



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICO-ADMINISTRATIVAS

ESPECIALIZACIÓN EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD

CARLOS ALBERTO JAIMES - LUIS EDUARDO RINCÓN



Desempeño financiero y económico de las EPS del Régimen Contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia: 1993- 2006

INFORME

Carlos Alberto Jaimes
Luis Eduardo Rincón

**Desempeño financiero y económico
de las EPS del Régimen Contributivo
y otros actores de la seguridad social
en salud en Colombia, 1993-2006**



UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

Facultad de Ciencias Económico Administrativas
Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Jaimes, Carlos Alberto

Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia : 1993-2006 / Carlos Alberto Jaimes, Luis Eduardo Rincón. – Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, 2009.

128 p. ; 21 cm.

ISBN: 978-958-725-013-8

1. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ASPECTOS ECONÓMICOS - COLOMBIA. 2. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - FINANZAS - COLOMBIA. 3. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - FINANZAS - COLOMBIA. 4. SEGURIDAD SOCIAL - ASPECTOS ECONÓMICOS - COLOMBIA. I. Tit. II. Rincón, Luis Eduardo.

CDD368.4009861'j199

Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano
Carrera 4 N° 22-61 – PBX: 242 7030 – www.utadeo.edu.co

Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia, 1993-2006

Primera edición: 2009

Rector: José Fernando Isaza Delgado

Vicerrector académico: Diógenes Campos Romero

Decano de la Facultad de Ciencias Económico Administrativas:

Salomón Kalmanovitz

Director editorial (e): Jaime Melo Castiblanco

Coordinación editorial: Andrés Londoño Londoño

Revisión de textos: Sandra Naranjo

Diseño de portada y supervisión editorial: Luis Carlos Celis Calderón

Diseño y diagramación: Mary Lidia Molina Bernal

Coordinación administrativa: Henry Colmenares

Impresión digital: Xpress S.A.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin autorización escrita de la Universidad.

IMPRESO EN COLOMBIA - PRINTED IN COLOMBIA

Contenido

1. Introducción	13
2. Metodología.....	15
3. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	17
4. Análisis macro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	29
4.1. Comportamiento del gasto en salud.....	29
4.2. Sistema General de Participaciones.....	50
4.3. Empresa Territorial para la Salud.....	58
4.4. Loterías.....	64
4.5. Apuestas permanentes.....	64
4.6. Comportamiento agregado de los recursos provenientes de juegos de suerte y azar.....	73
4.7. IVA a licores y cervezas.....	73
4.8. Cambios introducidos por la normatividad reciente.....	79
5. Análisis micro según tipo de actor del Sistema....	85
5.1. Fondo de Solidaridad y Garantía.....	85
5.2. Entidades promotoras de salud.....	92
5.2.1. Activos.....	94
5.2.2. Pasivos.....	94

5.2.3. Patrimonio.....	97
5.2.4. Razón de apalancamiento.....	97
5.2.5. Razón de actividad.....	97
5.2.6. Razón de utilidad/ingresos operacio- nales.....	101
5.2.7. Razón de utilidad/total de activos.....	101
5.3. Entidades de medicina prepagada.....	107
5.4. Instituciones prestadoras de servicios de salud.....	109
6. Temas para futuras investigaciones.....	113
6.1. Sistema de Pensiones.....	113
6.2. Sistema de Riesgos Profesionales.....	114
7. Conclusiones.....	117
Bibliografía.....	119
Índice de gráficos.....	123
Índice de tablas.....	126

**Desempeño financiero y económico de las EPS
del Régimen Contributivo y otros actores
de la seguridad social en salud
en Colombia, 1993-2006**

**Desempeño financiero y económico
de las EPS del Régimen Contributivo
y otros actores de la seguridad social en salud
en Colombia, 1993-2006**

Carlos Alberto Jaimes*
Luis Eduardo Rincón**

- * Economista egresado de la Universidad Nacional de Colombia y magíster en Economía. Es docente asociado de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Correo electrónico: carlos.jaimes@utadeo.edu.co
- ** Médico egresado de la Universidad Nacional de Colombia y magíster en Salud Pública de la Universidad Nacional y en Administración Pública y de Servicios de Salud de la Universidad de Nuevo México. Es docente de la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. Correo electrónico: luis.rincon@utadeo.edu.co

Resumen

El Sistema General de Seguridad Social en Salud moviliza anualmente cerca del 8% del PIB nacional y cubre con algún tipo de seguro en salud a más del 80% de la población. Este estudio aborda el análisis de algunos aspectos del comportamiento financiero y económico de los principales actores del Sistema, con el fin de identificar las fortalezas y debilidades económicas del sector salud en el país. Para tal fin en este documento se conjugan los análisis macro y microeconómicos.

Palabras clave: financiación, seguridad social, EPS, IPS.

Abstract

The General System of Social Security in Health mobilizes annually about 8% of GDP and covers with some sort of health insurance more than 80% of the population. This study addresses some aspects of economic and financial behaviour of key actors in this system, in order to identify economic strengths and weaknesses of the health sector in Colombia. For this purpose, in this document we combine macro and microeconomic analysis.

Keywords: finances, social security, EPS, IPS.

1. Introducción¹

Este artículo se propone mostrar los resultados económicos y financieros del sector de la seguridad social en salud en Colombia, correspondientes al período 1993 a 2006. Para ello, los autores abordan el análisis de las dinámicas macroeconómicas y microeconómicas de algunos actores del sistema.

Este documento contiene una breve descripción de la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); un análisis macro de los recursos del SGSSS; un análisis del comportamiento financiero de los agentes del sistema de salud: Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), entidades promotoras de salud (EPS), entidades de medicina prepagada (EMP) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), entre otras, para lo cual se utilizan algunos indicadores financieros básicos.

¹ Este artículo recoge los resultados del estudio «Oportunidades de participación de entidades del sector financiero en el sector salud», desarrollado en la Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Área de Postgrados en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social por los profesores Carlos Alberto Jaimés y Luis Eduardo Rincón Cañón.

2. Metodología

El estudio del que se desprende este artículo realizó un análisis de corte transversal retrospectivo del período 1993 a 2006, para ello se alimentó una base de datos en Excel con información obtenida de fuentes primarias y secundarias, entre las que se cuentan: DANE, DNP, Supersalud, SIGOB, ACEMI, entre otras, y fuentes bibliográficas diversas.

Igualmente se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a líderes del sector (representantes de Gobierno, EPS, IPS y agremiaciones), seleccionados por conveniencia, para profundizar la información cuantitativa obtenida.

Con el fin de analizar la evolución real de los recursos del sistema y de desarrollar los análisis comparativos entre diferentes periodos, los recursos financieros se expresan en pesos constantes de 2005. Se eligió este año como base para la presentación del documento, pues la mayor parte de la información obtenida de diferentes fuentes llega hasta este año como último momento para el cual se cuenta con información. Aún no se encuentra disponible alguna información definitiva para 2006 y/o parcial para 2007, pues las entidades responsables de su publicación la están depurando y consolidando.

Por otro lado, se debe anotar que la ausencia de información financiera de IPS obedece a que el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, fuentes oficiales y responsables de esta información, no la proporcionaron a pesar de múltiples comunicaciones en las cuales el equipo investigador solicitó los datos correspondientes.

3. Estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud²

En diciembre de 1993 el Congreso de la República aprobó la Ley 100, hecho que cambió radicalmente la estructura de la seguridad social del país, al crear el Sistema de Seguridad Social Integral, un sistema compuesto por los subsistemas de pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios.³ El principal objetivo del Sistema es garantizar que todo colombiano tenga una protección integral ante los riesgos que menoscaban la salud y la capacidad económica de la población.

En materia de salud, la Ley 100, en el Libro Segundo, puso fin al Sistema Nacional de Salud y constituyó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este Sistema opera bajo un modelo de aseguramiento y tiene la finalidad primordial de garantizar el acceso de todos los colombianos a los servicios de salud,⁴ bajo los principios de universalidad, equidad, calidad y eficiencia, entre otros.

Para lograr estos objetivos, creó los regímenes Contributivo y Subsidiado. El Régimen Contributivo (RC) fue diseñado para cubrir con un seguro de salud a los trabajadores (con contrato

² Este apartado fue tomado y actualizado del texto de Carlos Alberto Jaimes, «Impacto del Régimen Subsidiado en Salud sobre la equidad en salud», tesis para optar al título de Magíster en Economía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2003.

³ La Ley 1122 de 2007 modificó y adicionó el Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido mediante la Ley 100 de 1993.

⁴ Para los gestores de la reforma era claro que la ampliación en la cobertura en la seguridad social en salud sólo era posible con la transformación y articulación del conjunto de entidades que colateralmente se habían desarrollado al margen del ISS y Cajalán. Ver Iván Jaramillo, *El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993, 5 años después*, cuarta edición, Bogotá, Fescol, 1999, p.55.

e independientes) y pensionados y a sus respectivas familias, así como a las madres comunitarias y su familia.⁵ Este seguro garantiza el acceso a un conjunto estándar de atenciones y medicamentos, llamado Plan Obligatorio de Salud (POS). La financiación del POS se efectúa con cotizaciones obrero-patronales equivalentes al 12,5% del ingreso del cotizante.⁶

Por su parte, el Régimen Subsidiado (RS)⁷ fue creado para asignar directamente subsidios a cada persona. La asignación de subsidios se hace mediante un aseguramiento en salud que garantiza el acceso a la población más pobre y vulnerable (sin capacidad de pago) al Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).⁸ La población beneficiaria del subsidio es identificada y seleccionada (focalizada) por el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisben) o por listados censales.⁹ La financiación del RS está establecida en dos niveles: en el nivel

⁵ El anterior sistema sólo cubría al trabajador. Durante el período de gestación, parto y postparto la cobertura se ampliaba a la esposa y al recién nacido durante su primer año de vida. Luego de estos eventos la cobertura continuaba sólo para el trabajador.

⁶ Al Régimen Contributivo se afilian las personas con contrato de trabajo, los pensionados y los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, también las madres comunitarias y su familia. En el caso de pensionados y trabajadores independientes el valor de la cotización es cancelada individualmente, mientras que los trabajadores con contrato de trabajo pagan el 4% del salario y el empleador el restante 8,5%.

⁷ “El régimen subsidiado es 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 de que trata la presente ley”. Art. 211, Ley 100 de 1993.

⁸ La Ley 100 de 1993 estableció un POS-S equivalente al 50% del POS del RC (POS-C) y estipuló que gradualmente se debería ampliar el POS-S hasta lograr, en el 2001, la equivalencia entre el POS de ambos regímenes. Hoy, a pesar de las modificaciones que ha habido en los dos planes obligatorios, el POS-S sigue siendo inferior a su homólogo del RC. Según diversas investigaciones, se calcula que el POS-S actualmente está entre el 60 y 70% del POS-C.

nacional recibe recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), más exactamente de la subcuenta de solidaridad, de los aportes de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y otros recursos de origen fiscal; en el nivel territorial, recibe recursos de la participación de cada municipio en el sistema general de participaciones (SGP), por rentas cedidas y por recursos de la Empresa Territorial de Salud (Etesa).¹⁰

Tres de las innovaciones más importantes del SGSSS, son el POS, la unidad de pago por capitación (UPC) y la libre elección. Estos nuevos elementos permitieron separar la financiación de la prestación de servicios en ambos regímenes e incentivar la competencia mediante la eficiencia y calidad de servicios, a la vez que evitan la selección del riesgo y la competencia por precios y por diferenciación de producto.

La disociación de financiación y prestación de servicios se da de la siguiente manera: en el Contributivo, las entidades promotoras de salud (EPS)¹¹ recaudan las cotizaciones y tienen derecho al reconocimiento de las unidades de pago por capitación (UPC)¹² por cada afiliado que tengan, entonces mediante un cruce de cuentas entre estos dos recursos, conocido como proceso de compensación interna, remiten los excedentes o déficit al

⁹ La población pobre y vulnerable que no está cubierta por el régimen subsidiado se denomina vinculada, pues no tiene derechos formales en el sistema pero no se le puede negar las atenciones que demanda. La cobertura universal implicaría ausencia de población vinculada.

¹⁰ La Ley 1122 de 2007, modificatoria de la Ley 100 de 1993, en su artículo 11 modifica el artículo 214 de la Ley 100 respecto de los recursos para la financiación del RS, dividiéndolos en recursos de las entidades territoriales, del Fosyga y otros recursos.

¹¹ Estas entidades desempeñan el papel de aseguradoras en el RC.

¹² La UPC es la cantidad de dinero anual que el Estado reconoce a las EPS por cada afiliado. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, estableció para el 2007 el valor promedio de la UPC en \$404.215,20 pesos (la UPC tiene un valor de \$485.056,80 en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, La Guajira,

Fosyga a través de la cuenta de compensación. Con el valor de la UPC, las EPS deben contratar con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)¹³ la atención de sus afiliados. Por su parte en el Subsidiado las entidades promotoras de salud del Régimen Subsidiado (EPS-S)¹⁴ deben contratar servicios para sus afiliados con las IPS de acuerdo con el valor de la UPC de dicho régimen (UPC-S).¹⁵

Se desincentiva la selección de riesgo (frecuentemente interpretada en Colombia como selección adversa)¹⁶ y competencia por precios o por diferenciación de producto, en la medida en que las entidades afiliadoras y prestadoras deben ofrecer un producto estándar (el POS) a un precio estándar (la UPC). La eficiencia y la competencia a través de la calidad se inducen por la libre elección de entidades afiliadoras (aseguradoras) y prestadoras de servicios.

Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá, pues son regiones del país en las que el transporte es muy costoso. Se exceptúan algunas de sus capitales para este pago).

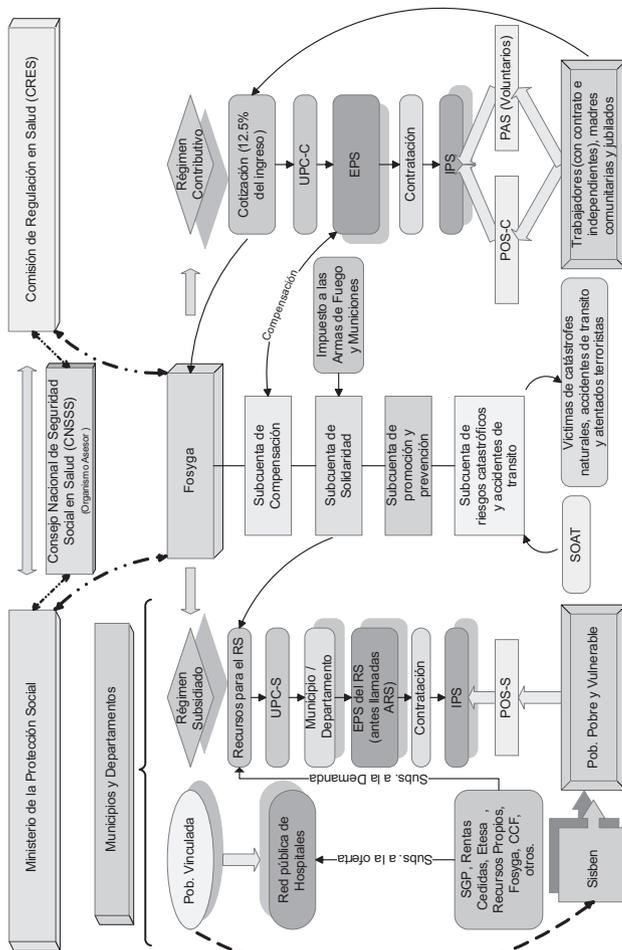
¹³ Hospitales, clínicas, laboratorios, centros médicos, etc.

¹⁴ Entidades que desempeñan el papel de aseguradoras en el RS. Anteriormente se denominaban administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y a partir de la Ley 1122 de 2007 se denominan empresas promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S).

¹⁵ La UPC-S es el valor anual que el Estado reconoce a las EPS del Régimen Subsidiado (antes llamadas ARS) por cada afiliado al RS. Para el 2007 (GNSSS. Acuerdo 351 de 2006) el valor de la UPC-S es de \$227.577,60 pesos (la UPC-S asciende a \$270.720 pesos en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, La Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá). Nótese que, en promedio, el valor de la UPC-S corresponde aproximadamente al 56,3% de la UPC del RC.

¹⁶ Un ejemplo cercano de la selección de riesgo se presentó en Chile, donde la reforma al sistema de salud les permitió a las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) ofrecer planes diferenciados de atención. Como resultado, se presentó una reducción en la cobertura de las mujeres en edad fértil, personas de la tercera edad, enfermos crónicos y “de alto costo”. Ver Iván Jaramillo, *op. cit.*, pp. 29-73.

Gráfico 1. Estructura, actores, instituciones y flujo de recursos y de servicios en el SGSSS



En este esquema de funcionamiento, con procesos y funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios, el Ministerio de la Protección Social (MPS) desempeña las funciones de dirección, vigilancia y control (modulación). Este esquema fue “bautizado” en 1996 por Londoño y Frenk como “pluralismo estructurado”.¹⁷

Luego de trece años de promulgada la Ley 100, el Régimen Contributivo cuenta con 16'352.751 afiliados y el Subsidiado con 20'107.223, lo que significa que 6'866.410 personas (aproximadamente 16% de la población total del país) no están en posibilidad formal de disfrutar de los beneficios del aseguramiento en salud. Es claro que no sólo se ha incumplido con la meta de cobertura universal para el año 2001, sino también que dicha meta está aún distante.¹⁸

¹⁷ *El concepto de 'pluralismo estructurado' intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. 'Pluralismo' evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. 'Estructurado' evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado*. Juan Luis Londoño y Julio Frenk, «Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina». Documento de trabajo 353 (1996), Banco Interamericano de Desarrollo, p. 16. Documento disponible en <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=788172>.

¹⁸ La Ley 1122 de 2007 establece en su artículo 9 que “*el Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema*”.

Tabla 1. Población nacional según relación con el SGSSS, 1993-2006

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Población o Grupo														
Población Nacional	37'635,094	38'072,886	38'510,677	38'948,469	39'386,360	39'824,052	40'261,843	40'699,635	41'137,426	41'575,218	42'013,009	42'450,801	42'888,592	43'326,384
R. Contributivo	7'532,281	7'825,627	8'750,167	10'741,696	12'984,001	13'199,639	13'654,088	14'193,311	13'335,932	13'165,463	13'805,201	14'857,250	15'533,582	16'352,751
Subs. Parciales												1'788,069	2'067,748	1'887,670
R. Subsidiado			4'800,916	5'981,774	7'026,690	8'527,061	9'325,832	9'510,366	11'069,182	11'444,003	11'867,947	13'765,405	16'513,662	18'219,553
Subs. Plenos			4'800,916	5'981,774	7'026,690	8'527,061	9'325,832	9'510,366	11'069,182	11'444,003	11'867,947	15'555,474	18'581,410	20'107,223
Total R. Subsidiado	0	0	4'800,916	5'981,774	7'026,690	8'527,061	9'325,832	9'510,366	11'069,182	11'444,003	11'867,947	15'555,474	18'581,410	20'107,223
Total Aseguramiento (C+S)	7'532,281	7'825,627	13'551,083	16'723,470	20'010,691	21'726,700	22'979,920	23'703,877	24'405,114	24'609,466	25'673,148	30'410,724	34'114,992	36'459,974
Población no asegurada	30'102,813	30'247,259	24'959,594	22'224,999	19'375,369	18'097,352	17'281,923	16'995,758	16'773,232	16'965,752	16'339,861	12'040,077	8'773,600	6'866,410
Tasas de población según relación con el SGSSS (%)														
R. Contributivo	20,01	20,55	22,72	27,58	32,97	33,14%	33,91	34,87	32,42	31,67	32,86	35,00	36,22	37,74
R. Subsidiado	0,00	0,00	12,47	15,36	17,84	21,41%	23,16	23,37	26,91	27,53	28,25	36,64	43,32	46,41
Población no asegurada	79,99	79,45	64,81	57,06	49,19	45,44%	42,92	41,76	40,67	40,81	38,89	28,36	20,46	15,85
Total Pob. asegurada	20,01	20,55	35,19	42,94	50,81	54,56%	57,08	58,24	59,33	59,19	61,11	71,64	79,54	84,15

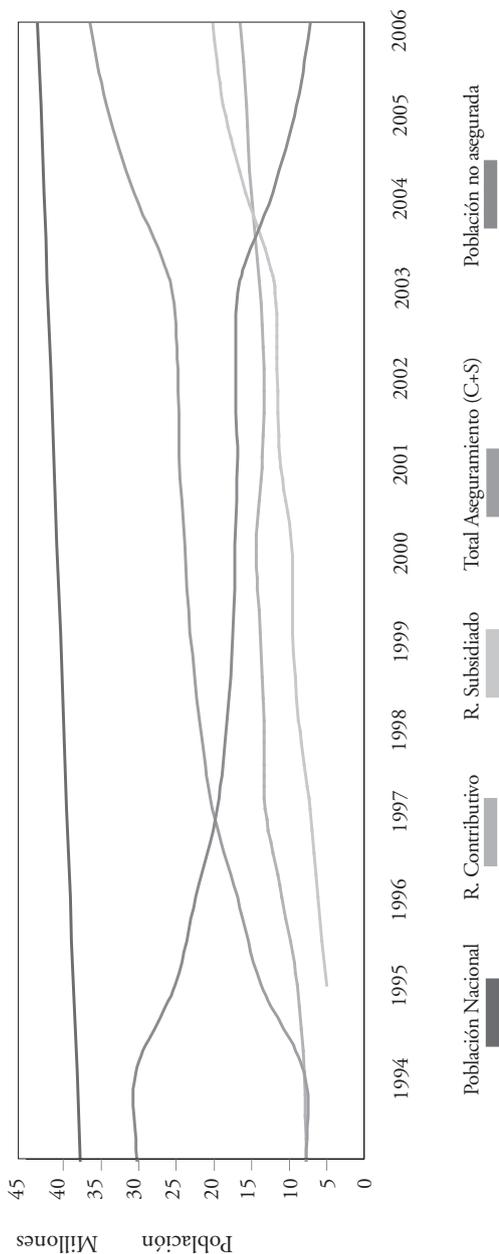
Fuente: Población nacional - Cálculos propios con base en DANE, Población censada y compensada, Censo 1993, y Población conciliada, Censo 2005. Cifras de afiliación para los años 1993 a 1998, cálculos propios con base en CID-UN (2007); para los años 1999 a 2006 cifras del MPS.

Varios factores de naturaleza política, económica, social y cultural obstaculizan el logro de las metas establecidas por la reforma. En el RC, la elevada tasa de desempleo, la inestabilidad laboral, los elevados niveles de informalidad, la evasión y la elusión (subdeclaración) de aportes son los principales factores que debilitan las finanzas del sistema y limitan la cobertura. En el RS los recursos no han ingresado en la cantidad esperada debido a la crisis económica del período 1998 a 2000,¹⁹ a la dinámica del mercado laboral, a las altas tasas de informalidad económica, a la fuerte resistencia entre los profesionales de la salud al proceso de transformación de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda que se han traducido en presiones políticas y sindicales; adicionalmente, la focalización de la población más pobre y vulnerable ha presentado problemas en cada una de sus etapas y ha originado un espacio propicio para el desarrollo de prácticas clientelistas.²⁰

¹⁹ Por el déficit fiscal y la crisis económica que golpeó al país, el Gobierno central incumplió con el paripassu. *“En lo que se refiere a los aportes de solidaridad, la Ley 100 estableció el esquema del paripassu, de modo que el Gobierno se comprometía a dar un peso por cada peso recaudado por la vía de la solidaridad parafiscal. Para los años 1994 a 1996, el aporte legal no podría ser inferior a los recursos generados por concepto del punto de solidaridad más el monto proveniente de las Cajas de Compensación Familiar, y a partir de 1997 el aporte del Gobierno podría ‘llegar a ser igual’ al punto de solidaridad. En esta expresión se encuentra el origen de un problema no resuelto y que parece ganarse a favor del Gobierno Nacional”*; Jairo Humberto Restrepo y Laura Sánchez, «Lo que queda del paripassu en la financiación del régimen subsidiado» (mayo 10 de 2007). Documento disponible en <http://comdas.wordpress.com/2007/05/10/lo-que-queda-del-paripassu-en-la-financiacion-del-regimen-subsidiado/>.

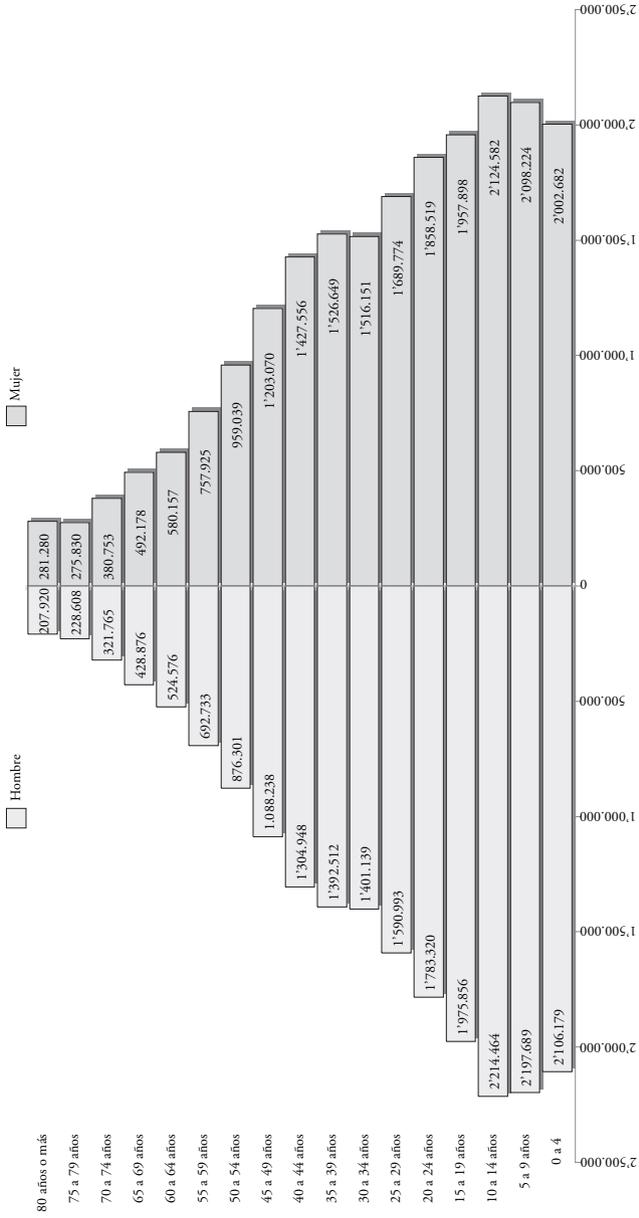
²⁰ Debido a estos y otros problemas con el Sisbén y también por mandato de la Ley 715 de 2001, el Departamento Nacional de Planeación, DNP, inició en enero de 2003 la aplicación de un “nuevo” Sisbén, el cual además de una nueva ponderación estadística de las variables que identifican pobreza, involucra una renovada normatividad y un mayor control social.

Gráfico 2. Población nacional según relación con el sgss, 1993-2006



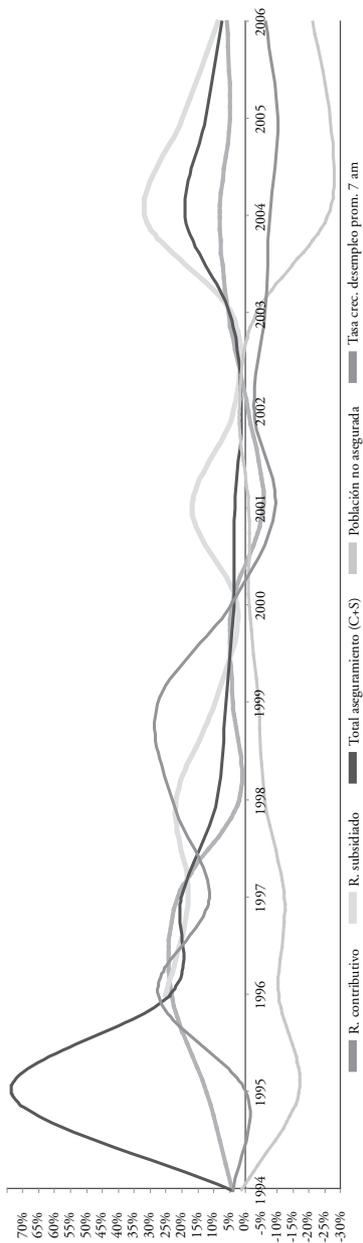
Fuente: Tabla I.

Gráfico 3. Pirámide poblacional de Colombia. Censo 2005



Fuente: Dane, Censo 2005, Sistema Redatam, www.dane.gov.co/censo/.

Gráfico 4. Tasas de crecimiento de la población afiliada al SGSSS y tasa de crecimiento del desempleo en 7 áreas metropolitanas, 1994-2006



Fuente: Cálculos con base en Tabla 1 y en Dane, 2007, tasa de empleo y desempleo en 7 áreas metropolitanas.

En efecto, el gráfico 4 muestra las tasas de crecimiento de desempleo promedio en las 7 principales áreas metropolitanas y de población según su relación con el SGSSS. En él se evidencia cómo la crisis económica que afectó al país en el período 1998-2000 impactó la dinámica de la afiliación al Sistema. Este hecho ha sido señalado en diversos análisis como evidencia de la prociclicidad del Sistema, hecho que se considera como una de las más grandes debilidades del mismo, pues pierde su capacidad de proteger a la población justamente cuando más lo necesita: durante las crisis económicas.

4. Análisis macro de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

A continuación se aborda el análisis histórico de los flujos de los recursos según su destinación y agentes. Igualmente se analiza la evolución de los recursos del SGSSS según sus fuentes y los cambios al manejo de las finanzas del sistema introducido por la normatividad reciente.

4.1. Comportamiento del gasto en salud

En 2007 el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) del Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación publicaron el libro *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento*, de Gilberto Barón Leguizamón, el cual se ha constituido en una fuente de referencia obligada, pues es el primer documento oficial que permite dar cuenta sobre el impacto de la Ley 100 sobre los recursos en salud. Éste cubre tres momentos claves de la reforma entre 1993 y 2003: 1993, pre-reforma; 1994-1995, período de ajuste, en el cual se estructuran los agentes del sistema, y 1996-2003, consolidación de la reforma.

En este apartado se recogen los principales hallazgos del libro CSC, adaptándolos para permitir la comparabilidad de los recursos con las demás cifras contenidas en este documento. Todas las cifras monetarias se han llevado a pesos constantes de 2005.

Uno de los primeros hallazgos del documento en mención es el peso relativo del sector salud y sus agentes de financiación dentro del PIB. En el período analizado el gasto en salud pasó de ser el 6,3% del PIB en 1993 al 9,6% en 1997 y nuevamente

se redujo hasta estabilizarse alrededor del 7,7% en el cuatrienio 2000-2003. Estimaciones recientes coinciden en afirmar que a 2007 el gasto total en salud difícilmente supera el 8% del PIB.

En el mismo período, el gasto público en salud y el gasto de la seguridad social en salud crecieron al pasar de ser el 1,4% y 1,6% del PIB, respectivamente, hasta el 3,1% y 3,5% del PIB, hechos que se tradujeron en una reducción sistemática del gasto privado y, en particular, del gasto de bolsillo que pasaron de ser 3,3% y 2,7% del PIB en 1993 hasta alcanzar el 1,2% y 0,6% del PIB en 2003, respectivamente. Hechos que en sí mismos permiten asegurar que la Ley 100 ha hecho del sistema de salud un sistema mucho más equitativo al reducir el gasto de los hogares en salud.

Sin embargo, el Sistema ha mostrado dificultades para transformar los tradicionales subsidios a la oferta en subsidios a la demanda; mientras que los primeros pasan de ser el 1,1% en 1993 al 1,6% del PIB en 2003, los segundos pasan del 0,2% al 0,9% del PIB entre 1995 y 2003 (ver tabla 2 y gráfico 5).

Al evaluar los usos de los recursos destinados a salud, se observa a simple vista que la reforma ha significado el aumento en los gastos de administración que pasan de ser el 6,3% al 15,5% del total de gasto en salud entre 1993 y 2003 y el aumento en la inversión en salud, que pasa del 2,5% al 10,27% en el mismo período. Por su parte, la atención en salud pierde participación en el mismo período al pasar de ser el 87,9% en 1993 al 64,73 en 2003 (ver tabla 3 y gráfico 6).

El aumento en los gastos de administración es una consecuencia lógica de la reforma toda vez que ésta abrió espacio a nuevos actores privados y públicos, que desempeñan roles centrales en el Sistema, siendo los más importantes las EPS y el Fosyga. Por otro lado, el crecimiento en la inversión se expli-

ca, en parte, por las inversiones estratégicas que han hecho los nuevos agentes en el Sistema y por las inversiones del sistema público y oficial.

Tabla 2. Gasto total en salud según componentes y agentes, 1993-2003
(millones de pesos constantes 2005)

Componentes/agentes de gasto	1993 (\$)	1994 (\$)	1995 (\$)	1996 (\$)	1997 (\$)	1998 (\$)	1999 (\$)	2000 (\$)	2001 (\$)	2002 (\$)	2003 (\$)
I. Gasto público en salud	2'949.508,58	4'684.306,97	5'745.841,33	7'411.628,77	8'050.389,03	7'859.512,38	7'984.424,33	7'886.420,88	7'404.987,84	8'023.035,32	8'008.749,21
Gasto público directo	2'949.508,58	4'684.306,97	5'182.369,18	6'526.314,58	6'580.551,23	5'975.058,12	6'118.165,05	6'108.466,50	5'169.034,68	5'627.856,56	5'777.587,39
Ministerio de salud -direcciones	351.948,74	634.776,29	464.698,39	371.593,13	314.880,00	218.601,28	380.418,95	352.099,54	256.154,32	338.894,57	357.913,35
Entidades adscritas al Ministerio de Salud	217.964,18	765.523,37	924.648,97	1'088.876,95	1'161.378,62	1'184.133,51	1'169.762,53	1'158.694,70	1'121.860,82	1'515.245,96	1'224.817,68
Entidades territoriales (OBES) y hospitales públicos	2'301.799,25	3'176.973,22	3'759.655,78	5'039.290,60	5'089.530,90	4'562.433,84	4'549.281,20	4'578.013,77	3'770.668,58	3'734.346,08	4'140.772,24
Otras dependencias y programas oficiales	23.594,52	21.184,48	27.939,73	22.163,74	9.422,84	5.002,07	9.530,92	12.634,39	13.101,81	23.073,33	31.315,36
Fondo de Solidaridad y Garantía-Foega	54.241,89	85.849,61	5.426,31	4.390,15	5.338,86	4.887,41	9.171,44	7.024,10	7.249,14	16.296,62	22.768,76
Gasto público seguridad social en salud	-	-	563.472,15	885.314,19	1'469.837,80	1'884.454,26	1'866.259,28	1'777.954,38	2'235.953,15	2'395.178,76	2'231.161,81
Entidades promotoras de salud EPS-AES	-	-	459,93	127.593,29	654.077,77	798.590,71	756.989,71	677.148,78	991.399,58	914.954,66	909.232,04
Empresas solidarias de salud EPS-AES	-	-	269.181,58	461.959,17	587.935,16	720.775,76	740.875,37	714.097,99	853.159,06	1.060.463,53	982.021,50
Cajas compensación familiar CCF-AES	-	-	293.830,64	295.761,73	227.824,87	365.087,79	368.394,20	386.707,61	391.394,51	419.760,57	339.908,27

Desempeño financiero y económico de las EPS del Régimen Contributivo...

ii. Gasto seguridad social en salud RC	3'464.111,31	3'530.433,59	4'480.924,99	5'851.319,97	6'804.390,38	7'980.680,22	8'656.960,20	7'469.347,90	7'922.722,64	7'568.089,07	8'997.795,10
Entid. promotoras de salud EPS - privadas	-	-	184.248,14	748.649,21	1'188.382,03	1'495.910,08	2'038.706,24	2'932.273,14	3'463.719,70	3'742.706,88	4'394.861,96
Entid. promotoras de salud EPS - públicas	-	-	34,32	267.154,75	834.769,00	1'047.508,87	1'144.881,38	683.682,57	538.736,00	298.744,58	163.473,85
Instituto de Seguros Sociales EPS - ESS	2'586.737,17	2'677.133,31	3'267.139,74	3'966.149,41	3'852.578,58	4'123.733,20	4'012.055,32	2'568.852,66	2'546.471,76	2'223.159,60	3'136.103,80
Régimenes especiales	389.639,19	408.349,55	503.989,49	753.960,46	816.239,11	958.913,20	1'092.396,49	1'022.128,26	1'125.502,05	1'080.620,49	1'106.198,31
Entidades adaptadas-EAS	-	-	-	115.406,14	112.321,65	354.614,87	348.920,77	262.411,12	248.293,13	222.857,54	197.157,19
Entidades de provisión social	487.734,95	444.950,73	525.513,29	-	-	-	-	-	-	-	-

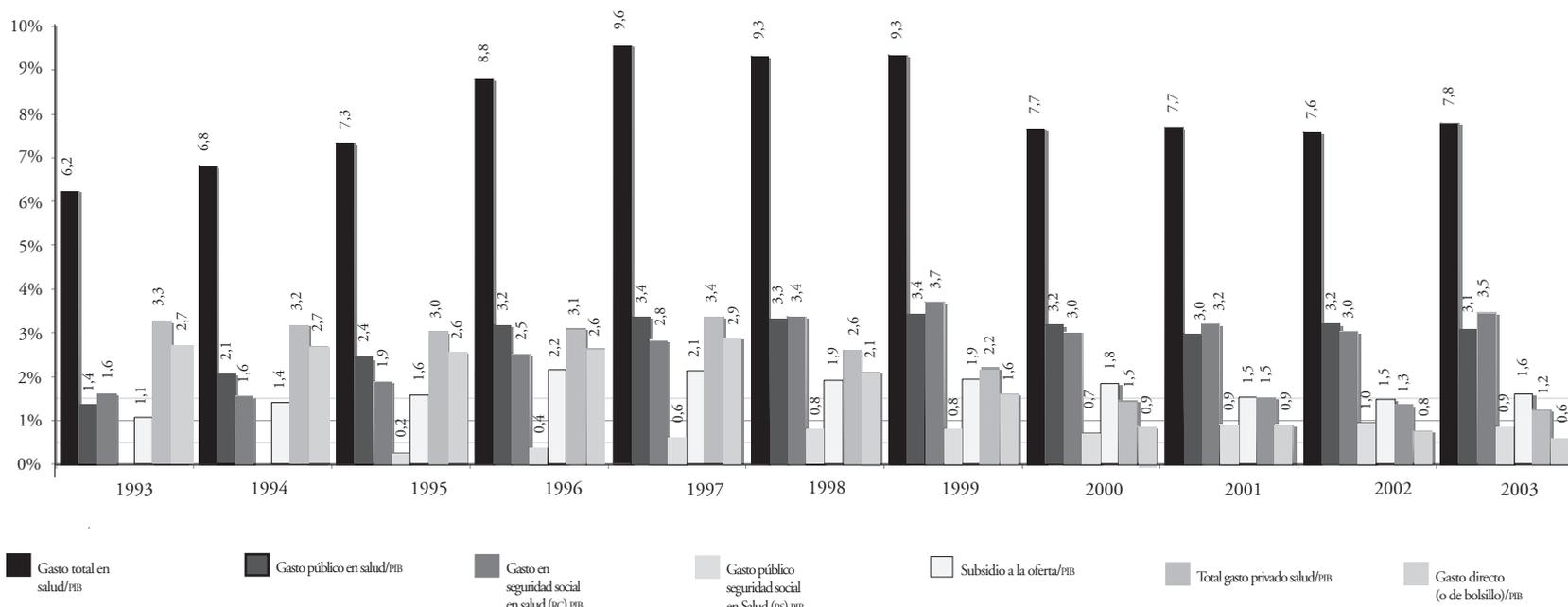
Fuente: Cálculos propios con base en L. Barón (2007).

Tabla 3. Gasto total en salud según categorías de uso de los recursos 1993-2003
(millones de pesos constantes 2005)

Categorías	1993 (\$)	1994 (\$)	1995 (\$)	1996 (\$)	1997 (\$)	1998 (\$)	1999 (\$)	2000 (\$)	2001 (\$)	2002 (\$)	2003 (\$)
Administración	858.476,80	1'306.752,29	1'852.103,63	4'733.020,16	4'499.251,63	3'896.597,39	3'653.481,69	2'692.309,29	2'720.205,83	2'873.953,77	3'143.829,37
Inversión	341.265,33	548.705,22	624.287,06	1'901.791,80	1'719.360,63	1'384.075,39	1'366.783,88	1'203.120,75	1'457.224,37	1'910.253,74	2'077.481,60
Infraestructura y dotación	310.126,41	501.238,92	534.029,42	784.495,65	339.522,79	345.362,88	358.109,79	210.433,95	364.424,51	829.916,19	963.688,77
Investigación	15.659,48	38.987,20	10.414,35	13.169,99	13.700,17	8.624,95	7.992,82	12.523,26	14.301,29	16.673,35	17.800,40
Capacitación	4.638,64	3.435,19	23.624,85	53.262,04	87.723,05	53.001,08	46.197,12	11.108,46	10.351,14	11.071,88	12.454,24
Otros	10.840,80	5.044,24	56.218,72	1'050.864,35	1'278.414,61	977.086,32	954.484,15	969.055,08	1'068.147,44	1'052.592,32	1'083.538,30
Atención en salud	11'834.828,68	12'279.763,56	13'795.790,38	12'363.542,77	14'696.227,87	14'570.949,23	14'711.738,90	13'260.029,80	13'313.115,74	12'779.162,72	13'093.579,61
Demás usos	422.947,25	1'315.484,38	1'166.620,23	1'468.325,37	1'979.674,36	2'193.196,61	2'078.920,81	1'814.672,96	1'612.618,91	1'407.106,97	1'912.921,82
Total usos	13'457'518,47	15'450.655,45	17'438.801,30	20'466.680,10	22'894.514,49	22'044.818,62	21'810.925,28	18'970.132,79	19'103.164,86	18'970.477,19	20'227.812,52

Fuente: Cálculos propios con base en L. Barón (2007).

Gráfico 5. Distribución porcentual del gasto total en salud según componentes y agentes, 1993-2003



Fuente: Cálculos con base en Tabla 2 y Tabla 5.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud moviliza anualmente cerca del 8% del PIB nacional y cubre con algún tipo de seguro en salud a más del 80% de la población. Este estudio aborda el análisis de algunos aspectos del comportamiento financiero y económico de los principales actores del Sistema, con el fin de identificar las fortalezas y debilidades económicas del sector salud en el país. Para tal fin en este documento se conjugan los análisis macro y microeconómicos.

ISBN 978-958-725-013-8



9 789587 250138



UNIVERSIDAD DE BOGOTÁ
JORGE TADEO LOZANO

www.utadeo.edu.co