

**FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD
FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD**

**SIULEN YONG CASTILLO
DIANA LUCÍA OSORIO GARCÍA
CÉSAR AUGUSTO CARDONA SOTO
MAGDA BIBIANA RAMÍREZ HERRERA**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA**

2010

**FUNDAMENTOS TEÓRICOS PARA EL ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD
FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD**

**SIULEN YONG CASTILLO
DIANA LUCÍA OSORIO GARCÍA
CÉSAR AUGUSTO CARDONA SOTO
MAGDA BIBIANA RAMÍREZ HERRERA**

**ASESOR:
ING. CARLOS ARTURO LONDOÑO**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA**

2010

AGRADECIMIENTOS

A todos los que hicieron posible la elaboración de este trabajo,

Muchas Gracias!

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. EL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SU SOSTENIBILIDAD FINANCIERA.....	12
2.1. Marco de Antecedentes	15
2.2. Marco Teórico	19
2.3. Marco Legal.....	24
2.3.1. Caracterización de las fuentes de financiación de origen nacional	26
2.3.1.1. El sistema general de participación (SGP).....	26
2.3.1.2. Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	27
2.3.1.2.1. Copagos	30
2.3.1.2.2. Cuotas de Recuperación	30
2.3.1.3. Esfuerzo propio	30
2.3.1.3.1. Recursos de Empresa Territorial para la Salud (ETESA)	31
2.3.1.3.2. Aportes entidades territoriales (rentas cedidas).....	31
3. METODOLOGÍA.....	33
3.1. Propuesta para proyectar la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud por fuentes de financiación.....	33
3.1.1. El sistema general de participación	33
3.1.2. Fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA).....	38
3.1.3. Esfuerzo propio	39
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	46

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1: Crecimiento del sistema general de participaciones sgp (%).....	34
Tabla 2: Comportamiento de los ingresos corrientes de la nación.....	35
Tabla 3: Monto de los recursos del sgp años 2002 – 2009 *.....	36
Tabla 4: Distribución de los recursos del sgp, para el régimen subsidiado en salud.....	37
Tabla 5: Distribución porcentual SGP (sector salud y régimen subsidiado en salud) de los ingresos corrientes de la nación.....	37
Tabla 6: Histórico unidad per cápita de capitación (upc).....	38
Tabla 7: Participación porcentual de las fuentes de financiación en el régimen subsidiado en salud.....	41
Tabla 8: Proyecciones de población total por años 2005 - 2020.....	42

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Sistema general de participaciones. Distribución de recursos y competencias en salud.	27
Figura 2. Subcuentas del fosyga.....	29
Figura 3. Modelo de operación del sistema general de seguridad social en salud.	32

LISTA DE GRÀFICOS

	Pág
Gráfico 1: Ingresos corrientes de la nación	35
Gráfico 2: Evolución de los recursos por fuente de financiación en la contratación del régimen subsidiado en salud.	40

RESUMEN

Con la implementación de la Ley 100 de 1993, se inició la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, buscando la eficiencia y la cobertura universal; actualmente este sistema cuenta con dos regímenes, el Régimen Contributivo, y el Régimen Subsidiado, cuyo fin es subsidiar la prestación de los servicios en salud de las personas sin capacidad de pago.

Este trabajo centra su interés en los fundamentos teóricos para evaluar la sostenibilidad financiera del régimen Subsidiado en Salud, haciendo una descripción detallada de las fuentes de financiación que lo conforman, su comportamiento y evolución. Seguidamente se hace una propuesta metodológica para proyectar los ingresos por fuente de financiación y determinar el monto de los recursos estimados con los que contaría el Estado para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población pobre, potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud.

Palabras Claves.

Régimen Subsidiado en Salud, Sostenibilidad Financiera, Fuentes de Financiación.

ABSTRACT

With the implementation of Act 100 of 1993, it began to reform Social Security System in Health in Colombia, seeking efficiency and universal coverage, this system currently has two schemes, the contributory scheme and the subsidized regime, which order to subsidize the provision of health services for people without ability to pay.

This paper focuses its interest in the theoretical basis for assessing the financial sustainability of Subsidized health regime, with a detailed description of funding sources that shape, behavior and evolution. Then it proposes a method for projecting revenues by source of funding and determining the amount of estimated resources with which the State would have to guarantee access to health services for the poor, potential beneficiaries of the subsidized health regime.

Keywords.

Subsidized Health Regime, Fiscal Sustainability, Funding Sources.

1. INTRODUCCIÓN

Antes de la reforma del sector salud en Colombia que se dio con la vigencia de la Ley 100 de 1993, coexistían tres subsistemas: el de seguridad social, el público u oficial y el privado. El sistema existente funcionaba de manera desarticulada e ineficiente y la única entidad prestadora del servicio era el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), lo que generó bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos. (Morales, 1997).

En la actualidad el sistema de salud en Colombia cuenta con dos regímenes creados bajo la expedición de la Ley 100 de 1993, el Régimen Contributivo, el cual funciona con los aportes de los trabajadores y empleadores y el Régimen Subsidiado, creado con el fin de beneficiar a las personas que no tienen capacidad de pago, su finalidad es subsidiar la prestación de los servicios en salud, como un bien fundamental que el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos.

El tema de la sostenibilidad financiera en el campo de la salud es un tópico importante para investigar una vez más, debido a que las disparidades entre ingresos y gastos del régimen subsidiado en salud se han convertido en una constante en los últimos años. Un hecho que evidencia esta afirmación lo explica las diferentes reformas a la Ley 100 de 1993 y la emergencia social que declaró el gobierno nacional a principios del año 2010. En este orden de ideas, la sostenibilidad se pone en cuestionamiento si se tiene en cuenta que uno de los propósitos nacionales es ofrecer la cobertura universal de la población por medio del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), con calidad, eficiencia y equidad.

Otra situación que justifica el presente trabajo se relaciona con la escasa evidencia empírica del problema que se aborda, ello se constata por medio de la exploración de antecedentes que sólo permitió encontrar la referencia de un estudio que elaboró el Departamento Nacional de Planeación (DNP). Actualmente, empieza a tener interés la

investigación de este problema a nivel de regiones o departamentos; en este sentido, se halló un trabajo que realizó Restrepo et al (2007) para el departamento de Antioquia.

Con respecto a su objetivo principal, el presente trabajo tiene el interés de describir una propuesta que permita realizar un plan de proyecciones financieras de los ingresos y los gastos de salud de la población adscrita al régimen subsidiado de salud en el país. Este proceso permitirá llevar a cabo una evaluación de la sostenibilidad financiera de dicho régimen.

Para cumplir con dicho objetivo general, se establecen los objetivos específicos en los siguientes términos: 1) identificar las fuentes financieras que permiten atender los servicios de salud del segmento de la población; 2) analizar el comportamiento que esos recursos ha tenido en los dos últimos lustros, de tal forma que permitan establecer el procedimiento de sus proyecciones; 3) analizar el comportamiento de variables claves como las proyecciones de la población y la pobreza, dado que es la población pobre la receptora del subsidio en salud.

El trabajo consta de tres secciones; corresponde a la primera, la elaboración de la introducción; la segunda, presenta las bases teóricas y legales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y, de manera específica, la características del régimen subsidiado; la tercera, da cuenta de la descripción de la propuesta de las proyecciones para contrastar los ingresos y los gastos del régimen subsidiado en salud que permitan evaluar su sostenibilidad financiera en los próximos dos lustros. Finalmente, se presentan las conclusiones y comentarios que se derivan del trabajo, así como la referencia bibliográfica que se utilizó para la realización del presente trabajo.

Es de indicar que este documento pretende convertirse en un antecedente que permita servir de referencia para hacer la evaluación de la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en el ámbito regional (Eje Cafetero), el Departamento de Risaralda o el Municipio de Pereira.

2. EL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SU SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Después del decenio de 1960, el tema de la salud empezó a ser un asunto de importancia nacional en los distintos países, a tal punto que, hasta el presente, no ha dejado de estar en la agenda de prioridades de los distintos gobiernos a nivel internacional. Por ello es que hoy se discute mucho sobre los recursos asignados en el sector salud, de la eficiencia en el uso de éstos y los aportes al crecimiento económico y al bienestar que se debe evidenciar en el “*estado de salud*” de la población. Estos temas han sido abordados y explicados desde la óptica económica. Los profesionales de las ciencias de la salud y los economistas de la salud, están aplicando el instrumental matemático, estadístico y distintas herramientas económicas con el objeto de esclarecer los principales problemas que se relacionan entre salud y economía.

Lo anterior, ha permitido la aparición de un nuevo campo o rama del conocimiento económico que utiliza los conceptos de esta ciencia para tratar de explicar los aspectos relacionados con la salud de las personas, el comportamiento de los agentes que interactúan en el sector salud y la organización del mercado de la salud. A esta nueva área de estudio se le denomina “Economía de la Salud” (Gallego, 1999).

La economía de la salud, como la definió Mushkin (1958), define su objeto de estudio como la preocupación por el uso óptimo de los recursos dedicados a la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Ello obliga abordar su estudio a partir de dos enfoques. “La primera corresponde con la utilización de herramientas microeconómicas para explicar el comportamiento del sector salud como un complejo médico industrial. La segunda, considera la salud como componente del bienestar y encamina su análisis al uso de herramientas macroeconómicas y a las teorías del capital humano” (1999, 2).

En Colombia, con la implementación de la Ley 100 de 1993, se incorporan mecanismos orientados a hacer del sistema de seguridad social en salud un sistema eficiente y equitativo, buscando la afiliación de la población más vulnerable de la sociedad y sin capacidad de pago mediante el régimen subsidiado, el cual se define en el Art. 211 de dicha ley como “Un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”. Pretendiendo contar con los mismos privilegios del régimen contributivo.

Durante el proceso seguido a partir de la Ley 100 de 1993, sobrevinieron cambios importantes, como por ejemplo: el aseguramiento obligatorio con un fondo único administrado por el Estado (Fondo de Solidaridad y Garantía. FOSYGA), el de establecer un plan mínimo obligatorio de beneficios (Plan Obligatorio de Salud -POS), contratar a los administradores del seguro con pólizas individuales ajustadas por riesgos (Unidad de Pago por Capitación -UPC), y desarrollar mecanismos de focalización del gasto público para incluir en el mercado a los extremadamente pobres.

Con el fin de permitir el sostenimiento del Sistema General de Salud, existen diferentes cuentas nacionales o de orden macroeconómico que se han definido para tal objeto; por ejemplo, las transferencias de una participación relativa de los ingresos corrientes de la nación, lo que se conoce como sistema general de participaciones (SGP). De acuerdo con Lanzeby et al. (1992), las cuentas nacionales en salud constituyen un marco dentro del cual se cuantifican los tipos de servicio y fuentes de financiamiento en gasto en atención de salud.

Tal como lo indica Barón (2007), las cuentas en salud brindan una visión endógena, como una radiografía del sector salud en la medida en que permiten identificar con más claridad las características del esquema de financiamiento y los flujos de fondos a través del sistema de atención en salud. De ello, se deriva la probabilidad que el sistema de salud y,

específicamente, el régimen subsidiado en salud brinde la sostenibilidad financiera que se espera¹

Es por ello que la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud es esencial para garantizar el bienestar de los individuos, ya que si todas las personas acceden sin restricciones a los servicios de salud, su bienestar personal será cada vez mayor y por ende el de la sociedad.

A fin de precisar el concepto de régimen subsidiado en salud, se transcribe la versión oficial del Ministerio de Protección Social (MPS, 2005): “El régimen subsidiado de salud es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una unidad de pago por capitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad”, expresa la ley 100 de 1993.

Surgió entonces el régimen subsidiado de salud como alternativa contundente a la necesidad de brindar oportunidades de acceso a la población que por sus características socioeconómicas, amerita especial atención del Estado.

Actor determinante en ese proceso de crecimiento y desarrollo del régimen subsidiado en cada uno de los municipios y departamentos de nuestro país es el servidor público que hace parte del equipo de aseguramiento y al que va dirigida esta Caja de Herramientas para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud.

Este instrumento es uno de los productos del proyecto de “Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen

¹ Según Alvarado (2004, citado por Barón 2007) “La sostenibilidad financiera para una organización se puede definir como la capacidad que ésta desarrolle para que, mediante un ejercicio adecuado de captación de recursos, consiga garantizar el funcionamiento administrativo y operativo, sea que logre asegurar los costos de su operación y los costos de sus ejecutorias anuales de manera permanente o de forma que haga cumplir su misión en el tiempo”.

subsidiado” que el MPS, a través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), en su objetivo de “proveer las herramientas requeridas para superar los obstáculos ya identificados en el logro de las metas específicas de la reforma”.

2.1. Marco de Antecedentes

En su estudio, Britan et al (2001) analizan la reestructuración de los procesos y estrategias de los organismos públicos y privados, realizando la clasificación de la población entre estructural o coyunturalmente pobre o no pobre, cruzada con su vinculación al sistema de salud; ello permite precisar las características de la población potencial, los evasores y los colados. Proponen que cerca de 2,5 millones de personas podrían afiliarse al régimen contributivo, porque no son ni estructural ni coyunturalmente pobres; se concluye que en el año 2000, 8.1 millones de personas requerían afiliación al régimen subsidiado, debido a que son estructuralmente pobres y no han sido aún afiliadas.

De otra parte Castaño, Granada, Álvarez y Ramírez (2001) se proponen evaluar el equilibrio financiero de la UPC²/POS³”, para ello, se revisa la UPC y se ajustarla por factores de riesgo. Se encontró mayor densidad familiar y menor densidad salarial luego de la crisis, la evasión está concentra en empresas de 1 y 2 trabajadores y de prestación de servicios a terceros. Algunas de las debilidades del manejo de la UPC se refieren a la carencia del sistema de información y mora en el pago de los aportes. Además, desde el lado de los gastos: (i) el deficitario reconocimiento de las UPC a EPS, (ii) la multiafiliación y (iii) falta de restricción presupuestal manifiesta en el reconocimiento de beneficios más allá del POS, por tutelas.

² UPC: Definido como unidad de pago por capitación, mediante acuerdos expedidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud y corresponde al valor reconocido a las empresas promotoras de salud (EPS) por cada afiliado al régimen. Se incrementa anualmente de acuerdo al Índice de Precios al Consumidor. (IPC)

³ La sigla POS traduce Plan Obligatorio de Salud. Son las canastas de bienes y servicios de salud a la que tienen derechos los asegurados en el SGSSS. Existen dos tipos de POS; uno para las personas afiliadas al régimen contributivo de salud, y otro para los afiliados al régimen subsidiado de salud.

Peñaloza, Eslava y Muñoz (2001) se proponen determinar la evolución y los resultados del régimen subsidiado en salud en Colombia durante el período 1993 – 2000. Enfatizaron la inexistencia de un adecuado sistema de recaudo que permita un financiamiento eficaz. Se halló una deficiente gestión local de los recursos (municipios sin fondo local de salud y sin planeación financiera); finalmente, proponen fortalecer las fuentes existentes y la asignación de recursos adicionales, así como la creación de un Fondo para la administración de recursos, la focalizar por segmentos de población o tipos de enfermedad y la programación de pagos y sanciones por mora.

Chicaíza y García (2007) evalúan económica y financieramente el modelo de atención primaria en salud (APS) del Hospital de Suba II Nivel - Empresa Social del Estado (ESE). Se hizo un análisis de costo efectividad, usando datos epidemiológicos de Suba, Ciudad Bolívar y Bogotá; además se realizó el análisis de sostenibilidad a partir del comportamiento esperado de ingresos y costos como resultado de la implementación de APS. Un resultado importante para fortalecer el modelo de aplicación fue el costo efectividad incremental el cual se recomienda implementar en la localidad de Suba. La aplicación de APS disminuye eventualmente algunos ingresos y costos en la misma medida, si bien no genera pérdidas, sí disminuye la facturación generando beneficios para la sociedad que se pueden traducir en ingresos monetarios para el hospital. Esto puede generar incentivos contradictorios en el actual sistema, cuyos estímulos y principios de asignación se orientan hacia el tratamiento de la enfermedad más que hacia la obtención de resultados en salud.

De otro lado Acosta, Ramírez, Cañón (2005), realizan un trabajo que se circunscribe al tema de viabilidad financiera del sistema de Salud, cuyo objetivo fue identificar los factores que, a juicio de los expertos, son los determinantes del equilibrio financiero, así como examinar si las propuestas realizadas, han sido o no implementadas y si han logrado resultados. Examinan la evolución de los indicadores con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2003, frente a la Encuesta de Calidad de Vida 1997, y con otros resultados de los primeros años de implementación de la Ley 100 de 1993. Se analiza la evolución de los

recursos asignados al sector salud y su distribución entre los diferentes esquemas de financiamiento articulados en el sistema.

Concluyen que en materia de recursos, la revisión de los principales indicadores mostraron un incremento de cerca de 3% del PIB al pasar del 6% del PIB en 1993 al 9% del PIB al finalizar la década de los 90, como producto del esfuerzo realizado durante los noventa, en materia de recursos públicos y privados orientados al sector salud. Se concluye que en el caso del régimen subsidiado, los estudios señalaron los siguientes factores específicos que afectan su viabilidad como las restricciones institucionales para reasignar los recursos públicos destinados al sostenimiento de la red de prestadores públicos, hacia al aseguramiento de los más pobres; la excesiva intermediación de recursos y la injustificada lentitud de los flujos; las marcadas diferencias regionales que se expresan no sólo en diferentes capacidades institucionales, sino también en la escasa autonomía para implementar modelos diferentes de atención, por la rigidez del sistema.

Cárdenas, (2000) aborda como tema principal el régimen subsidiado en salud. El estudio destaca la vulnerabilidad de los recursos del régimen subsidiado como resultados macroeconómicos y la carencia de una política hospitalaria. Otro interés se centró en la viabilidad de la transformación de los recursos de oferta en subsidios a la demanda. Propuso, finalmente la necesidad de obtener mayores recursos de la Nación para el régimen subsidiado y aplicar esquemas anticíclicos, así como orientar los excedentes financieros del Fosyga hacia el aseguramiento.

Barón (2007) hace su análisis en torno a la magnitud, composición, evolución y tendencias del gasto nacional en salud en Colombia como propuesta y contribución importante al conocimiento de la realidad sobre el sistema de salud en Colombia, para lo cual realiza una sistematización y estandarización de la metodología SCN y de actualización de cálculos estimativos para un periodo de 11 años durante la vigencia de la ley 100 de 1993. En este

trabajo se destaca la detallada descripción que se hace de la estructura del régimen subsidiado de salud en Colombia, sus fuentes de ingresos y su destinación específica por la vía del subsidio.

2.2. Marco Teórico

En las sociedades actuales, el Estado continúa asumiendo nuevos roles como producto de la herencia del modelo de *Estado de bienestar* y, en cierta medida, continúa su intervención específicamente en la economía, a pesar del predominio del libre mercado. Sectores como la salud, la educación o la regulación urbana son nuevas áreas en que la potestad gubernamental ha ingresado con diversos objetivos. Una de las formas que el Estado ha utilizado para ingresar en estas áreas es a través de los subsidios estatales; por ejemplo, por la vía de las transferencias directas o indirectas de dinero público a individuos o entidades privadas. Desde esta perspectiva, es común que las asignaciones presupuestales o la transferencia de recursos queden sujetas a condiciones que deben ser cumplidas por los receptores.

Los subsidios se conciben como los gastos o las exoneraciones que establece un gobierno, ya sea de orden nacional, departamental o local, en dinero o no, en beneficio de los agentes económicos (consumidores -hogares- y empresas), sin que se generen contraprestaciones equivalentes a favor del gobierno respectivo. Es así como el Estado hace provisión del bienestar general y contribuye con el mejoramiento del nivel de vida de las personas (hogares).

Desde una perspectiva de equidad, los subsidios deben promover cambios en el consumo de bienes y servicios de las personas y sectores más pobres y vulnerables de la sociedad; en este sentido, éstos deben ser los mayores receptores y beneficiarios de los subsidios y el sesgo hacia grupos de altos ingresos debe ser pequeño (Caviedes, 1994).

Conforme a las definiciones clásicas, los subsidios que se otorgan a los individuos tienen como fin transferir recursos para que éstas accedan a ciertos bienes y servicios que la sociedad estima necesarios y que por sus propios medios no pueden alcanzar. Teóricamente existen dos elementos que están presentes dentro de una política de subsidios: El excedente

del consumidor, concepto desarrollado por J. Dupuit y A. Marshall, que constituye la base de la economía del bienestar y del análisis costo-beneficio, definido como la diferencia entre la cantidad máxima que los consumidores están dispuestos a pagar y la cuantía que efectivamente pagan por una cantidad dada de bien subsidiado, y el excedente del productor que es la diferencia entre el ingreso y el costo de oportunidad de la producción. La suma de estos dos elementos da como resultado el excedente nacional. Estos conceptos dan lugar a una amplia gama de posibilidades que pueden considerarse como subsidios. Sin embargo, contienen elementos que configuran diferentes maneras de intervención gubernamental. La importancia de resaltar estas teorías radica en que de acuerdo al excedente nacional, el Estado establece los porcentajes transferidos a cada Municipio para atender en este caso la necesidad de salud de la población.

Para lograr una mayor eficiencia en la prestación de los servicios básicos como salud y educación, se pasó del subsidio de la oferta, al subsidio de la demanda, dentro de esta transición a principios de los 90s, el gobierno había iniciado la descentralización en la prestación de los servicios de salud y educación, trasladando a los municipios la responsabilidad fiscal y administrativa por estos servicios lo cual en la práctica, combinado con la privatización y desregulación de la seguridad social ha conllevado al cierre de hospitales, escuelas y colegios públicos, y por lo tanto a agravar la problemática social de la pobreza.

Un sistema de salud debe incorporar, mecanismos orientados a hacer de él un régimen eficiente y equitativo; como consecuencia de este propósito, se implementó un modelo de organización de los servicios: El modelo de la “competencia regulada o administrada, propuesta por A. Enthoven (1988) en sus estudios pioneros, es una manera de estructurar el sector salud creando condiciones e incentivos para que todos los oferentes del mercado - aseguradoras y prestadores- compitan entre sí para satisfacer las necesidades de las personas; este modelo busca que haya una eficiencia en el uso de los recursos lo que garantiza la equidad; se supone entonces que los mercados tienden a favorecer la eficiencia si se deja a la libre elección de los demandantes, pero igualmente se dice que estos mercados son

imperfectos y por tanto deben ser regulados por el Estado, mediante una serie de reglas específicas impuestas por entidades gubernamentales; esto implica crear además incentivos para lograr que los agentes prefieran alcanzar equidad en la distribución de los beneficios, este modelo implica además confiar en que los agentes actúan racionalmente buscando maximizar los beneficios y que los incentivos son suficientes, pero también incluye componentes de exigencia en algunos aspectos de las relaciones entre agentes, que limitan la operación libre de los mercados.

En condiciones económicas normales de la población, es decir personas con capacidad de pago, la salud se convierte en un bien que incrementa la utilidad de quienes gozan de ella; pero para la población más vulnerable y sin capacidad de pago, la salud se convierte en un bien escaso, es por esta razón que el gobierno debe intervenir por medio de subsidios para garantizar el cubrimiento de este bien fundamental a los individuos de escasos recursos económicos.

Molina y Carbajal (2004) indican que “los esquemas de financiamiento público tienden a mejorar el acceso, mientras que los esquemas de financiamiento liberales o de mercado presentan serias barreras”. En el mismo sentido Scialabba (2009) señala: “existe evidencia que el gasto público en salud tiende a ser más equitativo que el gasto privado, así como el gasto privado tiende a ser más eficiente que el gasto público. Además, independientemente de su monto, ambos gastos en el sector pueden generar diferentes impactos sobre la situación de la salud, según las intervenciones específicas que los mismos financien”.

Para lograr un aseguramiento total del bien salud, es necesario que existan políticas encaminadas para lograr la universalidad en la prestación de los servicios sin ninguna restricción. Es por ello que Sarmiento (2001), afirma, que si se quiere llegar al universalismo de la atención, es necesario hacer esfuerzos para que las personas tengan derecho a ser atendidos en los hospitales y centros de salud. Argumenta, que en la medida en que se avanza hacia el universalismo, es preciso dar prioridad a las personas que están en condiciones de

mayor pobreza, con el fin de que los recursos disponibles generen el mayor impacto posible en términos de acceso y disfrute de los servicios sociales básicos.

Sarmiento (2001), defiende la siguiente hipótesis: "los programas focalizados van desde una persona hasta que falte solamente una por atender (n-1). En el momento en que cubren a la totalidad de personas, dejan de ser focalizados y, entonces, son programas universales".

Es así como la universalidad incluye a todos, los más aventajados y los que también tienen la posibilidad de serlo. Una sociedad es entonces más justa aplicando el principio de universalidad, pues amplía las oportunidades. La universalidad es un principio que se enfoca en toda la sociedad de manera general, sin distinciones de clase, religión, edad, raza, orientación sexual, o género, garantizando de esta manera que todos los individuos puedan disfrutar del bienestar, que todas las personas puedan gozar de un nivel de vida decente, además, de la intervención del Estado en la promoción de mecanismos que permitan incluir a toda la sociedad en políticas de bienestar. El universalismo permite a los ciudadanos el acceso gratis o lo más barato posible a los bienes que son indispensables para ampliar las capacidades y lograr el bienestar.

El carácter universal de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido por el artículo 153 de la misma Ley, conlleva dos tipos de obligaciones: por un lado, la obligación de todo empleador de afiliar a sus trabajadores a este sistema, y por el otro, la obligación del Estado de facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

Contrario a la universalización se encuentra la focalización, entendida como una herramienta de selección que permite medir el nivel de vida de las personas, un instrumento que sirve de ejemplo es el índice "Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales" (Sisben), en el cual se clasifican las personas de acuerdo a su calidad de vivienda y equipamiento doméstico, condiciones demográficas, ingreso y ocupación,

educación y seguridad social. De esta manera se clasifica a los individuos en seis niveles, en los cuales los dos primeros corresponden a personas cuyo nivel de pobreza es absoluto y las necesidades básicas insatisfechas. También puede utilizarse como un indicador que mide los ingresos, la utilidad de los hogares y su grado de bienestar, es por esto que este índice podría servir de instrumento de focalización, pues permite analizar la capacidad de pago de los hogares para la asignación de subsidios y la fijación de tarifas. El acuerdo 77 de 1997 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, estableció que las familias clasificadas en los niveles uno y dos del Sisben, pueden ser afiliadas al régimen subsidiado.

Berman y Cooper (1996), plantean que las cuentas nacionales de salud, establecen una manera de organizar, tabular y presentar la información de gastos del sector salud. De igual forma Waldo (1996) “ Una serie de cuentas de salud muestra la fuente y destino de los fondos empleados en atención de salud. Se siguen los flujos de dinero de las fuentes gubernamentales, del seguro privado y del bolsillo de los pacientes a los proveedores de bienes y servicios de atención de salud.” Baron (2007).

De los análisis realizados a las diferentes cuentas y fuentes de financiación del régimen subsidiado en salud, se procura la sostenibilidad financiera del mismo, permitiendo la posibilidad que se alcance gradualmente mayor cobertura de salud hasta que ésta sea universal.

2.3. Marco Legal

El desarrollo de los sistemas de salud ha evolucionado en las últimas décadas, a partir de los planteamientos dados por la teoría del Estado de Bienestar, es así como Segura (1995), define dicho sistema como “un conjunto de actividades con diversos fines y medios para proteger a una población contra riesgos, enfermedades, accidentes laborales, desempleo, vejez, entre otros”.

La teoría del estado de bienestar sirvió de referente para la implementación de un sistema de seguridad social integral en salud, el cual fue creado mediante la Ley 100 de 1993, en razón a que el sistema existente funcionaba de manera desarticulada e ineficiente, en condiciones de monopolio del aseguramiento por parte del Instituto de Seguros Sociales (ISS). Dicha desarticulación generaba en muchos casos superposición y duplicación de acciones, dando como resultado bajas coberturas e ineficiencia en la gestión de los recursos Morales (1997. Citado por Barón, 2007).

Morales (1997. Citado por Barón, 2007) expresaba también que en el régimen anterior a la reforma, el sistema consistía en un subsidio a la oferta que constaba de dos sistemas, de un lado el sistema de seguridad social para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal que cubría cerca del 22% de la población, y de otro lado el sistema público, teóricamente dirigido a prestar servicios de salud al resto de la población que cubría de manera limitada al 40% de ella. Seguidamente acotó que sin embargo un alto porcentaje de la población no tenía acceso a los servicios de salud, mientras que otro porcentaje más pequeño debía financiar ese servicio a través del gasto de bolsillo, especialmente personas con mayores ingresos, quienes compraban servicios en el sector privado.

Según Barón (2007), la reforma introducida con la Ley 100 de 1993, estuvo respaldada por una voluntad política expresa de aumentar considerablemente los recursos financieros disponibles para el cumplimiento de los objetivos señalados. Ello posibilitó la creación de

nuevas fuentes de financiación y una redestinación sectorial de recursos fiscales y parafiscales ya existentes.

Al interior de la ley subsisten dos regímenes del sistema de seguridad en salud que son el régimen contributivo, el cual cubre a los empleados del sector formal (público y privado), empresarios, empleadores y trabajadores independientes con capacidad de pago y los pensionados, y el régimen subsidiado el cual cobija a la población de bajos ingresos que no están en capacidad de afiliarse al régimen contributivo.

El régimen subsidiado de la salud se encuentra definido en el artículo 211 de la ley 100 de 1993, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad“. El objetivo de este régimen se expresa en el artículo 212 de la misma ley, como es el de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar.

Por consiguiente, este régimen se orienta a garantizar el derecho a la población más vulnerable de la sociedad y sin capacidad de pago, quienes se vinculan al sistema general de seguridad social en salud, a través de la cancelación de una “Unidad de Pago por Capitación Subsidiada” -UPC-s.

Dicho régimen se estructura a través de las denominadas “Administradoras del Régimen Subsidiado” ARS-s, entidades encargadas de organizar y garantizar la prestación de servicio a estas poblaciones. Estas pueden ser de tres tipos, a) las mismas “Entidades Promotoras de Salud” EPS-s del régimen contributivo, b) las actuales cajas de compensación familiar que organizan programas para tal fin y c) las empresas solidarias de salud (modalidad especial de EPS-s, de origen en las organizaciones comunitarias).

Estas entidades reciben del Estado, una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada UPC-s, con la cual deberán brindar a sus afiliados el “Plan Obligatorio de Salud Subsidiado” POS-s, el cual al inicio de la reforma equivaldrá en su contenido como mínimo al 50% del POS.

2.3.1. Caracterización de las fuentes de financiación de origen nacional

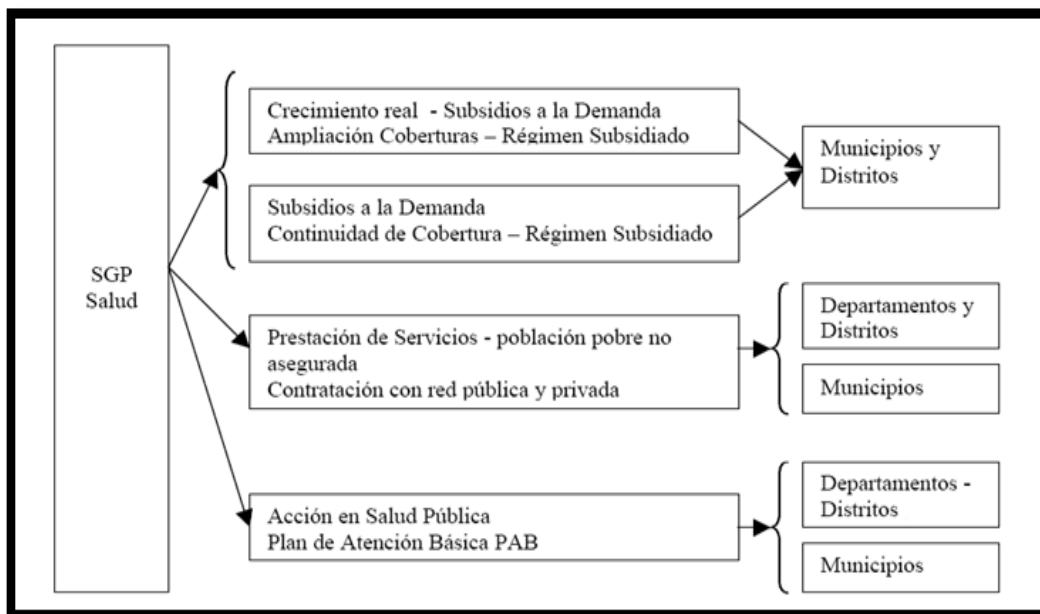
2.3.1.1. El Sistema General de Participación (SGP)

La transformación de recursos públicos establecida en la Ley 100 de 1993, tomó el situado fiscal como principal rubro a transformar, es decir, una transferencia que el gobierno nacional realiza a los departamentos con destino a financiar la salud y la educación. Posteriormente con la Ley 715 de 2001, se unificaron las transferencias nacionales con destino a los entes territoriales; a los de orden municipal, la participación en los ingresos corrientes de la nación y a los de orden departamental el situado fiscal; denominado Sistema General de Participación (SGP); distribuyéndose en tres componentes, así, participación para educación 58.5%; participación para salud 24.5%; y participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico 17.0%. Pasando gradualmente de la financiación directa a los hospitales a la asignación de subsidios a la demanda para la afiliación a la seguridad social.

La distribución de la participación en salud es aprobada anualmente por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) ⁴, estos documentos son expedidos con vigencia desde el 01 de abril hasta 31 de marzo del siguiente año y son asignados en doceavas partes para ser girados a los entes territoriales.

⁴ Los documentos se pueden revisar a través del sitio web www.dnp.gov.co, haciendo clic en el link CONPES Social y seleccionando las vigencias a consultar con sus anexos.

Figura 1. Sistema General de Participaciones. Distribución de Recursos y Competencias en Salud.



Fuente: Documento Conpes Social No. 57

Como explican Restrepo et al. (2006), el SGP, fue planteado para que estos recursos crecieran en términos reales del siguiente modo: entre 2002 y 2005 en 2%, y a partir de 2006 en 2,5%, aunque se especifica que estos porcentajes pueden ser superiores si el crecimiento económico excede el 4%. Después de 2009, el monto del SGP lo determinará el crecimiento, según promedio móvil de variación de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) en los cuatro años anteriores.

2.3.1.2. Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Delegado por el Estado para el recaudo y administración de los recursos provenientes de los aportes de los usuarios (empleadores y trabajadores independientes) los cuales deben consignar el valor de la cotización en la red bancaria. El Fondo se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, y es el encargado de que tanto el régimen contributivo como el subsidiado coexistan en forma articulada. Orozco (2006). El

Fosyga, está constituido por cuatro subcuentas con recursos provenientes de las siguientes fuentes:

a. Subcuenta de Compensación del Régimen Contributivo

Los recursos provienen de los aportes que hacen patronos y trabajadores afiliados al régimen contributivo. Los dineros son captados por las EPS por delegación del Fosyga, por lo que no son de su propiedad. A las EPS el Fosyga les reconoce un valor constante por afiliado en forma mensual que es aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), es lo que se denomina Unidad de Pago por Capitación (UPC).

b. Subcuenta de solidaridad

Financia el régimen subsidiado. Los recursos provienen de las siguientes fuentes: Un punto y medio del 12.5% que recauda el Fosyga por los aportes de patronos y trabajadores para el régimen contributivo; recursos que las Cajas de Compensación Familiar, de conformidad con el artículo 217 de Ley 100 de 1993 deben destinar para el régimen subsidiado; aportes directos del presupuesto nacional (Denominado PARIPASU). La denominación de Paripasu obedece al compromiso definido mediante Ley para que el Gobierno destine recursos propios en proporción igual a lo recaudado en esta subcuenta por los aportes de los patronos y trabajadores; y, otros aportes como los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona Cusiana y Cupiagua.

c. Subcuenta de Promoción de la Salud

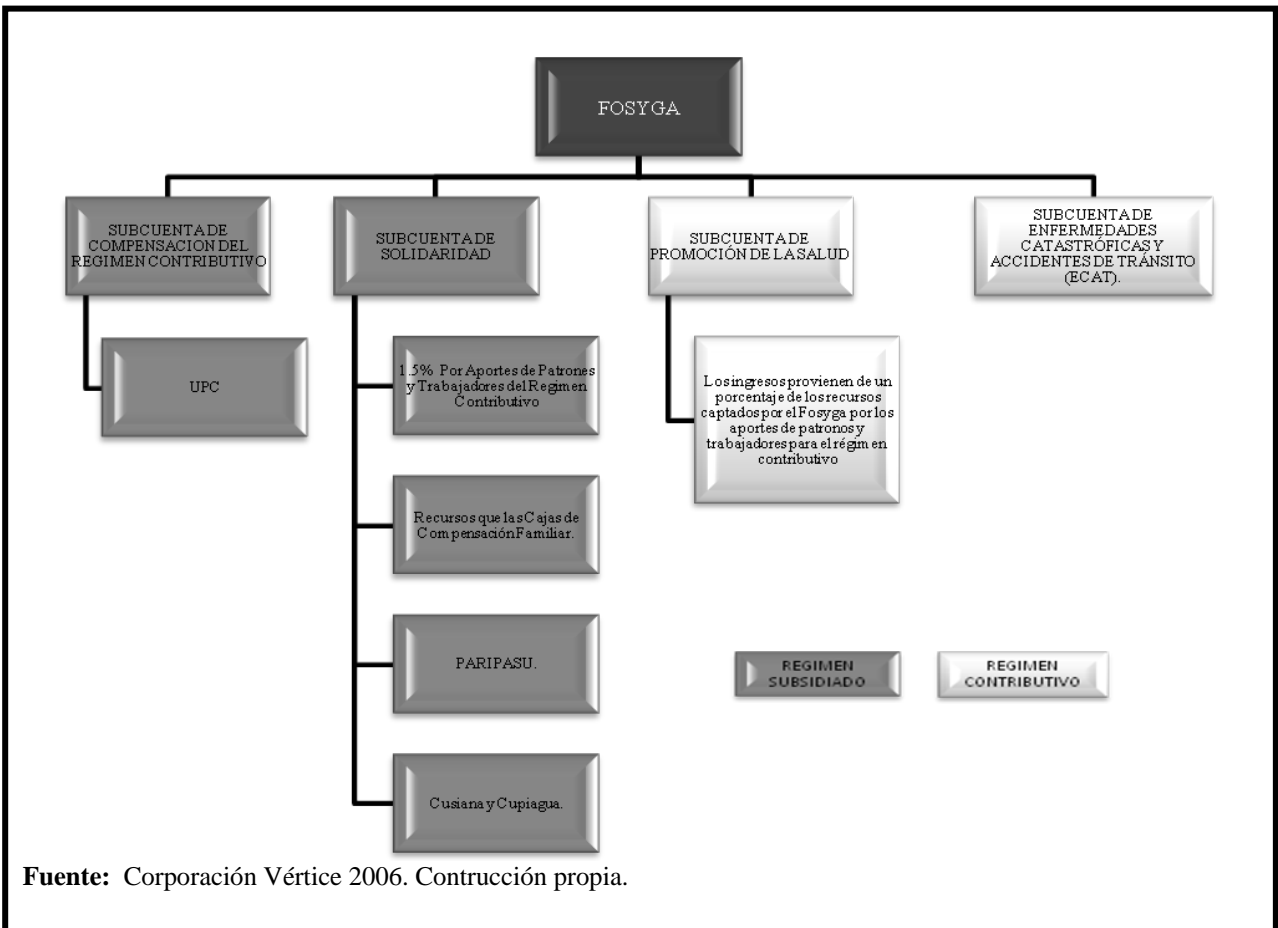
Los ingresos provienen de un porcentaje de los recursos captados por el Fosyga por los aportes de patronos y trabajadores para el régimen contributivo y están destinados a la financiación de las actividades de educación, información y fomento de

la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad por parte de las mismas EPS y para la financiación de campañas de interés nacional definidas por el CNSSS.

d. Subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito (ECAT)

Los recursos provienen de los aportes del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado mediante el decreto 1032 de 1991 que dio origen al seguro obligatorio de accidentes (SOAT). Los recursos de la cuenta ECAT son destinados a la financiación del pago de indemnizaciones por incapacidad o muerte de personas afectadas por eventos catastróficos y pago de los servicios de salud.

Figura 2. Subcuentas del Fosyga



2.3.1.2.1. Copagos

Son los aportes en dinero que realizan los usuarios de los servicios de salud y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema. Aplican para los beneficiarios de los afiliados cotizantes en el régimen contributivo y para las personas afiliadas al régimen subsidiado.

2.3.1.2.2. Cuotas de Recuperación

Término definido por el Gobierno Nacional mediante el decreto 2357 de 1995 para identificar los dineros que debe pagar el usuario directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cuando se trata de población no asegurada.

El Fosyga expide resoluciones anuales para asignar recursos, la vigencia de estas resoluciones van de abril 01 a marzo 31 del siguiente año, realizando giros bimensuales a los fondos locales de salud y estos a su vez a las EPS bimestre anticipado. El Fosyga solo reconoce las personas carnetizadas y a aquellas que no presentan inconsistencias en la información reportada por las EPS del Régimen Subsidiado en Salud.

2.3.1.3. Esfuerzo propio

Tal como se mencionó anteriormente las fuentes financiadoras del Régimen Subsidiado son diversas y ante la necesidad apremiante de alcanzar una cobertura universal del SGSSS la composición y evolución de los recursos presenta un comportamiento dinámico especialmente para los recursos provenientes del esfuerzo propio de las entidades territoriales, este esfuerzo implica el recaudo y destinación de los recursos locales tributarios y no tributarios, así como los recursos provenientes de la contraprestación económica por la explotación de los recursos naturales no renovables.

Vale la pena mencionar que existen 25 impuestos locales, de los cuales en general sólo cinco cuentan con dinamismo en el recaudo: predial; industria y comercio; circulación y

transito; vehículos y sobretasa a la gasolina; los dos últimos compartidos con los departamentos. (Minproteccionsocial)

2.3.1.3.1. Recursos de Empresa Territorial para la Salud (ETESA)

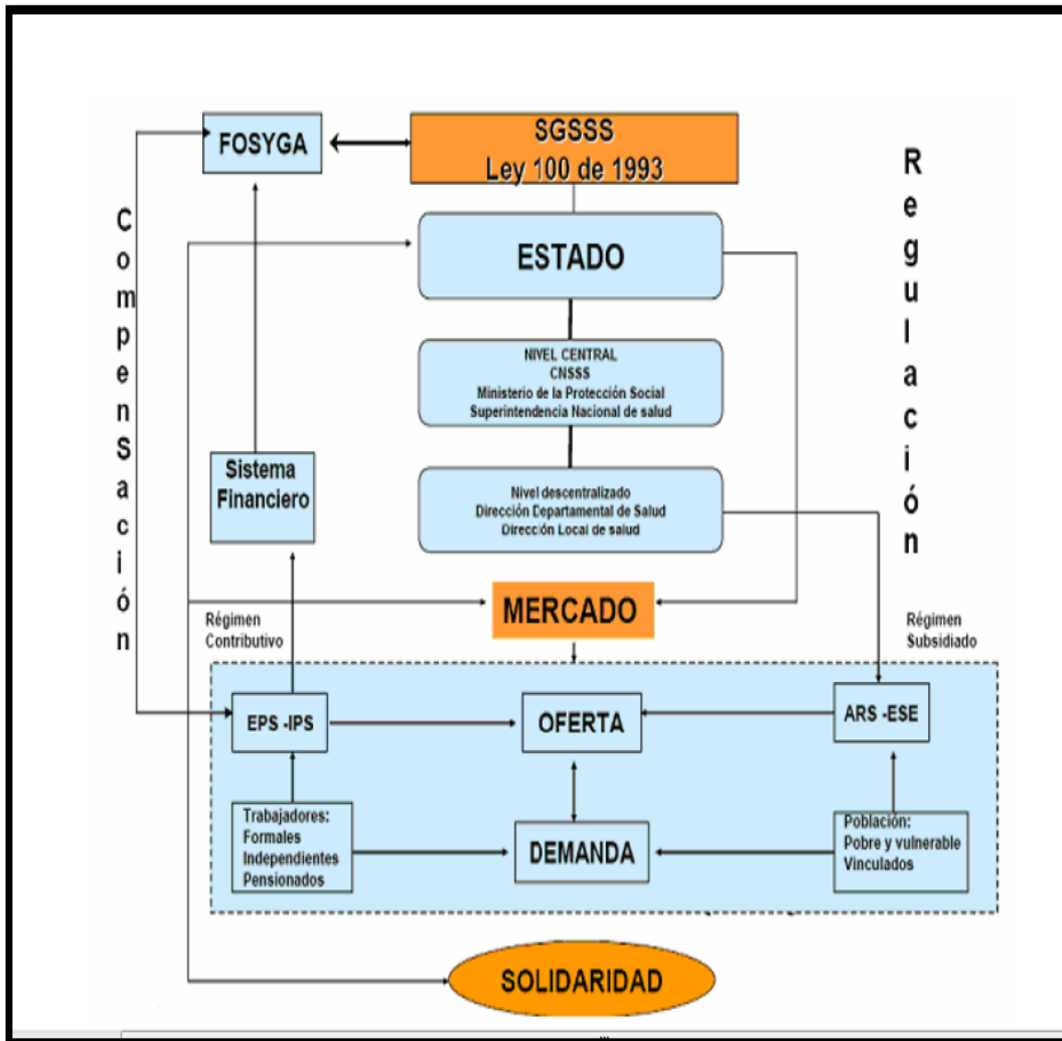
Estos recursos tienen su origen en los impuestos provenientes de los juegos de suerte y azar, establecidos según la Ley 643 de 2001, la distribución para los departamentos se hace con base en el nivel de participación de rifas, juegos y espectáculos; el ochenta por ciento (80%) para atender la oferta y la demanda en la prestación de los servicios de salud, en cada entidad territorial; el siete por ciento (7%) con destino al Fondo de Investigación en Salud, recursos que son administrados por Colciencias; el cinco por ciento (5%) para la vinculación al régimen subsidiado contributivo para la tercera edad; el cuatro por ciento (4%) para vinculación al régimen subsidiado a los discapacitados, limitados visuales y la salud mental y el cuatro por ciento (4%) para vinculación al régimen subsidiado en salud a la población menor de 18 años no beneficiarios de los regímenes contributivos.

2.3.1.3.2. Aportes entidades territoriales (rentas cedidas)

Proviene del impuesto a la venta de licores y cigarrillos; se destinan principalmente a la ampliación de cobertura del régimen subsidiado. Las cifras se pueden obtener a través de las direcciones locales de salud.

Es importante destacar que los usos de los recursos que financian al régimen subsidiado en salud, tienen una destinación específica de acuerdo a la normatividad establecida, es decir, no pueden ser utilizados para obligaciones distintas a las contraídas para garantizar la prestación del servicio a los afiliados al régimen.

Figura 3. Modelo de Operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Fuente: Orozco (2006)

3. METODOLOGÍA

Como lo explican Restrepo, et al. (2006), analizar la sostenibilidad financiera del Régimen Subsidiado en salud es un requisito indispensable para dirigir políticas encaminadas a la ampliación de cobertura, determinación de primas (UPC), características del plan de beneficios y adaptabilidad de ingresos y gastos. Dicho análisis de sostenibilidad financiera puede hacerse desde un nivel micro y un nivel macro.

En términos micro, la sostenibilidad está relacionada con la diferencia entre el valor de la prima (UPC) y el monto de recursos destinado a pagar por la prestación de servicios, en tal caso, un incremento de la demanda, puede generar un desequilibrio importante que presione la prima al alza; y desde el punto de vista macro, el seguro de salud es sostenible en el tiempo si la suma de los ingresos que se espera recaudar para su financiamiento logra ser igual a las necesidades para conservar la cobertura. Sin embargo, si esta sube o la demanda por el seguro se incrementa, se genera una necesidad importante de recursos y se hace evidente la tensión que se presenta entre la cobertura del seguro y su financiamiento, al tiempo que para garantizar el equilibrio financiero puede hacerse necesario establecer restricciones en la cobertura.

3.1. Propuesta para proyectar la Sostenibilidad Financiera del Régimen Subsidiado en salud por fuentes de financiación

3.1.1. El Sistema General de Participación (SGP)

El Acto legislativo 04 de 2007, estableció unos parámetros a tener en cuenta para proyectar los recursos que por el SGP se destinarán a las entidades territoriales, tomando como base el monto liquidado en la vigencia anual anterior.

De igual manera establece unos escenarios para prever el aumento de los ingresos, fijando unas metas de incremento como se muestra en la tabla 1 así: durante el año 2010 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3.5%. Entre el año 2011 y el año 2016 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3%; de igual manera se establece que si la tasa de crecimiento real de la economía (Producto Interno Bruto, PIB) certificada por el DANE para el año respectivo es superior al 4%, el incremento del SGP será igual a la tasa de inflación causada, más la tasa de crecimiento real, más los puntos porcentuales de diferencia resultantes de comparar la tasa de crecimiento real de la economía certificada por el DANE y el 4%.

Así mismo, el Acto Legislativo dictamina que el Gobierno Nacional defina unos criterios y transiciones en la aplicación de los resultados del último censo que se realice, con el propósito de evitar los efectos negativos derivados de las variaciones de los datos censales en la distribución del Sistema General de Participaciones. Finalmente, aclara que el Sistema orientará los recursos necesarios para que de ninguna manera, se disminuyan, por razón de la población, los recursos que reciben las entidades territoriales actualmente. (Acto legislativo 04 de 2007)

Tabla 1: Crecimiento del Sistema General de Participaciones SGP (%)

Año	Componente Real (Base del SGP)
2008	4.0%
2009	4.0%
2010	3.5%
2011 – 2016	3%

Fuente: Elaboración ANIF⁵, según acto legislativo 04 de 2007

Los ingresos corrientes de la nación (ICN) son recursos que recibe el Estado de forma permanente, por concepto de impuestos a la renta y al patrimonio; Impuesto de Valor

⁵ Asociación Nacional de Instituciones Financieras

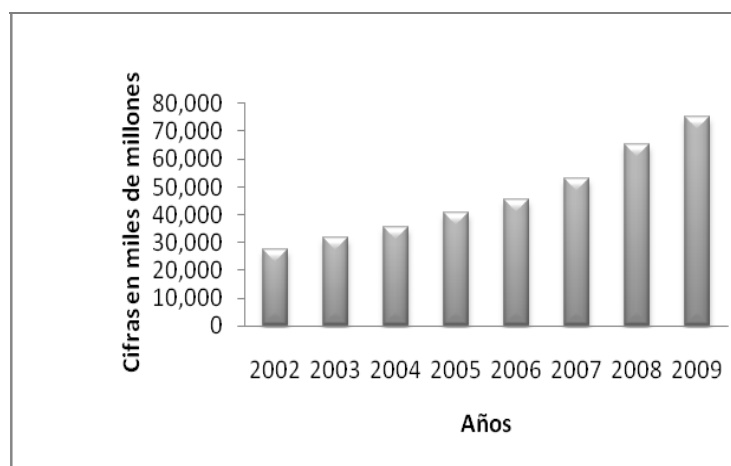
Agregado (IVA) y el gravamen a las transacciones financieras (cuatro por mil). Igualmente, hacen parte del ICN, las tasas, multas, contribuciones y demás ingresos como las rentas contractuales y las transferencias del sector descentralizado a la nación. El SGP, guarda una dependencia directa de los ICN, en tanto que su comportamiento, incide en los recursos que por el Sistema General de Participación, se destinan para financiar el Régimen Subsidiado en Salud.

Tabla 2: Comportamiento de los Ingresos Corrientes de la Nación
En miles de millones de pesos

Años	Ingresos Corrientes de la Nación	Variación Porcentual (%)
2002	27.394	–
2003	31.579	15,28
2004	35.606	12,75
2005	40.687	14,27
2006	45.223	11,15
2007	52.910	17,00
2008	65.140	23,11
2009	75.400	15,75

Fuente: Ministerio de Hacienda (2010)

Gráfico 1: Ingresos corrientes de la Nación



Fuente: Ministerio de Hacienda (2010). Construcción propia

Teniendo como referencia las variaciones porcentuales de los ingresos corrientes de la nación, que se muestran en la tabla 2, se pueden realizar cálculos de tendencia para proyectar los valores que recaudará el Estado por este concepto, y así, estimar las transferencias para el Sistema General de Participación.

En la tabla 3, se muestra el monto de los recursos que por el SGP se destinó al sector salud durante los años 2002 a 2009, cabe anotar que no fue posible encontrar datos del año 2008 de las fuentes de información primaria como el DANE y el DNP; seguidamente, en la tabla 4, se muestra la distribución de los recursos del SGP, con destino al régimen subsidiado en salud.

Tabla 3: Monto de los Recursos del SGP Años 2002 – 2009 *

Cifras en miles de millones de pesos

FUENTES AÑOS / Δ%	EDUCACIÓN	SALUD	SALUD		PROPÓSITO GENERAL	ASIGNACIONES ESPECIALES	TOTAL SGP
			Régimen Subsidiado	Otros			
2002	675.00	2,827.00	1,317.00	1.51	1,962.00	481.00	12,020.00
2003	7,357.00	3,081.00	1,466.00	1,615.00	2,138.00	524.00	13,100.00
Δ% 2002 - 2003	9.00	9.00	11.00	7.00	9.00	9.00	9.00
2004	7,982.00	3.34	1,621.00	1,722.00	2.32	568.00	14,213.00
2005	858.00	3.59	1,779.00	1,815.00	2,493.00	612.00	15,279.00
Δ% 2005 - 2004	7.00	8.00	10.00	5.00	7.00	8.00	8.00
2006	9,211.00	3,858.00	1,955.00	1,903.00	2,677.00	656.00	16,402.00
Δ% 2006 - 2005	7.00	7.00	10.00	5.00	7.00	7.00	7.00
2007	9,854.00	4,127.00	2,311.00	1,816.00	2,864.00	701.00	17,546.00
Δ% 2007 - 2006	7.00	7.00	18.00	5.00	7.00	7.00	7.00
2009	12,321.00	5,055.00	3,286.00	1,769.00	2,394.00	1,973.00	21,743.00
Δ% ** 2007 - 2009	25.00	22.00	42.00	3.00	16.00	181.00	24.00

Fuente: DNP (2008). Cálculos propios.

*No se encontraron datos del año 2008 en las fuentes primarias de información.

** Tasa Compuesta ante la ausencia de datos del año 2008.

Tabla 4: Distribución de los Recursos del SGP, para el Régimen Subsidiado en Salud**Cifras en miles de millones de pesos**

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Total Ingresos Corrientes de la Nación	27.394	31.579	35.606	40.687	45.223	52.910	75.400
Total Sistema General de Participaciones	12.020	13.100	14.213	15.279	16.402	17.546	21.743
Total Sector Salud	2.827	3.081	3.343	3.594	3.858	4.127	5.055
Total Régimen Subsidiado	1.317	1.466	1.621	1.779	1.955	2.311	3.286

Fuente: DANE (2008). Cálculos Propios.

Para proyectar los recursos que el SGP destina para el sector salud, específicamente para el régimen subsidiado, se debe elaborar la proyección de los ingresos corrientes de la nación ICN, utilizando el método de mínimos cuadrados corrientes, por medio de una curva que se ajuste a los ingresos esperados de la nación, observando el comportamiento de la transferencia, para determinar cuánto de estos ingreso se destinarán para el régimen subsidiado en salud.

Tabla 5: Distribución Porcentual SGP (Sector Salud y Régimen Subsidiado en Salud) de los Ingresos Corrientes de la Nación.

Concepto	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Total Ingresos Corrientes de la Nación	27.394	31.579	35.606	40.687	45.223	52.910	75.400
Total Sistema General de Participaciones (SGP)	44%	41%	40%	38%	36%	33%	29%
Total Sector Salud	24%	24%	24%	24%	24%	24%	23%
Total Régimen Subsidiado	11%	11%	11%	12%	12%	13%	15%

Fuente: DNP (2010). Cálculos propios.

La tabla 5, muestra la distribución porcentual del los montos que de los ingresos corrientes de la nación se transfiere al Sistema General de Participaciones, así mismo, los

porcentajes que le corresponden al sector salud con respecto al SGP y finalmente, la asignación porcentual que se destina del sector salud para el régimen subsidiado en salud.

3.1.2. Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Como se mencionó en el Marco Legal, el Fosyga, es un fondo que recauda los recursos del régimen contributivo, las cajas de compensación familiar, Administradoras de Riesgos Profesionales y transferencias de la Nación, para financiar el Régimen Subsidiado en Salud.

Tabla 6: Histórico Unidad Percápita de Capitalización (UPC)

AÑO	ACUERDO	UPC-S	VARIACIÓN %
2000	161/1999	\$ 141.480,00	-
2001	186/2000	\$ 155.520,00	9.92
2002	218/2001	\$ 168.022,80	8.04
2002 *	234/2002	\$ -	-
2003	241/2002	\$ 180.622,80	0.00
2004	259/2004	\$ 192.344,40	6.49
2005	282/2004	\$ 203.886,00	6.00
2006	322/2005	\$ 215.712,00	5.80
2007	351/2006	\$ 227.577,20	5.50
2008	379/2008	\$ 242.370,00	6.50
2009	403/2008	\$ 267.678,00	10.44
2010	009/2009	\$ 281.836,80	5.29

Fuente: Fosyga, según los Acuerdos. Cálculos propios.

*: A partir del 01 de Ago. a 31 de Dic. de 2002

Los valores de la UPC-s⁶ y la variación anual, se ilustran en la tabla 6. Cabe tener en cuenta que para los años 2000 – 2009, los Acuerdos fueron expedidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), y para el año 2010, por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), por facultades legales conferidas en la Ley 1122 de 2007. Si bien teóricamente la UPC-s se incrementa en proporción a la inflación, lo que muestra los valores son datos aproximados al IPC, en razón a que existen variables exógenas que también son tenidas en cuenta para el cálculo de la UPC-s⁷

Para conocer el valor proyectado de los giros que el Fosyga destina para el Régimen Subsidiado en Salud, se debe tomar como referencia el valor de la UPC-s proyectada para el último año y multiplicarla por la cantidad de beneficiarios reportados por las EPS en la Base de datos única de afiliados (BDUA)⁸.

3.1.3. Esfuerzo Propio

Además de los recursos que se destinan para la financiación del Régimen Subsidiado en Salud a través del SGP y el Fosyga, las entidades territoriales financian una parte con recursos de sus presupuestos, denominados Esfuerzo Propio.

La Ley 715 de 2001 establece que a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si éste es mayor.

Las entidades territoriales elaboran los presupuestos anualmente con base en los ingresos recaudados en la vigencia anterior, empleando para las proyecciones métodos como

⁶ La fuente para consultar estos datos es la página web del Fosyga, www.fosyga.gov.co.

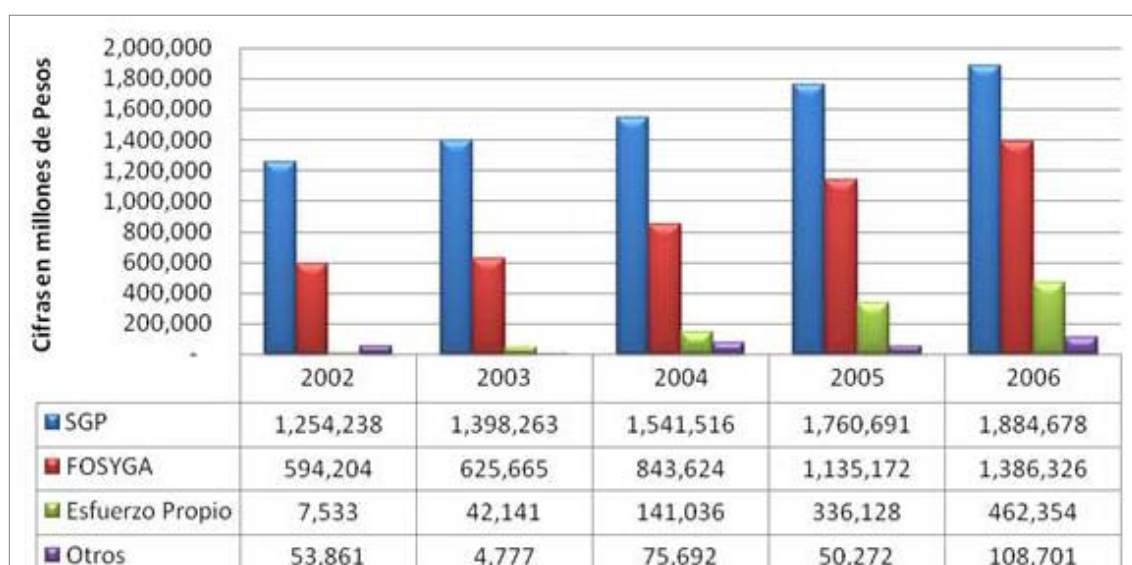
⁷ Para ampliación de la información, consultar Acuerdo 403 de 2008.

⁸ A Junio 11 de 2010 esta base reporta un total de 18.317.964 personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del Sisben y quienes son beneficiarios del régimen subsidiado. Fuente: Ministerio de la Protección Social.

el de Evaluación Directa que permite estimar los recaudos que por impuesto predial y de Industria y Comercio serán recibidos; el de Tendencia, basado en históricos, utilizando como mínimo datos de los últimos cinco años; y el método en Función del IPC, donde se tiene en cuenta la cifra del IPC vigente para la elaboración del presupuesto. Una vez elaborado los presupuestos, de ingresos y gastos, se tiene en cuenta el plan de acción de los fondos locales de salud con el fin de apropiar los recursos necesarios como participación con destino a financiar entre otros el sector salud.

La grafica 2, resume la participación de los recursos del régimen subsidiado por fuente de financiación, entre los años 2002 y 2006; es así como se observa un incremento considerable en el aporte de la fuente de Esfuerzo Propio de las entidades territoriales⁹ para cofinanciar la ampliación de cobertura de dicho régimen. Cabe aclarar que la fuente Otros, incluye los aportes de las cajas de compensación familiar y en menor proporción los aportes de los cafeteros.

Gráfico 2: Evolución de los recursos por fuente de financiación en la contratación del régimen subsidiado en salud.



Fuente: Ministerio de Protección Social. (2006)

⁹ Ministerio de Protección Social.

Tabla 7: Participación porcentual de las fuentes de financiación en el Régimen Subsidiado en Salud

Fuente Part. %	SGP	FOSYGA	Esfuerzo Propio	Otros	Total
Participación % 2002	65,67%	31,11%	0,39%	2,82%	100%
Participación % 2003	67,52%	30,21%	2,03%	0,23%	100%
Participación % 2004	59,25%	32,42%	5,42%	2,91%	100%
Participación % 2005	53,64%	34,59%	10,24%	1,53%	100%
Participación % 2006	49,05%	36,08%	12,03%	2,83%	100%

Fuente: Ministerio de Protección Social. (2006). Cálculos propios

Proyección de Gastos

Una vez conocidos el origen y la participación de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado en Salud, es necesario realizar la proyección de los gastos del Régimen Subsidiado, para lo cual se debe tener en cuenta las proyecciones del DANE sobre la población del país, y los índices de pobreza estimados que se obtienen en los informes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Aplicando los porcentajes del índice de pobreza al total de la población proyectada se obtiene el número de personas sin capacidad de pago, quienes serían los beneficiarios potenciales del régimen subsidiado en salud. El resultado obtenido se multiplica por el valor proyectado de la UPC-s para hallar el valor de los recursos necesarios que garanticen la sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud, y así cumplir con el objetivo principal de universalidad propuesto en la reforma a la salud implementada mediante la Ley 100 de 1993.

La tabla 8, muestra las proyecciones de población nacional para los quinquenios 2005 – 2020; la población por año se puede estimar por medio de una función exponencial definida en la misma tabla, es decir, que para calcular la población entre el 2011 al 2014 y 2016 a 2019, se proyectarían las dos cifras básicas por medio de la función exponencial mencionada para con esto, estimar el crecimiento de la población anual.

Tabla 8: Proyecciones de Población Total por años 2005 - 2020

Años	Población	Tasa de Crecimiento Exponencial Estimado por Año
Año base 2005	42.888.592	-
2010	45.508.205	1.19
2015	48.202.617	1.15
2020	50.912.429	1.09

Fuente: DANE

Para estimar los potenciales afiliados al régimen subsidiado, se toman los datos de la población en situación de pobreza según la tabla 9, quienes serían los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado.

Tabla 9: Personas en Situación de Pobreza

(Porcentaje del total de personas)		(Población en millones)		
POBREZA (Colombia)		POBLACIÓN (Colombia)		
Años	Nacional en %	Años	Total	%
1991	56.1	1991	33 832	0.00
1994	52.5	1994	35 781	5.76
1997	50.9	1997	37 764	5.54
1999	54.9	1999	39 099	3.54
2002 i/	51.5	2002	41 081	5.07
2004 i/	51.1	2004	42 392	3.19
2005 i/	46.8	2005	43 046	1.54

i/ A partir de 2001 el diseño muestral de la encuesta hace que las cifras anteriores para las zonas urbanas y rurales no sean estrictamente comparables con las de años anteriores.

Fuente: CEPAL. www.eclac.org

En la tabla anterior, se evidencia la población total y su variación porcentual lo que muestra el crecimiento poblacional que se ha presentado en el país. De igual manera, los porcentajes de pobreza; esto con fin de ser aplicados a la población total y encontrar el número de personas sin capacidad de pago y posibles beneficiarios del régimen subsidiado en salud.

Para estimar las proyecciones de la población a cubrir por el régimen subsidiado en salud, a partir de la tabla 8, se calcula la tendencia del crecimiento tanto de la población como de los índices de pobreza del país, con los años registrados en dicha tabla; para proyectar los siguientes años, se aplica la tasa de crecimiento exponencial estimada (Ver tabla 8), lo que permite encontrar la cantidad de personas pobres potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud.

Después de estimar la cifra de población pobre, se multiplica por el valor de la UPC-s proyectada para el año a calcular; cuyo producto indica los recursos que el Estado tendría que proveer para asegurar la atención a esta población. Los recursos a proveer se compararían con los ingresos proyectados para establecer el punto de equilibrio entre los ingresos y gastos, con el fin de determinar si existe déficit o superávit financiero que permita trazar estrategias que garanticen la cobertura universal en Salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con este trabajo se ha logrado avanzar de manera importante en la caracterización del Régimen Subsidiado en Salud en términos de su funcionamiento. Como un aporte de este proyecto en nuevos trabajos de investigación, se ofrece un marco conceptual para estudiar el Régimen Subsidiado desde una perspectiva de política pública que involucra elementos de economía y de salud pública. Es así como se ofrece un esquema para analizar la evolución de un conjunto de variables claves, y establecer la eficacia del régimen en la eliminación o reducción de las dificultades de acceso a los servicios de salud entre la población pobre.

En la medida que los recursos aumenten, se amplía la cobertura, transformando los subsidios de oferta a subsidios de demanda, es decir, pasan de vinculados a ser beneficiarios del régimen subsidiado en salud.

El plan obligatorio de salud subsidiada (POSs) no contempla los mismos beneficios contenidos en el POS contributivo, lo que genera una limitante para lograr una universalidad para el acceso a los servicios de salud de la población contemplados en la Ley 100 de 1993, ya que los prestadores del servicio no estarían dispuestos a incurrir en costos que superen al valor de la prima (UPC) que se paga por cada uno de los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud.

Igualmente, se evidencia que de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado en salud, el Sistema General de Participación (SGP), es la fuente de ingresos más representativa ya que proviene de los Ingresos Corrientes de la Nación y presenta una relación directa con la dinámica macroeconómica del país, es decir, que de acuerdo a la evolución de los ingresos captados por concepto de impuestos, mayores son los recursos que se destinan al financiamiento del Régimen Subsidiado en salud.

De igual manera se observa que los recursos por esfuerzo propio que las entidades territoriales destinan al Régimen Subsidiado en salud han aumentado progresivamente debido a una disminución de los recursos del Sistema General de Participación y destinados para ampliar la cobertura del Régimen.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, O. L., Ramírez, M., & Cañón, C. I. (2005). La Viabilidad del Sistema de Salud, que dicen los estudios. Bogotá DC.: Fundación Corona, Universidad del Rosario.
- Arias, E. (2009). Estado de Bienestar. Política y Administración Pública, 1-09.
- Barón L, G. (2007). Cuentas de Salud de Colombia 1993 - 2003. El Gasto Nacional en Salud y su Financiamiento. Bogotá DC: Impresol Ediciones Ltda.
- Bergson, H. (1995). Memoria y Vida. Barcelona: Altaya.
- Berman, P. Cooper, D. (1996). National Health accounts. Harvard University & Parthnerships for Health Reform (PHR) Abt Associates Inc. Boston. MA.
- Bitran y Asociados, Econometría y ESAP, (2001). “Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudos de aportes al sistema”. Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma.
- Cárdenas, D. (2000). Sostenibilidad Financiera del Régimen Subsidiado en Salud. Departamento Nacional de Planeación.
- Castaño R, Granada R, Álvarez E, Ramírez C, (2001). “Evaluación integral de equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud. Evaluación del equilibrio financiero UPC/POS” Ministerio de Salud. Mimeo.
- Caviedes, R. (1994). Subsidio a la demanda en salud. España. www.cepchile.cl/dms/archivo_1637_157/rev54_caviedes.pdf -

Congreso de la República, Acto legislativo 4 de 2007. Diario Oficial No. 46.686 de 11 de julio de 2007.

Chicaíza, L. A., & García, M. (2008). Evaluación Económica y Sostenibilidad Financiera del modelo de atención primario en Salud. (APS) en la localidad de Suba Bogotá. Gerencia política en Salud Pública.

Enthoven, A. (1988). Manager Competition of Alternative Delivery Systems. Journal of Health Politics, Policy and Law. 13

Gil, A. (2008) Reforma del Sistema de Salud en Colombia: Focalización del gasto público social en salud. Revista Semestre Económico. Vol 11 No. 21
www.cepchile.cl/dms/archivo_1637_157/rev54_caviedes.pdf -

Grupo de Economía de la Salud GES. (2006). Resultados Financieros del Seguro Público en Salud en Colombia 1996 - 2005. Observatorio de la Seguridad Social.

Lanzeby, H. Levit, K. Waldo, D. Adler, G. Letsch, S. Cowan, C. (1992). National Health Accounts: Lessons from the US experience. Health Care Financing Review. Baltimore. 13 (4)

Ley 100 de 1993. Creación del Sistema de Seguridad Social Integral y otras disposiciones. [En línea] Diario Oficial No. 41148, Bogotá, 23 de diciembre de 1993. Disponible en: <http://www.cdmb.gov.co/normas>. [Consultada en febrero de 2009]

Ley 715 de 2001. República de Colombia.

Molina, R. Carbajal, C. (2004). Financiamiento y Equidad en los Sistemas de Salud en México. Departamento de Economía de la Universidad Autónoma de México.

- Morales, L. (1997). El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Cepal – Naciones Unidas. Serie Financiamiento del Desarrollo. Santiago de Chile. (55)
- Orozco, J. (2006). Caracterización del Mercado del aseguramiento en salud para el Régimen Contributivo en Colombia. Universidad de Cartagena. Cartagena.
- Ortiz, G. (2006). Corporación Vértice. Recuperado el 07 de Noviembre de 2009, de Corporación Vértice: <http://www.corporaciónvertice.org>.
- Peñaloza, E. Eslava, J. Muñoz, M. O'Mear, G. Pinzón, J. Ruiz, F. 2001. "Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia 1993-2000". Cendex, Fundación Corona, BID, Fundación Social.
- Presupuesto General de la Nación. Observatorio Legislativo – Instituto de Ciencia Política. Boletín No. 111. Octubre de 2008.
- Restrepo, J. Echeverry, E. Vásquez, J. & Rodríguez, S. (2006). El Seguro Subsidiado y el Acceso a los servicios de salud, Teoría, contexto Colombiano y experiencia en Antioquia.
- Sarmiento, A. (2001). "Evaluación Integral del SISBEN". United Nations Development Programme.
- Scialabba, E. (2009). La importancia del gasto en Salud para la reducción de las desigualdades en América Latina y el Caribe. Universidad del Salvador. Argentina.
- Sen, A. (2000). Desarrollo y Libertad. Ed. Planeta. Bogotá DC. 440 p.

Segura, J. (1995) El Estado de bienestar, la política económica y los servicios de salud, conferencia inaugural del Seminario de Estudios Sociales de la salud y los Medicamentos, Madrid, Universidad Carlos III, marzo de 1995.

Stiglitz, J. (2003). Economía del Sector Público. Antoni Bosh Editor S.A. España.

Universidad de Cuenca. (s.f.). Recuperado el 07 de Noviembre de 2009, de http://www.saprin.org/ecuador/research/ecu_cuenca_rpt_3_teoría.pdf.

Viscione, J. (1979). Análisis Financiero Principios y Métodos. México: Limusa S.A.

Waldo, D. (1996). Creación de cuentas de salud para los países desarrollados y en desarrollo. Documento preparado para el Departamento de Desarrollo Humano del Banco Mundial y presentado al primer taller regional de la iniciativa de cuentas nacionales de Salud. Cuernavaca. México. 06 al 10 de abril de 1997.