales, entre otras restricciones.

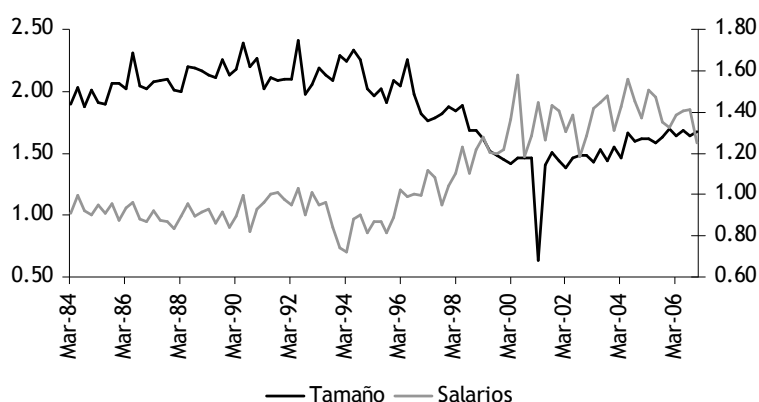
Recuadro 1. Costos no salariales	
En Colombia los costos no salariales atados a la nómina alcanzan aproximadamente 55% del ingreso base de cotización. Estos se encuentran desagregados en:	
Contribución como % del salario	
Pensión	15,5% (16,0% desde enero de 2007)
Régimen Contributivo¹	12,0% (12,5% desde enero de 2007)
Cesantías (seguro al desempleo)	1 mes de salario al año
Vacaciones	½ mes de salario al año
Impuestos Parafiscales	
- SENA	3,0%
- ICBF	2,0%
- Cajas de Compensación Familiar	4,0%
Bonos Obligatorios	4,2%
Pagos por despidos sin justa causa	5,2% (después de la reforma de 2002)
Fuente: Santa María (2005), Ley 1122 de 2007 y Decreto 4982 de 2007.	

Santa María (2005) y Santa María y Rozo (2008) estudian el grado de segmentación laboral mediante la construcción de series de empleo y salarios relativos (asalariados vs cuenta propia). Se plantea que si las series se mueven en la misma dirección, no existe evidencia de segmentación laboral, i. e. los mercados asalariado y cuenta propia actúan como complementos. En el caso contrario, en el cual las series se mueven en dirección contraria, se afirma que existe alguna rigidez en el mercado laboral que no permite que se demande el empleo asalariado ofrecido y, por tanto, muchos individuos se ven obligados a desarrollar

actividades de auto-empleo (o cuenta propia) con un menor salario. En este caso, la decisión de ser cuenta propia obedece a razones de exclusión del mercado laboral y genera efectos nocivos sobre el bienestar, ya que los empleos son de menor calidad (ver Fiess et al., 2006, para el modelo teórico que sustenta este resultado).

Los resultados del Gráfico 20 permiten ver que sólo a partir de 1994 las series empiezan a moverse en direcciones contrarias³⁰, coincidiendo precisamente con la reforma a la seguridad social. Para los años siguientes a 2002, ambos cocientes parecen mantener una débil correlación negativa, que no permite llegar a conclusiones definitivas. En todo caso, es claro que la implementación de la Reforma, junto con la recesión de 1996-2000, condujo a una profunda segmentación del mercado laboral colombiano.

Gráfico 20: Tamaño y salarios relativos del sector asalariado y cuenta propia, 1984-2007



Fuente: Cálculos de los autores con base en las ENH (1984-2000) y ECH (2001-2006).

Al realizar este mismo ejercicio para los diferentes niveles educativos de los trabajadores (primaria, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta y completa), se encuentra que, exceptuando a los individuos que tienen educación terciaria completa, existe una marcada segmentación laboral. De hecho, para los otros niveles de educación, la segmentación inicia en 1994 y se profundiza hasta el año 2000. Se observa además que la segmentación es mayor para los individuos con menores niveles de educación, lo que implica que los más perjudicados con las rigideces del mercado laboral son los individuos más pobres.

Duplicidad del gasto

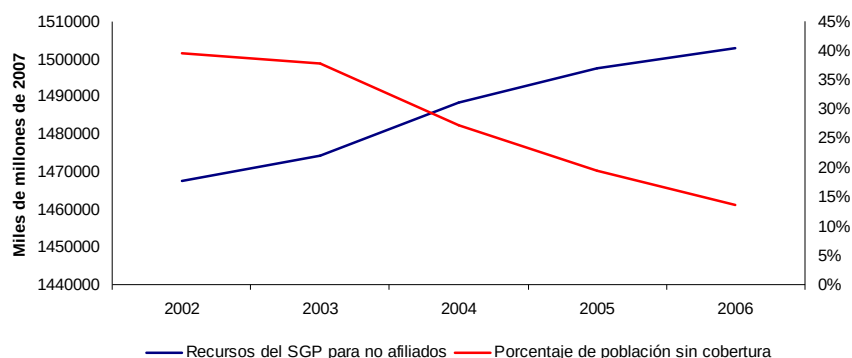
El sistema anterior a la Ley 100 ponía un techo al gasto (que era casi todo de oferta) porque la asignación de los recursos para los hospitales se hacía con base en las asignaciones históricas. En la actualidad, los hospitales siguen recibiendo recursos presupuestales para su funcionamiento, pero también cobran por los servicios que ofrecen (le cobran a las EPS, a las ARS, a los usuarios, a los departamentos y municipios y al FOSYGA).

³⁰ Los cocientes de empleo y salarios relativos se construyen a partir de la información trimestral de la Encuesta Nacional de Hogares (de marzo de 1984 a diciembre de 2000) y de información trimestral de la Encuesta Continua de Hogares (de enero de 2001 a diciembre de 2006).

El subsidio a la oferta se conservó con el fin de atender a la población vinculada mientras se lograba la cobertura universal. Era de esperar, entonces, que los recursos a los hospitales disminuyeran con el tiempo a medida que aumentara la cobertura de aseguramiento. Sin embargo, como lo muestra el Gráfico 21, esto no ocurrió. Por el contrario, el monto real destinado a atender la población vinculada creció, a pesar de que el tamaño de esta población disminuyó significativamente entre 2002 y 2006.

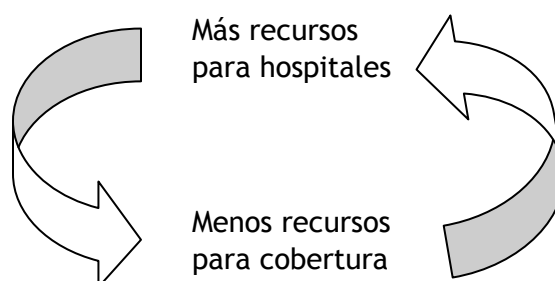
Esta relación lleva a pensar que el presupuesto destinado a hospitales es muy rígido y que responde menos a criterios técnicos que a criterios políticos (a los hospitales no se les puede reducir el presupuesto). Después de la Ley 715 de 2001 esta situación pudo haberse agravado pues se le otorgó la administración de los hospitales a los departamentos. De esta manera, reducir el presupuesto para financiar este uso implicaría debilitar a los departamentos. Este hecho, sin duda, complica aún más el manejo, con criterios técnicos, de las asignaciones presupuestales a los hospitales públicos.

Gráfico 21: Relación entre el presupuesto del SGP destinado a atender a la población vinculada y el porcentaje de población vinculada

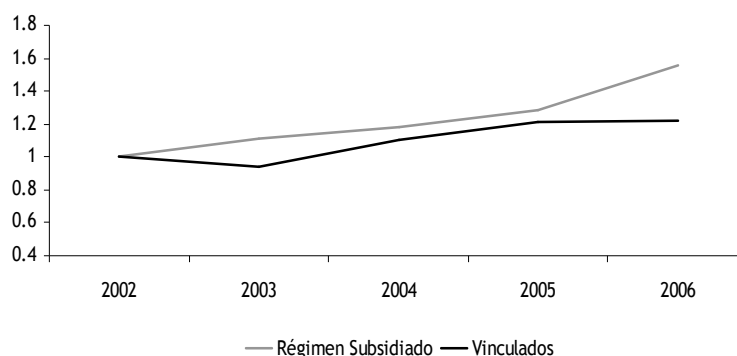


Fuente: DNP y MPS.

Esta dinámica lleva a un círculo vicioso: a medida que se le asigna más dinero a los hospitales públicos, hay menos plata para ampliar cobertura. Con menos plata para ampliar cobertura hay que enviar más plata a los hospitales. Esto lleva no solo a que el proceso de universalización de cobertura se alargue, sino también al desperdicio prolongado de los recursos (Figura 1).

Figura 1: Circulo vicioso entre la cobertura universal y los recursos destinados a hospitales

Por último, en el Gráfico 22 se muestra el índice de crecimiento de los recursos destinados a atender los afiliados al RS y a los vinculados. Llama la atención que el crecimiento de los recursos destinados a atender a los vinculados es creciente, a pesar de que el número de personas vinculadas y pertenecientes al RS se mantuvo casi constante. Este gráfico pone en evidencia el problema señalado en la Figura 1 y, adicionalmente, refleja el problema de la duplicidad del gasto, que atenta directamente contra el propósito mismo de la reforma de 1993 y, lo que es más importante, contra el bienestar de la población pobre y la sanidad de las finanzas públicas.

Gráfico 22: Crecimiento de los recursos destinados a la población vinculada y al RS, 2002-2006

Fuente: DNP y MPS.

Cabe notar que el gobierno colombiano inició en 2003 un proceso de reestructuración de hospitales públicos con el objetivo de volverlos más eficientes. Hasta el momento se han invertido alrededor de 800 mil millones de pesos. Esta gran inversión amerita medir el impacto que han tenido estos recursos en la eficiencia y en las mejoras de atención en las IPS públicas. Por lo pronto, existen estudios que señalan la ineffectividad de los hospitales públicos. Por ejemplo, Nupia y Sánchez (2001) afirman que la mitad de los hospitales públicos del distrito poseen ineffectividades en aspectos técnicos y de asignación, que se explican por la estructura sindical y de contratación y por los subsidios a la oferta. Por otro lado, en el documento CONPES 3204 se realiza un diagnóstico de la situación de los hospitales públicos, en el que se muestra la poca eficiencia de estos hospitales frente a los hospitales privados.

En el Cuadro 8 se muestra que en los hospitales públicos un trabajador promedio recibe 7,7 salarios adicionales al año en relación con un trabajador similar en los hospitales privados. Aunque esta información es vieja, refleja la necesidad de medir la efectividad de todos los recursos públicos que se están destinando a la financiación de los hospitales, especialmente en los relacionados con los procesos de reestructuración.

Cuadro 8: Asignaciones básicas promedio en hospitales públicos y privados, 2000

Públicos		Privados	
Sueldos	12,00	Sueldos	12,00
Prestaciones	7,71	Prestaciones	3,89
Otros-Convencionales	3,11	Otros-Convencionales	0,00
Aportes patronales	3,33	Aportes patronales	2,81
Parafiscales	1,52	Parafiscales	1,30
Total	27,7	Total	20,0

Fuente: CONPES 3204.

Selección adversa

Para que las entidades de aseguramiento puedan financiarse adecuadamente, deben mantener consumidores con diversos tipos de riesgo, de manera que exista un “pool” de consumo de los servicios ofrecidos. Este es un precepto básico sobre el cual se construyó la Reforma y que constituye uno de los postulados principales de la teoría del aseguramiento. No obstante, las EPS y ARS públicas, y un grupo selecto de las privadas, están asumiendo a una gran parte de los pacientes de alto riesgo (aquellos con mayores probabilidades de sufrir eventos de “alto costo”) y por eso están en dificultades financieras que afectan la estabilidad de todo el sistema. Aunque existe alguna evidencia de que en el caso del ISS este problema es real, el diagnóstico aún requiere mucho trabajo. Así, se debe proceder a hacer un estudio más riguroso y un análisis del tipo de medidas regulatorias apropiadas para evitar el problema, si es que efectivamente existe. Un aspecto adicional es la tendencia de las diferentes entidades a realizar prácticas para atraer a los mejores clientes (por ejemplo, la regulación de la capacidad de ofrecer un paquete adicional al paquete básico).

Focalización de los subsidios

Cuando se promulgó la Ley 100 se pensó que el crecimiento de la economía era suficiente para promover un aumento de la afiliación al RC lo que, entre otras cosas, iba a favorecer el financiamiento del RS. Es decir, habría mayores ingresos en la cuenta de solidaridad y menores necesidades en el RS. Esto permitiría el financiamiento de la cobertura total en el RS, además de dejar espacio para mejoras en el POS-S, si se requerían. Sin embargo, como se aprecia en el Gráfico 18, el crecimiento de la población perteneciente al RS fue más rápido que el correspondiente a la población perteneciente al RC, hasta el punto en que hoy hay más población afiliada al RS que al RC (22 vs 16 millones). Si esta situación se analiza a la luz del proceso de segmentación laboral descrito anteriormente, es claro que con el tiempo la sostenibilidad de la cobertura en el RS se va a ver comprometida. Por esta razón, se debe acudir a medidas adicionales, como la que se tomó recientemente con el aumento de la

cotización en el RC (0,5 puntos porcentuales del IBC), destinada precisamente a la cuenta de solidaridad. Esto va a generar más informalidad por la mayor cotización, conduciendo, paradójicamente, a que la mayoría de los trabajadores eviten aumentos sucesivos en la cotización, escapándose del RC. Esta tendencia conducirá, en últimas, a que la mayor parte de la población termine afiliada al RS (hoy ya representan la mitad de la población colombiana), socavando completamente al RC. Este es un círculo vicioso de informalidad, aun más peligroso que el descrito previamente. Todo esto básicamente implica que hay demasiados beneficiarios del RS, lo que puede dar al traste con el éxito de la Reforma.

Por otra parte, los criterios adicionales al SISBEN que usa el CNSSS para priorizar a los individuos vulnerables que deben ser incluidos en el RS no son claros y, por lo tanto, no se sabe qué incentivos están generando y si efectivamente están respondiendo a algún criterio de vulnerabilidad. Así mismo, con relación a los subsidios que se encontraban focalizados por medio del SISBEN, también hay dudas, ya que existe alguna evidencia de que el nuevo SISBEN está sobre estimando a la población pobre (beneficiaria del subsidio)³¹. Este no es un tema menor porque, como se verá en capítulos posteriores, los incentivos que está introduciendo el RS en el mercado laboral no son los más apropiados desde el punto de vista de la segmentación y la informalidad. Así, una sobre estimación de la población beneficiaria puede profundizar el círculo vicioso de mayor informalidad, el cual será muy difícil de eliminar en el futuro.

Otro problema del cual adolece el sistema es la intermediación política que existe en la afiliación. Panopoulous et al. (2001) encuentran que, por ejemplo, la popularidad del alcalde afecta positivamente la probabilidad de afiliación de las personas que pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN.

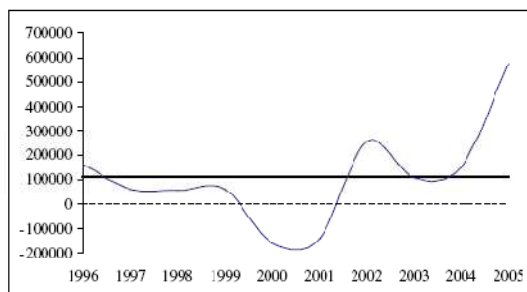
Estabilidad financiera del sistema

El análisis de la sostenibilidad de sistemas basados en seguros de salud, como es el caso del SGSSS, apunta a que en el mediano o en el largo plazo el financiamiento debe realizarse con recursos propios (GES, 2006). Sin embargo, esto no ha sido posible. En efecto, Flórez y Soto (2007) muestran que hubo una tasa de crecimiento real anual promedio del gasto en salud (entre 1993 y 2003) mayor para el RS (18,8%) que para el RC (10%), para lo cual se deben destinar más fondos del PGN. Este problema agrava aún más la situación descrita anteriormente, relacionada con la financiación de la oferta (hospitales públicos) y la duplicidad de gasto. La estabilidad financiera del sistema se encuentra atada también a los ciclos económicos, en particular por el lado de los aportes al RC. Esto se refleja en el Gráfico 23, donde el saldo de compensación que realiza el FOSYGA, a través de la subcuenta de compensación del RC a las EPS, fue negativo para el período más profundo de la crisis y sus años posteriores (1998-2001). Por último, se observa que hay graves problemas de evasión. De

³¹ Peña (2006) muestra que la nueva metodología del SISBEN incrementa el tamaño de la población que se considera pobre. De hecho, el grupo de población perteneciente a los niveles I y II es 2,7 veces más grande con la nueva metodología.

hecho, para el año 2000, un estudio realizado por el Ministerio de Salud muestra que hubo un nivel de evasión equivalente a 2,8% del PIB (Escobar y Panopoulous, 2003).

Gráfico 23: Saldo de compensación en el RC, 1996-2005 (millones de pesos a precios constantes de 2005)



Nota: La línea horizontal continua representa el valor promedio para el periodo (\$113.927 millones de pesos), y la línea discontinua representa el saldo neutro.

Fuente: Informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cálculos GES – CIE U. de A.

Fuente: Grupo de Economía de la Salud - GES (2006). “Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996 - 2005”. Observatorios de la Seguridad Social. Universidad de Antioquia. Medellín.

Problemas institucionales

El flujo de recursos en el sistema de salud es uno de los principales problemas que enfrenta el sector. La complejidad del esquema financiero e institucional implica la existencia de cuellos de botella en el tránsito de los recursos desde que salen del Gobierno (en cualquier nivel) y llegan al beneficiario final. Esto hace además que el seguimiento, la vigilancia, el control y la rendición de cuentas sean poco menos que imposibles. De hecho, la evidencia indica que estos cuellos de botella son especialmente importantes en el RS. Por otro lado, a pesar de que la Ley 100 de 1993 realizó un avance importante con la creación del CNSSS, la experiencia muestra que existen algunos elementos clave que deben ser mejorados, especialmente los relacionados con temas de regulación³². Para empezar, el CNSSS tiene un alto nivel de dependencia en el Ministerio de la Protección Social debido a que sus iniciativas se encuentran atadas a las del Ministerio y a que todo el apoyo administrativo y técnico proviene de esa entidad. En segundo lugar, se encontró que los miembros del Consejo tienen altos niveles de rotación como consecuencia del cambio de ministros y sus colaboradores, lo cual dificulta el establecimiento de una agenda de largo plazo. Además, los miembros del Consejo no cuentan con un sistema de rendición de cuentas, lo cual facilita la entrada de grupos de presión a la toma de decisiones.

³² Algunos de estos elementos son mencionados en los estudios desarrollados por la Universidad de Harvard en 1996, en el trabajo “Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados desarrollados por el Ministerio de Salud en el año 2002 y el estudio “Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud Colombiano” desarrollado por la Universidad de Antioquia en el año 2003.

Cabe notar que los sonados casos de corrupción en el Régimen Subsidiado provienen, por lo general, de las multiafiliaciones al SGSSS, del subsidio a personas fallecidas y del cobro por prestación de servicios a personas a las que no se les prestó, además de la ya mencionada manipulación política de las afiliaciones por parte de las autoridades locales. En el Régimen Contributivo, según la Superintendencia de Salud y la Contraloría General de la República, también se presentan problemas de información que dan lugar a compensaciones por personas inexistentes y dobles afiliaciones entre regímenes. Además de los fraudes en la afiliación, también se presentan casos de facturación inexistente y pérdida de los recursos en algunas entidades territoriales.

Ausencia de regulación financiera

Sin duda, las EPS y las ARS son agentes casi exclusivamente financieros (aseguradores), ya que manejan riesgos a cambio de dinero. En particular, estas entidades facilitan el intercambio entre estados de la naturaleza inciertos (ocurren con cierta probabilidad), implementándolos a través del “pooling” de riesgos actuales en la población. No obstante, no existe un marco bien definido bajo el cual estas entidades sean supervisadas por la Superintendencia Financiera, que sería lo apropiado.

La función de regulación debe complementarse con un sistema de inspección, vigilancia y control eficaz. Así, los aspectos que vigila la Superintendencia de Salud deberán ser objeto de revisión y depuración y podrán ser reasignados a otras entidades especializadas. En particular, el diseño institucional que se planteará en los próximos capítulos debe determinar el papel de la Superintendencia Financiera en la vigilancia de las condiciones financieras de las aseguradoras. De otra parte, los aspectos relacionados con abuso de posición dominante, competencia desleal, integración vertical y fallas y concentración del mercado deben ser supervisados por la Superintendencia de Industria y Comercio. De esta manera, la Superintendencia Nacional de Salud se ocupará fundamentalmente de la protección de los derechos de los usuarios, de garantizar la calidad y el acceso efectivo a los servicios a cargo de las diferentes entidades y las redes de servicios, de evaluar el desempeño de los agentes en los aspectos de su competencia, y de difundir información pública que contribuya a la regulación del mercado.

Integración vertical

Restrepo et al. (2006) analizan el problema de la integración vertical entre las EPS e IPS para las 5 principales áreas metropolitanas y concluyen que cerca del 70% de las EPS presta sus servicios de atención únicamente a través de su red o grupo empresarial. Si bien este estudio adolece de problemas técnicos, da luces sobre lo que puede estar pasando con muchas EPS. Este problema afecta a los usuarios, ya que les restringe el derecho a escoger dónde ser atendidos y además, genera problemas de congestión y de atención. Sin embargo, dada la naturaleza del mercado de salud (en el que el aseguramiento juega un papel esencial) no siempre es deseable que no haya ningún tipo de integración entre los agentes, pues los riesgos son heterogéneos entre la población.

c. La Ley 1122 de 2007 y la CRES

Por causa de los retos mencionados en la sección anterior, el 9 de enero de 2007 fue sancionada la Ley 1122 de 2007, resultado de una serie de proyectos de ley presentados al Congreso de la República desde el año 2004³³. Entre sus disposiciones, esta Ley sustituyó el CNSSS por una Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual modificó sustancialmente el funcionamiento del sistema de regulación y dio algunas funciones adicionales al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud. Para empezar, el MPS fue encargado de establecer mecanismos para evaluar la gestión de todas las entidades del SGSSS por medio de indicadores en salud y resultados en salud y bienestar. Con base a estos resultados, el Ministerio fue encargado también de definir el camino que seguirá cada entidad en la corrección de los problemas identificados y de solicitar la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud para tomar los correctivos pertinentes.

Uno de los cambios más importantes fue la creación de la CRES como una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Con la creación de la CRES, el CNSSS pasó a tener un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la CRES. Por tanto, las nuevas funciones del CNSSS pasaron a ser reglamentadas por el MPS.

La Ley establece que la CRES estará integrada por el Ministro de la Protección Social (presidente), el Ministro de Hacienda y Crédito Público y cinco comisionados expertos designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por entidades como la Asociación Colombiana de Universidades, los Centros de Investigación en Salud, los Centros de Investigación en Economía de la Salud, las Asociaciones de Profesionales de la Salud y las Asociaciones de Usuarios debidamente organizados³⁴. En este sentido, se asemeja mucho a las comisiones de regulación de los servicios públicos domiciliarios que han sido, en su mayoría, experiencias exitosas. Así mismo, dentro de las funciones más importantes de la CRES se incluyen: (i) definir y modificar el POS; (ii) definir y revisar el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios (como mínimo una vez al año); (iii) definir el valor de la UPC de cada régimen; (iv) definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio; (v) definir el criterio para establecer los pagos moderadores; (vi) establecer y actualizar el sistema de tarifas; (vii) presentar ante las Comisiones Séptimas del Senado y la Cámara un informe anual sobre la evolución del SGSSS y las recomendaciones para mejorarlo; y (viii) proponer proyectos de ley o decretos cuando sean requeridos en el ámbito de salud o cuando la Comisión lo considere necesario.

La creación de la CRES implicará una serie de decisiones fundamentales para el futuro del sector salud en Colombia. Estas decisiones impactarán de manera importante la estabilidad de

³³ Para obtener mayores detalles, consultar Oviedo (2007).

³⁴ Los anteriores comisionados ejercerán por períodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

las finanzas públicas y, por lo tanto, la senda de crecimiento en el corto y mediano plazo. Para corroborar esta última afirmación basta observar que el gasto público en el componente subsidiado de salud hoy representa aproximadamente 3 puntos porcentuales del PIB o 10% del gasto público realizado por todas las administraciones públicas (nacional y descentralizada). En ese sentido, este documento ha identificado ciertos aspectos fundamentales a tratar por esta comisión, adicionales a sus funciones de definir el POS y la UPC. Estos son: (i) generar medidas para suavizar el impacto de la regulación del SGSSS sobre el funcionamiento del mercado laboral (i. e. reducir la segmentación); (ii) solucionar los temas referentes a la focalización de los subsidios en salud; (iii) solucionar los temas relacionados con el flujo de la información dentro del SGSSS; (iii) hacer el sistema estable financieramente; y (iv) solucionar los temas institucionales y de duplicidad del gasto que afectan gravemente la estabilidad y sostenibilidad del sistema (i. e. subsidios de oferta y demanda simultáneos).

Los pasos a seguir incluyen: analizar estos puntos (o un sub-conjunto de ellos) desde la perspectiva de la eficiencia económica y analizar la sostenibilidad financiera del SGSSS y el objetivo de brindar servicios de salud de buena calidad a las poblaciones más vulnerables (es decir, desde la equidad) para generar recomendaciones de política y de regulación, con el fin de alimentar el debate técnico y político que se avecina. Este será el propósito de los capítulos siguientes.

VII. Conclusiones

Desde la implementación de la reforma establecida por la Ley 100 de 1993, se ha observado una mejoría en la salud de la población y en el desempeño del sistema. Se ha presentado un aumento importante en cobertura, acompañado de mejoras en indicadores de salud como la esperanza de vida, la disminución de la incidencia de ciertos tipos de enfermedades y la reducción en la mortalidad infantil y de la niñez. Sin embargo, persisten ciertos problemas como la desigualdad por niveles de riqueza, tanto en temas de cobertura y calidad, como en resultados de salud. Estos resultados van de la mano con un alto gasto en salud (como porcentaje del PIB y per cápita), que ha aumentado en los últimos años de manera sustancial. En términos generales, el desempeño del SGSSS se encuentra en los estándares promedio de Latinoamérica.

Por otro lado, el sistema sigue presentando algunos problemas institucionales. En primer lugar, se encuentran inconvenientes en la regulación debido a la dependencia que tiene el CNSSS del Ministerio de la Protección Social y a los altos niveles de rotación de sus miembros que no permiten un manejo amplio y de largo plazo de la agenda del sector. Adicionalmente, no existe ninguna regulación financiera, a pesar de que las EPS y las ARS son agentes aseguradores. Así mismo, la estabilidad del sistema presenta problemas en la medida en que no ha mostrado ser auto sostenible. Además de los cuellos de botella en el flujo de recursos que salen del Gobierno, se encuentra una duplicidad en el gasto, en la medida en que los hospitales reciben pagos por parte de las EPS y ARS por la atención a sus afiliados y también recursos del Presupuesto General de la Nación.

Se observa también que los gastos del SGP para atender a la población no vinculada han crecido a pesar de que la cobertura ha aumentado. Esto señala la rigidez y los problemas políticos que tiene la asignación del presupuesto a los hospitales, pues ante la disminución de la población vinculada, los subsidios a la oferta debían haber disminuido. Esto claramente muestra que, aun con cobertura universal, es bastante improbable que los subsidios a la oferta desaparezcan o se reduzcan de manera sustancial. Esto, en últimas, va a generar una presión insostenible sobre las finanzas públicas y sobre el sistema de salud. Se observa además que cada día el RS se hace más y más grande, al mismo tiempo que el RC no crece (uno de los preceptos fundamentales de la Ley 100 era el crecimiento sostenido del RC por formalización y la consecuente disminución del RS).

Con respecto a la organización institucional, se observan problemas de selección adversa, debido a la concentración del riesgo en ciertas aseguradoras que restringe el financiamiento adecuado de estas entidades, y de integración vertical en el sistema. Por último, la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 incrementó los costos no salariales considerablemente mediante incrementos en las cotizaciones del RC, lo cual generó una profunda segmentación del mercado laboral. Este problema solo tiende a agravarse en la medida en que la decisión de política es agrandar el RS, a costa del RC y sus cotizantes.

Teniendo en mente estos problemas, se desprenden algunas recomendaciones de política para la entrada en vigencia de la CRES. Por un lado, está el debate alrededor de los incentivos e impactos del SGSSS, tal como está funcionando hoy, sobre el mercado laboral y las decisiones de los individuos. En este sentido, se espera que este trabajo suscite un debate amplio sobre la conveniencia del financiamiento de la salud con mecanismos atados a la ocupación de los individuos (impuestos a la nómina). Si bien se reconoce que el Estado tiene una obligación ética y constitucional de ofrecer servicios de salud a la población, con énfasis en la más vulnerable, vale la pena preguntarse si los instrumentos se están diseñando de la manera más apropiada y sobre todo, si la tendencia es a continuar ahondando los problemas con la profundización de mecanismos que, pareciera, están introduciendo incentivos bastante perversos en el mercado. Por otro lado, se deben tener en cuenta aspectos como el flujo de información dentro del SGSSS (selección adversa y riesgo moral), la estabilidad financiera del sistema y los problemas de duplicidad del gasto.

VIII. Referencias

Acosta, O. L., & Gamboa, L. F. (2005). Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia. *Borradores de Investigación* (69).

Acosta, O. L., & Giedion, U. (1008). Cómo reorientar el sector salud: retos y desafíos para los próximos 4 años. (Fedesarrollo, & F. Corona, Edits.) *Debates de Coyuntura Social*.

Anand, S., & Ravallion, M. (1993). Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services. *Journal of Economic Perspectives* , 1 (3), 133-150.

Barón, G. (2007). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento*. DNP y Ministerio de la Protección Social.

Barón, M. C., & Giraldo, J. A. (2007). *Análisis de riesgo sectorial hospitales*. BRC Investor Services S.A. Sociedad Calificadora de Valores.

Bitrán, R., & Yip, W. (1998). *A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America*. Major Applied Research 2. Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Bloom, E., & Mina, L. (1998). *La eficiencia y la equidad en el sector salud colombiano*. DNP y PNUD.

Castaño, R. A. (2004). *Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC*. Fundación Corona.

CEPAL; Naciones Unidas. (2006). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. *Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL*. Montevideo.

Chizaíza, L. (2002). *El mercado de salud en Colombia y la problemática del alto costo*. Recuperado el 30 de Septiembre de 2007, de http://www.ejournal.unam.mx/problemas_des/pde131/PDE13105.pdf

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2002). Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del Presupuesto General de la Nación para la modernización de los hospitales públicos. *Documento Conpes* (3204).

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2005). *Visión Colombia II Centenario: 2019 - Propuesta para discusión*. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana S.A.

- Durlauf, S. N., Jonson, P., & Temple, J. (2005). Growth Econometrics. En P. Aghion, & S. N. Durlauf (Edits.), *Handbook of Economic Growth* (Vol. 1A, págs. 555-677). Amsterdam: North Holland.
- Escobar, M. L., & Panopoulous, P. (2003). Salud. En M. Giugale, O. Lafourcade, & C. Luff (Edits.), *Colombia Fundamentos Económicos de la Paz*. Bogotá: Alfaomega Colombiana S.A.
- Fiess, N., Fugazza, M., & Maloney, W. (2000). *Informality, Real Exchange Rates, and Labor Market Segmentation*. Washington D.C: The World Bank.
- Filmer, D., & Pritchett, L. (1999). The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter? *Social Science and Medicine* , 49 (10), 1309-1323.
- Fiszbein, A. (Ed.). (2005). *Citizens, Politicians, and Providers: The Latin American Experience with Service Delivery Reform*. Washington D.C.: The World Bank.
- Flórez, C. E., & Soto, V. (2007). *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Fundación Corona; Gente Nueva Editorial Ltda.
- Gaviria, A. (2002). Household Responses to Adverse Income Shocks in Latin America. *Desarrollo y Sociedad* (49), 99-127.
- Gaviria, A., & Palau, M. d. (2006). Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantesy alternativas de política. *Coyuntura Económica* , XXXVI (2).
- Gaviria, A., Medina, C., & Mejía, C. (2006). Evaluating the impact of health care reform in Colombia: from theory to practice. *Documentos CEDE* (06).
- Giedion, U., & Molina, C. (1994). *El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia*. Bogotá: Fedesarrollo.
- González, L. (1998). *El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia*. CEPAL-GTZ.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). (Abril de 2007). Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993-2007. *Observatorio de la seguridad social* (15), págs. 1-13.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). (Agosto de 2006). Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996-2005. *Observatorio de la seguridad social* (13), págs. 1-9.
- Gupta, S., Verhoeven, M., & Tiongson, E. (Septiembre de 2001). Public Spending on Health Care and the Poor. *IMF Working Paper* (01/127).

Harvard University School of Public Health. (1996). *Report on Colombian Health Reform and Proposed Master Implementation Plan*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Hsiao, W. (Julio de 2000). What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer. *IMF Working Paper* (00/136).

Lasso, F. J. (2006). *Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza*. Bogotá: Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad (MERPD); DNP.

Morales, L. (1997). *El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Colombia*. CEPAL.
Nupia, O., & Sánchez, F. (Septiembre de 2001). Eficiencia de los hospitales públicos de Bogotá. *Desarrollo y Sociedad* (48), págs. 101-136.

Orozco, J. M. (2006). *Por qué reformar la reforma - ¿Debe reformarse la Ley de Seguridad Social en Colombia? ¿Hacia dónde debe apuntar la Reforma?* Recuperado el 3 de Abril de 2009, de http://grupos.emagister.com/documento/libro_de_seguridad_social/1081-45097

Oviedo, S. (2007). *Análisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Territorio Nacional*. Bogotá: Tesis de Grado - Universidad Nacional de Colombia.

Panopoulous, G., & Vélez, C. (2001). *Subsidized Health Insurance, Proxy Means Testing and the Demand for Health Care among the Poor in Colombia - Colombia Poverty Report, Volume II*. Washington D.C.: The World Bank.

Peña, X., & Glassman, A. (2006). Comparación entre medidas de pobreza en Colombia: la nueva metodología de Sisben. *Mimeo*.

Posada, F., Botero, F., Zuleta, H., Goodman, J., Arias, E., Barrios, J., y otros. (1991). *La seguridad social: una reforma pendiente*. (C. Molina, Ed.) Bogotá: Fedesarrollo; Fasecolda.

Ruiz, F. (Diciembre de 2005). Sostenibilidad y reforma al Sistema de seguridad social en salud. *Gerencia y Políticas de Salud* (9), págs. 234-245.

Sachs, J. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Ginebra: World Health Organization (WHO).

Santa María, M., & Rozo, S. (Marzo de 2008). Informalidad empresarial en Colombia: Alternativas para impulsar la productividad, el empleo y los ingresos. *Documentos de Trabajo* (40).

Téllez, M. F. (2007). *El Régimen Subsidiado en Salud: ¿Ha tenido un impacto sobre la pobreza?* Bogotá: Tesis de Grado - Universidad de los Andes.

The World Bank. (Abril de 2005). Labor Market Adjustment, Reform and Productivity in Colombia: What are the Factors that Matter? *Technical Report, Volume II* . Washington D.C.: The World Bank - Latin America and the Caribbean Region.

Trujillo, J., Portillo, E., & Vernon, J. A. (Septiembre de 2005). The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. *International Journal of Health Care Finance and Economics* , 5 (3), págs. 211-239.

IX. Anexos

Anexo 1: Objetivos del Milenio

Objetivos	Meta	Indicadores
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	2. Reducir entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padecen hambre	• Prevalencia del subpeso en niños menores de 5 años. • Proporción de la población que consume una cantidad insuficiente de alimentos.
4. Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años	5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.	• Mortalidad de menores de 5 años. • Mortalidad infantil. • Proporción de niños menores a 1 año. inmunizados contra el sarampión.
5. Mejorar la salud materna	6. Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.	• Mortalidad materna. • Proporción de partos atendidos por personal calificado.
6. Combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades	7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	• Prevalencia del VIH. • Tasa de uso de anticonceptivos. • Razón de niños huérfanos y no huérfanos que van al colegio entre los 10 y los 14 años.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	10. Reducir a la mitad, para el 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico.	• Proporción de la población acceso continuo a agua potable
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	17. En cooperación con la industria farmacéutica, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un precio razonable.	• Población con acceso de forma asequible a drogas esenciales.

Anexo 2: Metas de Visión Colombia 2019

<i>Metas</i>	<i>Situación actual</i>	<i>2010</i>	<i>2019</i>
Aumentar la cobertura de vacunación a 95% (todas las vacunas) ⁽¹⁾	93%	95%	95%
Reducir la mortalidad infantil (muertes de niños menores de un año por 1.000 nacidos vivos) ⁽²⁾	24,4	21	14
Reducir la mortalidad de la niñez en 56% (muertes de niños por 1.000 niños menores de cinco años) ⁽²⁾	28	23	16,4
Reducir la mortalidad materna en 70% (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) ⁽³⁾	100,1	63	28,8
Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa a 78% ⁽²⁾	64%	71%	78%
Incrementar la prevalencia de uso de métodos de anticoncepción entre la población femenina no unida y sexualmente activa (de 15 a 19 años) a 69% ⁽²⁾	49,6%	59,4%	69%
Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15% ⁽²⁾	19,1%	<15%	<15%
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 4,5 por 100.000 mujeres ⁽⁴⁾	10,9	7,6	4,5
Reducir desnutrición global de niños menores de 5 años a 4,5% ⁽²⁾	6,7%	5,7%	4,5%
Mantener prevalencia general de infección por VIH, por debajo de 1,2% ⁽¹⁾	<1,2%	<1,2%	<1,2%
Reducir en 85% las muertes por malaria ⁽⁵⁾	227	117	34
Reducir en 93% las muertes por dengue ⁽⁵⁾	229	108	17

(1) Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud. Línea de base 2003.

(2) Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Línea de base 2000.

(3) DANE. Línea de base 1998.

(4) Instituto Nacional de Cancerología. Línea de base 2003.

(5) Ministerio de la Protección Social. Línea de base 1998.