

**APROXIMACIÓN A UN ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO DEL  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
COLOMBIANO**

LUZ HELENA GEREDA AFANADOR  
ROCIO DEL PILAR MARTINEZ MARIN

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA UNAB  
UNIVERSIDAD CES  
PROGRAMA: GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2009

**APROXIMACIÓN A UN ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO DEL  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
COLOMBIANO**

LUZ HELENA GEREDA AFANADOR  
ROCIO DEL PILAR MARTINEZ MARIN

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR  
POR EL TITULO ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ  
DECANO FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD CES

CARLOS MARIO VEGA MONTOYA  
DOCENTE FACULTADES DE MEDICINA Y DERECHO  
UNIVERSIDAD CES

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA UNAB  
UNIVERSIDAD CES  
PROGRAMA: GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2009

## **AGRADECIMIENTOS**

El desarrollo de este trabajo se alcanzó con la orientación, el apoyo y la confianza de varias personas.

- A Jorge Julián Osorio Gómez y Carlos Mario Vega Montoya docentes y profesionales comprometidos; por despertar nuestra inquietud en el tema, por su respaldo y asesoría para la realización del manuscrito.
- Un reconocimiento especial nos merece Gilberto Barón Leguizamón destacado Economista, funcionario de distintas entidades públicas y privadas a nivel nacional y representante de Colombia ante organismos internacionales; cuenta con una amplia trayectoria y experiencia en el tema y demuestra su compromiso con el desarrollo del país y con la formación de profesionales a través de su valiosa colaboración y la atención brindada en la discusión, aclaración y retroalimentación de la información por él suministrada acerca del tema; aportes indispensables en la consecución de los objetivos planteados para el presente trabajo.
- A nuestras familias por su confianza y respaldo en el cumplimiento de nuestras metas profesionales y personales, estimulando nuestra iniciativa de contribuir activamente en el desarrollo de una mejor sociedad.

# **TITULO: Aproximación a un Esquema de Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano**

## **Formulación Del Problema:**

El financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es un factor determinante y crítico para garantizar el acceso a la salud de la población en especial de aquella con menores ingresos<sup>1</sup>.

Protección Social generalmente definida como medidas del sector público para reducir la vulnerabilidad de los hogares frente a eventuales caídas de ingresos, a través de un mejor manejo del riesgo. A partir de estos dos elementos se puede definir la Protección Social como una serie de intervenciones públicas para: a) ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar mejor el riesgo, b) apoyar a los más pobres en situación crítica. Se observa que en esta definición hay dos componentes. El primero, que busca un mejor manejo del riesgo, corresponde al concepto de aseguramiento. El segundo, que procura prestar ayuda a los más pobres, se refiere a una intervención de carácter asistencial<sup>2, 14</sup>.

La reciente experiencia en el este asiático ha demostrado que las altas tasas de crecimiento económico durante varias décadas pueden reducir la pobreza en forma impresionante. Sin embargo, la reciente crisis financiera también demostró que si no se cuenta con medidas de protección de ingresos y programas de redes de protección social adecuados, los individuos son muy vulnerables cuando el PIB cae de manera drástica, los sueldos disminuyen y/o aumenta el desempleo<sup>2</sup>.

Para asegurar la cobertura universal es necesario tener en cuenta estrategias económicas dentro del marco nacional e internacional, por lo tanto es deber de los Gerentes conocer y profundizar el tema de **financiamiento** ya que solo así se logra una gestión adecuada a las necesidades reales del país<sup>1</sup>.

**Pregunta:** ¿Cómo se financia el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano actualmente?

# **OBJETIVOS**

## **Objetivo General**

Presentar una aproximación del financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano de acuerdo con las sentencias y legislación pertinente.

## **Objetivos Específicos**

- Recopilar la información disponible en las bases de datos nacionales e internacionales sobre el financiamiento en salud del Sistema Colombiano.
- Analizar de forma crítica la información y la literatura disponible para conocer los aspectos más relevantes y determinar la importancia del financiamiento de la salud como fundamento del Sistema Nacional de Salud Colombiano.
- Describir el modelo de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia según la legislación vigente.

## **Metodología**

Para el desarrollo del siguiente trabajo se da lectura a la normatividad vigente sobre el tema, documentos de análisis económico del modelo actual de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Adicionalmente se consulta a expertos y se cuenta con la asesoría de personalidades académicas que tienen dominio en el tema, para el análisis de la información.

Finalmente y posterior al análisis crítico y objetivo del modelo actual, se procede a proponer una iniciativa que esquematice el financiamiento futuro del SGSSS.

## INTRODUCCION

Durante la década pasada, Colombia inició una reforma radical de su antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS), con una misión muy clara: garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad.<sup>1</sup>

Este proceso aún no se ha consolidado y fue acometido en dos etapas. Inicialmente, a partir de 1990, se fortaleció significativamente la descentralización del sistema público de prestación de servicios de salud, que había comenzado en la década anterior. Luego, a partir de 1994, se implementó el nuevo modelo de aseguramiento público, altamente descentralizado: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).<sup>1</sup>

Se evidencian cambios en el tamaño, composición, evolución y tendencias del gasto total nacional en salud, como efectos de las reformas adoptadas en el sistema colombiano de salud, mediante las leyes 60 y 100 de 1993. La Ley 60, en desarrollo de la Constitución Política de 1991, promovió la descentralización de competencias y de recursos en el sector de la salud, a través de las transferencias de la nación a los entes territoriales; fue reformada por la Ley 715 de 2001. La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral y, como parte de éste, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).<sup>2,3,4,5</sup>

La reforma adoptada con la Ley 100 se inscribía dentro de unas grandes tendencias de reforma en el ámbito internacional, que en las décadas anteriores sustentaban las concepciones del sistema de salud y, por tanto, la orientación de las políticas de atención en salud<sup>3</sup>.

En la década de los ochenta, las aplicaciones de la teoría económica ejercieron una marcada influencia en la concepción de los servicios de salud, por lo cual la formulación de las políticas en salud expresaban una alta valoración de los

---

<sup>1</sup> Céspedes J, Jaramillo I, Castaño R. Impacto de la Reforma del Sistema de Seguridad Social Sobre la Equidad en los Servicios de Salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4):1003-1024, Julio-Agosto, 2002.

<sup>2</sup> Barón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. *Revista de Salud Pública*. 9 (2): 167 – 179, 2007.

<sup>3</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993.

<sup>4</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>5</sup> Mesa-Lago C. SOCIAL SECURITY IN LATIN AMERICA: Pension and Health Care Reforms in the Last Quarter Century. *Latin American Research Review*; 2007; 42, 2: 181- 278.

mecanismos de mercado y de los incentivos económicos, lo que conllevaba, a su vez a una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención<sup>6</sup>.

Luego, a comienzos de los noventa, en el marco del proceso de reforma en América Latina, caracterizado por políticas de estabilización macroeconómica, y basados en la apertura externa de las economías y en la desregulación y flexibilización de sus mercados, se introdujeron reformas, en algunos casos de fondo, en los sistemas de salud. Emergiendo el enfoque teórico conocido como competencia regulada, dadas las características de los mercados de servicios de salud, cuyas conocidas fallas limitan su funcionamiento como mercados competitivos. Dicho enfoque ganó amplio respaldo en las propuestas de reforma impulsadas por entonces, por el Banco Mundial.<sup>6,7</sup>

En este sentido, la reforma adoptada en Colombia mediante la Ley 100 de 1993 optó por un modelo que combina la acción del Estado con la del mercado, buscando alcanzar mejores condiciones y el cumplimiento de los objetivos principales: lograr una cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de tales servicios.<sup>8,9,10</sup>

El modelo de competencia regulada busca cumplir cuatro funciones fundamentales, cada una de las cuales comprende procesos de producción propios y excluyentes, altamente diferenciados entre si, a saber: (1) financiar la demanda de atención en salud; (2) prestar los servicios de salud; (3) articular las dos funciones anteriores, a través de dos regímenes de aseguramiento, contributivo y subsidiado, que administran las Entidades Promotoras de Salud (EPS); y, (4) modular el comportamiento de todo el SGSSS.<sup>10</sup>

A diferencia de otros países de similar desarrollo, donde el financiamiento necesario para respaldar el cumplimiento de los objetivos de las reformas de los sistemas de salud se revelaba como un problema crítico, la reforma colombiana obtuvo suficiente respaldo político, expresado incluso desde la propia Constitución Política de 1991, al procurar una inyección importante de recursos, especialmente para la atención de salud de la población más pobre y vulnerable<sup>11</sup>.

---

<sup>6</sup> Barón. 2007. Op. Cit., 170.

<sup>7</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>8</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993.

<sup>9</sup> Mesa-Lago. Op. Cit.; 196.

<sup>10</sup> Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 2004. Febrero 4.

<sup>11</sup> Barón. Op. Cit., 192.

De este modo, mediante las leyes 60 y 100 de 1993, se adoptaron estrategias y mecanismos de movilización y mancomunación de los recursos, como la unificación y aumento de las cotizaciones a la seguridad social del 8 al 12% (actualmente 12.5%, Ley 1122/07) sobre los ingresos salariales y no salariales, creación de nuevas fuentes de recursos de origen fiscal y aumento y redestinación de otros, cofinanciación o financiación combinada de fuentes fiscales y un mecanismo de solidaridad, para la progresiva asignación de subsidios a la demanda para los grupos de población más pobre, con un mayor esfuerzo de financiamiento de las entidades territoriales, mediante el sistema de transferencias y los recursos propios de las mismas entidades.<sup>12,13,14</sup>

El modelo de financiamiento adoptado por el SGSSS está orientado a movilizar recursos públicos hacia la demanda. Estos recursos se originan a partir de fuentes parafiscales y fiscales que son administradas a través de un fondo central: el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y los Fondos Territoriales de Salud (FTS), respectivamente. El FOSYGA y los FTS le pagan a las EPS una prima fija, (diseñada con base en el método de tasación comunitaria y ajustada por riesgo) la Unidad de Pago Capitado (UPC) por la administración del Plan Obligatorio de Servicios (POS). La afiliación al SGSSS depende del nivel socioeconómico y de la capacidad de pago de las personas.<sup>15,16,17</sup>

Las personas formalmente empleadas y los trabajadores independientes, con capacidad suficiente, se afilian al Régimen Contributivo (RC) y cotizan el 12.5% de su salario al SGSSS. Estos aportes son recaudados a través de las EPS por delegación del Sistema; las EPS, a su vez, mediante un proceso de cruce de cuentas, compensan con el FOSYGA la diferencia entre el monto recaudado y la UPC que el SGSSS les reconoce por cada individuo afiliado.<sup>18, 11</sup>

Los individuos más pobres de la población, sin suficiente capacidad de compra, se afilian al Régimen Subsidiado (RS), luego de un proceso de focalización individual, administrado por los gobiernos locales, a través de un proceso conocido como Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN); una vez focalizados y afiliados al RS, el Estado subsidia a estas personas el valor de la UPC.<sup>17, 18</sup>

---

<sup>12</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007.

<sup>13</sup> Barón. Op. Cit., p. 198.

<sup>14</sup> Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda: marzo 2007.

<sup>15</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007.

<sup>16</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001.

<sup>17</sup> Céspedes J. Op. Cit., p. 1022.

<sup>18</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993.



Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son responsables de proporcionar lo previsto en el POS, el cual comprende un paquete integral de servicios, estas instituciones son de naturaleza pública o privada y compiten entre sí. Las IPS públicas, en particular, se están transformando en Empresas Sociales del Estado (ESE), con autonomía jurídica, administrativa y financiera, como parte del proceso de descentralización.<sup>19, 20</sup>

La articulación entre las funciones de financiamiento y de prestación de servicios se da a través de las EPS. Estas entidades, que también son de naturaleza pública o privada y compiten entre si, administran el aseguramiento, incluidos los procesos de afiliación; recaudo de las cotizaciones obligatorias; cobro de los subsidios que otorga el Gobierno; y manejo del POS con criterios de atención gerenciada.<sup>20</sup>

Por último, la función de dirección y gobierno, o modulación, de todo el SGSSS se da a través de dos procesos críticos. El primero, consiste en la construcción de las políticas sectoriales, los instrumentos regulatorios correspondientes, y la evaluación de sus resultados. Las agencias principales responsables son el Ministerio de Protección Social (MPS), con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS), cuyas funciones establecidas en la Ley 100/1993 están vigentes hasta que empiece a funcionar la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la Superintendencia Nacional de Salud cuyas funciones son la inspección, vigilancia y control del SGSSS, y el Ministerio de Hacienda (MH). Estas instituciones, conjuntamente, han producido más de 1.000 regulaciones que norman en detalle la organización y el funcionamiento del Sistema; no obstante, hay falencias en el diseño de algunas, especialmente las relacionadas con el financiamiento y el aseguramiento.<sup>19, 20</sup>

La evaluación de los resultados de la política o control estratégico del SGSSS, también le corresponde al MPS (por delegación del Presidente de la República), conjuntamente con el Consejo Nacional de Política Social y Económica (CONPES), y con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP). El segundo proceso comprende la supervisión y el control del comportamiento de toda la base institucional del Sistema, de acuerdo con el marco de regulaciones y normas vigentes, responsabilidad que recae principalmente en el Sistema Nacional de Salud (SNS).<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007.

<sup>20</sup> Céspedes J. Op. Cit., p. 1112.

Este diseño, sui generis, adoptado por el SGSSS colombiano resulta atractivo en su concepción teórica. Sin embargo, su implementación enfrentó enormes desafíos para trascender de la letra del papel a resultados concretos en relación con sus objetivos centrales.<sup>21</sup>

En definitiva se alcanzó el objetivo, los efectos se sintieron de manera inmediata y drástica en el sector salud. Por ejemplo, fue necesario liquidar la mayoría de las más de 1.000 cajas de previsión social que antes administraban la seguridad social; muchas EPS ineficientes, especialmente en el Régimen Subsidiado, quebraron o fueron liquidadas; algunos de los hospitales más grandes y tradicionales del país, de origen público o solidario, también quebraron debido a problemas de eficiencia y calidad; y una fracción importante del gasto social, en general, se fugó como consecuencia de la corrupción rampante que la descentralización generó en muchos gobiernos locales, de acuerdo con la Contraloría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo.<sup>21</sup>

El diseño resultante del SGSSS se asemeja conceptualmente a un modelo de Pluralismo Estructurado. Su característica fundamental es que las funciones principales del Sistema están separadas e integradas horizontalmente. Algunas son responsabilidad directa del Estado (ej., dirección y gobierno, financiamiento, provisión de servicios de promoción y prevención, otorgamiento de subsidios). Otras son desarrolladas por agentes públicos y privados (ej., aseguramiento y prestación de servicios de salud). Esta nueva estrategia también se encuentra en otras reformas que están siendo introducidas por otras democracias pluralistas de la Región, y contrasta con el antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS), en donde coexistían varios sistemas independientes que integraban verticalmente las funciones de modulación, financiamiento y prestación de servicios; adicionalmente, representa la respuesta por parte de las autoridades de planeación económica y social a la ineficiencia, mala calidad e inequidad que caracterizaban al antiguo SNS.<sup>21,22</sup>

Hoy día, el principal desafío que enfrenta la reforma consiste en cómo mejorar la calidad de los instrumentos de política que afectan el diseño del SGSSS y la capacidad por parte del Estado para supervisar y controlar, o fiscalizar, su cumplimiento.<sup>21,22</sup>

---

<sup>21</sup> Céspedes J. Op. Cit., p. 1126.

<sup>22</sup> Londoño J, Frenk J. Pluralismo Estructurado. Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe Documento de Trabajo 353.

En el aseguramiento, las reglas de juego para las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S) son insuficientes frente a procesos críticos tales como la contratación y las protecciones contra la insolvencia (ej., márgenes de solvencia, reservas técnicas, etc.), orientados a crear condiciones de credibilidad y confianza en el Sistema. En otros dominios, tales como el financiamiento, las normas no están contenidas en un solo estatuto y están dispersas en varias regulaciones, lo cual dificulta su comprensión e, inclusive, genera conflictos y colisiones. Más grave aún, no hay estabilidad suficiente en las normas, que son modificadas continuamente; ni imparcialidad (ej., en muchos casos, la reglas de juego son unas para empresas públicas y otras para las privadas), lo cual limita la credibilidad de las agencias reguladoras, de un lado, y la confianza de los agentes del mercado, del otro.<sup>23</sup>

Pero, finalmente, la supervisión y el control de las regulaciones y normas resultan en un proceso todavía más crítico, para garantizar la efectividad de un modelo de competencia regulada como el adoptado por Colombia. Sin embargo, en la práctica, las instituciones responsables presentan enormes falencias que amenazan con convertir la ley en letra muerta.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Céspedes J. Op. Cit., p. 1134.

## JUSTIFICACION

Antes de la reforma del sector salud en Colombia, que entró en vigencia con la Ley 100 de diciembre de 1993, coexistían tres subsistemas: de seguridad social, el público u oficial, y el privado. 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)<sup>24</sup>.

Para cumplir con los objetivos esenciales, propuestos en la reforma de la ley 100 de 1993 al Sistema de Salud, resultaba indispensable aumentar de manera significativa los recursos de financiamiento para la atención en salud.

En comparación con otros países de América Latina, Colombia se identifica con un gasto en salud relativamente alto de 8.5 % según el PIB en promedio durante el período 1998-2002, teniendo en cuenta que el promedio de la región en el mismo período fue del 7%. No obstante el gasto per cápita en salud es realmente bajo en Colombia con 152 dólares para el 2000 formaba parte de un 66% de los países del mundo con un gasto inferior a los 500 dólares.<sup>25,26</sup>

Los resultados analizados en la publicación de Barón en el 2007 muestran cambios importantes en cuanto a la composición y dirección de los flujos de recursos, teniendo como el hecho más importante la sustitución en el financiamiento del gasto total a través del gasto directo (o de bolsillo), por el gasto proveniente del aseguramiento, especialmente a partir de 1997, lo que explica la disminución registrada en el gasto total en salud.<sup>27</sup>

---

<sup>24</sup> Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda: marzo 2007.

<sup>25</sup> Barón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. Revista de Salud Pública. 9 (2): 167 – 179, 2007.

<sup>26</sup> Schmalbach J, Barón G, Gaitán-Duarte H, Alfonso H, Agudelo C, Sánchez C. Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia 1998-2005. Rev. salud pública v.10 n.1 Bogotá. 2008

<sup>27</sup> Barón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003. Op. Cit., p. 1189.

La evolución de los distintos componentes del gasto, revela un factor más dinámico del crecimiento, el financiamiento público del gasto, especialmente en cuanto se refiere a los subsidios a la demanda (o régimen subsidiado), el cual registra un incremento total de 12.2% promedio anual durante el período 1996-2003, mientras que el componente del gasto financiado por aportes y cotizaciones a la seguridad social (régimen contributivo) registró un incremento real de 5.5 % como promedio anual, también del mismo período.<sup>28</sup>

En lo relacionado a la participación de los agentes del sistema en el manejo de los recursos, se resalta el crecimiento sostenido e importante del gasto de las EPS privadas en el gasto total desde 1996, frente a una disminución continua del gasto de las EPS públicas desde 1999. En este sentido también se observa un contraste del gasto del ISS EPS, el cual se mantiene en un nivel relativamente alto el período de 1993 -1999, para luego registrar una disminución significativa en el mismo a partir de 2000.<sup>28</sup>

En lo que se refiere a la estructura y composición tanto de las fuentes de financiamiento, como de los usos de los recursos, se consideran 5 categorías (Barón, 2007) familias, empresas, presupuesto general de la nación, entes territoriales y recursos de los agentes. Los resultados sugieren un aumento en la participación de los fondos públicos provenientes del presupuesto general de la nación y de los entes territoriales, en relación con las demás fuentes de financiamiento, de 21.6% en 1993 a 28.6% en 2003, mientras que la participación promedio durante 1996-2003 fue de 27.2%.<sup>28</sup>

Finalmente en lo relacionado a los usos de los recursos, los promedios de participación según las categorías: administración (gastos de personal y generales), inversión (infraestructura y dotación, investigación, capacitación y otros), atención en salud según tipos de servicios (ambulatorios, hospitalarios, de promoción y prevención); así como los programas de salud pública; durante el período 1996-2003 se registró 66.2% como gasto de atención en salud, 17% gastos de administración, 8% inversión y 8.8% correspondientes a demás usos.<sup>29</sup>

De igual forma el gasto de atención en salud se distribuye en: 60% como atención ambulatoria, 30.6% en atención hospitalaria, 7.4% para las actividades de promoción y prevención y 2.1% para los programas en salud pública y Plan de Atención Básica; esto pone al descubierto el nivel relativamente alto de gastos de

---

<sup>28</sup> Barón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003. Op. Cit., p. 1192.

<sup>29</sup> Barón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003. Op. Cit., p. 1206.

administración del sistema, frente a una baja participación de los gastos de promoción, prevención y programas de salud pública.<sup>29</sup>

Es importante analizar la relación existente entre el gasto total en salud y el avance de la equidad en salud; por ser la equidad un tema de justicia social, la medición de la misma, sus implicaciones o consecuencias deberían hacerse bajo la perspectiva de la sociedad. Sin embargo, se ha mencionado en varias oportunidades la dificultad para hacer estrategias eficientes que no afecten la equidad, y prácticamente se ha propuesto una negociación entre la eficiencia y la equidad, conociendo o presumiendo que el considerar la equidad tiene un costo que afecta la eficiencia. Lindholm propuso el uso de los años de vida ajustados por equidad, como una forma de incluir el concepto de equidad bajo esta perspectiva. Otros autores han propuesto la inclusión de estudios de utilidad en los que se considere la equidad como una forma de los aspectos que los pacientes califican a través de diversas estrategias.<sup>30</sup>

En un análisis de equidad en el que se utilizó el referente interno, el comportamiento de la inequidad en salud fue muy diferente a cuando se utilizó el referente externo. Un empeoramiento de las condiciones de salud de los departamentos que se utilizan como referentes internos mostraría una falsa disminución de la inequidad en salud. Una situación como esta fue la ocurrió para el 2003, cuando la inequidad en salud, utilizando un referente interno disminuyó, pero en realidad aumentó, cuando se utilizó el referente externo para hacer la comparación. Bajo este escenario, no es factible evaluar la distribución de los desenlaces negativos en salud, como si se tratara de los ingresos, que tienen una connotación positiva.<sup>30</sup>

Por ello, ni el coeficiente de Gini, ni ninguno de los indicadores de desigualdad traídos desde la economía puede utilizarse de manera segura en salud, sin el temor de cometer la falacia de hablar de equidad en salud, por igualdad de cosas malas. Con base en esto, se sugiere hacer comparaciones contra el mejor referente del mundo, haciendo las ponderaciones finales, con los valores poblacionales locales. Así se tiene una medida ponderada de la inequidad local ("within") pero obtenida a partir de un valor que es el mejor referente del mundo, valor al que debería querer aspirar cualquier habitante de la zona más alejada del país o del mundo. Esa en realidad, si es una Meta de Desarrollo.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Schmalbach J, Op. Cit., p. 192.

Según Le Grand la eficiencia se vuelve un objetivo secundario y la equidad un objetivo primario para alcanzar dentro de una determinada forma de organización social. En ese mismo sentido, la intención de la propuesta realizada por Barón y Col en el 2008; es esbozar una perspectiva metodológica que articule la equidad con la eficiencia (costo-equidad) de tal manera que permita su utilización en la evaluación de intervenciones en salud. Adicionalmente, desde una perspectiva macroeconómica, los costos en salud pueden conocerse a partir de los gastos en salud. En el caso de la salud en Colombia, se supone que el sistema de aseguramiento asume el costo total o parcial de los tratamientos médicos, así como de otras actividades complementarias que se han introducido dentro del plan de beneficios.<sup>31</sup>

Sin embargo, detrás del sistema de aseguramiento existen varios problemas que hacen difícil la estimación del costo: La cobertura del sistema de aseguramiento no es total; existen diferencias entre los afiliados dependiendo del régimen de aseguramiento. Los afiliados y beneficiarios dentro del régimen contributivo del SGSSS están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadora y copagos. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplican con el único objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema, en el caso de los demás beneficiarios lo pagos (copagos) se aplicaran también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud (POS). En ningún caso los pagos moderadores según lo establecido por la ley (Acuerdo 260 de 2004) pueden convertirse en barreras de acceso para los más pobres.<sup>32</sup>

Los beneficiarios del régimen subsidiado contribuyen a financiar el valor de los servicios de salud que reciben a través de copagos, exceptuando al nivel I del SISBEN.<sup>33</sup>

La población pobre no asegurada está cubierta en caso de requerir atención, por los Entes territoriales de Salud; los individuos atendidos deben pagar una cuota de recuperación que es mayor o menor dependiendo del nivel del SISBEN en el que se encuentren. De esta forma, parte del costo de los servicios de salud es asumido por las personas mismas (gasto de bolsillo), o por la Sociedad, cuando las consecuencias generan muerte o discapacidad permanente.<sup>33, 26,34</sup>

---

<sup>31</sup> Schmalbach J, Op. Cit., p. 223.

<sup>32</sup> República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 2004. Febrero 4.

<sup>33</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007.

<sup>34</sup> Decreto 2357 de 1995. Ministerio de Salud. Diciembre 29 de 1995.

Algunos autores culpan de los inadecuados resultados en la salud de las personas, a la Ley 60/93, que posibilitó la gobernabilidad de los territorios sobre sus propios recursos para salud. Sin embargo, si la cobertura, el acceso, la calidad de atención son adecuados, la mortalidad no debería ser diferencial entre ricos y pobres, o entre los sujetos de un tipo de régimen con respecto a los de otro, etc. Si los Programas de Atención Básica tienen una igual y adecuada cobertura, acceso, calidad y efectividad entre los sujetos, los resultados por el inadecuado funcionamiento de estas variables no debería ser diferencial por cualquier forma en que se clasifique la población. El problema es que, no se ha dado la cobertura universal aún a más de 15 años de implementación de la Reforma, que hay inequidad en los beneficios entre los afiliados a diversos tipos de régimen, y que hay aún barreras que disminuyen la posibilidad del uso real de los servicios, entre otras muchas falencias del sistema <sup>26, 35</sup>.

En América Latina se ha puesto un gran énfasis en la necesidad de desarrollar políticas que tengan en cuenta la desigualdad social y económica, que explica el multifacético panorama de los retos que enfrenta la salud en la región, en donde los problemas de los países ricos y pobres se encuentran yuxtapuesto. Esta desigualdad se ve reflejada y reproducida por la heterogeneidad de las instituciones de atención a la salud, las cuales han respondido a las necesidades de los diferente grupos sociales de manera fragmentada. <sup>22,36</sup>

La mayoría de países latinoamericanos, enfrentan múltiples oportunidades como resultados de los avances de la reforma económica y la democratización; pero que les imponen nuevos retos complejos derivado de las rápidas transformaciones que caracterizan la segunda mitad del siglo XX. Durante este período muchos países latinoamericanos experimentaron cambios que en los países desarrollados ocurrieron a lo largo de siglos; la combinación de un cambio rápido y desigual en muchos países latinoamericanos ha resultado en problemas nuevos característicos de las sociedades desarrolladas, sin haber logrado resolver problemas viejos asociados con las sociedades más pobres, esto se manifiesta claramente en el campo de la salud, tales problemas son: cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, ineficiencia en la asignación de recursos, inadecuado funcionamiento de la referencia de pacientes, baja capacidad resolutive y administración deficiente de organizaciones específicas.<sup>22</sup>

Con frecuencia los sistemas de salud son vistos como una colección simple de organizaciones; en lugar de ello Londoño y Frenk proponen una visión dinámica

---

<sup>35</sup> Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam Salud Publica vol.17 no.3 Washington Mar. 2005.

<sup>36</sup> Holzmann R, Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social. 2000.



de los sistemas de salud como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones. Los diversos grupos de población presentan necesidades de salud, las cuales a su vez requieren una respuesta social organizada por parte de las instituciones.<sup>22</sup>

Al especificar las funciones del sistema de salud, la del financiamiento y prestación de servicios son la mejor conocida; el financiamiento se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno y todos los organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales, como los fondos para el aseguramiento público, presupuestos públicos para la atención a la salud, ahorros familiares, que pueden ser asignados a través de diferentes arreglos institucionales para la producción de servicios. A su vez la función de prestación se refiere a la combinación de insumos dentro de un proceso de producción lo cual ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a la producción de servicios de salud.<sup>22</sup>

El modelo de pluralismo estructurado propuso un diseño financiero, con el fin de incrementar la cobertura y la calidad, los sistemas de salud modernos deben hacer frente a dos retos financieros claves a saber, la movilización de los recursos requeridos y la contención de costos. Con frecuencia, el avance en uno de estos frentes representa un freno para el avance del otro. Por lo tanto, es necesario encontrar un equilibrio entre ambos. Tal equilibrio sólo puede alcanzarse mediante un diseño cuidadoso del esquema financiero. El diseño del financiamiento, como algo diferenciado de su operación. Sin un diseño cuidadoso, el sistema puede experimentar una escasez de recursos, o bien, una explosión de costos. El establecimiento claro de las reglas financieras es esencial para lograr una reforma sustentable.<sup>37,38</sup>

La función del diseño financiero involucra varias decisiones claves que determinan la estructura de los incentivos en el sistema, tales como el uso de fondos públicos en los paquetes de beneficios (especialmente si son por mandato de ley); los montos de los pagos por capitación y sus posibles ajustes por riesgo; los techos presupuestales para el sistema en su conjunto; las fórmulas para la asignación de recursos entre las unidades territoriales, los niveles de gobierno y las instituciones no gubernamentales, y el uso de instrumentos de política, tales como los impuestos y los subsidios, que buscan modificar el comportamiento de la población.<sup>39,40,41</sup>

---

<sup>37</sup> Londoño J, Frenk J. Pluralismo Estructurado. Op. Cit., p. 93.

<sup>38</sup> Céspedes J. Op. Cit., p. 1204.

<sup>39</sup> Schmalbach J, Op. Cit., p. 230.

<sup>40</sup> Homedes N, Op. Cit., p. 280.

<sup>41</sup> Guerrero R. Ministerio de la Protección Social Viceministerio Técnico. Cuadernos de Protección Social. El Concepto de la Protección Social. Junio de 2006.

## MARCO TEORICO

### **Políticas De Aseguramiento: Contexto Latinoamericano** <sup>42</sup>

La organización del financiamiento sobre la base de esquemas de aseguramiento de carácter universal exige definir una serie de elementos.

En primer lugar, debe establecerse cómo se interrelacionan las distintas fuentes de financiamiento (impuestos generales, cotizaciones a la seguridad social y gastos privados), dado que el grado de integración constituye el principal determinante de la solidaridad y la equidad de los sistemas de salud.

En segundo lugar, deben explicitarse mecanismos o instrumentos que garanticen la solidaridad y eviten los problemas inherentes a la selección de riesgos.

En tercer lugar, es necesario establecer también los criterios con que se determinan los beneficios que cubren los seguros de salud, sobre todo en relación con la universalización de la cobertura.

### **Integración De Los Sistemas Y Aseguramiento: Hacia Una Solidaridad Integrada** <sup>42</sup>

La solidaridad en materia de salud se manifiesta cuando el acceso a servicios de salud es independiente de los aportes al sistema y de la capacidad de pago de bolsillo de las personas. Para que ello ocurra, una parte de la población debe financiar una proporción (o la totalidad) de los costos de los servicios de salud que consume otro grupo.

En la realidad de los sistemas de salud de la región (Latinoamérica), estas transferencias pueden provenir de los aportes fiscales destinados a los sistemas públicos y de las cotizaciones de los sistemas de seguridad social en el ámbito de la salud. Según el grado de integración de estos dos subsistemas, la solidaridad puede clasificarse como integrada o segmentada.

Si bien los países de la región presentan diversas formas y grados de interrelación entre el financiamiento contributivo y no contributivo en salud, puede considerarse que una mayor integración entre la seguridad social y el sistema público permite mayores sinergias entre ambas, lo que mejora el financiamiento de la solidaridad y promueve una mayor equidad. Asimismo, la articulación entre la seguridad social y los sistemas públicos puede tener un efecto positivo en la eficiencia si la integración de los subsistemas trae aparejado un mejor aprovechamiento de la

---

<sup>42</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo primer periodo de sesiones. Uruguay, Marzo 2006.

capacidad instalada y facilita la racionalización del uso de los recursos mediante mejoras en la gestión y administración de los subsistemas.

Sin embargo, debe reconocerse que en la mayoría de los países de la región los recursos tributarios son escasos y que los fondos provenientes de contribuciones a la seguridad social en el campo de la salud son importantes fuentes de financiamiento. Por lo tanto, en muchos casos resulta imprudente (o poco realista) plantear la eliminación del financiamiento contributivo a corto plazo y su sustitución por fuentes financieras difíciles de recabar. El objetivo primordial es lograr un sistema de salud equitativo con financiamiento solidario. Esto puede lograrse sobre la base de un financiamiento proveniente fundamentalmente de rentas generales o mediante una adecuada articulación de estas con cotizaciones a la seguridad social.

Como se aprecia en el cuadro 1, en la región existe una diversidad de mecanismos institucionales. Puede diferenciarse el financiamiento de las prestaciones públicas sobre la base de rentas generales exclusivamente (o tipo 1, que corresponde al caso principalmente de los países del Caribe y Brasil), los sistemas con algún grado de integración entre el financiamiento contributivo y el del presupuesto general (tipo 2) y los que carecen de articulación a este respecto (tipo 3).

Teniendo en cuenta el contexto colombiano del presente trabajo se profundiza a continuación en el mecanismo tipo 2.

***Tipo 2A: Sistema Integrado Con Mantenimiento Del Financiamiento Contributivo Y Nivel Único De Cobertura A Cargo De La Seguridad Social<sup>42</sup>***

El caso de Costa Rica representa otro ejemplo de integración del subsistema público y de la seguridad social. Sin embargo, a diferencia de Brasil, en Costa Rica se mantuvieron las cotizaciones laborales a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), que recibe asimismo aportes fiscales para cubrir a quienes no tienen capacidad contributiva. En la actualidad, la Caja es la principal institución del sistema de salud; brinda servicios de diversa complejidad y, a partir de 1995, absorbió también la atención primaria.

La Caja funciona con una lógica de seguro y brinda una cobertura uniforme a todos los afiliados. La participación del Estado en el financiamiento se da fundamentalmente en tres niveles. En primer lugar, el Estado complementa (con un aporte relativamente menor) la cotización que realizan los empleados y los empleadores. En segundo lugar, el Estado cubre cerca del 50% de la contribución de los trabajadores independientes y de los asegurados voluntarios, asumiendo parcialmente la cotización patronal. En tercer lugar, el Estado cubre el 100% de la cotización correspondiente a los más pobres, que no tienen capacidad contributiva.

La integración de los diferentes grupos de ingreso —que utilizan las mismas instalaciones y reciben igual nivel de servicios— ha sido el principal eje del éxito de la política de salud de Costa Rica. Sin embargo, en la última década se ha afianzado la tendencia a que las personas de mayores recursos utilicen más los servicios privados de consulta primaria y especializada que los servicios públicos. Si bien este grupo mantiene su cotización al seguro social, de modo que este fenómeno no afecta a la solidaridad del sistema, se crean incentivos a la evasión de contribuciones.

***Tipo 2B: Sistema Integrado Con Cobertura Diferenciada Entre Financiamiento Contributivo Y No Contributivo***

La reforma de salud de Colombia representa un caso en el cual se mantiene una importante participación del financiamiento contributivo junto con los recursos tributarios tradicionales, y en el que la articulación se plantea mediante mecanismos explícitos de solidaridad.<sup>43</sup>

Un modelo de reforma como el colombiano requiere una gran capacidad institucional para regular la competencia y garantizar el funcionamiento de los mecanismos de solidaridad y de ajuste de riesgo. Aunque no está exento de problemas, este caso representa un ejemplo de iniciativa en la que se procura conciliar el objetivo de equidad en el acceso a la salud con un sistema de aseguramiento explícito.<sup>42</sup>

---

<sup>43</sup> Carmelo Mesa-Lago. Social Security In Latin America: Pension and Health Care Reforms in the Last. Latin American Research Review; 2007; 42, 2; ABI/INFORM Global. pg.181.

## Cuadro 1

### América Latina Y El Caribe: Interacción Entre Financiamiento Público Y Cotizaciones De La Seguridad Social En El Sector De La Salud

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Financiamiento: rentas generales, sistemas integrados a partir de financiamiento no contributivo	Financiamiento: integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social	Financiamiento: baja o nula integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social
<i>La estructura de la prestación es heterogénea entre prestadores públicos y privados</i>	<i>En todos los casos hay algún grado de separación explícita de funciones de financiamiento y prestación. También varía el nivel de integración del financiamiento</i>	<i>La estructura de la prestación pública es heterogénea, y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado</i>
<p><i>Prestación pública y privada:</i></p> <p>Bahamas, Barbados, Belice, Brasil, Dominica, Granada, Guyana, Haití,<sup>a</sup> Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, República Bolivariana de Venezuela<sup>b</sup></p> <p><i>Prestación solo a través del sistema público: Cuba</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tipo 2A:</i> Integrado con mantenimiento del financiamiento contributivo y nivel único de cobertura a cargo de la seguridad social: Costa Rica</li> <li>• <i>Tipo 2B:</i> Integrado con cobertura diferenciada entre financiamiento contributivo y no contributivo: Colombia, Antigua y Barbuda,<sup>c</sup> República Dominicana<sup>c</sup></li> <li>• <i>Tipo 2C:</i> Modelo dual con integración parcial: Chile</li> </ul>	Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay

**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

**Nota:** En todos los países, con la excepción de Cuba, existe un subsector privado que también presta servicios de salud.

a En Haití no existe prácticamente el seguro social y la prestación y el financiamiento provienen fundamentalmente del sector público y de organizaciones no gubernamentales.

b Las reformas de los últimos años han fomentado una mayor participación y cobertura del sistema público.

c Tanto Antigua y Barbuda como República Dominicana se encuentran en un período de transición, aplicando reformas de salud con vistas a una mayor integración del financiamiento.

## Aseguramiento Y Selección De Riesgos<sup>42</sup>

La introducción de esquemas de aseguramiento basados en seguros de riesgo puede crear, dependiendo del marco regulatorio y las reglas para definir las cotizaciones, grandes incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras. Estas prácticas pueden afectar significativamente la equidad y eficiencia del sistema, así como la posibilidad de garantizar un paquete de salud universal y uniforme.

Para reducir los incentivos a seleccionar (“descremar”) riesgos es importante que el costo de la prima de seguros no se determine sobre la base de los riesgos individuales de los individuos sino en función del riesgo de la población. Además, deben aplicarse mecanismos de ajuste de riesgos, que consisten en transferencias cruzadas acordes a la estructura de riesgos de cada aseguradora, reguladas por un órgano central.

Las correcciones más frecuentemente practicadas se refieren a los diferenciales de ingresos, sexo y edad, de modo que su introducción involucraría una mejora de la solidaridad entre sectores sociales, géneros y grupos etarios.

En Colombia, las dificultades para expandir la cobertura se han visto potenciadas por los incentivos a la selección de riesgos por parte de las aseguradoras de los regímenes contributivos y subsidiados. Este tipo de comportamiento se ha dado a pesar de la aplicación de medidas, entre las que se cuentan el ajuste de las unidades de pago por capitación por grupos de edad y sexo de la población y el ajuste del valor de las unidades de pago por localización geográfica del afiliado y de los beneficiarios, a fin de cubrir los mayores costos en zonas remotas y de conflicto armado y permitir a las aseguradoras el cobro de copagos y cuotas moderadoras para racionalizar la utilización de los servicios.

Los incentivos al “descreme” de la población se originan en las diferencias entre los planes obligatorios del régimen contributivo y el subsidiado por una parte y la existencia de una población pobre no asegurada a ninguno de los dos regímenes (antes vinculados), que puede acceder a los servicios de salud a través de los hospitales públicos financiados por rentas generales.

## **Definición De Coberturas Explícitas**

Prácticamente todas las legislaciones nacionales de los países de América Latina y el Caribe establecen el derecho a la salud universal de su población. En ausencia de compromisos garantizados y del financiamiento público adecuado, estos derechos son difícilmente exigibles y suelen racionalizarse mediante listas de atención de duración incierta y criterios de jerarquización de patologías poco transparentes<sup>42</sup>.

Un instrumento para promover la exigibilidad de los derechos y enfrentar los problemas de financiamiento e inequidad de la cobertura es la definición de paquetes de garantías explícitas universales y exigibles (véase el cuadro 2) <sup>26</sup>. Estos paquetes o planes mínimos obligatorios de prestaciones deben ofrecerse a toda la población, de manera independiente de su riesgo e ingreso. El criterio para definir las prestaciones que deben contemplarse por medio de este tipo de instrumento debe responder a las necesidades sanitarias del conjunto de la población. En casos como el de las Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile,

el plan de beneficios garantizados ha servido para fijar prioridades y dirigir recursos a las patologías de mayor prevalencia, mortalidad y morbilidad. En otros casos, y en especial en las iniciativas desarrolladas en el istmo centroamericano, el objetivo de los paquetes básicos y las garantías de prestaciones ha sido establecer el acceso a servicios de atención primaria para segmentos excluidos de la población y reducir los rezagos epidemiológicos.<sup>42, 44</sup>

La determinación del paquete de beneficios garantizados es un elemento que provoca una gran controversia política y técnica, pero capital para el funcionamiento de un sistema de aseguramiento y estrechamente ligado a las necesidades de financiamiento. La determinación de un subconjunto de prestaciones que deben cubrirse y garantizarse a toda la población no es fácil.

De hecho, entraña una serie de consideraciones sobre los derechos de los ciudadanos y dilemas éticos relativos a la protección de la salud. En términos generales, concita un amplio debate social, que involucra a una gran diversidad de factores éticos, políticos, culturales, médicos y económicos<sup>42</sup>.

La definición de un conjunto de prestaciones exigibles constituye un instrumento útil para facilitar el aseguramiento, en tanto explicita el conjunto de beneficios a financiar y ayuda a determinar los precios de las prestaciones. Pero más allá de un instrumento de organización, que refleja una restricción presupuestaria, el objetivo de definir un conjunto de derechos universales y garantizados no es reducir los niveles de cobertura de las personas sino garantizar un nivel de cobertura de servicios de salud exigible y, en principio, igual para todos. Estos paquetes no deben concebirse de manera estática, sino como un instrumento de jerarquización, cuya cobertura debe expandirse progresivamente<sup>42</sup>.

Cuando una sociedad fija un paquete de prestaciones a las cuales todos los ciudadanos tienen derecho a acceder, y que es efectivamente exigible por las personas, surge automáticamente una obligación financiera que se prolonga en el tiempo. En la medida en que se financia con cotizaciones y aportes generales, la exigibilidad de beneficios determina la creación de pasivos contingentes para el sector público. Esto es, al fijar un derecho social exigible, el Estado tiene la obligación de garantizar ese derecho, lo que equivale a la obligatoriedad de financiarlo y a la existencia de instancias legales para hacer valer su exigibilidad. Para financiar pasivos contingentes se deben crear reglas de financiamiento que garanticen la prestación de los beneficios ofrecidos y respeten la disciplina fiscal.<sup>42</sup>

---

<sup>44</sup> Sojo A. La garantía de prestaciones en salud en América Latina: equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. Serie Estudios y perspectivas, México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México, en prensa. 2005.

## Cuadro 2

### América Latina Y El Caribe: Paquetes De Garantías Explícitas Universales, 2003-2004 <sup>42</sup>

País	Paquete básico de prestaciones	Enfermedades "catastróficas"
Argentina	Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)	Sí
Bolivia	Seguro Básico de Salud (SBS)	No
Brasil	Plan de atención básica (PAB)	Sí
Colombia	Plan Obligatorio de Salud (POS), Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS)	Sí
Costa Rica		Sí
Cuba		Sí
Chile	Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Sí
Ecuador (proyecto del 2003)		No
Guatemala	Sistema Integrado de Atención de Salud (SIAS), limitado	No
México	Seguro Popular de Salud (SPS), parcial	Parcial
Nicaragua	Muy limitado	No
Panamá	Limitado	Parcial
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS), parcial	No
República Dominicana	Plan Básico de Salud (PBS), parcial	Parcial
Uruguay	No definido	Sí

**Fuente:** Carmelo Mesa-Lago, "Las reformas de salud en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social", documento de trabajo, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2005, inédito.

A su vez, la capacidad de financiamiento de los pasivos contingentes se ve seriamente afectada por el ciclo económico. La evolución de los pasivos contingentes también tiene un papel fundamental en la sostenibilidad financiera. Por ejemplo, las coberturas garantizadas deben ampliarse sobre la base de reglas y criterios que compatibilicen el aumento de beneficios con la necesidad de mantener las tendencias del gasto social en posiciones fiscales sostenibles en el tiempo y fortalecer el componente actuarial de los sistemas de protección social.



## **Coordinación Y Compensación De Los Sistemas Descentralizados<sup>42, 45</sup>**

Desde los años ochenta y sobre todo durante los años noventa, la descentralización de la prestación pública de salud ha pasado a ocupar un papel central en las políticas públicas de los países de América Latina y el Caribe. En los últimos años han sido muchos los gobiernos de la región que se han embarcado en procesos signados por políticas de reforma en materia de potestades y competencias. Estos suelen reconocerse bajo el denominador común de “descentralización”, aunque involucran procesos que, en rigor, tienen características diferentes y específicas. Como resultado de este proceso, los gobiernos subnacionales desempeñan una función más importante en la gestión de los asuntos públicos.

Se entiende que la “descentralización política” y la “devolución” definen situaciones en las que no solo la aplicación sino también la autoridad para decidir qué debe hacerse está en las manos de los gobiernos locales. La “descentralización administrativa”, en cambio, se refiere al proceso por medio del cual el gobierno central retiene la capacidad de formular políticas pero su ejecución recae en las administraciones territoriales. Asimismo, se conoce como “desconcentración administrativa” a la dispersión de las responsabilidades de gobierno en el nivel central, que se limita simplemente a distribuir responsabilidades entre sus oficinas territoriales.

En el cuadro 3 se presentan los hitos más importantes de los procesos descentralizadores de un grupo de países estudiados en los años noventa en el marco del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales ejecutado por la CEPAL.

La revisión de las iniciativas de descentralización de la salud en América Latina indica que estas responden a una gran variedad de patrones, relacionados con la velocidad, la secuencia y la naturaleza del proceso de reasignación de funciones. En cuanto a los elementos comunes, en la mayoría de los casos los procesos de descentralización del sector de la salud han sido impulsados desde el gobierno central y motivado por diversas consideraciones, no siempre vinculadas a razones sectoriales, entre las que se destacan las de naturaleza económica y política.

---

<sup>45</sup> Gropello E, Cominetti R. La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana (LC/L.1132/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1998.

### Cuadro 3

## América Latina (Países Seleccionados): Evolución Histórica De La Descentralización De La Salud

País	País Hitos de descentralización
<b>Argentina</b>	Hasta 1945: Modelo descentralizado anárquico 1955-1978: Descentralización de un sistema desarticulado Desde 1978: Descentralización orientada por las relaciones financieras entre nación y provincias.
<b>Bolivia</b>	1994: Delegación de responsabilidades a nivel municipal 1995: Delegación de responsabilidades a nivel departamental 1996: Nuevo modelo sanitario
<b>Brasil</b>	1978-1983: Primeras iniciativas de integración (AIS). Los movimientos sociales exigen cambios institucionales en la política de salud 1984-1991: Creación del sistema unificado y descentralizado de salud (sistema único de salud) Paso decisivo con la democratización del país. En 1988 se consagra constitucionalmente el sistema único de salud (pero con competencias ambiguas), que se reglamenta en 1990 1992-1996: Aumento y aceleración de la municipalización.
<b>Chile</b>	1981-1982: Traspaso en forma experimental de la función ejecutiva (responsabilidades de atención primaria de la salud e infraestructura) al nivel municipal. Suspendido durante la crisis y reiniciado en 1987.
<b>Colombia</b>	1968: Establecimiento del situado fiscal, considerado un acto de desconcentración de recursos fiscales 1986: Descentralización de la inversión en infraestructura de las instituciones prestatarias de servicios de primer nivel en los municipios 1990: Descentralización de la prestación de los servicios. Se profundiza el proceso con la descentralización de parte de la dirección y el control de los servicios de salud a los municipios, se les asigna la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención de la salud, y a los departamentos del segundo y tercer nivel  Constitución de 1991: Los servicios de salud se organizan en forma descentralizada por niveles de atención y con participación comunitaria, y se establece el carácter obligatorio de la seguridad social 1993: Se reglamentan los elementos establecidos en la constitución de gestión territorial y aseguramiento. Se pone en marcha el sistema descentralizado de seguridad social en el campo de la salud.
<b>México</b>	1983-1987: Primera etapa de la descentralización de la salud, según un modelo de coordinación más que de descentralización, pues no se transfirió autoridad 1988-1994: Fortalecimiento del modelo de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Se intentó fortalecer la capacidad técnica y administrativa de las jurisdicciones descentralizadas, dando origen a una desconcentración administrativa (se desconcentró la contratación de los mandos medios y, en 1994, el pago del

	<p>personal)</p> <p>1996: Nuevo modelo de descentralización. Se traspasan a los estados recursos y competencias.</p>
Nicaragua	<p>1982: Proceso de regionalización del Ministerio de Salud. Unificación de servicios de primer y segundo nivel en autoridades regionales dependientes del Ministerio de Salud, en el marco del sistema unificado de salud</p> <p>1987-1989: Proceso de descentralización presupuestaria</p> <p>1990: Recentralización presupuestaria</p> <p>1992: Creación de los sistemas locales de atención integral (SILAIS)</p>

Fuente: E. Di Gropello y R. Cominetti (comps.), La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana (LC/L.1132/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1998.

## **Colombia: Evolución Del Gasto Social**

El objetivo de la inversión y el gasto social en la Constitución no es aumentar la producción de determinados bienes físicos, sino mejorar el bienestar general y satisfacer las necesidades de las personas, en especial de aquellos sectores sociales discriminados (CP art. 13) que por no haber tenido una equitativa participación en los beneficios del desarrollo, presentan necesidades básicas insatisfechas.<sup>46, 47</sup>

La medición de gasto social (GS) cuantifica los recursos del presupuesto destinados a cumplimiento de la función, en obediencia de los preceptos constitucionales. Por su parte, la evaluación de políticas públicas está a cargo del Departamento Nacional de Planeación a través del Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de la Gestión Pública –Sinergia. Una de las claves funcionales que se tiene en cuenta para su cálculo es la de Salud ya que es uno de los principales rubros.<sup>48</sup>

### **Definición de Gasto Público Social**

La Constitución Política de 1991 otorgó máximo reconocimiento al Gasto Público Social (GPS) como instrumento para la reducción de la pobreza y su contribución al desarrollo social del país, al darle carácter de prioritario en la estructuración de los presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales y delegar su definición a una Ley orgánica.

Según el artículo 366 de la Constitución, “el bienestar social y la mejor calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado y el objetivo fundamental de su actividad será la solución de las necesidades insatisfechas en salud, educación, saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el Gasto Público Social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”. En concordancia con lo anterior, se estableció la obligación del Estado de garantizar las transferencias territoriales y las rentas de destinación especial con fines sociales, como fuentes principales de financiamiento y sostenimiento del GPS. La Carta, señaló, también la obligación de incorporar un componente de GPS en la Ley de apropiaciones, que agrupó partidas de tal naturaleza.

Asimismo, se dispuso que en la distribución territorial del GPS debe tenerse en cuenta prioritariamente la población con necesidades básicas insatisfechas, sin perjuicio de los principios de eficiencia fiscal y administrativa. La misma

---

<sup>46</sup> República de Colombia. Constitución Política, 1991.

<sup>47</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-151 de 1995.

<sup>48</sup> Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dirección General del Presupuesto Público Nacional. Gasto Social En El Presupuesto General De La Nación. Colombia. 2007

Constitución estableció los criterios para la asignación y distribución de recursos y de las competencias, según niveles de administración, a través de las denominadas transferencias territoriales (es decir, las transferencias de la Nación a los departamentos, municipios y distritos especiales) que luego tuvieron desarrollo en las respectivas normas legislativas. Ello dio lugar a un proceso de adecuación institucional tendiente, entre otros objetivos, a mejorar en la eficiencia de la gestión descentralizada y la redistribución de los recursos en condiciones de mayor equidad regional, y de conformidad, también, con los fines u objetivos de las políticas sectoriales.

En cumplimiento de lo anterior, se adoptó entonces la siguiente definición oficial de GPS:

Se entiende por Gasto Público Social aquel cuyo objetivo es la solución de necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, y los tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población, programados tanto en funcionamiento como en inversión.

Sobre la base de dicha definición se identificaron y establecieron las partidas del GPS de la Ley de apropiaciones de la siguiente vigencia, las cuales se incorporan, desde entonces, en un anexo denominado Anexo del Gasto Social (AGS), de acuerdo con lo estipulado en la misma norma orgánica.

Aunque la disposición constitucional de mantener la participación porcentual del gasto con respecto al año anterior se refería a la inversión social en relación con el gasto total de la respectiva Ley de apropiaciones, dicha disposición se extendió, también, al presupuesto programado para funcionamiento. Esto generó confusión y llevó a la Corte Constitucional a un pronunciamiento mediante Sentencia, según el cual los gastos de funcionamiento pueden formar parte del GPS, siempre y cuando éstos se efectúen en el sector social y se orienten claramente a cubrir necesidades básicas insatisfechas.<sup>49</sup>

El actual Gobierno puso a consideración del Congreso en el 2003, el proyecto de reforma al Estatuto Orgánico de Presupuesto –EOP-, que consideró la necesidad de realizar una nueva definición de gasto público social; por razones de supremacía estatutaria sobre otras leyes y facilidad de asignación de recursos, “Artículo 17 Ley Orgánica de 1994. Gasto Público Social. Para efectos de la definición y priorización a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política, constituyen Gasto Público Social las apropiaciones que satisfacen los objetivos fundamentales de la actividad del Estado destinadas a la solución de necesidades básicas insatisfechas de salud, saneamiento básico y ambiental,

---

<sup>49</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Seguridad Social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia. Santiago de Chile, Mayo de 2009.

agua potable, educación, deporte, vivienda, pensiones, los subsidios para servicios públicos domiciliarios y para nutrición, de conformidad con lo que se defina en el respectivo Plan de Desarrollo”. Con estas apropiaciones se presta especial atención a los sectores más vulnerables de la población.<sup>48, 50</sup>

La definición que, según el proyecto, se orientaba a la satisfacción de un grupo selecto de necesidades, en concordancia con el Estado Social de Derecho y el nivel de desarrollo del país. Una de las razones que sustentaban dicha definición era la necesidad de delimitar de manera más precisa el GPS, dado que la definición inicial dejó abierta la posibilidad de la aplicación dispersa de recursos en aquella parte en que dispone “... y las tendencias al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población”.<sup>49</sup>

El texto del proyecto logró ser aprobado en la Cámara de Representantes, donde, como resultado del debate, se incluyeron en la definición de GPS los componentes de vivienda y Seguridad Social; y posteriormente, en segundo debate, se introdujeron otros cambios al incluir el saneamiento básico (en lugar de saneamiento ambiental), pensiones (en lugar de Seguridad Social) y nutrición. No obstante, el proyecto fue retirado en 2004, en medio de un fuerte debate, y, en consecuencia, se mantiene hasta hoy la misma definición ambigua y laxa (según concepto de la Contraloría General de la República) adoptada en la Ley 179 de 1994, y en el EOP vigente.<sup>49,51, 52</sup>

## **Críticas sobre la definición de GPS**

De acuerdo con la opinión de la Contraloría General de la República (CGR), esto conlleva una indefinición presupuestal que dificulta el control fiscal y político y le esta eficiencia a una variable a la cual la Constitución le otorgó prioridad frente a otras partidas de gasto.<sup>49, 51, 52</sup>

Como producto de un análisis realizado sobre cifras presupuestales, la CGR encontró que la Ley de presupuesto incluía en el Anexo de Gasto Social (AGS) la casi totalidad de entidades gubernamentales, y que, dentro de la clasificación, figuraban agentes económicos y rubros de gasto relacionados más con acciones de mercado o con beneficios de los funcionarios estatales, que con el objetivo del GPS de disminuir la pobreza.<sup>53</sup>

También con el propósito de determinar la unidad de criterio y la continuidad en la clasificación de los rubros que conforman el AGS del Presupuesto de la Nación, la

---

<sup>50</sup> Observatorio Legislativo. Boletín No. 6 - Proyecto de ley orgánica de Ordenamiento Territorial. Instituto de Ciencia Política. Mayo de 2004.

<sup>51</sup> Contraloría General de la República, “La gestión pública y su impacto sobre la equidad”, Informe especial, julio 1995.

<sup>52</sup> Contraloría General de la República. “Evaluación del gasto y la política social”, Informe Social 2004, Ed. Imprenta. Nacional Bogotá D.C. 2005

<sup>53</sup> Contraloría General de la República, “Resultados del plan de desarrollo para 1995” en Informe financiero, octubre. 1996

CGR (2005) realizó un ejercicio mediante un seguimiento a las partidas de dicho anexo para los años 1997- 2005, y encontró, entre otros resultados de interés, que no hay mucha coherencia respecto de los conceptos presupuestales que deben formar parte del AGS y que no existe un conjunto de rubros que sean consistentes a lo largo de la serie, lo que supone que la inclusión de muchos de ellos puede deberse a criterios meramente coyunturales<sup>52</sup>.

Como parte de su argumentación en el debate, la CGR propuso una definición alternativa de GPS, según la cual dicho gasto es el encaminado a aliviar las condiciones de pobreza y a lograr una mayor equidad en la distribución del ingreso. Igualmente, estableció tres condiciones que debería satisfacer el GPS:

- i) Que admita el principio de exclusión, a fin de impedir que bienes como justicia, seguridad ciudadana y la administración en general, entre otros, sean considerados como gasto social;
- ii) Que permita la identificación de los usuarios, con el propósito de focalizar y garantizar un mejor impacto del gasto; y
- iii) Que se destine a los hogares, con lo cual se excluirían las partidas destinadas al bienestar de los funcionarios<sup>52</sup>.

Así pues, del GPS se excluirían erogaciones que aunque afecten positivamente la calidad de vida de la población, no admiten la exclusión ni la rivalidad entre sus beneficiarios; tales como las destinadas a proteger derechos de propiedad, la defensa, las relaciones exteriores, el orden público, la Policía, la regulación laboral, el servicio civil, el ámbito bancario y monetario, la planificación, la administración general del Estado, y otros más<sup>49, 52</sup>.

Partiendo de lo anterior, la CGR (2005) hizo un ejercicio para los años 2001-2004, aplicando tales criterios a los distintos rubros presupuestales e identificando aquéllos relacionados con gastos de funciones no sociales y que no deberían incluirse en el AGS. De este modo, se identificaron rubros como contribuciones a la nómina, transferencias a las entidades territoriales para fortalecimiento institucional, aportes a salud, incremento salarial y cesantías de funcionarios y recursos de regalías asignados a funciones no sociales, cuya suma con respecto al total del GPS llegaba a representar el 13%, en promedio, para los cuatro años analizados. La mayor parte de estos rubros correspondía a gastos relacionados a funciones de defensa y seguridad nacional, es decir, a bienes públicos puros<sup>49, 53</sup>.

Lo anterior pone de manifiesto dos cosas. En primer lugar, la divergencia existente en las propias instancias oficiales en torno a lo que debe entenderse por GPS, dada la ambigüedad e imprecisión de que adolece la definición adoptada en el estatuto presupuestal vigente. Y en segundo lugar, la importancia de contar con criterios pertinentes y explícitos que permitan determinar cuáles partidas se pueden incluir como parte del GPS, y cuáles no, y de este modo determinar el nivel real de gasto social que, efectivamente, se ejecuta en el presupuesto

nacional, pues el ejercicio de la CGR, de aceptarse los criterios propuestos, sencillamente significa que alrededor de una cuarta parte del gasto considerado como social, en realidad no lo es<sup>49</sup>.

Entre 1990 y 2004, el gasto público social (GPS), sin incluir el gasto en pensiones, avanzó 4,4 puntos del PIB. Este gasto pasó de representar 3.7% del PIB en 1990 a 8.1% del PIB en 2004, mientras el gasto total del Gobierno aumentaba del 9.4% del PIB a 20.7% en el mismo período (ver tabla 1)<sup>50</sup>.

El GPS registró hasta 1997 tasas de crecimiento cercanas al 10% promedio anual y aunque su crecimiento se desaceleró en el período 1997-2004, el crecimiento promedio anual durante los últimos quince años fue superior al 7%. En términos agregados, el GPS ha representado cerca del 40% del gasto público total y su principal fuente de financiamiento han sido los ingresos corrientes; mientras en 1990, 80% se financiaba con estos recursos, en 2004 esta proporción alcanzó cerca del 87% (ver tablas 1 y 2).

En cuanto al gasto social dentro del presupuesto general de la nación; de cada peso (\$1), se destinan setenta centavos (\$0.7) a gasto social, dándole prioridad frente a otras demandas de gasto. El gasto social va ganando participación en el Presupuesto General de la Nación (PGN) (ver Gráfico 1).

Por su parte, la participación de las rentas parafiscales en la financiación del gasto público social ha venido disminuyendo: mientras en 1990 éstas financiaban el 18% del GPS, en 2004 su contribución descendió hasta cerca de 16%. Los sectores con mayor incremento fueron salud y educación, como resultado de las reformas originadas en la Constitución de 1991 que ordenaron incrementos sustanciales en los recursos asignados a educación y salud (principalmente mediante la Ley 60 de 1993). Así mismo, la reforma a la seguridad social (Ley 100 de 1993) significó un notable incremento en el gasto público y privado en salud (ver tabla 2).<sup>50</sup>

En el trabajo realizado por Barón en el 2007, denominado cuentas de salud Colombia 1993- 2003 el autor incluye la información del gasto total en salud, según agentes y componentes para el periodo analizado; de acuerdo a la clasificación adoptada, dicho gasto está conformado de la siguiente manera:

- El **gasto público total** comprende el gasto público directo realizado por el Ministerio de Salud y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos en cuanto a la atención de vinculados, Planes Territoriales de Salud (antes PAB) y otros gastos como administración e inversión imputados como subsidio a la oferta), otras dependencias y programas oficiales y el Fosyga; y el gasto público en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado (o subsidios a la demanda).<sup>14</sup>



**Tabla 1**  
Gasto Público Social, 1990, 1997, 2004 en % del PIB

Concepto	1990	1997	2000	2001	2002	2003	2004	Var en puntos del PIB		
								1990-1997	1997-2004	1990-2004
<b>Total Gasto Social</b>	<b>3,7</b>	<b>6,5</b>	<b>6,9</b>	<b>8,3</b>	<b>8,4</b>	<b>8,1</b>	<b>8,1</b>	<b>2,8</b>	<b>1,6</b>	<b>4,4</b>
Salud	0,8	1,7	1,9	2,4	2,3	2,3	2,3	0,9	0,6	1,5
Gobierno Central 1/	0,0	0,4	0,6	0,8	0,5	0,4	0,5	0,4	0,0	0,5
Gobierno Territoriales 2/	0,7	1,2	1,3	1,6	1,8	1,8	1,8	0,5	0,6	1,1
Departamentos	0,6	0,9	0,9	1,1	1,5	1,6	1,6	0,3	0,7	0,9
Municipios	0,1	0,3	0,4	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	(0,1)	0,1

**Fuente:** Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos.

Nota. La serie completa 1990-2004, se encuentra en el anexo 1.

1/ Incluye transferencias (pensiones, contribuciones al FOSYGA, Financiamiento de hospitales e inversiones directas en el sector).

2/ Comprende las transferencias de Situado Fiscal más FEC (salud y Educación), Participaciones Municipales para salud y educación).

- El **gasto en seguridad social en salud**, correspondiente al régimen de cotizaciones o contributivo, realizado a través de las EPS (públicas y privadas), los regímenes especiales (Fuerzas Armadas, magisterio y Ecopetrol) y las entidades adaptadas al sistema (EAS).
- **El gasto privado total**, comprende el gasto imputado en atención de salud por los seguros privados voluntarios (pólizas de salud y de accidentes personales), los planes de medicina pre-pagada y el gasto directo de las familias o gasto de bolsillo.<sup>14</sup>

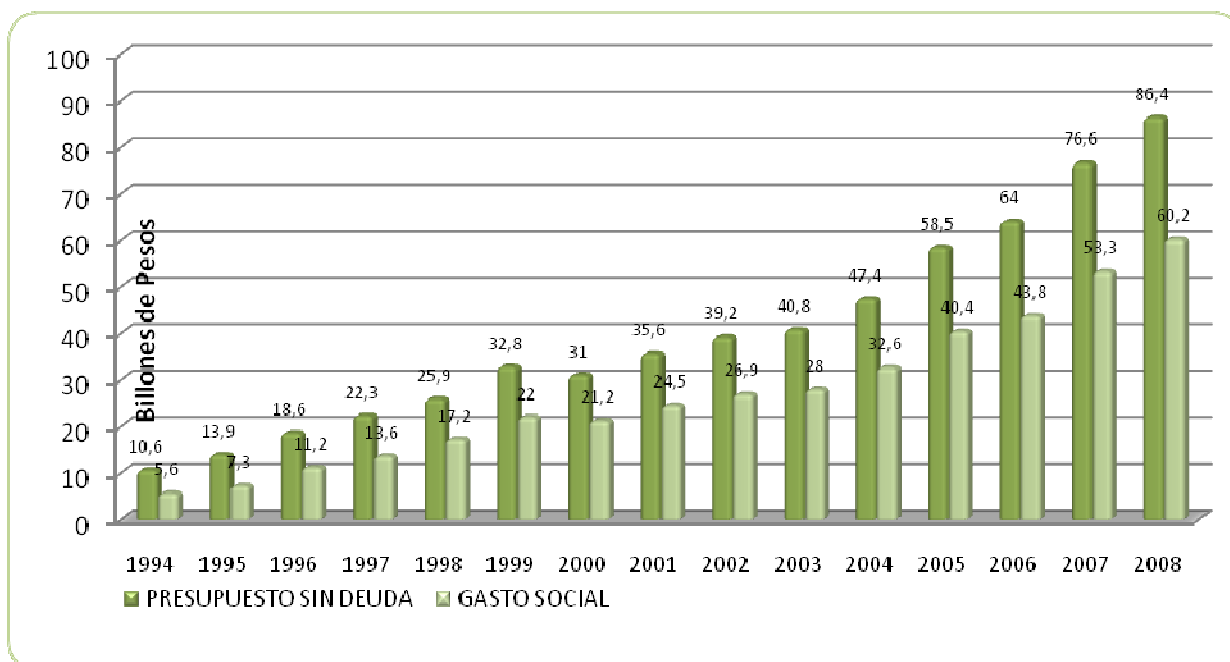
Los resultados confirman (Barón 2007) que en efecto, la reforma produjo un incremento significativo en los montos del financiamiento, con la consecuencia de un aumento en el nivel de gasto total en salud (la suma de gasto de los regímenes contributivo y subsidiado); ya que este pasa según el PIB, de 6.2% en 1993, a 7.8% en 2003, tendiendo a una estabilización durante los 4 últimos años (ver Gráfico 2).<sup>2</sup>

**Tabla 2**  
Total del Gasto Público Social en el Proyecto de PGN 2002 a 2008

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Gasto social</b>	26.882,5	27.989,2	32.584,3	40.449,9	43.762,6	53.335,7	60.155,0
<b>Presupuesto sin deuda</b>	39.206,6	40.785,9	4.423,9	58.490,7	64.029,3	76.632,6	686.420,9
<b>% Participación Gasto Social</b>	68,57	68,62	68,71	69,16	68,35	69,60	69,61

**Fuente:** Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos.

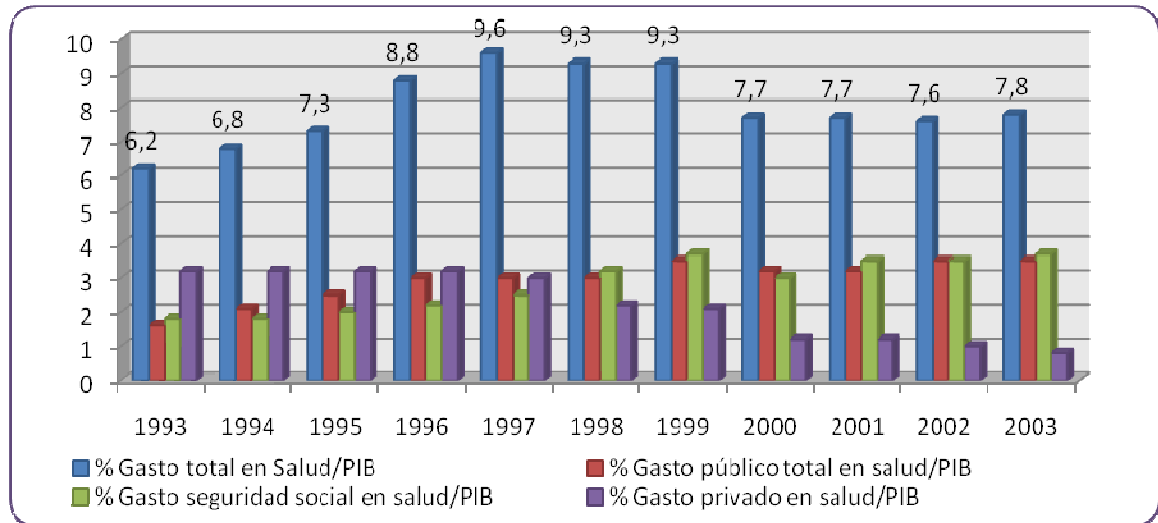
**Gráfico 1**  
**Gasto Social del Presupuesto General de la Nación**



**Fuente:** Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dirección General del Presupuesto Público Nacional

En este marco se encuentran un significativo aumento en el gasto en Seguridad Social en Salud (la suma de gasto de los regímenes contributivo y subsidiado) entre 1,6% en 1993 y 3,7% en 1999, luego una drástica caída especialmente entre 2000 y 2002 y un repunte en 2003, año en el cual pasa a representar el 3,5%. En el gasto Público total en salud (gasto público directo + gasto en régimen subsidiado) de 1.4% en 1993 a 3.1% en 2003 según el PIB, en contraste con una disminución del gasto privado (seguros privados voluntarios + gasto directo o de bolsillo) de 3.3% en 1993 a 1.2% en 2003, y dentro de éste del gasto de bolsillo de 2.7% en 1993 a 0.6% en 2003 como lo menciona el PIB<sup>2, 14</sup>.

**Grafico 2**  
**Gasto Total en Salud como Proporción del PIB**  
**(Porcentajes)**



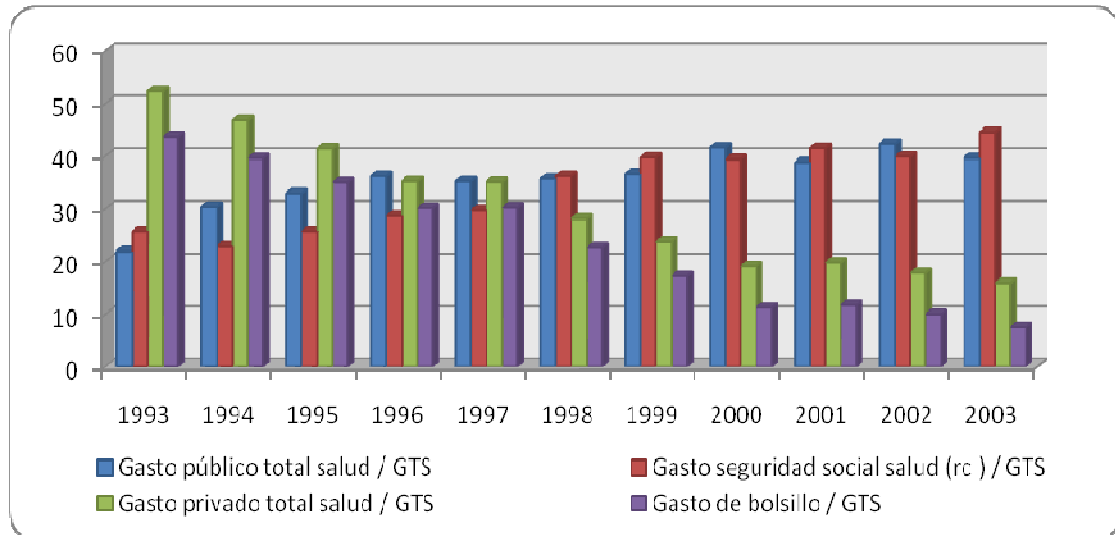
**Fuente:** Departamento Nacional de Planeación (DNP), Dirección de Desarrollo Social (DDS), Subdirección de Salud (SS) y Ministerio de Protección Social (MPS), Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud (PARS), Proyecto Cuentas de Salud Barón 2003.

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

Es decir que el gasto total en salud de 1997, 11,6 billones de pesos (en pesos corrientes de ese año), 3,5 billones de pesos correspondían a gasto de bolsillo. La situación contrasta con lo ocurrido en el periodo 1998- 2003, en el cual las estimaciones de gasto de bolsillo muestran magnitudes a la baja y, por tanto, un peso relativo mucho menor tanto en el total de gasto privado como en el gasto total en salud.

El gasto público total en salud como se muestra en el gráfico 3, que en 1993 representaba 21,9% del gasto total en salud, muestra una tendencia a aumentar su participación durante el periodo, hasta alcanzar la más significativa en 2002 (42,3%), y aunque ésta se reduce en 2003 (39,6%), de todas maneras se mantiene alta, comparada con lo observado para el periodo 1993-1999.

**Gráfico 3**  
Composición del Gasto Total en Salud



**Fuente:** Departamento Nacional de Planeación (DNP), Dirección de Desarrollo Social (DDS), Subdirección de Salud (SS) y Ministerio de Protección Social (MPS), Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud (PARS), Proyecto Cuentas de Salud Barón 2003.

El gasto en seguridad social en salud (que corresponde al gasto del régimen contributivo) presenta igualmente una tendencia a aumentar su participación relativa en el gasto total, especialmente a partir de 1996, periodo en el cual, se consolidó en forma progresiva la estructura de agentes y el régimen de aseguramiento en el país.

Como se observa en el gráfico 3, el gasto privado total, por su parte, se inclina por una tendencia inversa al disminuir, de manera consistente, su participación relativa en el gasto total en salud desde 52,3% en 1993 hasta el 15,9% en 2003. Confirmando lo planteado anteriormente, en cuanto a la relación del gasto total en salud con respecto al PIB, el gasto de bolsillo muestra la misma tendencia, quizás de una manera más notoria al pasar su participación relativa del 43,7% en 1993, al 7,5% en 2003.<sup>14</sup>

Colombia en comparación con países de similar desarrollo ha llegado a registrar una participación significativamente alta del gasto público en salud en relación con el gasto total en salud (78.3% en promedio, durante 1998-2002) de hecho la más alta después de Cuba (85.7%) en toda la región de América Latina y el Caribe.<sup>2</sup>

## **Participación de la Seguridad Social en el Gasto Público Social 1990-2007<sup>49</sup>**

El subsiguiente análisis (Barón 2009), se toma como Seguridad Social lo correspondiente a seguridad social-pensiones del componente de empleo y seguridad social y las transferencias de la Nación y seguridad social-salud del componente de salud y seguridad social. De este modo, en el Cuadro 4, se presentan las cifras de gasto, expresadas como porcentajes del PIB, para Seguridad Social (según los tres subcomponentes antes mencionados), el resto de componentes del GPS y el total del GPS, para el período 1990-2007.

En general, se puede señalar una tendencia del gasto en Seguridad Social a aumentar sostenidamente, pero de manera notoria a partir de 1994 (excepto en 1998) y hasta 2003, y se registra una disminución en los tres últimos años del período. Dicho aumento del gasto es, sin duda, efecto de la reforma llevada a cabo mediante la Ley 100 de 1993, que tuvo un complemento importante en la Ley 60 de 1993. Según Fedesarrollo (1998), cerca del 30% del mayor gasto social de los años noventa fue resultado de la atención de las nuevas obligaciones generadas por la Constitución de 1991 y las reformas de los años subsiguientes, entre ellas, principalmente, la de la Seguridad Social.

El gasto del resto de componentes del GPS muestra, también, un mayor incremento desde 1995, y luego tiende a ser estable en unos niveles altos (alrededor del 16,5% como porcentaje del PIB) durante los cuatro o cinco últimos años del período.

Por su parte, las transferencias de la Nación a los entes territoriales (situado fiscal y participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, hasta 2001, y sistema general de participaciones, desde 2002)<sup>89</sup>, señalan un progresivo aumento en relación con el PIB entre 1994 y 2002, excepto en 2000 debido a la disminución de los ingresos corrientes de la Nación, en medio de la crisis económica de 1999-2000 (Departamento Nacional de Planeación, 2002), y una tendencia a disminuir en los años subsiguientes. El comportamiento de las transferencias explica, en buena medida, la evolución y dinámica del régimen subsidiado en salud, en la medida en que dichos recursos constituyen, una fuente importante de financiamiento para el mantenimiento y la ampliación de cobertura de dicho régimen (Barón, 2007).

**Cuadro 4**  
**Seguridad Social Y Gasto Publico Social, 1990-2007**  
**(Porcentajes del PIB)**

Sectores /componentes	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Seguridad Social	3,3	3,6	3,8	4,0	4,9	5,5	6,1	6,4	5,4
Seguridad social-pensiones	1,8	1,9	2,1	2,4	3,0	3,1	3,3	3,4	3,1
Transferencias de la nación - salud	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,9	1,0	1,0	1,1
Seguridad social – salud	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,6	1,8	1,9	1,3
Resto de componentes GPS	5,9	6,2	7,2	6,7	6,3	6,9	7,8	7,5	7,9
Total GPS	9,3	9,8	11,1	10,7	11,2	12,4	13,9	13,8	13,3
Sectores /componentes	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Seguridad Social	6,6	6,3	7,2	7,3	7,5	7,1	6,6	5,7	6,8
Seguridad social-pensiones	3,7	4,2	4,6	4,9	4,9	4,9	5,0	3,9	5,2
Transferencias de la nación - salud	1,2	1,1	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
Seguridad social - salud	1,7	1,0	1,3	1,1	1,2	1,0	0,3	0,5	0,5
Resto de componentes GPS	8,2	7,6	8,3	7,4	8,9	9,4	10,6	9,7	11,6
Total GPS	14,8	13,8	15,5	14,8	16,3	16,5	17,2	15,3	18,4

**Fuente:** Departamento Nacional de Planeación / Dirección de Estudios Económicos (DEE), con base en ejecuciones presupuestales del nivel central de gobierno y algunas entidades adscritas y vinculadas y transferencias del ministerio de Hacienda. Barón 2009.

En cuanto al subcomponente de seguridad social en salud, conformado por las entidades de los denominados regímenes especiales (o exceptuados, por cuanto lograron mantener beneficios al margen de la Ley 100) y del antiguo sistema previsional oficial, que se transformaron o adaptaron al sistema (y por lo que se les denomina entidades adaptadas al sistema-EAS), el gasto en relación con el PIB muestra un claro repunte durante 1995-1999, y una progresiva disminución a partir de 2000, que resulta ya muy drástica para los tres últimos años.

Esto último se explica, según Barón por el número creciente de EAS que han sido liquidadas, en virtud del proceso de marchitamiento al que las sometió la reglamentación de la Ley 100, al restringirles el ingreso de nuevos afiliados; o por las EAS que, aunque aún subsisten, reciben menos recursos del presupuesto nacional.

## **La Financiación del Sistema de Seguridad Social en Colombia: Pasado, Presente y Limitaciones<sup>49</sup>**

La Seguridad Social en Colombia se creó oficialmente con la Ley N° 6 de 1945. Dicha norma estableció el régimen de prestaciones sociales para los trabajadores particulares y para los empleados y obreros nacionales de carácter permanente. De allí surgieron las dos vertientes que configuraron el sistema inicial: por un lado, el subsistema oficial de previsión social, originalmente con la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL), para los empleados oficiales del nivel nacional; y por el otro, el seguro social obligatorio para los trabajadores particulares o del sector privado, mediante la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) con la Ley N° 90 de 1946 (Rengifo, 1982).

En un comienzo, el sistema contempló únicamente los seguros de salud con coberturas parciales en ambos subsistemas y los pagos de pensiones de los trabajadores vinculados al sector público; y recientemente, en 1967, se estructuraron los seguros económicos de los riesgos de invalidez, vejez y muerte (IVM) y de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) del seguro social.

Posteriormente, en 1976-1977 se introdujeron unos cambios y reformas administrativas importantes en el Seguro Social, mediante la adopción de nuevas formas de organización y prestación de los servicios de salud y la reorganización financiera de las prestaciones económicas y la separación administrativa de los tres riesgos: salud (enfermedad general y maternidad-EGM), pensiones (invalidez, vejez y muerte-IVM) y riesgos profesionales (accidentes de trabajo y enfermedad profesional-ATEP), que dieron lugar a la transformación del antiguo ICSS en el Instituto de Seguros Sociales (ISS).

La Ley N° 100 de 1993 creó el “Sistema de Seguridad Social Integral” en Colombia, vigente en la actualidad. Dicha Ley establece los principios generales orientadores del sistema y desarrolla las disposiciones vigentes en materia del Sistema General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema general de Riesgos Profesionales, los servicios sociales complementarios y otras disposiciones de carácter general.

Dicha Ley surgió como parte de un proceso de transformación política y de cambios institucionales plasmados en la Constitución Política de 1991 y, particularmente, de lo ordenado en sus artículos N° 48 y N° 49. El primero de ellos establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. El segundo declara el derecho de acceso de todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; servicio público a cargo del

Estado, quien lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación, pueden concurrir agentes públicos y privados y los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

- **Sistema de Salud**

La reforma introducida por la Ley N° 100 de 1993 significó un cambio de fondo y una reorganización del sistema de prestación de servicios de salud. La reforma tuvo un complemento en la Ley N° 60 de 1993, que buscaba fortalecer el proceso de descentralización del sector iniciado en el año 1990. El nuevo sistema general se constituyó a partir de la organización de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, con planes iniciales de beneficios distintos, que progresivamente se irían ajustando hasta llegar a ser iguales en algún momento (hacia 2001, según las proyecciones iniciales).

Al régimen contributivo (obligatorio) debían afiliarse los trabajadores asalariados, los independientes y los por cuenta propia, identificados como parte de la población con capacidad de pago, quienes se afiliaban y mantenían su vinculación al sistema mediante las cotizaciones o pagos de aportes. La Ley previó la extensión de beneficios a todos los miembros de la familia del trabajador cotizante, o con capacidad de pago a efectos de garantizar un rápido incremento en la ampliación global de cobertura. De esta manera, se buscaba superar algunas restricciones que, en tal sentido, existían en el anterior sistema a cargo del Instituto de Seguros Sociales -ISS- en cuanto a la categoría de cotizante y sus derechohabientes o beneficiarios.

El régimen contributivo quedó definido como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema, a través del pago de una cotización, ya sea directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. Se consideran afiliados obligatorios las personas vinculadas por contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Bajo el nuevo sistema se crearon las Empresas Promotoras de Salud –EPS-, de naturaleza pública y privada, entidades responsables de la afiliación y registro de los afiliados, del recaudo de las cotizaciones y de la organización de la prestación del Plan Obligatorio de Salud –POS- a sus afiliados. A éstas se integraron, mediante un proceso de reestructuración institucional, entidades del anterior sistema como el Instituto de Seguros Sociales –ISS- y algunas del sistema oficial de previsión social del nivel nacional (la Caja Nacional de Previsión Social, por ejemplo), como también de los niveles departamental y municipal.



Por otra parte, mediante el régimen subsidiado (obligatorio), la Ley buscó garantizar el acceso al sistema de los grupos de población más pobre del país, cuya cobertura total se haría en un plazo de siete años, en el cual se desarrollarían progresivamente los mecanismos de solidaridad incorporados por la misma Ley mediante una asignación creciente de recursos como subsidio a la población pobre. Dicho régimen consiste en un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema, a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Se considera beneficiaria toda la población pobre y vulnerable que cumpla con los criterios establecidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La determinación de la condición de beneficiario se hace a través de los municipios y mediante la aplicación de un instrumento de focalización o encuesta de identificación de beneficiarios. La afiliación, por su parte, corresponde a un proceso entre las direcciones locales de salud correspondientes y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado, a las cuales corresponde garantizar la atención de salud de sus afiliados.

Entre estos dos regímenes la Ley previó un régimen transitorio, o de los “vinculados”, conformado por quienes potencialmente serían afiliados al régimen subsidiado, y que mientras ello ocurría, deberían ser atendidos a través de la red de prestadores públicos con recursos de subsidios a la oferta, que progresivamente se irían transformando en subsidios a la demanda.

Adicionalmente la Ley mantuvo, como en el caso de pensiones, los denominados regímenes especiales representados en el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, las direcciones de sanidad de las Fuerzas Armadas y el servicio de salud de ECOPETROL, con el cumplimiento parcial de algunas disposiciones establecidas en los dos primeros casos mencionados, o completamente al margen de la Ley N°100 de 1993, en el último caso.

Un aspecto central en el financiamiento del nuevo sistema, y especialmente del régimen subsidiado, fue el sistema de transferencias de la Nación a las entidades territoriales, desarrollado inicialmente mediante la Ley N° 60 de 1993, conforme lo estipulado en los artículos N° 356 y N° 357 de la Constitución Política<sup>49</sup>.

En un principio, se desarrolló un sistema de transferencias representadas en el situado fiscal y en la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación. El situado fiscal (Artículo 356 de la C.P.) corresponde a un porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación, determinado por la Ley, y cedido a los departamentos y distritos especiales<sup>46, 49</sup>.

Mediante este sistema se respaldaba la decisión de fijar una mayor responsabilidad a los entes territoriales en la prestación de los servicios de educación y salud, con una mayor provisión de recursos, a fin de avanzar en el

proceso de descentralización emprendido en el país años atrás y hacer realidad el mandato constitucional<sup>49</sup>.

Sin embargo, el sistema tropezó con una serie de dificultades, debido a factores como una escasa capacidad institucional y una débil respuesta local para asumir las competencias; así como la ambigüedad y falta de claridad en las fórmulas de distribución de los recursos, la inflexibilidad y automaticidad en la asignación de mayores recursos, que no mostraban correspondencia con el cubrimiento real de necesidades, y hacen evidentes los problemas de eficiencia y de equidad en el sistema<sup>30</sup>. Lo anterior dio lugar a una reforma del sistema de transferencias de la Nación mediante la Ley N° 715 de 2001, que más adelante se describe.

Así pues, a menos de una década de haber entrado en vigencia la Ley N°100 de 1993, el sistema de salud mostraba dificultades importantes en áreas como la salud pública, dada la ausencia de una política nacional en este frente, la incapacidad de garantizar el derecho a un seguro de salud para toda la población (por el mantenimiento del régimen de atención a los vinculados y de subsidios a la oferta), una errática o incoherente política hospitalaria, y la persistencia de condiciones de inequidad en el acceso y calidad de los servicios de salud, entre otros problemas importantes.

Una de las principales limitantes de la financiación de los sistemas de protección en Latinoamérica es el gran peso de la informalidad o de trabajadores que carecen, en general, de mecanismos de protección social. Para este grupo de personas resulta racional no efectuar contribuciones debido a que estarían limitando la operatividad de sus actividades diarias<sup>54</sup>.

Los esfuerzos en protección en materia de empleo tienden a separar lo formal de lo informal. Aunque normalmente se asocia lo informal con marginal, las múltiples concepciones sobre su definición parecen desvirtuar esta idea. Portes (1994) aborda desde el punto de vista de las metas que tienen las actividades informales y, en ese sentido, se consideran informales las personas cuya supervivencia proviene de la venta o producción directa de bienes y servicios en el mercado y las personas subcontratadas en firmas, dado que permiten la reducción de costos y la acumulación de capital resultante de mayor flexibilidad, y menores costos a empresas pequeñas.

Las políticas para el sector, en consecuencia, no deben ser de tipo asistencialista solamente, sino que deben incorporar un componente de responsabilidad y equidad social. Lo anterior permite reducir la asignación de una ayuda o subsidio a quien no los requiere. <sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Gamboa L, Navarro O. Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia. Facultad de Economía. Borradores de Investigación. Universidad del Rosario. N° 69, 2005.

## **Actualizaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano**

Transcurridos apenas unos años de haber entrado en vigencia la Ley N° 100 de 1993, se hicieron evidentes algunos problemas y dificultades en el funcionamiento del sistema general de Seguridad Social, que pronto demandaron o exigieron la adopción de medidas tendientes a producir ajustes en el sistema y corregir situaciones de desequilibrio financiero, y distorsiones causantes de problemas inequidad e ineficiencia y garantizar, en fin, el cumplimiento de los objetivos previstos inicialmente con la reforma. A continuación, se desarrolla una revisión de las medidas más importantes, básicamente, en torno al componente de salud.

Uno de los ajustes tal vez más importantes al SGSSS es la reforma que operó mediante la Ley N° 715 de 2001, en el denominado sistema de transferencias de la Nación a los entes territoriales. Ésta introdujo un reordenamiento en el esquema de competencias entre los diferentes niveles de gobierno y creó el Sistema General de Participaciones (SGP) para la distribución de los recursos destinados a educación y salud y otros componentes de inversión social, o de “propósito general”, como los servicios públicos de agua potable y saneamiento básico, de acuerdo con las prioridades establecidas por las propias entidades territoriales. En el caso de salud, estos recursos constituyen la fuente principal de financiamiento del régimen subsidiado<sup>49, 16</sup>.

Una de las justificaciones del gobierno para dicha reforma fue la de garantizar la participación estable de los recursos en términos reales, evitando que las fluctuaciones de la actividad económica y la consiguiente inestabilidad de los ingresos corrientes de la Nación afectaran los niveles necesarios de financiamiento, para el cumplimiento de metas específicas en cuanto a la continuidad y ampliación de coberturas, teniendo como prioridad la población más pobre y vulnerable<sup>49</sup>.

La distribución del SGP para salud se destina a financiar tres componentes: i) continuidad y ampliación de coberturas en el régimen subsidiado (subsidios a la demanda), recursos que son transferidos a los municipios y distritos; ii) prestación de servicios a la población pobre no asegurada (subsidio a la oferta), mediante la contratación de servicios con la red pública y privada; y iii) acciones en salud pública<sup>49, 47</sup>.

En 2007 tiene lugar la Reforma al Sistema General de Participaciones, la cual inicia el 11 de Julio con el Acto legislativo 04 por el cual se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución Política. Para el desarrollo de de dichos artículos constitucionales se crea la Ley 1176 de 2007, por medio de esta reforma se distribuye nuevamente las participaciones para salud, educación, agua potable y saneamiento básico y propósitos generales; adicionalmente se establece que el

incremento anual del SGP para Departamentos, Distritos y Municipios será igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación y no seguirá ligado al crecimiento económico como se había establecido constitucionalmente.<sup>55,56</sup>

Otra reforma importante reciente, en materia de salud, es la Ley N° 1122 de 2007, con la cual se pretende resolver algunas deficiencias críticas del sistema de salud pública, dados los preocupantes resultados registrados en mortalidad materna, sífilis congénita, bajo desempeño en los programas de control de la tuberculosis y de las enfermedades de transmisión y de los programas relativos a la calidad en la atención de los menores de cinco años con infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda. De igual forma aspectos del aseguramiento en salud para toda la población y problemas de inequidad en el acceso y calidad de los servicios, debido a la existencia de beneficios distintos, según estratificación de la población (contributivo, subsidiado y subsidiado parcial) y características de los procesos de aseguramiento y prestación de los servicios, mecanismos de evaluación y estímulos de resultados en salud<sup>49, 15</sup>.

Respecto a la salud pública, la Ley establece la obligatoriedad de elaborar un plan nacional (Decreto 3039 de 2007) que se incorporará al respectivo Plan Nacional de Desarrollo y que deberá contemplar coberturas mínimas en servicios e intervenciones, metas en morbilidad y mortalidad evitables, prioridades de salud pública en el plan obligatorio y presentación indispensable de planes operativos anuales, por las entidades promotoras de salud (EPS) y por los entes territoriales en el marco del Plan de Salud Territorial.<sup>57, 58</sup>

Por otra parte, la Ley 1122/07 prevé alcanzar la cobertura total de aseguramiento, mediante la universalización del régimen subsidiado, para poblaciones especiales y las personas más pobres y vulnerables (niveles I y II del Sisben), otorgamiento de subsidios parciales (nivel III), cuando se haya alcanzado un nivel de cobertura de subsidios plenos del 90%, para lo cual dispone recursos adicionales de solidaridad provenientes del aumento de 0,5% de la cotización obligatoria del régimen contributivo y la aceleración de la transformación de subsidios de oferta en subsidios a la demanda<sup>15</sup>.

Igualmente, la Ley adopta distintas medidas tendientes a disminuir la brecha entre planes de beneficios, y procura que su aproximación se dé en términos de los contenidos del plan obligatorio de salud (POS) del régimen contributivo y ofrece, además, nuevos incentivos para que una parte de la población del régimen subsidiado (nivel III del Sisben) haga aportes complementarios para su afiliación al

---

<sup>55</sup> República de Colombia. Acto Legislativo Número 04 de 2007.

<sup>56</sup> República de Colombia. Ley 1176 de 2007.

<sup>57</sup> República de Colombia. Decreto 3039 de 2007.

<sup>58</sup> República de Colombia. Resolución 0425 de 2008.

régimen contributivo o a los beneficios plenos del régimen subsidiado. Asimismo, para facilitar el acceso, ratifica la obligación por parte de las IPS de prestar atención inicial de urgencias a toda la población que lo requiera, incluyendo la no asegurada; ordena eliminar barreras financieras al acceso derivadas de copagos y cuotas moderadoras para los más pobres y vulnerables, y dispone que se garantice la atención oportuna a los usuarios, aún con ciertos tipos de procedimientos necesarios que constituyen barreras administrativas impuestas por las aseguradoras<sup>15</sup>.

Por último, la Ley introduce dos cambios en cuanto a la función de rectoría del sistema. En primer lugar, establece la necesidad de evaluar la responsabilidad de los distintos agentes en los resultados de salud, para lo cual fijó, en el Ministerio, el compromiso de determinar los indicadores sobre los cuales se establecerá la rendición de cuentas. Es decir, un sistema de “evaluación por resultados” que ayude a generar mayor capacidad institucional en torno a la responsabilidad de los distintos agentes por los resultados en salud. El otro cambio se refiere a la creación de la Comisión Reguladora en Salud (CRES), que entra a sustituir al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) en sus funciones más importantes, y que ha sido concebido como un ente con mayor independencia y capacidad técnica y cuyas funciones en realidad van más allá de los aspectos puramente de regulación.<sup>49</sup>

Pero, con todo, el hecho más trascendental desde la expedición de la Ley 100 de 1993 lo constituye una reciente sentencia de la Corte Constitucional (N° T-760 de 2008), mediante la cual se le ordena al Estado poner en marcha los mecanismos necesarios para proteger el derecho a la salud que tienen todos los ciudadanos en forma oportuna, eficaz y con calidad. El fallo se basa en 20 demandas de tutela de ciudadanos que reflejan diferentes problemas de salud, así como de dos demandas de EPS, que solicitaban reembolsos oportunos por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud –Fosyga. Con el fallo, la Corte busca poner control al desbordado número de acciones de tutela presentadas por los ciudadanos (90 000 por año, en promedio, según estudios de la Defensoría del Pueblo) para reclamar el restablecimiento del derecho a la salud, de las cuales cerca de la mitad se interponen para reclamar servicios, procedimientos y medicamentos que sí están contenidos en el POS (Diario El Tiempo, 23 de agosto de 2008)<sup>49</sup>.

La sentencia puntualiza distintos aspectos que deben ser atendidos y resueltos y les fija a las autoridades sanitarias un cronograma detallado para el cumplimiento de todo lo ordenado.<sup>59</sup>

---

<sup>59</sup> Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008.

El aspecto más importante de la sentencia es el que ordena agilizar la unificación de los contenidos de los planes obligatorios de salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado. Según la Corte, con esta decisión se pretende eliminar la incertidumbre sobre los contenidos de los POS y favorecer la equidad en los planes de beneficios, corrigiendo así la situación que representa la existencia de cinco POS distintos, y a los cuales se accede según la capacidad de pago de las personas.

La Corte también ordena adoptar medidas para evitar que se sigan negando o demorando los servicios, ampliar las competencias de los comités técnico-científicos de las EPS, para que puedan pronunciarse de manera autónoma sobre la aprobación o negación de solicitudes de servicios que estén por fuera del POS, y presentar un informe sobre los casos de tutela, en el que se indiquen los mecanismos adoptados para que los usuarios accedan a los servicios ordenados por el médico tratante, sin que los ciudadanos tengan que acudir a los jueces.

Asimismo, la Corte exige que el sistema de salud garantice el financiamiento sostenible y oportuno y se diseñe un nuevo sistema, transparente, claro y ágil, para los reembolsos y compensaciones, a fin de evitar las demoras en los flujos de recursos y los pagos a las EPS, los hospitales y los entes territoriales. Igualmente, ordena que se agilice el desembolso, en seis meses, por parte del FOSYGA, del 50% del total adeudado a las EPS.

La sentencia pone de manifiesto la necesidad de remediar los vacíos normativos y las fallas en la regulación y en la capacidad de actuación de los órganos estatales, como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social y, especialmente, de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad encargada de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector<sup>49</sup>.

- **Un Nuevo Reto para el Sistema<sup>49</sup>**

El cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 constituye un gran reto, porque requiere aplicar, en corto tiempo, acciones largamente reclamadas para resolver deficiencias estructurales del sector, y frente a las cuales la Ley 1.122 de 2007 resultó también insuficiente. Así, entonces, se requiere redefinir el contenido y tamaño del POS, y evaluar su costo actual, dado que su diseño inicial careció de rigor técnico y no se soportó en perfiles de morbimortalidad, que en el país tienen un atraso de más de diez años, y que no responde a un principio de integralidad (tratamientos completos para cada problema de salud) y tampoco refleja cabalmente la situación de salud del país. Igualmente, se debe redefinir el valor de la unidad de pago por capitación (UPC), cuyo cálculo también careció de una adecuada sustentación técnica, y sus ajustes se han hecho de acuerdo con variables económicas, de cuya relación con el costo de aseguramiento per cápita no se tiene certeza.

Una preocupación inicial del Gobierno ha sido el costo que representa la unificación de los planes de beneficios. Según cálculos oficiales, dicho costo sería del orden de 6,5 billones de pesos adicionales al año (aproximadamente 2.800.000 de dólares), lo que representa un punto y medio del PIB, recursos que no están disponibles de manera inmediata y que habría que conseguir. Ello sin contar el costo más o menos inmediato de 400.000 millones de pesos (unos 174.000.000 de dólares) del 50% del valor total adeudado a las EPS y a cancelar con recursos del FOSYGA.

En tales condiciones, el sistema colombiano de salud seguramente experimentará nuevos cambios debido a las tensiones que exigen su reacomodamiento para garantizar, por un lado, el cumplimiento del pleno derecho a la atención de salud de toda la población y, por el otro, buscar nuevas fuentes de financiamiento, evaluando opciones entre aumentos de las cotizaciones o mayores tasas impositivas. Una consecuencia de esto sería la presión permanente por ampliar el POS con nuevos procedimientos y medicamentos, lo que podría llevar a una situación insostenible, con un mayor deterioro del desempeño del conjunto de entidades que conforman el sector salud.

## **Fuentes Y Usos Del Sistema De Protección Social En Colombia**

El Sistema de Protección Social (SPS) se crea en Colombia mediante la Ley 789 de 2002 (Art. 1°), la cual define dicho sistema así:

El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo.

En salud, los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad a los servicios básicos.

El sistema debe crear las condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral y simultáneamente se socialicen los riesgos que implican los cambios económicos y sociales (...)

Esta definición recoge algunos elementos conceptuales del Manejo Social del Riesgo (MSR), presentado como nuevo marco de la Protección Social por el Banco Mundial (2000) en sus formulaciones de política. En ese marco, la Protección Social se concibe como un conjunto de intervenciones públicas

orientadas, por un lado, a asistir a los individuos, hogares y comunidades y manejar el riesgo en mejor forma; y, por el otro, a prestar apoyo a la población en situación de pobreza crítica, es decir, a los pobres que no se pueden mantener a sí mismos, incluso si existieran oportunidades de empleo. Igualmente, allí se propone una visión ampliada de la protección social, que pone énfasis en el doble papel que desempeñan los instrumentos de MSR: proteger la subsistencia básica y, al mismo tiempo, promover la disposición a asumir riesgos (Holzmann y Jorgensen, 2000)<sup>36, 49</sup>.

Tal definición también supone una transformación en la concepción, institucionalidad y funcionamiento de la política social en Colombia, que tuvo, en la creación del Ministerio de la Protección Social, mediante la fusión de los antiguos ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud Pública, un cambio institucional importante<sup>49</sup>.

El alcance de esta definición se desarrolla en el Decreto 205 de 2003, según el cual, las políticas públicas del sistema se concretan mediante la identificación y aplicación de estrategias de reducción, mitigación y superación de riesgos que provengan de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y, también, relacionadas con el mercado de trabajo, el ciclo vital y la salud. Allí se enuncian como principios básicos de este sistema la solidaridad, universalidad, eficiencia, unidad e integralidad<sup>49</sup>.

El Ministerio de la Protección Social desarrolla algunos aspectos complementarios de la anterior definición, mediante los cuales subraya la transformación institucional operada como un viraje importante en la concepción y manejo de la política social en Colombia<sup>49</sup>.

En este sentido destaca tres aspectos que, en su concepto, son fundamentales:

En primer lugar, en cuanto a su conformación, el SPS está constituido por el tradicional sistema de Seguridad Social integral (en pensiones, salud y riesgos profesionales) y por un componente de asistencia social, integrado por los sistemas, instituciones y programas asistenciales existentes, bajo la coordinación del nuevo Ministerio de la Protección Social. En este último componente se articularían los sistemas nacionales de bienestar familiar, de formación profesional del Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena), del subsidio familiar, de la prevención y atención de desastres y de información y atención integral a la población desplazada por la violencia, entre otros<sup>49</sup>.

De manera más específica, los riesgos cubiertos por el SPS son los siguientes (Acosta y Gamboa, 2005):

- Salud y riesgos profesionales: régimen contributivo, régimen subsidiado, red hospitalaria pública y riesgos profesionales.



- Pensiones de vejez: régimen de prima media, de ahorro individual, cajas y fondos públicos, fondo de solidaridad pensional.
- Protección laboral: cesantías, capacitación (Sena), subsidios al desempleo y a la creación de empleo, cajas de compensación familiar, programas de reactivación social.
- Programas asistenciales: programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), familias en acción, atención a población vulnerable por gobiernos locales, subsidio monetario de las cajas de compensación y transferencias entre familias.

En segundo lugar, el SPS debe disponer de recursos suficientes para atender a los grupos poblacionales más desprotegidos en situaciones de crisis, actuando de manera contracíclica con respecto a las fluctuaciones del crecimiento económico. En este sentido, se debe mencionar la creación del Fondo de Protección Social, con el objeto de financiar los programas sociales que el Gobierno Nacional defina como prioritarios, y aquellos programas y proyectos estructurados para la obtención de la paz. En este sentido, la iniciativa recogió parte de una propuesta de creación de un fondo para la atención de los grupos poblacionales desfavorecidos en épocas de crisis, como un instrumento financiero del Sistema Social de Riesgo (SSR), que cumpliría con una función contracíclica, al captar recursos durante épocas de crecimiento para utilizarlos en fases recesivas y como complemento del gasto público en programas sociales, contemplando incluso las condiciones para el fondeo del mismo en el período 2002-2008 (Departamento Nacional de Planeación, 2001).

Y por último, el SPS debería disponer de un aparato institucional unificado y coordinado para contrarrestar diversos riesgos a los que se encuentra expuesta la población.

**Cuadro 5**  
Origen Y Destinación De Los Recursos De Salud

Recursos	Origen / fuentes	Destinación / usos
<b>1. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>		
<b>1.1 Aportes por cotización obligatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>12.5% del ingreso base de cotización (IBC):</b></li> <li>- Trabajadores dependientes afiliados 4% y empleadores 8.5% (aporte mínimo sobre un salario mínimo)</li> <li>- Trabajadores independientes: sobre ingresos presuntivos. 1/</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>EPS efectúan mensualmente operación de giro y compensación, previos descuentos.2/</b></li> <li>- 1.5% transferido a la cuenta de solidaridad del Fosyga para cofinanciar subsidios a la demanda de la población del RS.</li> <li>- 0,41% para promoción y prevención</li> <li>- 0,25% para licencias de maternidad e incapacidad por enfermedad general</li> <li>- 10,34% aprox. para servicios incluidos en el Pos-C</li> </ul>
<b>1.2 Pagos compartidos (obligatorios) 3/</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cuotas moderadoras:</b> pagos de afiliados cotizantes y sus beneficiarios al momento de solicitar servicios (racionalización en la utilización de los mismos)</li> <li>- <b>Copagos:</b> pagos de los beneficiarios al momento de solicitar servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos complementarios para entidades promotoras de Salud (EPS)</li> <li>- Recursos compartidos EPS-IPS para cubrir parte de los costos de los servicios</li> </ul>
<b>1.3 Pagos adicionales (voluntarios)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Afiliados y empresas:</b> por adquisición de planes de atención complementaria al Pos -C (teniendo como requisito la afiliación previa a una EPS con derecho al Pos -C).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos complementarios para atención en salud: financian parte de los gastos operacionales de EPS y entidades de medicina prepagada (EMPP).</li> </ul>
<b>2. RÉGIMEN SUBSIDIADO Y RÉGIMEN TRANSITORIO (SUBSIDIOS A LA OFERTA Y VINCULADOS)</b>		
<b>2.1 Situado Fiscal (SF) 4/</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>Presupuesto general de la nación (PGN):</b></li> <li>Transferencias de la nación. Monto resultante de un porcentaje determinado de los ingresos Corrientes de la nación (ICN), del cual 25% con destinación específica para salud, más una parte del porcentaje de libre destinación asignado a salud por cada ente territorial (25% aprox). 5/</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>50% de los recursos de destinación específica para los departamentos:</b></li> <li>- Financiación funcionamiento de hospitales (subsidio a la oferta)</li> <li>- 10% para financiar aportes patronales corrientes a la seguridad social</li> <li>- 10% para financiar acciones de salud pública y el plan de atención básica (PAB)</li> <li>- 50% (como mínimo) para los municipios: cofinanciación de subsidios a la demanda del RS.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<b>Origen / fuentes</b>	<b>Destinación / usos</b>
<b>2.2 Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación (PICN) 4/</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* <b>PGN: transferencias de la nación:</b> monto resultante de un porcentaje determinado de los ICN, de cuyo monto a su vez, 25% con destinación específica para salud, más la parte del porcentaje de libre destinación asignado a salud por cada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como participación directa de los municipios en los ICN 7/</li> <li>- Del 25% con destinación específica para salud:</li> <li>- 15 ptos (60%), de cuyo monto entre 70 y 80% para</li> </ul>

	ente territorial. 6/	cofinanciar subsidios a la demanda de la población del RS (entre 20 y 30% descontado para gastos de funcionamiento de las administraciones municipales, según categorías) - 10 ptos (40%) para financiar otros gastos en salud (programas del PAB o inversión en infraestructura hospitalaria).
<b>2.3 Rentas cedidas</b>	<p>* PGN: impuestos nacionales cedidos en su recaudo y administración, en beneficio de los departamentos y con destinación específica a salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Impuesto a la venta de licores (35%)</li> <li>- Impuesto a la venta de cerveza (8%)</li> <li>- Impuestos a ganadores de loterías (17%)</li> <li>- Utilidades por venta loterías foráneas (7,5%)</li> <li>- Utilidades de sorteos y apuestas (7,5%)</li> </ul>	<p>* Para financiar funcionamiento de los hospitales (subsidios a la oferta), recursos que progresivamente se irían transformando en subsidios a la demanda para población del RS: 15% en 1998, 25% en 1999 y 60% a partir de 2000 (según Ley 344 de 1996).</p>
<b>2.4 Recursos del FOSYGA</b>	<p>* Recursos de la cuenta de solidaridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1,5% punto cotización del RC</li> <li>- Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) 8/</li> <li>- Aportes del PGN (pari-passu) 9/</li> <li>- Rendimientos financieros generados por los anteriores recursos</li> <li>- Rendimientos financieros de la inversión de recursos generados por enajenación de acciones y participaciones de la nación en empresas públicas o mixtas con destinación al RS (con autorización CONPES)</li> <li>- Recursos provenientes del impuesto al porte de armas, municiones y explosivos 10/</li> <li>- Recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras por explotación de los pozos de Cusiana y Cupiagua.</li> </ul> <p>- Recursos del IVA social</p>	<p>*Para cofinanciar subsidios a la demanda de la población del RS, a través de las direcciones locales de salud</p> <p>- 15% de los recursos adicionales recibidos para los departamentos y 15% para los municipios</p> <p>- Para ampliación de cobertura a las madres comunitarias del ICBF y otra destinación específica 11/</p>

Recursos	Origen / fuentes	Destinación / usos
<b>2.5 Recursos de las Cajas de Compensación Familiar (CCF)</b>	El 10% de los recaudos del impuesto a la nómina destinados a salud y administrados directamente por las CCF con coeficiente de recaudo superior a 100%	Para cofinanciar subsidios a la demanda para población del RS, manejados por las CCF como administradoras del régimen subsidiado (EPS-S), según Decreto 955 de 2000.
<b>2.6 Recursos de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA) 12/</b>	* Arbitrio rentístico de la nación por explotación del monopolio de juegos de suerte y azar (creado con la Ley 10 de 1990).	- 20% para cofinanciar deuda pensional del sector salud (a través de las entidades territoriales de salud) - El resto como transferencia a los municipios.
<b>2.7 Recursos de las entidades Territoriales</b>	<b>*Departamentales</b> - Impuestos de registro y anotación - Recursos propios de los presupuestos departamentales y de la venta de servicios y cuotas de recuperación en las instituciones de salud - Recursos de cofinanciación del Fondo de Cofinanciación de Inversiones Sociales - Recursos de crédito	- Para cofinanciación de subsidios a la demanda de la población del RS  - Para infraestructura y dotación de hospitales
	<b>* Municipales</b> - Recursos propios de los presupuestos municipales y de la venta de servicios y cuotas de recuperación en las instituciones de salud - Recursos de cofinanciación del Fondo de Cofinanciación de Inversiones Sociales - Recursos de crédito	- Para cofinanciación de subsidios a la demanda de la población del RS  - Para infraestructura y dotación de hospitales
<b>3. OTROS RECURSOS</b>		
<b>3.1 Otros recursos del PGN</b>	* Asignados al Ministerio de Salud o transferidos a través de éste a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud	* Para financiar programas de salud pública y de interés nacional, cofinanciados con los entes territoriales.
<b>3.2 Recursos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)</b>	* Impuesto a los vehículos automotores mediante modalidad de seguro obligatorio: -20% del valor de la prima anual -Contribución adicional equivalente a 50% del valor de la prima anual	*Transferido por las aseguradoras autorizadas a la cuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito (ECAT) del Fosyga para cubrir atención de víctimas de accidentes de tránsito (carros fantasmas), víctimas de atentados terroristas y de eventos catastróficos.
<b>3.3 Aportes adicionales del PGN (a discreción del gobierno nacional)</b>		* Transferencia a la cuenta ECAT del Fosyga para el fortalecimiento de la red de urgencias de los hospitales públicos.

Fuente: Barón G. Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003. El Gasto nacional en Salud y su Financiamiento.

#### **Notas del cuadro 5:**

**1/** Según los artículos 154 y 157 párrafo 1º de la Ley 100 de 1993. El Decreto No. 1703 de 2002 aunque mantuvo para estos trabajadores la disposición de que en ningún caso se cotizaría sobre una base inferior a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes, dicha disposición fue luego modificada mediante fallo del Consejo de Estado de agosto de 2004 al reducir dicha base a un salario mínimo. El citado decreto reglamentó de manera mucho más precisa la forma de determinar los ingresos presuntivos de los trabajadores con ingresos diferentes a los originados en una relación laboral o en mesadas pensionales, estableciendo como IBC el 40% de los ingresos originados en relaciones contractuales.

**2/** Según Decreto 1283 de 1996 y ajustes que mediante Acuerdos establece el Cnsss para cada año. La distribución indicada es la correspondiente a 2003 (Acuerdo 241 de 2003).

**3/** Para los copagos, los montos están definidos como porcentajes aplicados sobre el valor de los servicios, sujetos a unos topes máximos establecidos por la ley con el propósito de evitar que se conviertan en obstáculos para el acceso a los servicios (normas básicas: Artículo 187 de la Ley 100 /93 y Acuerdo 30/95 del Cnsss).

**4/** Recursos vigentes bajo estas denominaciones y formas determinadas de cómputo hasta diciembre de 2001. La Ley 715 de 2001 introduce cambios en el sistema de transferencias de la nación y crea el Sistema general de participaciones.

**5/** De acuerdo con la Ley 60 de 1993, el situado fiscal global debía liquidarse sobre el total de los ingresos corrientes de la nación en una proporción equivalente al 24,5% de tales ingresos a partir de 1996, pudiendo dicho porcentaje llegar a ser superior en los años subsiguientes según lo determina en los planes sectoriales de salud y educación incorporados al plan de desarrollo económico y social. Para cada vigencia de los años 1996, 1997 y 1998, el situado fiscal se debería distribuir así: para educación 60%, para salud 20% y como libre asignación 20% restante, aunque de este último porcentaje podría adicionarse hasta una cuarta parte más para salud.

**6/** Para 1994 la participación equivalía al 14% de los ingresos corrientes de la nación, porcentaje que iría aumentando en un punto porcentual por año hasta alcanzar el 22% en el año 2002. La fórmula de distribución era similar a la del situado fiscal: educación 30%, salud 25%, agua potable 20% y recreación y deporte 5% y para libre asignación el restante 20%.

**7/** Mediante esta participación se buscaba beneficiar a los municipios, distritos y resguardos indígenas, sustituyendo la antigua cesión del IVA a los municipios.

**8/** El 5 % de los recaudos del impuesto a la nómina de aquellas CCF con cociente de recaudo inferior al 100%, recursos que deben transferirse a la cuenta de solidaridad del Fosyga (Artículo 217 de la Ley 100 de 1993).

**9/** Equivalentes a la suma de los recursos obtenidos por los dos anteriores conceptos (1 a 1). La Ley 344 de 1996 (artículo 34) modificó la proporción de asignación de 1 a 0.25 y el Decreto 955 de 2000 limitó la asignación a la disponibilidad de recursos. Sin embargo, la Corte Constitucional en sentencias del año 2000 declaró inexequibles tales disposiciones; en consecuencia sigue rigiendo lo dispuesto inicialmente en el artículo 21 de la Ley 100 de 1993.

**10/** Recursos transferidos para salud a partir de 1996.

**11/** Para atención de pacientes con algunas patologías específicas como cardiopatías, diabetes, discapacidad y otras.

**12/** Recurso creado con la Ley 10 de 1990 y mantenido por la Ley 100 de 1993 (Artículo 214, lit. b), inicialmente administrado por la Empresa Colombiana de Salud (Ecosalud), entidad liquidada en 2001, y actualmente por ETESA de acuerdo con la Ley 643 de 2000.

- **Impuestos, contribuciones a la seguridad social e impuestos a la nómina o cargas parafiscales<sup>54</sup>**

Las contribuciones a la seguridad social son lo que en teoría se conoce como pagos por beneficios, aunque tengan un componente redistributivo. Este último es uno de los principales objetivos de los impuestos generales (Renta, IVA) y de los impuestos a la nómina o cargas parafiscales en Colombia. En la mayoría de los contratos laborales en Colombia, las contribuciones a la seguridad social se comparten entre empleador y empleado.

La Constitución de 1991 le otorgó rango constitucional al concepto de parafiscalidad; sin embargo, en el país ya existían varias contribuciones parafiscales, creadas por la ley y con destinación específica en beneficio de un sector especial de la población. Este tipo de ingresos del Estado comparte con los impuestos la característica de obligatoriedad, así como el hecho de no resultar de una retribución por un servicio individual y directo prestado por el Estado.

Las contribuciones parafiscales no hacen parte de las rentas que se incorporan al tesoro público y se crean para financiar sectores específicos. Las cargas parafiscales tienen un objetivo redistributivo y, en menor medida, un pago por beneficio directo. Estas cargas están nominalmente a cargo del empleador, aunque su costo puede recaer en los empleados a través de pagos de salarios más bajos. Los empleadores que tengan a su cargo por lo menos un trabajador permanente deben contribuir con 4% de su salario para el sistema de subsidio familiar administrado por las cajas de compensación, con 3% para el ICBF y con 2% para el SENA; aunque cabe aclarar que lo anterior no se cumple en el caso de las empleadas de servicio doméstico <sup>54, 60, 61</sup>.

Por su parte, la Sentencia C-149 de 1994, recuerda lo dicho en la Sentencia C-449 de 1992, con respecto a que las cotizaciones hechas por los empleadores a las cajas de compensación familiar son parafiscales, pues son obligatorias y se reinvierten en el mismo sector que las tributa, sin que puedan ser destinadas a fines diferentes a los establecidos en la ley; y lo dicho en la Sentencia C-575 de 1992, en el sentido de que no son impuestos porque no se le imponen a toda la sociedad; no son renta estatal sino recursos de los trabajadores en cuanto a sector; no constituyen salario porque no configuran una contraprestación directamente derivada del trabajo y no son un derecho subjetivo del trabajador o empleador <sup>62, 63, 64</sup>.

---

<sup>60</sup> República de Colombia. Ley 89 de 1988.

<sup>61</sup> República de Colombia. Ley 119 de 1994.

<sup>62</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-149 de 1994.

<sup>63</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-449 de 1992.

<sup>64</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-575 de 1992.

Las cargas parafiscales sobre la nómina en Colombia son altas y las contribuciones para la seguridad social están a la par de otros países (pero por cuenta de la salud, donde hay mucha redistribución). La suma de otras cargas sobre los salarios, como las cesantías, hace que el país esté entre los más costosos en mano de obra, con efectos negativos sobre el empleo, la formalidad del mercado laboral y la competitividad. Los recaudos de impuestos a la nómina se han deteriorado a partir de 1997 por cambios legales y por el tipo de contratación de los trabajadores. La Ley 344 de 1994 autorizó que los pagos extralegales pactados entre empleador y empleado no sean considerados como salario y no hagan parte de la base de liquidación de las contribuciones parafiscales <sup>54, 65</sup>.

- **Seguridad Social en Cifras**<sup>54</sup>

Si se agrupan los principales componentes de la protección social en el país, responsabilidad del Ministerio de Protección Social, los recursos totales asignados al sistema alcanzan una suma superior a los 31 billones de pesos en el 2003.

Estos recursos, que equivalen a 14% del PIB, corresponden 33,6% al sistema de salud y riesgos profesionales; 53,7% al sistema de pensiones; 6,0% a los programas de protección laboral y 6,7% a los servicios asistenciales. Por otra parte, estos 31 billones provienen en 43,6% de contribuciones tanto de los trabajadores como de los patrones o empresas; 42,8% directamente de impuestos generales, 2,8% de impuestos locales, 3,4% de recursos de solidaridad, 10,6% de rentas de carácter parafiscal, y -3,2% de un rubro que agrupa tanto constitución como redención de reservas, rendimientos financieros y otros ingresos.

Es así como 88% de los recursos públicos y privados asignados a los principales componentes del sistema de protección del país los absorben los sistemas de salud, riesgos y pensiones, en tanto que la protección laboral y la asistencia reciben algo más del 12% de los recursos.

El componente de salud y riesgos profesionales absorbe recursos que alcanzaron en 2003 10,5 billones de pesos. 52,7% de estos recursos proviene de las contribuciones y 28,6% de los impuestos nacionales que se financian a través del Sistema General de Participaciones (SGP) al régimen subsidiado y a los subsidios a la oferta; 8,5% tiene origen en las rentas de los gobiernos locales; 5,6% se origina en los aportes por solidaridad que realizan los afiliados al régimen contributivo y el Gobierno; 1% por los recursos de las cajas de compensación asignados a salud y 3,7% por el rubro otros que agrupa rendimientos financieros, constitución de reservas y ventas de servicios.

---

<sup>65</sup> República de Colombia. Ley 828 de 2003.

## SALUD

Colombia asigna un importante volumen de recursos públicos y privados para atender sus necesidades en salud. De acuerdo con el proyecto Sistema de Cuentas de Salud en Colombia, éstos habrían pasado de representar cerca de 7% del PIB en 1993 a 9% en 2002, luego de haberse contraído ligeramente en 1999.

En 2003, cálculos preliminares, revisados por Ministerio de Protección Social, indican que el volumen de recursos alcanza la suma de 14,8 billones de pesos (7% del PIB), 40% de los cuales corresponde al régimen contributivo; 33% a los gastos del sector público en los subsidios de oferta, la salud pública y los subsidios de demanda; 28% a gasto privado (gasto de bolsillo, ECAT y medicina prepagada y otros seguros de salud).

Los Gráficos 4 y 5 muestran, tanto la evolución de los componentes, como su estructura en términos de porcentajes del PIB a lo largo del período. Obsérvese que la reducción del gasto total en el subperíodo 1999-2002 (que coincide con la fuerte crisis económica que vivió el país en aquellos años y muy especialmente en 1999-2000) obedece a la reducción similar ocurrida en el gasto del régimen contributivo<sup>49</sup>.

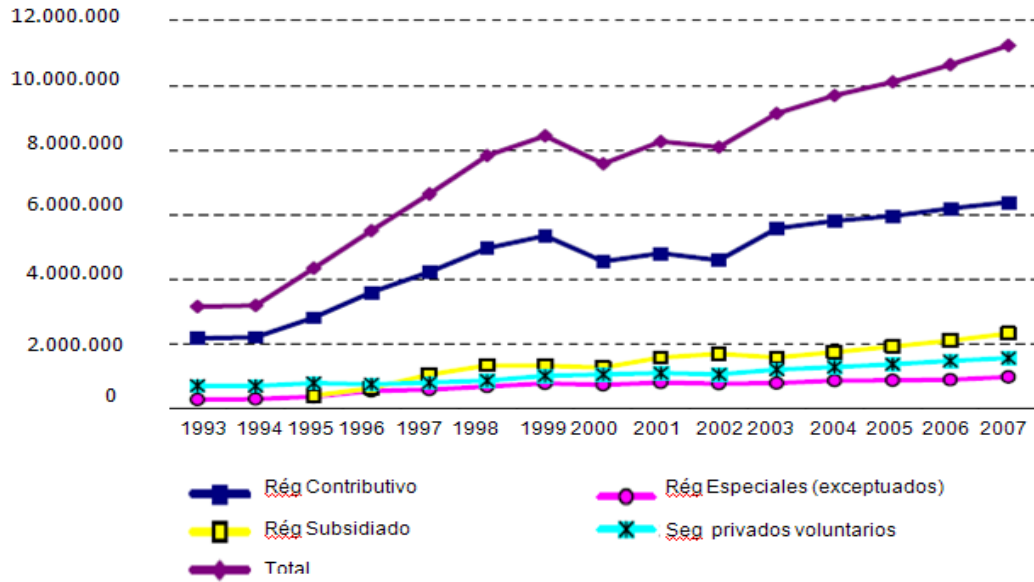
Asimismo, se observa una brecha creciente entre el gasto total y el gasto del régimen contributivo, que se explica por la participación creciente del gasto del régimen subsidiado, especialmente a partir de 1997-1998. Además se observa que el gasto del régimen contributivo luego de un ligero aumento en 2003, tendería a mantenerse estable durante los años más recientes, mientras que el gasto del régimen subsidiado tendería a seguir aumentando<sup>49</sup>.

Lo anterior confirma otra de las conclusiones del estudio de Cuentas de Salud, según la cual, la evolución del gasto realizado en subsidios a la demanda (o régimen subsidiado) es el componente más dinámico de crecimiento en el gasto total nacional. Dicho gasto, financiado en buena parte con recursos provenientes de los fondos públicos, mostró un incremento en términos reales de 12,2%, como promedio anual, durante el período 1996-2003; en tanto que el componente del gasto financiado con aportes y cotizaciones de la Seguridad Social (régimen contributivo), registró un crecimiento real de 5,5%, también como promedio anual, durante el mismo período (Barón, 2007).

Por su parte, el gasto de los regímenes especiales y de los seguros privados, como proporción del PIB, tiende a mantener una participación relativamente estable durante todo el período<sup>49</sup>.



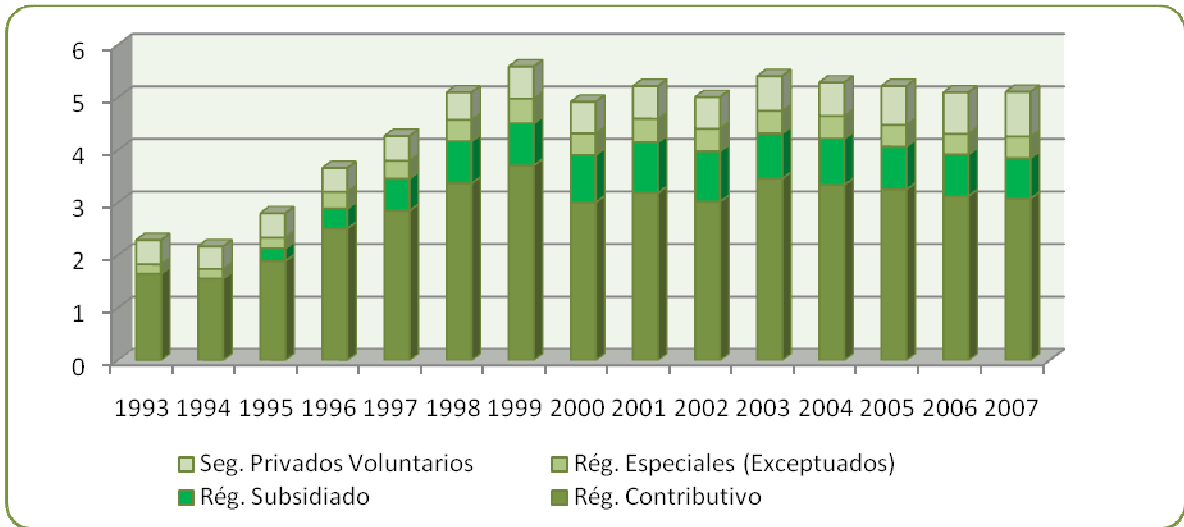
**Gráfico 4**  
**Gasto En Seguridad Social En Salud Según Regímenes, 1993-2007**  
 (Millones de pesos)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Seguridad Social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia. Santiago de Chile, Mayo de 2009.

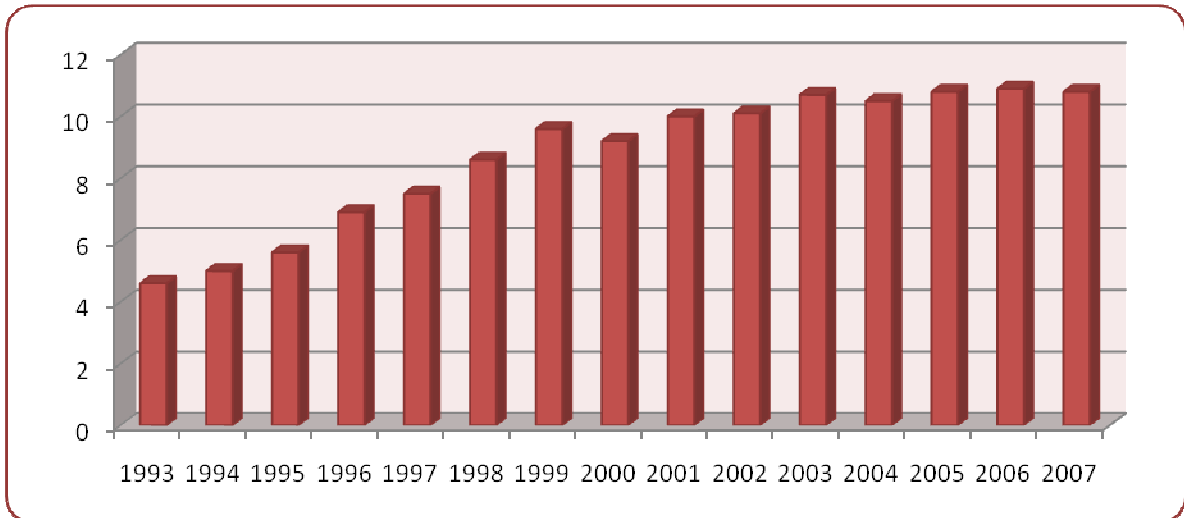
El Gráfico 6 muestra los resultados de la cuenta de Seguridad Social en términos de porcentajes del PIB, para el período en mención. Dado que 1993 corresponde a un año de la prerreforma y 1994-1995 fueron años de transición, de reorganización institucional y surgimiento de los nuevos agentes (EPS, AFP, ARP), claramente se observa el impacto de la reforma en el gasto de Seguridad Social al pasar éste, como proporción del PIB, de 4,6% en 1993 a 6,9% en 1996 y aumentar, luego, progresivamente, a lo largo del período hasta alcanzar el 10,8% en el año 2007. Asimismo, muestra cierta tendencia a estabilizarse alrededor de ese nivel en los tres últimos años<sup>49</sup>.

**Gráfico 5**  
**Gasto En Seguridad Social En Salud Según Regímenes, 1993-2007**  
**(Porcentaje del PIB)**



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Seguridad Social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia. Santiago de Chile, Mayo de 2009.

**Gráfico 6**  
**Gasto en Seguridad Social como porcentaje del PIB, 1993-2007**  
**(En porcentaje)**



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Seguridad Social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia. Santiago de Chile, Mayo de 2009.

- *Régimen contributivo*<sup>54</sup>

Entre 1998 y 2003, los gastos del régimen contributivo se incrementaron en términos reales en mayor proporción que sus ingresos y su diferencia pudo ser atendida con los excedentes acumulados en años anteriores. En términos de personas, mientras los cotizantes aumentaron a 744 mil personas en el período, los beneficiarios aumentaron en 1'490 mil personas en los seis años comprendidos entre 1998 y 2003. Para algunos autores, la reforma en salud se agotó con la incorporación del grupo familiar de los cotizantes y no ha podido incrementar estos últimos.

A partir de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2003 se ha calculado la reducción del ingreso de las familias superior al 25% desde 1997, lo que se expresa en menores ingresos para el régimen contributivo. Adicionalmente, tanto el mayor desempleo como una reducción de los ingresos laborales de las personas disminuyen su aporte directo al régimen subsidiado, e indirecto a través de los impuestos que constituyen otra fuente de financiamiento para la salud de los más pobres.

En efecto, luego de alcanzar tasas de desempleo del 20% en 2001, que redujeron un 10% a la población afiliada al régimen contributivo, el desempleo bajo lentamente hasta alcanzar tasas cercanas al 15% entre los años 2002 a 2005; sin embargo, en este período la población afiliada al régimen contributivo se ha mantenido cercana al 30% de la población total. Este hecho corrobora algunas hipótesis que plantean que el empleo generado tiene características de empleo precario, bien por su carácter temporal o bien porque es el sector informal. A finales de 2002, con la aprobación de las reformas contenidas en la reforma pensional y en la Ley de empleabilidad, leyes 797 y 789 de 2002, se establecieron algunos controles para el pago de contribuciones de los trabajadores independientes.

En general, los factores que dependen del crecimiento económico y de sus efectos en los cambios en la participación de la fuerza laboral, en los salarios reales de los trabajadores y aun en los tamaños de las familias, son factores sobre los cuales las autoridades del sector tienen poco control. Sin embargo, sus efectos pueden confundirse con otros sobre los cuales las autoridades tienen mayor responsabilidad, como la evasión o la elusión de aportes.

El reto es diseñar mecanismos para aumentar el número de cotizantes y lograr que las contribuciones se realicen en proporción al ingreso real y no al mínimo exigido.

De acuerdo con la ECV 2003 hay un aumento de los cotizantes cercano a 900 mil personas, mientras los ocupados crecieron en más de 1'400 mil personas. La

relación entre cotizantes y ocupados en las siete principales ciudades pasó de 34,9% en 1997 a 33% en 2003.

Así mismo, existen otros factores parcialmente controlables que tienen incidencia en la variación de los gastos en salud. Tales son, la variación de los costos, la evolución de la unidad de pago por capitación (UPC) y el aumento de la demanda.

- *Régimen subsidiado*<sup>54</sup>

En el régimen subsidiado, el crecimiento de los recursos depende de la evolución del aporte de solidaridad del contributivo, del desempeño de la economía y, de manera importante, de la discrecionalidad del Gobierno.

Los 11,8 millones de personas cubiertas al final de 2003 son 72% de la población con necesidades básicas insatisfechas y 27,6% de la población. Los recursos pasaron de 630 mil millones de pesos en 1995 a 2 billones 500 mil millones en 2003, los cuales representaron 0,75% del PIB de 1995 y pasaron a un monto equivalente al 1.1% del PIB en 2003, registrando importantes tasas de crecimiento en el período. El origen principal del financiamiento provino en los primeros años del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), pero en el 2003, la contribución de esta cuenta alcanza algo más del 37%, mientras que los recursos del SGP a 2005 aportan 60%. Los recursos que provienen de rentas cedidas, de las cajas de compensación y del esfuerzo propio de las entidades territoriales, contribuyen con una proporción cada vez menor a la financiación de la afiliación al régimen subsidiado.

En primer lugar, se destaca que con los recursos disponibles en 2003 podría asegurarse 13,7 millones de personas, pero de acuerdo con el registro oficial sólo lo están 11,8 millones. Todos los recursos no se han dirigido a afiliar población, pues, a pesar de ser asignados al sector, se encuentran invertidos temporalmente en papeles del Gobierno por problemas de cupo para gasto.

Se destaca la diferencia que existe entre el registro oficial y las personas que en la más reciente ECV 2003 informan estar afiliadas al régimen subsidiado. Estas últimas alcanzan únicamente 10 millones de personas, evidenciando una diferencia superior a 1,8 millones respecto al registro oficial del Ministerio. Se trata de una cifra apreciable, la cual podría indicar que no todos los recursos orientados a afiliar a la población pobre efectivamente se destinan a este fin.

- *Población no asegurada*<sup>54</sup>

Además del 1.1% del PIB destinado a financiar la afiliación al régimen subsidiado en 2003, el sector público asigna un monto equivalente a 1,0% del PIB para financiar la población no asegurada, denominada vinculada. Aquí se evidencia la

posibilidad, al menos teórica, de duplicar la cobertura bajo un esquema de aseguramiento con los recursos que hoy se orientan a la financiación de la oferta tradicional en los hospitales públicos. Éstos obtienen recursos mediante la venta de servicios, de acuerdo con el esquema aprobado por la Ley 100 de 1993, que ascienden a un monto ligeramente superior a 300 mil millones en 2003.

La población no asegurada alcanzó 19 millones en 2003, de los cuales casi un 10% de las personas evaden sus obligaciones de cotizar al sistema teniendo capacidad de pago. Otro porcentaje importante deriva sus ingresos de actividades denominadas informales y podrían contribuir parcialmente al sistema, como lo han mostrado varios de los estudios realizados al Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). Si se supone que solamente 50% de las personas que tienen un problema de salud consultan, la población que demandaría servicios de salud a la red hospitalaria pública alcanzaría 9,5 millones de personas. El gasto per-cápita para atenderlas ascendería a 243.3 mil pesos anuales, superando en más de 60 mil pesos el valor de la UPC del régimen subsidiado.

## **Aproximación a un Esquema de Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano**

Una de las principales características de un sistema de protección social es su capacidad para poder actuar en los momentos de crisis de las economías. Por esta razón, un requerimiento fundamental para su buen funcionamiento es que los recursos con los que cuente no dependan totalmente del ciclo económico. Luego, el carácter anticíclico de los recursos es evidente.

Alguno de los mecanismos que puede emplearse para transferir recursos de un momento del tiempo en el que la situación económica es favorable a una desfavorable, son los medios de ahorro individual (cesantías, pensiones obligatorias y voluntarias, cooperativas, bienes de capital) y colectivo (fondos de ahorro común, fondos públicos, entre otros).

En materia de ahorro individual, el margen de maniobra de los gobiernos es menor que en los de ahorro colectivo. Si bien las transferencias son un mecanismo individual de aseguramiento, sólo es realmente eficiente cuando las dos partes involucradas no sufren del mismo evento que afecta su situación (Shock). La protección individual contra el riesgo y contra las fluctuaciones del ingreso se genera a través del ahorro y de la búsqueda de oportunidades de diversificación de las fuentes de ingreso. En los países con bajos niveles de ingreso, normalmente el ahorro es una respuesta a los choques transitorios y las oportunidades de poseer ahorros personales son muy bajas, pues están altamente condicionadas por las obligaciones familiares; esto hace que el ahorro no sea realmente una opción para los individuos. Adicionalmente, la limitada capacidad del ahorro no permite atenuar prolongados choques negativos.<sup>54</sup>

### **1. Elementos De Estrategia Financiera Del Sistema De Protección Social (SPS)<sup>54</sup>**

Este diseño requiere de consideraciones, por lo menos en tres aspectos:

- 1) La definición del paquete de servicios de protección que es posible brindar a la población;
- 2) Los cambios en la población y en el ciclo económico que determinan los componentes estructurales y coyunturales de ese paquete y
- 3) Las fuentes posibles de recursos para lograrlo.

La unidad técnica del programa de montaje del SPS ha venido precisando la composición del paquete básico de servicios. Los estudios señalan la necesidad de profundizar en el análisis de los programas de protección laboral (Barrera 2004), tanto de capacitación, como de subsidio al desempleo, como eje central de la estrategia. Así mismo, se señala la necesidad de reorganizar y centrar el componente asistencial en un conjunto de programas de gran impacto (Núñez y Espinosa, 2004). Los componentes que absorben cerca del 90% de los recursos – salud y pensiones – han sido reformados en los noventa y hoy cursan nuevamente proyectos de ajustes.

## **1.1 Tendencias Demográficas**

Al analizar la transición demográfica por la que atraviesan los países de América Latina, y los estudios realizados por la CEPAL y de los cambios más recientes en las tendencias demográficas, Colombia se clasifica en el grupo de países de transición demográfica moderada, con natalidad y mortalidad media o baja, que lo lleva a mantener un crecimiento natural moderado (CEPAL; FNUAP, 2000). Sin embargo, siguiendo a Acosta, Pombo y Guerra (2004<sup>66</sup>), el incremento en la expectativa de vida es el cambio demográfico más notable con un doble efecto sobre los servicios sociales: un aumento en el número absoluto de personas en las edades mayores y el encarecimiento de sus gastos en salud y en pensiones. El incremento en la cantidad de personas que llega a la edad de jubilación ocurrió en los países de América Latina de manera mucho más acelerada que en los países industrializados.

Para Colombia, el grupo de edad que experimenta mayor crecimiento en el momento es el de los mayores de 60 años. En 2000, el número de personas mayores de 60 años era 7% de la población total y para 2015 se prevé que habrá más de 4 millones, representando 10% de la población total; mientras que la proporción de personas definidas como jóvenes disminuirá del 27.4% en 2000 al 25.7% en 2015.

En la antigüedad una persona mayor de 65 años se consideraba una persona mayor, con las nuevas expectativas de vida existen más categorías: los jóvenes mayores (de 65 a 74 años), quienes todavía son saludables y en la mayoría de los casos productivos; los mayores (de 75 a 84 años), quienes tienen las características de los que antes llamábamos mayores, y los más-mayores (de 85 y más). Para Colombia, según el DANE, dichas categorías podrían dividirse en 65 a 69 años, 70 a 79 años y de 80 años y más. La última categoría es la de mayor crecimiento: entre 2000 y 2050 se espera que los mayores de 80 años pasen de ser 364.386 a 3'066.885, lo que representa un aumento del 742%. Para aquellos que están en la “segunda categoría” el incremento será del 466%, mientras que la

---

<sup>66</sup> C. Pombo y J.A. Guerra (2004). “Los jóvenes y el sistema pensional colombiano: inequidad intergeneracional”. Informe final del estudio realizado para el Programa Colombia joven. Presidencia de la República. Mimeo.

población denominada joven crecerá un 19%. Los datos demográficos del país indican que la esperanza media de vida se ha incrementado cerca de 15 años desde la década de los sesenta y se espera que se incremente otros 15 años para el 2050.

Lo descrito anteriormente tiene profundos efectos para la seguridad social. La disminución del ritmo de crecimiento y del peso relativo de los jóvenes respecto de la población total tanto en América Latina como en Colombia, no significa una reducción de este grupo en términos absolutos. Sin embargo, los cambios son muy importantes y, desde el punto de vista demográfico, el futuro presenta opciones completamente diferentes a las del pasado. En efecto, entre 1970 y 2000 el número de jóvenes prácticamente se duplicó, pasando de 72 a 144 millones para la región y de 5 a 11 millones para Colombia. Esto ha implicado una gran presión sobre el sistema educativo, la seguridad social, el mercado de trabajo y la demanda de una gran variedad de actividades, bienes y servicios. No obstante, las proyecciones de población suponen un bajo incremento del número de jóvenes, cerca de 160 millones en 2020 en América Latina y 17 millones en el país y una progresiva estabilización entre 2020 y 2050.<sup>54</sup>

Una consideración fiscal del envejecimiento se refiere al mayor tiempo que la población tendrá que recibir beneficios de la seguridad social y, por consiguiente, los mayores recursos que exigirá frente a los que hoy se asignan. Cada vez un grupo menor de jóvenes tendrá que soportar el costo de las pensiones no fondeadas y de los más costosos gastos de salud de la población mayor.

Todas estas transformaciones demográficas tienen profundas repercusiones en la composición de la oferta de servicios sociales, la cual requerirá ajustes importantes para que las consecuencias de dicha evolución tengan los menores efectos negativos. En concreto, uno de los problemas actuales de los sistemas de protección social es la necesidad de hacer frente a las consecuencias derivadas de una población mayor cada vez más numerosa, que exigirá mayores gastos en atención y salud, y de una población joven que ha de asumir el pasivo pensional.<sup>54</sup>



## **1. 2 Financiación Del Paquete De Servicios De Protección Social<sup>54</sup>**

Al revisar los recursos asignados y los usos de los mismos en los diferentes programas de protección social, indican la necesidad de orientar la estrategia financiera hacia el logro de los siguientes objetivos:

- Proteger el ingreso de las personas mediante programas de empleabilidad y subsidios temporales al desempleo (Barrera, 2004)<sup>67</sup> y fortalecer los esquemas contributivos.
- Articular una red de carácter asistencial con los programas de mayor impacto (Núñez y Espinosa, 2004)<sup>68</sup>.
- Profundizar en la descentralización de los esquemas de protección laboral y asistencial, así como en el diseño y la financiación.
- Reorientar recursos hoy asignados a programas no prioritarios y desarticulados de la estrategia global de protección, financiados hoy con rentas parafiscales.
- Fortalecer el sistema con nuevos recursos provenientes de esquemas anticíclicos.
- Avanzar en la reforma del SGSSS para lograr una mayor cobertura básica.
- Profundizar en la reforma pensional para reducir los elevados pasivos y fortalecer los esquemas de protección de la población mayor en la perspectiva de las tendencias demográficas antes esbozadas

## **2. Sistema De Protección Integral Del Ingreso**

El sistema, como ha sido argumentado en otros trabajos (Ayala, 2001; Ayala y Acosta, 2001<sup>69</sup>; Barrera, 2004) tendría que diseñar y consolidar un sistema de protección del ingreso que permitiera mantener el cubrimiento de los riesgos de enfermedad, vejez y fluctuaciones en el consumo ante los choques del ingreso.

El sistema cuenta en la actualidad con un componente de protección laboral basado en i) un sistema de cesantías para empleados de los sectores público y privado; ii) programas de capacitación laboral y iii) programas de emergencia y programas piloto de promoción del empleo y de protección del desempleo, que requieren articulase.

---

<sup>67</sup> Barrera, Felipe (2004). "Elementos Laborales en un Programa de Protección Social". Documento de recomendaciones de política económica. Documento para el Programa de Montaje del Sistema de Protección Social. Segunda versión. Noviembre.

<sup>68</sup> Núñez, Jairo y Silvia Espinosa (2004). "Asistencia Social en Colombia Diagnóstico y Propuestas". Documento para el Programa de Montaje del Sistema de Protección Social. Borrador. Noviembre.

<sup>69</sup> Acosta Olga Lucía y Ulpiano Ayala (2001). "Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia". En Serie Financiamiento del Desarrollo Nro. 116, Comisión Económica para América Latina, CEPAL. Unidad de Estudios Especiales. Octubre.

## 2.1 Las cesantías

La propuesta en materia de articular el sistema actual de cesantías fue planteada en Ayala y Acosta (2001). De acuerdo con las recomendaciones de este estudio, el auxilio de cesantía que aplica a los asalariados que ganan hasta 10 salarios mínimos y que cubre a una tercera parte del empleo asalariado público y privado, podría convertirse en un sistema de protección efectiva contra desempleo.

Cómo se planteó, su uso como protección contra desempleo es en gran parte voluntario.

Pero como el ahorro voluntario para protegerse contra el desempleo suele ser frecuentemente insuficiente por razones de liquidez, la seguridad social más bien suele imponer cotizaciones obligatorias para estos efectos. El sistema actual de cesantías, además de cobertura insuficiente, presenta los siguientes problemas: El autoseguro mediante ahorro carece de *risk pooling* y es, por lo tanto, ineficiente como medio de aseguramiento; las cesantías se han vuelto ingreso corriente; no se aseguran tampoco las cotizaciones a la seguridad social.

La propuesta consiste en utilizar el ahorro forzoso a partir de la cesantía para hacerlo más efectivo como mecanismo de protección contra el desempleo. El sistema actual y los fondos de cesantías existentes podrían servir de base, con mejoras que superen sus limitaciones, pero también se requerirían seguros y subsidios complementarios:

- Se limitarían los retiros parciales para mantener un saldo utilizable sólo cuando hubiera desempleo, sin importar su causa. Cada persona acumularía un saldo para lograr un beneficio básico que se emplearía antes de acudir a un seguro o fondo mutuo complementario, el cual se repondría al volver a emplearse. El saldo en la cuenta individual se utilizaría para pensiones al final de la carrera laboral. El beneficio básico cubriría un reemplazo del salario promedio anterior más las contribuciones para salud.
- Agotado el saldo ahorrado se recurriría a un préstamo de un fondo colectivo o a un seguro colectivo que cubriría las contingencias de variación de salarios y de desempleo antes de haber acumulado el saldo necesario para financiar el beneficio básico, esto dentro de límites establecidos. En la fase de ahorro y empleo, el afiliado haría aportes a dicho fondo o pagaría una prima de seguros para acceder a estos beneficios complementarios. Cuando vuelva a noemplearse, pagaría parte del préstamo suplementario
- En caso de que las cotizaciones efectuadas al sistema no permitan financiar completamente la prestación inicial, se acudiría a los demás recursos de la cuenta individual de cesantía y sólo, por último, se accedería al seguro complementario o al fondo de crédito para cesantes.
- El Estado podría volcar subsidios para apalancar el fondo de préstamos o el seguro, así como para el arranque del sistema, con el fin de que se pueda acceder por primera vez sin haber completado el saldo que financie el beneficio básico.

- Los excesos respecto a las contribuciones y saldos podrían ser empleados para los demás destinos hoy vigentes, o para aumentar el fondo de pensiones. Los saldos no utilizados de la sub-cuenta para protección contra el desempleo podrían alimentar también el fondo de pensiones o ser de libre destinación.
- Las contribuciones a las cuentas individuales de ahorro deberían efectuarse mensualmente.

## **2.2 Los Programas De Empleabilidad o Capacitación Laboral<sup>54,70</sup>**

Los programas de capacitación se regularían mediante el Sistema Nacional de Formación para el Trabajo (SNFT) y la oferta pública, en cabeza hoy del SENA, se fortalecería mediante un esquema de contratación de servicios por alumno (Barrera, 2004). Los recursos parafiscales hoy asignados al SENA parecerían suficientes para avanzar en las propuestas de rediseño.

Los recursos asignados a estos programas requieren fortalecerse para cubrir a los trabajadores no cubiertos con el mecanismo de cesantías. Una posibilidad sería reorientar los recursos parafiscales recaudados por las cajas de compensación que no son usados en los programas prioritarios, de acuerdo con los resultados de la evaluación de los programas piloto que están en ejecución. La otra posibilidad sería fortalecer la tributación local para que se vincule tanto al rediseño como la financiación del fortalecimiento de los programas existentes.

Uno de los mecanismos podría ser un sistema de *matching grants*, el Programa beneficia a las empresas cofinanciando con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo, mediante aportes no reembolsables (ANR), hasta el 50% de la inversión que las empresas realicen en la contratación de servicios técnicos profesionales (capacitación y/o consultoría) para mejorar su competitividad; donde el Gobierno Central crearía incentivos para el aporte de los recursos locales.

## **2.3 Consolidación De Una Red Asistencial<sup>54</sup>**

Las evaluaciones recientes del programa familias en acción, así como la evaluación de la asistencia social realizada por Núñez y Espinosa (2004) promueven la concentración de diferentes programas del ICBF en aquellos que logran mayor impacto. Los recursos parafiscales que hoy se asignan podrían complementarse del mismo modo propuesto para el componente de protección laboral o con mayores esfuerzos de tributación local.

La descentralización de los servicios de asistencia debería avanzar hacia la participación local en el diseño y hacia la financiación local de los programas.

---

<sup>70</sup> Banco Interamericano de Desarrollo. Instructivo par acceder a Maching Grants. Programa Consolidación de Microemprendimientos en Mercados no Tradicionales.

Como se mostró en el aparte anterior, los gobiernos locales realizan gasto de carácter asistencial con recursos de transferencias, el cual podría vincularse a estrategias más efectivas de asistencia social. La red asistencial podría fortalecerse con el entendimiento de los canales naturales de protección entre las familias y sus instituciones.

Los esquemas de bancos de tiempo que han sido usados en estrategias recientes de protección en Brasil, son alternativas que podrían fortalecer la red asistencial del país.

## **Mecanismos Anticíclicos**

Los hogares afrontan las crisis de maneras diferentes de acuerdo al ingreso que tienen y a los gastos que enfrentan. En Colombia se ha observado que las remesas o giros tanto del interior como del exterior han sido usados como ayudas. Del exterior envían dinero a sus allegados (principalmente familiares) en montos que para 2003 superaron los 3.000 millones de pesos. Este dinero proviene principalmente de países como Estados Unidos y España, y constituyen giros estables y relativamente frecuentes (incluso semanal o quincenalmente).

Una porción importante de los recursos generados en el exterior no llega al país por los costos de transacción, que según estimativos del Banco de la República son cercanos al 5% de las remesas. La entrada de nuevos competidores al mercado (bancos y corporaciones, compañías de financiamiento y comisionistas de bolsa) están presionando el mercado a la baja de las comisiones. En esta materia, Colombia tiene un incentivo adicional para entrar a regular el mercado, puesto que hay una cantidad de recursos provenientes de actividades ilícitas. Luego, un impuesto a estas transacciones podría servir a un doble fin: por un lado, para establecer control sobre los remitentes y los destinatarios; por otro, para convertirse en una fuente de recursos para el Gobierno, perfectamente anticíclica.

Otras alternativas en materia de instrumentos o políticas anticíclicas serían:

- a) Los expertos internacionales proponen tres mecanismos para lograr programas anticíclicos: 1) Financiamiento mediante contribuciones automáticas, con el compromiso de mantener el gasto en momentos de crisis fiscales o de activarse precisamente en las crisis; 2) Con cláusulas de temporalidad o de salida; Los programa anticíclicos deben estar provistos de cláusulas de temporalidad para preservar el equilibrio presupuestario y evitar que los programas sean vulnerables a las presiones políticas. 3) Mecanismos para seleccionar la población objetivo ya sean las personas desempleadas, madres cabeza de familia, desplazados, entre otros (Birsdall y de la Torre, 2001)<sup>71</sup>;

---

<sup>71</sup> Birsdall, N. y A de la Torre (2001). El disenso de Washington. Políticas Económicas para la equidad social. Fondo Carnegie para la paz internacional y el diálogo interamericano.

- b) Una de las consecuencias directas de una crisis es el desempleo. La creación de un banco de tiempo, en el cual la persona desempleada puede realizar algún tipo de labor que permita la capacitación de otras personas, puede generar microempresas, mantener ocupadas a las personas y suplir iniciativas públicas, entre otras cosas;
- c) El sector formal de la economía tiene instrumentos de ahorro que son las pensiones y las cesantías. Se puede pensar en las cesantías como un mecanismo que permita alguna redistribución. Además, extender la 'solidaridad pensional' al sector informal de la economía;
- d) El seguro de desempleo es un mecanismo utilizado en muchos países. Acá se propone que el seguro de desempleo tenga una vigencia máxima definida durante la vida laboral de la persona: es decir, que cuando una persona pierda el trabajo tenga el incentivo para encontrar una nueva ocupación rápidamente o no demandarlo si tiene cómo sobrellevar su situación, de manera que no utilice un seguro que puede requerir en otro momento más apremiante;
- e) El Gobierno Nacional tiene recursos del sector 'social' en títulos de tesorería (TES). Luego, pensar en un fondo que permita reasignar fondos de un periodo expansivo a otro periodo puede ser una buena herramienta anti-cíclica;
- f) Por último, es necesario recordar que en Colombia, en 2002, se diseñó un fondo de equilibrio y protección social que por las condiciones de crecimiento económico y la situación fiscal del país no ha operado.

### **3. Avanzar En La Reforma Al SGSSS Para Lograr Una Cobertura Básica Universal<sup>54</sup>**

El sistema de protección se dirige en una proporción cercana al 90% a cubrir los riesgos de salud y vejez. Con excepción de los logros en el aseguramiento de los más pobres mediante el régimen subsidiado, estos dos componentes se orientan fundamentalmente a la protección financiada con base en contribuciones de los trabajadores, casi exclusivamente del sector formal.

El relativo consenso sobre la suficiencia de los recursos asignados a salud ha cambiado, en especial, luego del impacto de la crisis económica en el empleo y en los salarios.

---

Un trabajo realizado en la fase inicial de implementación de la reforma, articuló las variables macro del sistema, demográfica y económicas (producción, empleo, precios) con las variables más específicas del sector (tasas de cotización, copagos y cuotas moderadoras, UPC).

Entre los aspectos puntuales señalados como de mayor efecto en la viabilidad financiera del régimen contributivo están:

- a)** el sistema de recaudo en cabeza de las entidades promotoras de salud (EPS), actores que no cuentan con los incentivos para controlar los ingresos sobre los cuales se cotiza;
- b)** La carencia de mecanismos y de incentivos para el recaudo de contribuciones a los trabajadores independientes y, de manera más general, la poca atención al mercado de trabajo del país, particularmente a las formas de generación de ingreso de la población diferentes al salario;
- c)** El efecto que tienen los dos aspectos antes mencionados en la alta evasión y elusión de aportes;
- d)** La incapacidad de algunos actores de incorporar las nuevas reglas del SGSSS, en particular el ISS y un número importante de instituciones aseguradoras y prestadoras del sector público;
- e)** La falta de evaluación periódica y sistemática de las frecuencias de uso y de los costos de los paquetes de servicios;
- f)** La carencia de un sistema de protección del ingreso.

En el caso del régimen subsidiado se destacan los siguientes factores específicos que afectan su viabilidad:

- a)** Las restricciones institucionales para re-asignar los recursos públicos destinados al sostenimiento de la red de prestadores públicos y dirigidos al aseguramiento de los más pobres;
- b)** La excesiva intermediación de recursos y la injustificada lentitud de los flujos;
- c)** 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 dada la rigidez del sistema.

Es importante recuperar la concepción original del sistema, tendiente a una cobertura homogénea para toda la población. Ello exigiría agrupar los recursos de contribuciones y de subsidios del Estado (para aquellos que no tienen ingresos suficientes) e independizarlos de los servicios, por cuanto estos serían idénticos para toda la población. De este modo se avanzaría en la universalización propuesta con la reforma de 1993 y se superaría el modelo dual en que se ha convertido el SGSSS tanto por la visión simplista del subsidio a la demanda como por la del sistema cerrado del régimen contributivo.

Una lista de propuestas puntuales planteadas en diferentes estudios para superar los problemas de insuficiencia financiera de los recursos y para avanzar en la universalización de la cobertura es la siguiente:

• Fortalecer el régimen contributivo, mejorando el diseño para evitar evasión y elusión. Consolidar los avances recientes con los sistemas de registro único de aportantes y revisar la posibilidad de modificar el sistema de recaudo.
• Agilizar la reestructuración de los hospitales para promover su financiación, principalmente mediante la venta de servicios.
• Establecer un mecanismo que agilice el flujo de los recursos hacia entidades prestadoras.
• Avanzar en un sistema que reconozca las diferencias regionales del país tanto para administrar como para implementar distintos modelos de prestación de los servicios.
• Establecer subsidios parciales para la población que no califica en los dos niveles de mayor pobreza según el Sisben y que tampoco cuenta con ingresos suficientes para realizar toda la contribución.
• Revisar si los contenidos del plan obligatorio de salud (POS) y su uso en los últimos años, corresponden con la unidad de pago por capitación (UPC).
• Complementar los recursos del régimen contributivo con un mayor énfasis en copagos y cuotas moderadoras para la población con capacidad de pago.
• Complementar la reestructuración de los hospitales con una política de recursos humanos.
• Simplificar el sistema para hacerlo más eficiente.

La coyuntura de reforma al SGSSS abre una posibilidad para defender los logros alcanzados y diseñar nuevas políticas para alcanzar la universalidad de la cobertura. Es destacable el interés de los proyectos por lograr la universalidad mediante un esquema de aseguramiento. Aunque la no afiliación ha sido considerada como evasión, recientemente se recomienda examinarla a la luz de los incentivos asociados al pago de contribuciones y a la preferencia por esquemas de aseguramiento privado.

La discusión y análisis de las propuestas contenidas en los proyectos deberá ilustrarse con las ventajas que presentaría un cambio en la forma de recaudo de los recursos del régimen contributivo a través de una central única, tal como ha sido propuesto.

En la actualidad, sigue vigente la mayor preocupación que ha existido desde inicios de la reforma: cómo lograr que los recursos que financian la red pública se orienten al aseguramiento, sin que esto se convierta en incrementos del gasto asignado al sector. Se requiere mayor información sobre el resultado de los procesos de reestructuración de los hospitales.

Las propuestas de reforma buscan resolver el exceso de intermediación en el manejo de los recursos del régimen subsidiado, evita retrasos en el flujo de recursos y corrupción. El manejo central de los recursos se ha propuesto como alternativa, al igual que cambios en la estructura de las EPS del régimen subsidiado (EPS-S).

El análisis, sin duda, se centrará en el cambio de las competencias de los entes territoriales y en su capacidad de control a las empresas aseguradoras contratadas por el Gobierno Central. Estas propuestas deben complementarse con medidas que privilegien los incentivos de los agentes, antes que la normatividad. No parece conveniente incrementar cotizaciones, por sus negativas consecuencias en el empleo, sino realizar reasignaciones que mejoren su eficiencia.



## CONCLUSIONES

- La reforma adoptada mediante la Ley 100 de 1993 buscó garantizar una provisión importante de recursos para la atención de salud (voluntad política expresa).
- Se destaca el incremento significativo en los montos de financiamiento en la primera década post reforma, con el consiguiente efecto de aumento en el nivel de gasto (como proporción del PIB de 6,2% en 1993 a 7.8% en 2003).
- Cambios importantes en cuanto a la composición y dirección de los flujos. El más destacado: sustitución del financiamiento a través del gasto directo (o de bolsillo) por el proveniente del aseguramiento.
- Factor más dinámico: financiamiento del gasto público, especialmente en los subsidios a la demanda (R.S.). Crecimiento del 12.2% promedio anual en el período 1996-2003.
- Participación significativamente alta del gasto público en el gasto total en salud (78.3% en promedio durante 1998-2002).
- Mediante la Ley 1122 de 2007, tiene lugar la última reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, alcanzar la cobertura total de aseguramiento, mediante la universalización del régimen subsidiado.
- El reto de cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, para agilizar la unificación de los contenidos de los planes obligatorios de salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado. La sentencia pone de manifiesto la necesidad de remediar los vacíos normativos y las fallas en la regulación y en la capacidad de actuación de los órganos estatales, como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de la Protección Social y, especialmente, de la Superintendencia Nacional de Salud, entidad encargada de las funciones de inspección, vigilancia y control del sector.
- Se establece que el incremento anual del SGP para Departamentos, Distritos y Municipios será igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación y no seguirá ligado al crecimiento económico como se había establecido constitucionalmente.

## **CONSIDERACIONES**

- Se espera como contribución significativa del presente trabajo, la generación de inquietudes para el desarrollo futuro de estudios y líneas de investigación en los temas de eficiencia del gasto, equidad en el financiamiento, distribución regional (urbano-rural) de los recursos, captación ineficiente de los recursos por parte de agentes o grupos de agentes del sistema.

## BIBLIOGRAFIA

- Acosta Olga Lucía y Ulpiano Ayala (2001). “Reformas pensionales y costos fiscales en Colombia”. En Serie Financiamiento del Desarrollo Nro. 116, Comisión Económica para América Latina, CEPAL. Unidad de Estudios Especiales. Octubre.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Instructivo par acceder a Matching Grants. Programa Consolidación de Microemprendimientos en Mercados no Tradicionales
- Birsdall, N. y A de la Torre (2001). *El disenso de Washington. Políticas Económicas para la equidad social*. Fondo Carnegie para la paz internacional y el diálogo interamericano.
- Barón G. Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. Revista de Salud Pública. 9 (2): 167 – 179, 2007.
- Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda: marzo 2007. Banco Interamericano de Desarrollo. Instructivo par acceder a Matching Grants. Programa Consolidación de Microemprendimientos en Mercados no Tradicionales.
- Barrera, Felipe (2004). “Elementos Laborales en un Programa de Protección Social”. Documento de recomendaciones de política económica. Documento para el Programa de Montaje del Sistema de Protección Social. Segunda versión. Noviembre.
- Carmelo Mesa-Lago. Social Security In Latin America: Pension and Health Care Reforms in the Last. Latin American Research Review; 2007; 42, 2; ABI/INFORM Global. pg. 181.
- Céspedes J, Jaramillo I, Castaño R. Impacto de la Reforma del Sistema de Seguridad Social Sobre la Equidad en los Servicios de Salud en Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):1003-1024, Julio-Agosto, 2002.
- Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 2004. Febrero.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Trigésimo primer periodo de sesiones. Uruguay, Marzo 2006.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Seguridad Social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia. Santiago de Chile, Mayo de 2009.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). La Seguridad Social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia. Santiago de Chile, Mayo de 2009.

- Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001.
- Contraloría General de la República (1995), “La gestión pública y su impacto sobre la equidad”, *Informe especial*, julio.
- Contraloría General de la República (2005) “Evaluación del gasto y la política social”, *Informe Social 2004*, Ed. Imprenta. Nacional Bogotá D.C.
- Contraloría General de la República (1996), “Resultados del plan de desarrollo para 1995” en *Informe financiero*, octubre.
- Corte Constitucional. Sentencia C-151 de 1995.
- Corte Constitucional. Sentencia C-149 de 1994.
- Corte Constitucional. Sentencia C-449 de 1992.
- Corte Constitucional. Sentencia C-575 de 1992.
- Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008.
- Decreto 2357 de 1995. Ministerio de Salud. Diciembre 29 de 1995.
- Guerrero R. Ministerio de la Protección Social Viceministerio Técnico. Cuadernos de Protección Social. El Concepto de la Protección Social. Junio de 2006.
- Gropello E, Cominetti R. La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana (LC/L.1132/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 1998.
- Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica* vol.17 no.3 Washington Mar. 2005.
- Holzmann R, Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social. 2000. Gamboa L, Navarro O. Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia. Facultad de Economía. Borradores de Investigación. Universidad del Rosario. N° 69, 2005.
- Londoño J, Frenk J. Pluralismo Estructurado. Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo Oficina del Economista Jefe Documento de Trabajo 353. Mesa-Lago C. SOCIAL SECURITY IN LATIN AMERICA: Pension and Health Care Reforms in the Last Quarter Century. *Latin American Research Review*; 2007; 42, 2: 181- 278.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Dirección General del Presupuesto Público Nacional. Gasto Social En El Presupuesto General De La Nación. Colombia. 2007
- Núñez, Jairo y Silvia Espinosa (2004). “Asistencia Social en Colombia Diagnóstico y Propuestas”. Documento para el Programa de Montaje del Sistema de Protección Social. Borrador. Noviembre.
- Observatorio Legislativo. Boletín No. 6 - Proyecto de ley orgánica de Ordenamiento Territorial. Instituto de Ciencia Política. Mayo de 2004.

- Pombo C. y J.A. Guerra (2004). “Los jóvenes y el sistema pensional colombiano: inequidad intergeneracional”.
- Informe final del estudio realizado para el Programa Colombia joven. Presidencia de la República.
- República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 260 de 2004. Febrero.
- República de Colombia. Constitución Política, 1991.
- República de Colombia. Ley 89 de 1988.
- República de Colombia. Ley 119 de 1994.
- República de Colombia. Ley 828 de 2003.
- República de Colombia. Acto Legislativo Número 04 de 2007.
- República de Colombia. Ley 1176 de 2007.
- República de Colombia. Decreto 3039 de 2007.
- República de Colombia. Resolución 0425 de 2008.
- Schmalbach J, Barón G, Gaitán-Duarte H, Alfonso H, Agudelo C, Sánchez C. Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia 1998-2005. Rev. salud pública v.10 n.1 Bogotá. 2008
- Sojo A. La garantía de prestaciones en salud en América Latina: equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. Serie Estudios y perspectivas, México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México, en prensa. 2005.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1.

### *Gasto Público Social 1990-2004 En % Del PIB*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Total Gasto Social</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>4,3</b>	<b>4,5</b>	<b>5,2</b>	<b>5,4</b>	<b>6,4</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>7,4</b>	<b>6,9</b>	<b>8,3</b>	<b>8,4</b>	<b>8,1</b>	<b>8,1</b>
<b>Salud</b>	<b>0,8</b>	0,8	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,6</b>	<b>1,7</b>	<b>1,8</b>	<b>2,1</b>	<b>1,9</b>	<b>2,4</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>
<b>Gobierno Central 1/</b>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	0,8	0,5	0,4	0,5
<b>Gobiernos Territoriales 2/</b>	0,7	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,3	1,2	1,3	1,6	1,3	1,6	1,8	1,8	1,8
<b>Departamentos</b>	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	1,0	0,9	0,9	1,1	0,9	1,1	1,5	1,6	1,6
<b>Municipios</b>	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	0,2
<b>Educación</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>2,0</b>	<b>2,1</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,6</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>4,3</b>	<b>4,5</b>	<b>4,6</b>	<b>4,5</b>
<b>Gobierno Central 3/</b>	0,4	0,4	0,3	0,4	0,6	0,6	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8	1,1	1,1	1,1	1,0
<b>Gobiernos Territoriales 2/</b>	1,3	1,4	1,6	1,7	1,8	1,8	2,4	2,4	2,7	2,9	2,8	3,3	3,4	3,5	3,5
<b>Departamentos</b>	1,2	1,2	1,5	1,5	1,6	1,5	2,0	2,0	2,2	2,4	2,3	2,7	3,1	3,2	3,2
<b>Municipios</b>	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,3	0,3	0,3
<b>ICBF 4/</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
<b>Gobierno Central</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
<b>Municipios</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>SENA 6/</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Programa de la Red Apoyo S.</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,18	0,38	0,04	0,03
<b>Gobierno Central</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,15	0,34	-	-
<b>Municipios</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03	0,03	0,04	0,03
<b>Otros Programas Sociales 6/</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>
<b>Fondo de Solidaridad pensional</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Pensión ancianos indigentes</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Programa de reinserción</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Fondo Programa Especial PAZ (Ley 368)</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Vivienda</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
<b>Agua y Saneamiento</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
<b>Subsidios Eléctricos</b>			<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
<b>Gasto Total - Gobierno</b>	<b>9,4</b>	<b>10,0</b>	<b>10,6</b>	<b>11,8</b>	<b>12,6</b>	<b>13,4</b>	<b>15,3</b>	<b>16,1</b>	<b>16,7</b>	<b>18,6</b>	<b>18,4</b>	<b>20,0</b>	<b>19,9</b>	<b>20,6</b>	<b>20,7</b>
<b>Ingresos Totales GNC</b>	<b>9,0</b>	<b>10,2</b>	<b>10,5</b>	<b>11,5</b>	<b>11,4</b>	<b>11,4</b>	<b>11,9</b>	<b>12,4</b>	<b>11,9</b>	<b>12,5</b>	<b>13,0</b>	<b>14,6</b>	<b>14,9</b>	<b>15,2</b>	<b>16,2</b>
<b>Gasto Social Financiado con Ingresos</b>	<b>2,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,6</b>	<b>3,7</b>	<b>4,2</b>	<b>4,3</b>	<b>5,3</b>	<b>5,2</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>5,6</b>	<b>7,1</b>	<b>7,2</b>	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>
<b>Gasto Social Financiado con Renta</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>

## Continuación Anexo 1

Concepto	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Sena</b>	<b>0,28</b>	<b>0,26</b>	0,27	0,28	0,31	0,36	0,33	0,33	0,32	0,32	0,34	0,37	0,31	0,26	0,29
<b>ICBF</b>	<b>0,38</b>	<b>0,41</b>	0,42	0,45	0,45	0,49	0,54	0,57	0,57	0,57	0,53	0,53	0,52	0,50	0,47
<b>Fondo de Solidaridad</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02	0,00	0,01	0,01
<b>Pensional</b>															
<b>Fondo de Fosyga</b>	-	-	-	-	0,3	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3

Fuente: DNP, DEE.

1/ Incluye Transferencias (pensiones, contribuciones al Fosyga, financiamiento de hospitales e inversiones directas en el sector).

2/ Comprende las transferencias de situado fiscal más FEC (salud y educación), Participaciones municipales para salud y educación).

3/ Incluye transferencias (pensiones, contribuciones a la educación, bienes y servicios para el sector y transferencias para las universidades públicas nacionales y departamentales).

4/ Programas de bienestar social a la población infantil más vulnerable.

5/ Incluye programas de entrenamiento y capacitación de la fuerza laboral.

6/ Incluye inversiones y transferencias para programas a cargo del Gobierno Central para atender población de zonas rurales, afectadas por la violencia y provisión de infraestructura en vivienda y agua potable en municipios pequeños. y medianos.