

Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS*

*Situation of health system in Colombia:
Characterization of a crisis from financial particularities of EPS*

*Conjuntura do sistema de saúde na colômbia: caracterização de
uma crise, desde as particularidades financeiras das EPS*

ANDRÉS FELIPE RIVERA TRIVIÑO

Economista. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de San Buenaventura Cali.

feliperivera1120@hotmail.com

Puede citar el presente artículo así: / To reference this article: Rivera, A. F. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión & Desarrollo*, 10 (1), pp. 103-116.

Resumen

El sistema de salud en Colombia atraviesa una crisis estructural fundamentada en la ineficiencia de la vigilancia operativa y la maximización del beneficio por parte de los prestadores de servicios de salud. La Ley 100 basó el funcionamiento del sistema a partir de la premisa de la salud como derecho básico de los ciudadanos, y se complementó con los principios de equidad, solidaridad, calidad y cobertura universal. A pesar de las buenas intenciones (en el mo-

* Este artículo es producto del trabajo de grado del mismo nombre, elaborado para optar por el título de economista. El autor agradece la asesoría y colaboración del profesor Juan Pablo Salcedo (q.e.p.d.).

mento de su diseño), la realidad demuestra que algunos de los retos y metas planteados con la Ley 100 del SGSSS no se han podido concretar. A pesar de que la cobertura del servicio de salud está cerca de su universalidad, otras características, como por ejemplo la calidad del servicio, está condicionada a la situación económica del usuario. Además de lo anterior, existen evidencias de que los recursos públicos con destino a la salud han sufrido uso indebido, sumando esta situación a la poca capacidad que tienen los entes reguladores para llevar a cabo una vigilancia efectiva a la función de los distintos agentes que participan en el sistema de salud en Colombia.

Palabras clave: Colombia, EPS, Ley 100, SGSSS.

Abstract

The health system in Colombia is going through a structural crisis based on the monitoring of operational inefficiency and profit maximization by health care providers. Law 100 based operating system from the premise of health as a basic right of citizens, complemented by the principles of equity, solidarity, quality and universal coverage. Despite good intentions (at the time of its design), the reality is that some of the challenges and the goals set by Law 100 of the SHSS have not been able to realize. Although the health service coverage is close to its universality, other features, such as quality of service, is determined by the economic situation of the user. Besides the above, there is evidence that public resources for health have suffered abuse, bringing this situation to the lack of ability of regulators to conduct effective surveillance on actors involved in the health system in Colombia.

Keywords: Colombia, EPS, Law 100, SHSS.

Resume

O sistema de saúde na Colômbia atravessa uma crise estrutural fundamentada na ineficiência da vigilância operativa e a maximização do benefício por parte dos prestadores de serviços de saúde. A Lei 100 baseou o funcionamento do sistema a partir da premissa da saúde como direito básico dos cidadãos, complementando-se com os princípios de justiça, solidariedade, qualidade e cobertura universal. Apesar das boas intenções (no momento de seu desenho), a realidade demonstra que alguns dos desafios e metas planteadas com a Lei 100 do SGSSS não tem podido concretizar-se.

Apesar de que a cobertura do serviço de saúde está próximo de sua universalidade, outras características, como por exemplo a quali-

dade de serviço, está condicionada á situação econômica do usuário. Além do anterior, existem evidencias de que os recursos públicos com destino á saúde tem sofrido uso indevido, somando esta situação á pouca capacidade que têm os entes reguladores para começar uma vigência efetiva á função dos diferentes agentes que participam no sistema de saúde na Colômbia.

Palavras chaves: Colômbia, EPS, Lei 100, SGSSS.

Fecha de presentación: junio de 2013

Fecha de aceptación: septiembre de 2013

Introducción

El funcionamiento de las EPS como administradoras de los recursos del sistema de salud colombiano es ineficiente, hecho que se comprueba al revisar el estado financiero de estas entidades y advertir la baja calidad de los servicios que prestan. La negación de los servicios a los usuarios y la confusión entre las patologías y los tratamientos (incluidos o no en el POS) es habitual, razón por la cual los usuarios se ven obligados a acudir con demasiada frecuencia a las instancias judiciales para acceder a medicamentos y servicios. Desde su implementación, este sistema ha sido objeto de malos manejos que conllevan sobrecostos, circunstancia que hace imperativo su análisis como problema de salud pública y problema estructural de la economía colombiana.

La actual coyuntura del sistema de salud colombiano pasa por momentos críticos causados por su mismo diseño, que prepondera la gestión financiera sobre la prestación del servicio. A pesar de que sus principios fundamentales estipulados en la Ley 100 de 1993 buscan la calidad, la equidad y el aumento de la cobertura, hoy se discute si estos fines siguen siendo válidos y si se cumplen. En este sentido, cabe analizar si una mayor cobertura en salud se corresponde con mejoras en la calidad de vida o en un aumento en los indicadores de equidad.

Este trabajo se desarrolla en dos secciones. En la primera, se analizan los antecedentes de la Ley 100 de 1993, la dinámica del sector salud en Colombia, sus fuentes de recursos y las razones de su crisis. En la segunda, se hace una descripción precisa de las dinámicas funcionales de las empresas administradoras del sistema con base en una identificación de los problemas comunes de las EPS, a la luz de patrones del desempeño financiero.

El sistema de salud en Colombia

Antecedentes del sector de la salud en Colombia previos a la Ley 100

Desde mediados del siglo XX, el Estado colombiano se dio a la tarea de organizar sistemas de salud acordes con el crecimiento y las necesidades del país. En 1945 nace la Caja Nacional de Previsión Social, cuyo objetivo era proteger la salud y la pensión de los trabajadores públicos y en 1960 se crean el Ministerio de Salud Pública como ente regulador del sector salud y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, dirigido a la cobertura de trabajadores privados. Se configuraba así un sistema nacional de salud en el que participaban la red pública de servicios de salud y las fundaciones y entidades de beneficencia de origen privado y eclesiástico.

Este sistema de salud organizado trajo como consecuencia una mayor injerencia del Estado y la transferencia de recursos públicos para ampliar la cobertura; sin embargo, el sistema no se desempeñó de acuerdo con las expectativas. En sus primeros estadios se dio un manejo monopólico a la prestación del servicio, que solo cubría un 23 % de la población y el Instituto de los Seguros Sociales era la entidad con mayor participación (Yepes *et al.*, 2010). Para la época, el panorama era el siguiente: el sector privado cubría un 10 % de la población con capacidad de pago, el 20 % no podía acceder a servicios de salud y el 70 % restante era atendido en hospitales públicos, entidades sin ánimo de lucro y cajas de compensación familiar.

Como puede observarse, el sistema de salud era ineficiente e inequitativo. A pesar de que el Gobierno destinaba los recursos necesarios y monopolizaba la prestación, el nivel de cobertura era bajo y la disponibilidad de ingresos condicionaba el acceso a la salud. Esta situación llega a su punto más álgido en el preciso momento en que se reglamenta el Estado social de derecho y coincide con la constituyente de 1991. La salud se erige en un derecho humano y así se consagra en la Carta Magna, con lo cual se da la oportunidad para los cambios estructurales en la atención de la salud, reglamentados en la Ley 100 de 1993.

Estructura del sistema a partir de la Ley 100 de 1993

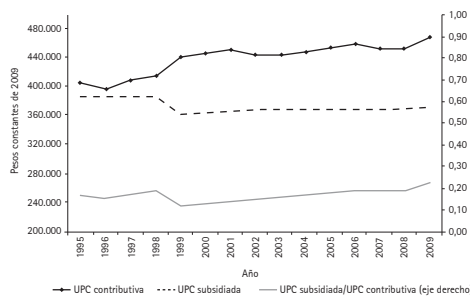
La promulgación de la Ley 100 representó en su momento cambios estructurales para el sector de la salud. Este nuevo marco regulatorio formalizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y buscaba una cobertura universal en un ambiente de equidad y calidad en la prestación de los servicios. La cobertura universal se alcanzaría con la consolidación de dos regímenes

en salud: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), caracterizados por la solidaridad en el riesgo y la equidad en los servicios. Esta última se lograría al darle la posibilidad a la población no vinculada a ninguno de los dos regímenes, de acceder sin costo a los servicios de salud prestados a través de la red pública.

Con la reforma se crearon, asimismo, nuevos agentes participantes en el mercado: las EPS, IPS, el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el Fosyga, las ESE y la Superintendencia Nacional de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen la función principal de prestar servicios de aseguramiento integral en salud y se diferencian en EPS del régimen contributivo y ARS (administradoras del régimen subsidiado) también llamadas EPS-S. Las Entidades Prestadoras de Salud (IPS) proveen la infraestructura física para la prestación de los servicios e incluyen clínicas, hospitales y centros médicos. El CNSSS se encarga de manejar los dos instrumentos en los que se fundamentó el nuevo sistema nacional de salud: el POS y la UPC.

El POS es el Plan Obligatorio de Salud que ofrecen las EPS a sus asegurados. Persigue la equidad en la prestación de los servicios y es el eje del sistema mediante el cual se busca la recuperación y la prevención de la salud. Hay un POS para los usuarios del régimen contributivo y otro para usuarios del régimen subsidiado. El POS del régimen contributivo es más completo que su correspondiente del régimen subsidiado. La UPC es la unidad de pago por capitación. Es el ingreso que recibe una aseguradora por cada usuario, su valor es establecido por el CNSSS y cambia en función del régimen al que pertenezca el afiliado. Para el régimen contributivo se define de acuerdo con el grupo etario al cual pertenece el usuario; para el régimen subsidiado es uniforme para todos los grupos etarios (Gráfico 1).

Gráfico 1
 UPC de los regímenes subsidiado y contributivo, 1995-2008.
 (Cifras en pesos del 2009 y porcentaje de UPC subsidiado/contributivo)



El Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) es un encargo fiduciario con subcuentas de destinación específica, cuyos recursos provienen de los excedentes de liquidez del sistema de salud. Al momento de recaudar los recursos de las cotizaciones, las EPS comparan sus recaudos con los ingresos técnicos que deben obtener por la UPS asignada a cada usuario. Si el monto recaudado supera los ingresos efectivos asignados a la EPS de acuerdo con sus UPC, estas deben transferir los recursos al Fosyga. Si por el contrario, el monto recaudado es menor a los ingresos esperados, el Fosyga transfiere los recursos faltantes a la EPS. El Fosyga también cuenta con una subcuenta de solidaridad para el manejo de los recursos que pasan del régimen contributivo al régimen subsidiado y otras dos subcuentas para la promoción de la salud y la atención de eventos catastróficos (Tabla 1).

De igual manera, mediante la Ley 100 se creó la Superintendencia Nacional de Salud, cuya finalidad es autorizar la constitución y funcionamiento de las aseguradoras (EPS) que participan en el mercado, vigilar la competencia entre ellas y sancionar el no cumplimiento del marco legal de la salud en Colombia. Ejerce también funciones de tipo financiero, publica la situación financiera de

los agentes aseguradores y vigila el flujo de los recursos del sistema, desde su generación y recaudo hasta su utilización. Si los recursos no se gestionan de acuerdo con lo provisto en la ley, puede iniciar procesos disciplinarios sancionatorios.

A partir de la Ley 100, el sistema atiende tres tipos de usuarios: régimen contributivo, régimen subsidiado y vinculados. El régimen contributivo está constituido por los trabajadores del sector formal de la economía vinculados por un contrato de trabajo establecido, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Este régimen se autofinancia con los recursos provenientes de las cotizaciones en salud, cuyo recaudo está a cargo de las EPS y para lo cual se tiene establecida la UPC como fuente principal de ingresos (Tabla 2).

El régimen subsidiado incluye a toda la población que, dada la restricción en su capacidad de pago, no puede acceder al régimen contributivo. Los principios de universalidad, equidad en la prestación de los servicios y de calidad de vida, fundamentaron las bases de su funcionamiento. Al igual que en el régimen contributivo, la prestación de los servicios está a cargo de las ARS o EPS-S, las cuales a cambio de sus servicios tienen asignada una UPC estandarizada inferior a la fijada para el régimen contributivo. La administración de este régimen está a cargo de los entes departamentales y municipales, los cuales deciden la inclusión de los beneficiarios utilizando como base el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). En la actualidad, son beneficiarias las personas pertenecientes al nivel I y II del Sisbén. Pertenecer a este régimen ofrece la posibilidad de ser beneficiario del POS-S, el cual equivale aproximadamente al 62 % del POS-C (Yepes, *et al.*, 2003) (Tabla 3).

Tabla 1
Ingresos y egresos del Fosyga

Operaciones presupuestales del Fosyga (2003–2010) en miles de millones de pesos								
Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010/11
Ingresos	\$6.477.7	\$7.610.7	\$8.549.7	\$9.700.9	\$11.143.7	\$14.068.4	\$16.972.1	\$18.479.7
Compensación	\$5.380.6	\$6.113.9	\$7.089.4	\$7.627.6	\$8.798.9	\$10.944.0	\$12.627.4	\$12.770.4
Recaudo proceso de compensación UPC 1/	\$5.082.7	\$5.672.6	\$6.859.0	\$6.740.6	\$8.429.6	\$9.912.5	\$11.129.9	\$10.374.2
Otros 2/	\$297.9	\$441.3	\$230.4	\$887.0	\$369.3	\$1.031.5	\$1.497.5	\$2.396.2
Solidaridad	\$715.3	\$905.7	\$1.057.5	\$1.584.8	\$1.822.9	\$2.570.3	\$3.014.4	\$3.466.2
Puntos de cotización	\$255.5	\$500.2	\$629.4	\$829.4	\$1.115.5	\$1.371.1	\$1.426.1	\$1.598.4
Aportes del presupuesto	\$233.5	\$253.6	\$241.7	\$344.7	\$358.5	\$682.8	\$569.4	\$527.8
Otros 3/	\$226.3	\$151.9	\$186.4	\$410.7	\$348.9	\$516.4	\$1.018.9	\$1.340.0
Promoción	\$271.8	\$242.8	\$250.5	\$310.0	\$335.9	\$397.7	\$746.1	\$1.016.9
Compensación puntos del régimen contributivo	\$247.6	\$211.4	\$189.4	\$290.6	\$287.7	\$349.4	\$390.7	\$302.2
Otros 4/	\$24.2	\$31.4	\$61.1	\$19.4	\$48.2	\$48.3	\$355.4	\$714.7
ECAT	\$110.0	\$348.3	\$152.3	\$178.5	\$186.0	\$156.4	\$584.2	\$1.226.2
Fonsat 20 %	\$20.7	\$36.2	\$37.8	\$44.0	\$90.0	\$51.5	\$61.5	\$72.4
Soat 50 %	\$52.6	\$145.8	\$65.5	\$111.8	\$76.9	\$44.0	\$152.6	\$179.6
Otros 5/	\$36.7	\$166.3	\$49.0	\$22.7	\$19.1	\$60.9	\$370.1	\$974.2
Egresos (compromisos 6/)	\$6.274.4	\$7.313.0	\$7.448.8	\$8.869.7	\$10.664.2	\$12.199.3	\$15.584.1	\$10.978.3
Compensación	\$5.229.1	\$5.880.7	\$6.069.2	\$6.971.8	\$8.531.9	\$9.231.3	\$11.460.0	\$7.301.3
Proceso de compensación	\$5.057.7	\$5.571.8	\$5.623.9	\$6.389.8	\$7.595.7	\$7.822.9	\$9.055.4	\$5.409.2
Otros eventos y fallos de tutela	\$44.7	\$88.6	\$207.0	\$299.2	\$550.0	\$983.9	\$1.818.8	\$1.520.8
Otros 7/	\$126.7	\$220.3	\$238.3	\$282.8	\$386.2	\$424.5	\$585.8	\$371.3
Solidaridad	\$709.3	\$886.9	\$1.041.5	\$1.565.0	\$1.754.7	\$2.510.2	\$2.940.0	\$2.031.5
S. a la demanda (régimen subsidiado)	\$468.6	\$628.9	\$786.5	\$1.120.7	\$1.245.6	\$1.675.2	\$2.090.4	\$1.786.8
S. a la demanda (aporte presupuesto nacional)	\$233.5	\$248.2	\$241.7	\$344.7	\$358.5	\$682.8	\$558.4	\$156.3
Otros 8/	\$7.2	\$9.8	\$13.3	\$99.6	\$150.6	\$152.2	\$291.2	\$88.4
Promoción	\$227.0	\$234.0	\$240.4	\$256.7	\$290.6	\$304.5	\$634.8	\$591.7
Programas de promoción y prevención	\$226.7	\$233.7	\$240.0	\$255.9	\$289.8	\$302.5	\$578.7	\$241.5
Otros 9/	\$0.3	\$0.3	\$0.4	\$0.8	\$0.8	\$2.0	\$56.1	\$350.2
ECAT	\$109.0	\$311.4	\$97.7	\$76.2	\$87.0	\$153.3	\$549.3	\$1.053.8
Servicios asistenciales a la población no amparada	\$56.8	\$62.2	\$26.0	\$26.4	\$12.3	\$25.2	NO	NO
Víctimas accidentales de tránsito y catástrofes	\$39.7	\$81.9	\$63.5	\$45.2	\$58.2	\$66.2	NO	NO
Otros 10/	\$12.5	\$167.3	\$8.2	\$4.6	\$16.5	\$61.9	NO	NO

Fuente: Fosyga

Tabla 2
Distribución de afiliación

Régimen contributivo						
Año	Total afiliados	Cotizantes	Beneficiarios	Cotizantes afiliados	Población cubierta	Valor UPC 1/
2001	13.746.649	5.544.784	8.201.865	40,34 %	34 %	\$289.120
2002	14.117.951	5.827.710	8.290.241	41,28 %	34 %	\$300.684
2003	14.898.007	6.229.599	8.668.408	41,81 %	36 %	\$323.316
2004	15.449.007	6.782.377	8.666.630	43,90 %	36 %	\$346.271
2005	15.930.073	7.163.832	8.766.241	44,97 %	37 %	\$365.673
2006	16.523.961	7.635.769	8.888.192	46,21 %	38 %	\$386.881
2007	17.982.377	8.314.954	9.667.423	46,24 %	41 %	\$404.215
2008	18.246.517	8.473.802	9.772.715	46,44 %	41 %	\$430.488
2009	18.109.242	8.529.013	9.580.229	47,10 %	40 %	\$467.078
2010	17.540.874	8.410.299	9.130.575	47,95 %	39 %	\$485.014

Fuente: Melo y Ramos (2010).

Tabla 3
Evolución del régimen subsidiado

Régimen subsidiado			
Año	Total afiliados	Población cubierta	Valor UPC 1/
2001	10.820.344	0,27 %	155.520
2002	11.866.178	0,29 %	168.023
2003	12.307.872	0,29 %	180.623
2004	15.333.686	0,36 %	191.821
2005	18.438.013	0,43 %	203.866
2006	20.125.263	0,46 %	215.712
2007	21.606.812	0,49 %	227.578
2008	23.601.000	0,53 %	242.370
2009	23.882.314	0,53 %	267.678
2010	ND		289.782

Fuente: Melo y Ramos (2010).

Fuentes y evolución del financiamiento del sistema de salud en Colombia

La financiación del sistema de salud en Colombia se fundamenta en la solidaridad, elemento que desplaza el papel del Estado como fuente principal de recursos económicos. Se identifican dos tipos de solidaridades. La solidaridad del régimen contributivo se fundamenta en los "subsídios cruzados", con los que las personas con mayores ingresos y menor cantidad

de hijos subsidian la atención a la salud de las personas con ingresos más bajos y mayor número de hijos. Por otro lado, en el régimen subsidiado la solidaridad se aplica a través de la transferencia de las cotizaciones del régimen contributivo, en una proporción del 1,5 % del total de los recaudos, para el sostenimiento de las personas del régimen subsidiado.

El régimen contributivo se autofinancia con las cotizaciones equivalentes al 12,5 % de

los ingresos de sus afiliados. Sin embargo, si se descuentan las transferencias del 1,5 % al Fosyga para financiar el régimen subsidiado, el 0,25 % que se asigna al Fosyga para la promoción y prevención de la salud y el 0,25 % para cubrir incapacidades causadas por enfermedad general, quedan solo recursos netos equivalentes al 10,5 % de las cotizaciones. Estos recursos son recaudados directamente por las EPS, pero no son apropiados por ellas hasta tanto se compensen ante el Fosyga: a cada EPS se le asigna una UPC por usuario y si estas tienen un superávit de recaudo, el excedente es transferido a la cuenta de compensación del Fosyga; en caso contrario y si la EPS tiene un déficit de recaudo (menos ingresos que el total asignado por capitaciones) el Fosyga transfiere los recursos faltantes.

Además de las cotizaciones, el régimen contributivo se financia con los copagos y cuotas moderadoras. Los copagos son aportes de dinero de los beneficiarios del cotizante al régimen contributivo, que se hacen a una EPS para la prestación de servicios como hospitalización, ayudas especializadas, tratamiento odontológico, etc., y las cuotas moderadoras

son pagos fijos con el fin de regular el uso de los servicios de salud en lo concerniente a medicina general, atención odontológica y radiología de primer nivel, entre otros. Para el régimen subsidiado, existen varias fuentes de financiación establecidas en la Ley 100, como los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga, los aportes del presupuesto general de la nación, el esfuerzo fiscal propio de los entes territoriales y los recursos provenientes de las cajas de compensación familiar (Tabla 4).

De acuerdo con la Tabla 4, se nota una tendencia al incremento del volumen de recursos destinados a financiar al régimen subsidiado. El SGP pasó de tener una participación en el PIB del 0,53 % en el 2002, al 0,65 % en el 2010. Los recursos del Fosyga tuvieron un incremento debido a que en el 2002 estos tenían una participación sobre el PIB del 0,31 % y en el 2010 alcanzó un nivel de participación sobre el PIB del 0,65 %. Los recursos fiscales de los departamentos y municipios pasaron en el 2002 de un nivel de 0,01 % del PIB a un nivel de 0,13 %. Según lo anterior, los recursos totales como proporción del PIB pasaron de un nivel de 0,86

Tabla 4
Fuentes de financiación del régimen subsidiado de salud (porcentaje del PIB)

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

Fuente: Melo y Ramos (2010).

% del PIB en el 2002 al 1,42 % en el 2010. Entre los años 2002 y 2010, el SGP en salud tuvo una participación promedio del 50 % sobre los recursos totales, los del FOSYGA una participación del 41 % y los fiscales de los entes territoriales una participación promedio del 9 % (Tabla 5)

Por su parte, entre los años 2003 y 2010 los recursos destinados al sistema de pasaron de un nivel del 3,65 % del PIB en el 2003, a un nivel del 4,91 % en el 2010. Los recursos de la salud provienen de recursos fiscales y parafiscales. En el 2010, los recursos fiscales correspondieron al 1,57 % del PIB y los parafiscales al 3,35 %. Es decir, los recursos parafiscales fueron la principal fuente de financiación del sistema de salud con una participación del 68 %.

Problemas estructurales del sistema de salud en Colombia

En función de la descripción coyuntural e histórica de la dinámica del sistema de salud en Colombia, se especifican los siguientes

problemas estructurales, que hacen que el sector no sea eficiente y ponen en entredicho su sostenibilidad financiera.

Incremento en la solicitud de servicios no POS

Se sustenta en decisiones judiciales debido a que no se previó la necesidad de recursos para financiar este tipo de servicios. Ello explica el aumento de los recursos fiscales destinados a financiar el sistema de salud.

Composición de los regímenes en función del número de usuarios

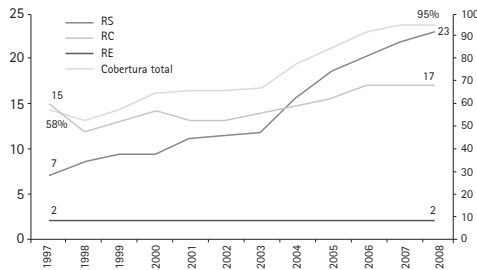
Cuando se diseñó la Ley 100 y se estructuró el sistema, se auguraba que para la primera década de este siglo el 70 % de la población estaría afiliada al régimen contributivo y el 30 % al régimen subsidiado. Sin embargo, el régimen contributivo tiene actualmente una participación de afiliados de solo un 43,13 %, mientras el régimen subsidiado tiene una participación del 56,87 %, lo que contradice la predicción (Gráfico 2).

Tabla 5
Financiamiento del sistema de salud

Recursos para el financiamiento del sistema de salud en Colombia (porcentaje del PIB)									
Año	Recursos fiscales					Recursos parafiscales			
	Recursos PGN			Recursos territoriales 2/	Total recursos fiscales	Fosyga solidaridad 3/	Fosyga ECAT	Fosyga promoción	Fosyga compensación
	Fosyga solidaridad 1/	SGP en salud	Subtotal recursos PGN						
2003	0,09	1,11	1,2	0,17	1,37	0,18	0,04	0,1	1,97
2004	0,08	1,08	1,16	0,27	1,43	0,21	0,11	0,08	1,99
2005	0,07	1,05	1,13	0,45	1,57	0,24	0,04	0,07	2,08
2006	0,09	1	1,09	0,65	1,74	0,32	0,05	0,08	1,98
2007	0,08	0,96	1,04	0,72	1,76	0,34	0,04	0,08	2,04
2008	0,14	0,93	1,08	0,52	1,59	0,4	0,03	0,08	2,29
2009	0,14	0,99	1,13	0,49	1,62	0,48	0,12	0,15	2,5
2010	0,1	1,01	1,11	0,46	1,57	0,55	0,23	0,19	2,38

Fuente: Melo y Ramos (2010).

Gráfico 2
Afiliados y cobertura en RC y RS 1977-2008



Lo anterior adquiere importancia cuando se tiene en cuenta el número de afiliados del régimen subsidiado. Si un nuevo plan único implica un mayor valor del POS en comparación con el que estaba establecido antes para el régimen subsidiado, la igualación del POS significará mayores recursos para financiarlo.

La capitación

Aunque la Ley 100 creó las EPS para garantizar la salud para los usuarios, la herramienta de la capitación las hace intermediarias entre los verdaderos prestadores de salud y los usuarios del sistema. Esto ha favorecido las defraudaciones y los malos manejos administrativos en las EPS y en los prestadores

Dificultades institucionales

Los continuos problemas que enfrenta el sistema, como las actualizaciones del POS, la calidad de los servicios y la desviación de recursos, entre otros, llevan a considerar que hay dificultades institucionales que no permiten que los reguladores del sistema cumplan de forma eficiente sus funciones.

Entre los años 2003 y 2010, se evidenció un incremento de los pagos por fallos de tutela por parte del Fosyga, superior al tres mil por ciento, al pasar de cuarenta y cuatro mil setecientos millones de pesos a más de un billón y medio. La Ley 100 estableció que el

CNSSS es el ente regulador encargado de la actualización del POS de ambos regímenes; sin embargo, las actualizaciones recientes se han generado a partir de obligaciones legales establecidas mediante la acción de tutela.

Choque de intereses entre el POS, las EPS y la Constitución colombiana

A pesar de que el POS busca proveer servicios de salud suficientes, su alcance sigue siendo limitado y muchos usuarios no reciben los servicios que requieren. Debido a ello, la acción de tutela se consolidó como el mecanismo idóneo para empoderar al usuario del sistema y salvaguardar su bienestar frente a un plan obligatorio de salud que no cumple con la obligación constitucional de garantizar la salud como un derecho fundamental y EPS más interesadas en generar utilidades para sus dueños que en el cumplimiento de su función dentro del sistema (Tabla 6).

Otro mecanismo utilizado para demandar los servicios no POS son los comités técnico-científicos constituidos por las propias EPS de ambos regímenes por mandato de la ley. Están conformados por tres miembros, de los cuales al menos uno debe ser médico. Su finalidad es evaluar la posibilidad de prestar los servicios de salud que se encuentren por fuera del POS. La solicitud se hace a través de un médico tratante quien traslada el requerimiento al comité, que a su vez dispone de dos días para decidir sobre la pertinencia del tratamiento.

Dinámica administrativa y empresarial del sistema: base de una problemática

El sistema de salud en Colombia experimenta una dinámica de insostenibilidad financiera debido a los malos manejos de los recursos que lo financian, a los exagerados y malver-

Tabla 6
 Contenido de las tutelas pos y no pos para las principales reclamaciones, 2003-2005.
 (Porcentaje total de tutelas)

	2003	2004	2005	Total
Exámenes				
POS	67,1	79,2	73	73,7 (31.392)
No. POS	28,5	13,5	20	19,9 (8.493)
Medicamentos				
POS	17,8	18,9	11,3	15,3 (6.678)
No. POS	72,4	70,9	77,7	74,2 (32.306)
Cirugías				
POS	92	88,1	87,9	89 (33.784)
No. POS	7,5	11,6	12,1	10,7 (4.069)
Tratamientos				
POS	93,2	93,6	92	92,7 (24.415)
No. POS	6,4	6,4	8	7,2 (1.886)
Prótesis				
POS	44,9	57,4	52,2	52,3 (13.432)
No. POS	55,1	42,6	47,8	47,7 (12.275)

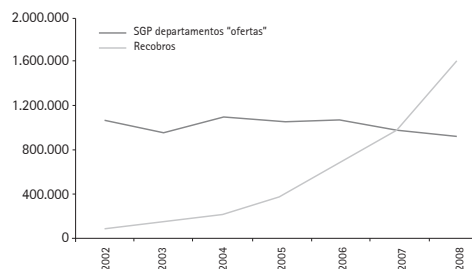
Fuente: Defensoría del Pueblo (2007). Tomada del Observatorio de la Seguridad Social, Grupo de Economía de la Salud (GES). Junio de 2009.

sados recobros al Fosyga y a los diversos problemas institucionales y de regulación. Una de las dificultades estructurales que enfrenta el sistema es la tendencia creciente del recobro que hacen las EPS al Fosyga, derivado de la mayor prestación de servicios no POS accedidos a través de acciones judiciales y de las decisiones tomadas en los comités técnico-científicos. Lo anterior se fundamenta en el hecho de que la desviación de recursos hacia los recobros tiene un costo de oportunidad muy alto reflejado en la menor eficiencia y equidad de los servicios de salud en Colombia. Entre el periodo 2005 y 2008, los recobros se han incrementado en más de un 100 %, por lo cual desde el 2007 el monto de recobros al Fosyga ha sido mayor que los recursos transferidos para financiar los hospitales públicos (Gráfico 3).

El POS se puede considerar el eje del sistema mediante el cual se busca la recuperación y la prevención de la salud. Este plan se aplicó

Gráfico 3

Recursos para el financiamiento de los hospitales públicos frente a los recobros de los regímenes contributivo y subsidiado



Fuente: Fedesarrollo

en su momento para ofrecer a la población un mecanismo de protección ante cualquier enfermedad con base en el principio de la universalización de la salud; sin embargo, este principio se deshace ante la realidad de la malversación de los recursos para la financiación. En realidad, el principio de equidad se aplica en función del régimen en que se

encuentre el beneficiario, a pesar de que el POS buscaba, precisamente, su aplicación.

Hay un POS para los usuarios del régimen contributivo y otro para los del régimen subsidiado, lo que fragmenta el sistema y genera la inequidad que se quiso combatir. El POS del régimen contributivo es más completo que su correspondiente del régimen subsidiado en cuanto a los servicios que cubre. Esta desigualdad –que de acuerdo con la ley original debió desaparecer desde el 2001– es una muestra de la discriminación que existe entre afiliados del sistema según su capacidad de pago.

En la actualidad, la sostenibilidad del sistema de salud atraviesa una crisis que nace de esa búsqueda de equilibrio entre la capacidad de financiarse y la cobertura. A partir de la declaratoria de universalidad de la salud en Colombia, se han diseñado diversos mecanismos que garanticen la salud a toda la población, en medio de una restricción de recursos que

afecta especialmente a la población más vulnerable. Sobre esta base y sumado a ello la necesidad de prestar eficientemente los servicios de salud sin discriminación alguna, se hace necesario implantar un mecanismo que permita la priorización de la salud y el acceso a ella para quienes más lo necesitan (Tabla 7).

Desde el punto de vista financiero, las cifras denotan que el sistema no tiene ni ha tenido viabilidad por la manera como fue administrado. La mayor parte de las EPS equivocaron el modelo financiero, lo que ha llevado a cuantiosas pérdidas a las que se atribuye –de manera errada– la quiebra del sistema de salud. Una revisión general a las realidades contables de estas instituciones muestra algunos patrones que, si se evalúan desde el punto de vista administrativo y financiero, podrían poner en evidencia las causas del fracaso de la política y de sus intérpretes.

Las EPS se administraron como negocios y en esa vía dieron prioridad a la generación de

Tabla 7
Estructura financiera de las EPS en Colombia

EPS	Activos totales	Ingresos operacionales	Utilidad operacional	Utilidad neta
SaludCoop	\$ 583.395.071	\$ 586.296.963.000	\$ 1.296.535.000	\$ 1.105.245.000
Salud Total	\$ 149.313.854	\$ 243.692.107.000	\$ 4.556.383.000	\$ 4.821.563.000
Coomeva	\$ 145.860.090	\$ 488.285.296.000	-\$ 23.555.774.000	-\$ 20.355.917.000
Sanitas	\$ 124.848.578	\$ 190.941.446.000	-\$ 187.382.000	-\$ 887.610.000
Cafesalud	\$ 105.927.867	\$ 142.589.064.000	-\$ 3.050.705.000	-\$ 4.708.449.000
Humana vivir	\$ 102.668.861	\$ 73.451.522.000	-\$ 1.397.468.000	-\$ 961.120.000
Susalud	\$ 82.500.128	\$ 200.780.705.000	-\$ 6.592.976.000	-\$ 2.632.316.000
Famisanar	\$ 63.057.765	\$ 180.062.329.000	-\$ 155.858.000	\$ 25.860.000
SOS	\$ 60.031.339	\$ 112.186.606.000	-\$ 1.769.423.000	-\$ 2.278.329.000
Cruz Blanca	\$ 60.031.339	\$ 115.013.457.000	-\$ 3.786.350.000	-\$ 2.116.653.000
Colmédica	\$ 45.814.235	\$ 84.212.764.000	\$ 405.070.000	\$ 790.894.000
Compensar	\$ 40.573.799	\$ 138.837.301.000	-\$ 4.246.468.000	-\$ 2.819.022.000
Comfenalco Antioquia	\$ 32.902.082	\$ 58.826.004.000	\$ 7.492.676.000	\$ 8.080.589.000
Colpatria	\$ 24.092.388	\$ 17.802.732.000	\$ 1.236.759.000	\$ 1.296.883.000
Comfenalco Valle	\$ 21.900.924	\$ 53.443.566.000	-\$ 708.017.000	-\$ 659.770.000
Total	\$ 1.623.565.326	\$ 2.666.391.862.000	-\$ 30.462.998.000	-\$ 21.298.152.000

Fuente: ACEMI. Información a junio de 2006

utilidades olvidando así su objetivo primordial, cual es garantizar la prestación de un servicio público. Su papel de aseguradoras del recaudo y de la prestación a través del pago a los reales prestadores se desvirtuó, y en esa búsqueda permanente de utilidad para sus dueños no sirvieron a los principios del sistema ni a los intereses de sus asegurados.

Las EPS se convirtieron en sociedades de inversión y más que recaudadoras y aseguradoras del pago, dedicaron sus esfuerzos empresariales a la gestión financiera de los recursos de sus asegurados. Después de las cuentas por cobrar al Fosyga, dentro de los activos más importantes de estas empresas se encuentran el disponible y las inversiones de corto plazo, que corresponden a los recaudos y a los manejos financieros a través de inversiones temporales. Sobre estas inversiones efectuadas en el mismo sistema financiero en el cual las mismas EPS mantienen intereses, se generan ingresos no operacionales como base de las utilidades que al final se reparten en los dividendos a sus accionistas.

La figura de grupo empresarial se configura para estas empresas cuando se revisa que otro activo muy importante y generador de utilidades son las inversiones de largo plazo. Las EPS utilizan los recursos captados dentro del giro de su actividad, para la adquisición de participaciones en otros negocios, en su mayoría constituyentes de la cadena de prestación de servicios de salud y proveedores de las mismas EPS, que son también sus accionistas.

La confluencia de intereses que surge de la relación directa como inversionista de las EPS en la estructura de capital de sus mismos proveedores, tiene incidencia directa en los sobrecostos de los servicios prestados. La capacidad de negociación se pierde si existe

dualidad de intereses entre una EPS que es pagadora y accionista de una empresa prestadora. Por ello, los dividendos y la valorización de las inversiones de largo plazo representan para los estados de resultado una fuente de ingresos no operativa que confluye en utilidades netas positivas.

Si las EPS tienen intereses en empresas colaterales que a su vez son sus filiales y proveedores, es imposible darle prioridad al funcionamiento operativo, ya que la rentabilidad de lo que para sus administradores es un negocio, estriba en el manejo financiero de los recaudos y de la inversión de portafolio (empresas). Si la esencia del negocio es generar utilidades a través del manejo financiero de los recaudos (la gestión financiera de la UPC), la optimización radica en la reducción de los flujos de caja de salida, lo cual se logra con la extensión en el tiempo de los pagos al sistema a través de dilaciones en los tratamientos y en los pagos a proveedores del régimen subsidiado.

Bajo estas premisas financieras, las EPS terminan sirviendo a los intereses privados por encima de su gestión pública. Si la generación de ingresos se da por la gestión financiera de los fondos de los aportantes, la prestación de servicios y la oportunidad en el pago no son la premisa, ya que se contraponen a la generación de valor. En este sentido y con base en que la generación operativa de fondos de las EPS es negativa (pero su generación de fondos no operacionales es, en mucho, positiva), se puede afirmar que si bien la función de las EPS destruye valor para el sistema, ha generado y maximiza el valor de sus accionistas a través del beneficio y las prebendas dadas a sus filiales.

Conclusiones

A pesar de los principios de equidad, solidaridad, calidad y cobertura universal sobre los

que se fundamentó el sistema de salud en el momento de su diseño, la realidad evidencia otra coyuntura. Dar el incentivo de lucro a los prestadores de servicios de salud sin la correcta supervisión de entes reguladores es el combustible de la insostenibilidad financiera del sistema. El fenómeno financiero de la integración vertical, el uso indebido de recursos públicos, los sospechosos recobros de las EPS al Fosyga e innumerables casos en los que se evidencia la muerte de pacientes debido a la pésima calidad del servicio, son apenas la punta del iceberg de un problema social caracterizado por su crisis en variables estructurales. A pesar de que la reciente propuesta de la reforma de salud ataca barreras como presiones jurídicas, mayor prevención en salud y la integración vertical, entre otras características, hace falta un mayor entendimiento en la normativa del sistema y el tamaño y la calidad del regulador, características propias de una correcta regulación y vigilancia de los flujos de recursos públicos del sistema de salud en Colombia.

Bibliografía

- Grupo de Economía de la Salud. (2008). "Acierros e insuficiencias de la sentencia T-760 de 2008: implicaciones para el derecho a la salud en Colombia". En: *Observatorio de la seguridad social*, pp. 12,16.
- Fedesarrollo. (2010). "Actualidad: el sistema de salud en Colombia, la equidad, las finanzas públicas y la emergencia social: ¿vamos por el camino correcto?" En: *Tendencia Económica* No. 93.
- Grupo de Economía de la Salud. (2009). Evolucion y perspectivas del régimen subsidiado de salud 1996-2008. *Observatorio de la seguridad social*, 1-14.
- Grupo de Economía de la Salud. (2002). Financiamiento del seguro de salud en Colombia. *Observatorio de la seguridad social*, 1-10.
- Grupo de Economía de la Salud. (2002). La regulación en el sistema de salud colombiano. *Observatorio de la seguridad social*, 1-9.
- Grupo de Economía de la Salud. (2008). Limitaciones y derechos sobre la atención en salud de los colombianos. *Observatorio de la seguridad social*, 1-11.
- HERRERA, L. (2010). Caracterización del proceso de costeo en una entidad promotora de salud en Colombia. *Apuntes de clase*.
- RIVERA, A. (2011). *Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caso Comfandi-SOS*. Informe de pasantía. Universidad de San Buenaventura Cali.
- SANTA MARÍA, M., GARCÍA, F., y MUJICA, A. (2008). "Los costos no laborales y el mercado laboral: impacto de la reforma de salud en Colombia". En: *Fedesarrollo*.