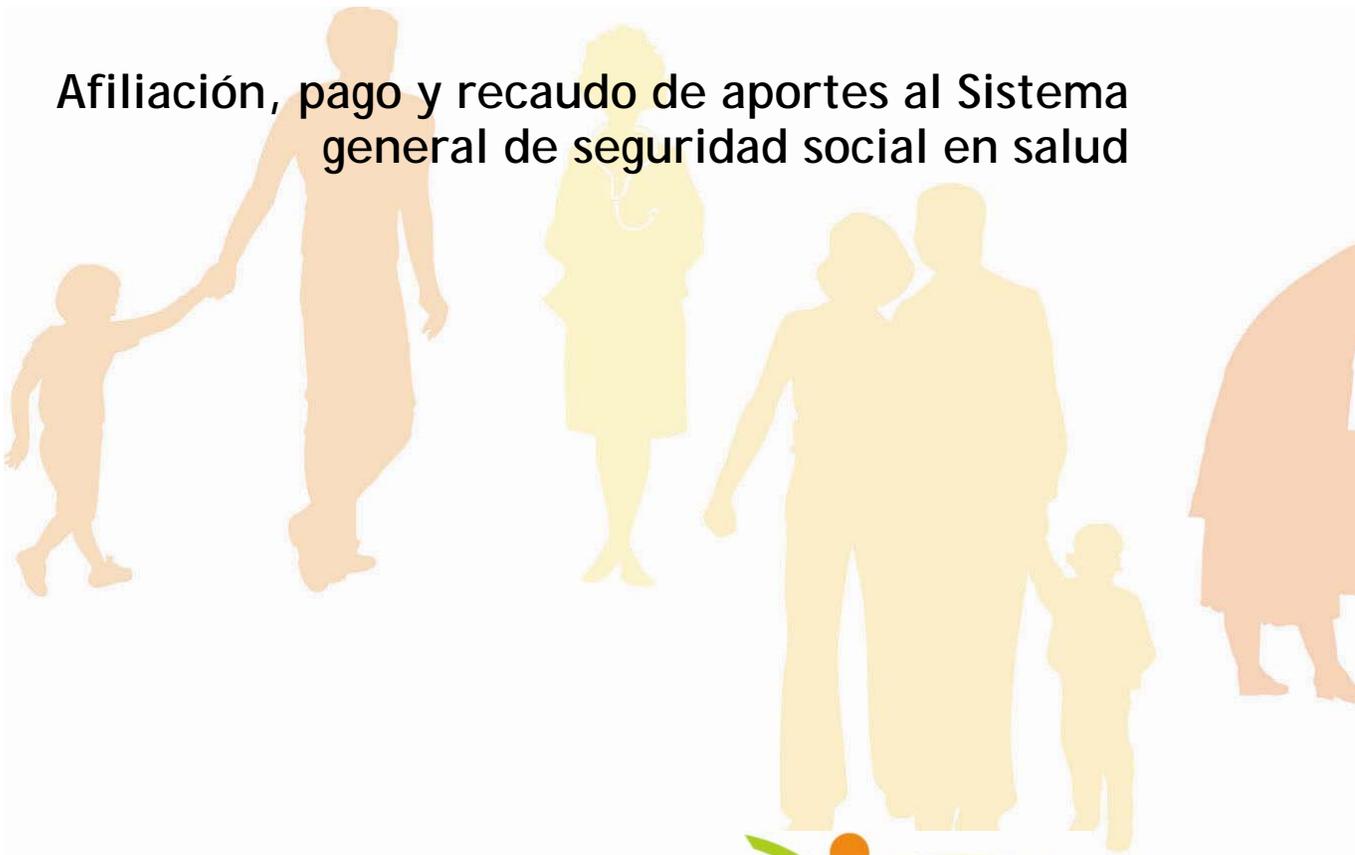




Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud



Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud

Versión 1.0



Justicia y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

BITRÁN
la medida



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Unión temporal



Participantes Unión temporal Bitrán Asociados - Econometría SA – Esap:

Julio Roberto Piza – Director proyecto (primer año)

Alvaro Reyes – Director proyecto (segundo año)

Ricardo Bitrán

Ùrsula Giedion

Jaime Cardona

Heriberto Madrid

Alvaro López

Wilson Melgarejo

María Isabel Arango

Participantes por el Ministerio de la Salud actual Ministerio de la Protección Social:

Ancizar Jiménez – Director Programa de apoyo a la reforma en salud

Martha Inés Velásquez – Directora Programa de apoyo a la reforma en salud

Jaime Ramírez Moreno – Coordinador Técnico científico Programa de apoyo

Gilberto Reyes – Consultor Programa de apoyo a la reforma en salud

CONTENIDO

CONTENIDO	4
PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO 1.....	12
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	12
(T1) A. DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA	16
(T2) 1. Demanda de aseguramiento.....	16
(T2) 2. Fallas de mercado del aseguramiento en salud	19
(T3) 2.1 Economías de escala	20
(T3) 2.2 Riesgo moral (<i>Moral hazard</i>)	20
(T3) 2.3 Selección adversa	21
(T3) 2.4 Selección de riesgo	21
(T2) 3. Incentivos a la afiliación/evasión.....	22
(T3) 3.1 Castigo a evasores	22
(T3) 3.2 Seguro implícito para los no afiliados.....	22
(T4) a. Financiamiento de los hospitales públicos.....	23
(T4) b. Contribución a salud y su efecto sobre el empleo y recaudo	25
(T4) c. Tratamiento simétrico de asalariados e independientes	28
(T3) 3.3 Vacío legal	29
(T1) B. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD.....	30
(T2) 1. Obligatoriedad del Sistema.....	32
(T3) 1.1 Equilibrio de las personas	32
(T3) 1.2 Equilibrio de las aseguradoras	32
(T3) 1.3 Equilibrio de los prestadores	33
(T2) 2. ¿Por qué los sistemas de seguridad social son obligatorios?.....	33
(T2) 3. Subsidios.....	34
(T3) 3.1 A la demanda.....	34
(T3) 3.2 A la oferta	35
(T3) 3.3 A un asegurador	35
(T2) 4. Problemas en identificación de los flujos: información	35
(T1) C. RECAUDO Y PROCESO DE COMPENSACIÓN.....	36
CAPÍTULO 2.....	39
DIAGNÓSTICO DE LA RELACIÓN DE LA POBLACIÓN CON EL SISTEMA	39
(T1) A. METODOLOGÍA	39
(T2) 1. Encuesta de calidad de vida de 1997	39
(T2) 2. Encuesta nacional de hogares de 2000	41
(T2) 3. Encuesta de establecimientos particulares de 2000	42
(T2) 4. Encuesta a entidades territoriales.....	44
(T1) B. COBERTURA Y AFILIACION DEL SISTEMA	44
(T2) 1. Cobertura del Sistema	44
(T3) 1.1 Cobertura según registros reportados al Ministerio	45
(T4) a. Régimen contributivo.....	45
(T4) b. Régimen subsidiado.....	46
(T3) 1.2 Cobertura según encuestas de hogares	46
(T4) a. Cobertura en salud para la Población en edad de trabajar	49
(T4) b. Tipo de afiliación en el régimen contributivo	52
(T4) c. Doble afiliación al Sistema	52
(T3) 1.3 Comparación de fuentes de datos sobre afiliación al Sistema	53
(T2) 2. Relación de la población con el Sistema	55

(T2) 3. Flujos de la población a través del Sistema	56
(T3) 3.1 Flujos de la población ocupada con ingresos laborales en el Sistema.....	60
(T3) 3.2 Flujos de la población total a través del Sistema	63
(T2) 4. Afiliación a planes o seguros de salud complementarios	64
(T2) 5. Demanda por servicios de salud.....	65
(T3) 5.1 Consulta médica y hospitalización	66
(T2) 5.2 Valores pagados por consulta médica y hospitalización.....	67
(T2) 6. Análisis econométrico de los determinantes de evasión y elusión.....	70
(T3) 6.1 Probabilidad de que un hogar sea pobre (Sisbén 1-2).....	72
(T3) 6.2 Probabilidad de un hogar de tener nivel Sisbén 3, dado que no es pobre	74
(T3) 6.3 Probabilidad de ser cotizante, dado que es asalariado y elegible para el RC	76
(T3) 6.4 Probabilidad de ser cotizante, dado que es independiente y elegible para el RC	78
(T1) C. EVASIÓN Y ELUSIÓN DE APORTES AL SISTEMA.....	80
(T1) D. EQUILIBRIO FINANCIERO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO.....	84
(T2) 1. Balance financiero año 2000	84
(T2) 2. Sensibilidad del Sistema a modificaciones en parámetros básicos	85
(T2) 3. Balance financiero potencial del Sistema	86
(T2) 4. Impacto de la inclusión de los regímenes de excepción en el régimen contributivo....	87
CAPÍTULO 3.....	90
PROCESOS Y SISTEMAS DE INFORMACION DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	90
(T1) A. COMPORTAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES	90
(T2) 1. Comportamiento de las EPS.....	90
(T2) 2. Comportamiento de los trabajadores.....	93
(T3) 3. Comportamiento de las empresas	95
(T1) B. EVALUACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION	98
(T2) 1. Fuentes de información para control de la evasión	100
(T1) C. LIMITACIONES DEL CONTROL.....	104
CAPÍTULO 4.....	106
EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN AFILIACIÓN.....	106
Y PAGO DE APORTES A SALUD.....	106
(T1) A. ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO Y COBERTURA DE SALUD	107
(T2) 1. Países industrializados	107
(T3) 1.1 Sistemas de seguridad social establecidos.....	108
(T3) 1.2 Sistemas de seguridad social en transición	111
(T3) 1.3 Sistemas financiados por impuestos generales establecidos	111
(T3) 1.4 Sistemas financiados por impuestos generales en transición	112
(T3) 1.5 Tendencias en financiamiento de las economías europeas en transición.....	112
(T2) 2. Países en desarrollo	113
(T2) B. ASEGURAMIENTO DE LOS POBRES: EXPERIENCIA INTERNACIONAL	117
(T2) 1. Esquemas de aseguramiento del sector informal en países en desarrollo.....	119
(T3) 1.1 Tipo de servicios ofrecidos	119
(T3) 1.2 Carácter voluntario u obligatorio.....	120
(T3) 1.3 Organización que maneja los fondos	120
(T3) 1.4 Cobertura y unidad de afiliación	120
(T3) 1.5 Períodos mínimos de afiliación y de carencia	121
(T3) 1.6 Primas y recuperación de costos	121
(T3) 1.7 Administración, manejo de recursos y sistemas de información	122
(T3) 1.8 Sostenibilidad financiera.....	122
(T2) 2. Experiencia de Estados Unidos	123
(T2) 3. Lecciones para Colombia en afiliación del sector informal.....	126
(T1) C. CONTROL DE LA AFILIACIÓN Y APORTES A SALUD	127
(T2) 1. Alemania	129
(T2) 2. Argentina.....	132
(T2) 3. Chile	136
(T3) 3.1 Fondo nacional de salud	137
(T3) 3.2 Instituciones de salud previsual.....	139

CAPÍTULO 5.....	141
PROPUESTAS DE AJUSTES AL SISTEMA	141
(T1) A. PROMOCION DE LA AFILIACION DE INDEPENDIENTES	142
(T2) 1. Subsidios parciales	143
(T3) 1.1 Esquema de subsidios parciales	145
(T3) 1.2 Impacto de un Esquema de Subsidios Parciales	148
(T2) 2. Incentivos a la afiliación vía IPS	149
(T3) 2.1 Transformación de subsidios de oferta a demanda	150
(T3) 2.2 Difusión de la información	151
(T3) 2.3 Implementación de sistemas de identificación sofisticados	151
(T2) 3. Venta prepagada del POS – S.....	151
(T3) 3.1 Esquema de operación del sistema prepago	152
(T3) 3.2 Incentivos, ventajas e impacto	153
(T2) 4. Afiliación colectiva a través de agrupadoras	154
(T2) 5. Seguros cotizaciones asalariados y esquemas ahorros independientes	156
(T3) 5.1 Aseguramiento de cotizaciones.....	157
(T3) 5.2 Rediseño del sistema de cesantías.....	159
(T3) 5.3 Cuentas de ahorro individual.....	160
(T1) B. PROPUESTAS DE AFILIACION, PAGO, RECAUDO Y CONTROL DE APORTES	162
(T2) 1. Afiliación	162
(T3) 1.1 Número único de identificación personal	163
(T3) 1.2 Registro único de aportantes y retenedores	163
(T3) 1.3 Banco único de afiliados al Sistema	164
(T2) 2. Ajustes al proceso de recaudo.....	165
(T3) 2.1 Autoliquidación simplificada de aportes	167
(T4) a. Escenarios alternativos de reestructuración	168
(T4) b. Reporte de novedades	171
(T4) c. Base de liquidación de aportes	171
(T3) 2.2 Descuentos contratos prestación de servicios personales	172
(T3) 2.3 Facturación mensual de independientes.....	174
(T3) 2.4 Central única de afiliación y recaudo.....	175
(T2) 3. Reestructuración del proceso de compensación.....	175
(T2) 4. Fiscalización del recaudo.....	177
(T3) 4.1 Declaración anual de aportes	178
(T3) 4.2 Obligaciones y sanciones a los aportantes	179
(T4) a. Control de obligaciones y aplicación de sanciones a aportantes	180
(T4) b. Retención a los aportantes.....	180
(T4) c. Procedimiento de cobro a los aportantes.....	181
(T3) 4.3 Competencia de control de los aportes	182
(T3) 4.4 Políticas de fiscalización.....	183
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	186
INDICE DE CUADROS	192
INDICE DE GRAFICOS	193

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud, actual Ministerio de la Protección Social, a través del Programa de apoyo a la reforma de salud (PARS) ejecutó el proyecto *Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud* con la Unión temporal Bitrán Asociados - Econometría SA – Esap, durante los años 1999 - 2001.

En términos generales, el proyecto tuvo como objetivo desarrollar estudios y propuestas que apoyaran el logro de la cobertura universal de la población mediante el aseguramiento en salud y la sostenibilidad financiera del Sistema, para un acceso a servicios de salud con equidad y viabilidad, principales objetivos de la reforma en salud consagrada en la Ley 100 de 1993.

En materia de afiliación, el proyecto tuvo como propósito conocer mediante evidencia, las capacidades reales de la sociedad para afiliar más personas al Sistema con las reglas establecidas en ese momento, entre las que se señalan: un mercado de competencia regulada de servicios de salud, un sistema fundamentado en la población ocupada y por tanto sujeto a la dinámica del mercado laboral, condiciones poco claras para la afiliación de trabajadores independientes, y asimetría en el monto de los aportes de asalariados e independientes. Todo esto, dentro un contexto económico y social caracterizado por alta informalidad en el empleo y elevados niveles de desempleo, así como de evasión y elusión al Sistema.

Dentro de lo anterior, la obligatoriedad de la afiliación al Sistema (previo pago de una contribución o subsidio) aparece como un tema a analizar, dado que este concepto fundamentalmente público, se ha tendido a volver privado al entender la afiliación de las personas a las entidades promotoras de salud (aseguradoras) y no al Sistema como tal. Otro tema a considerar son los factores y situaciones que inciden en la afiliación y el pago de las contribuciones a salud.

El acceso de la población a los servicios de salud está determinado por las formas de financiamiento de los sistemas de salud, los beneficios cubiertos y la organización de la prestación de los servicios. Cuando en los sistemas de seguridad social en salud no se dan las condiciones para que una persona se interese por participar en los mismos sin necesidad de coerción, se establece la obligatoriedad del aseguramiento, la cual no resulta suficiente para incentivar la permanencia de los asalariados, ni la afiliación de los independientes frente a fluctuaciones en el empleo o en los ingresos de la población. Sobre el concepto de

la obligatoriedad de la afiliación, se sustenta la evasión y elusión de la afiliación y el pago de los aportes, por el incumplimiento de estas obligaciones.

La búsqueda de alternativas para la afiliación de la población independiente, principalmente de aquella que no es lo suficientemente pobre (pobreza estructural) para clasificar al Régimen Subsidiado en salud, ni tiene la capacidad de pago suficiente para aportar al Régimen Contributivo (denominada población sándwich, que constituía aproximadamente el 25% de la población según estimaciones del estudio), se plantea entonces como tarea prioritaria para avanzar en el cumplimiento de los principios de universalidad y equidad.

Resulta igualmente claro, que los problemas de evasión y elusión trascienden los análisis enfocados fundamentalmente a las limitaciones del control y la fiscalización, por lo que el estudio explora una problemática más amplia en torno a las condiciones que determinan las decisiones sobre afiliación y pago de aportes, a partir del diagnóstico de la relación de la población con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El diagnóstico basado en información primaria de las encuestas del Dane de Calidad de Vida de 1997 y de Hogares del año 2000, examinó la cobertura, la afiliación al Sistema con respecto a la situación estructural y coyuntural de los hogares y el acceso a los servicios de salud. Estimó de igual manera, los niveles de evasión y elusión, el equilibrio financiero del Sistema y el impacto de la inclusión de los regímenes de excepción en el Régimen Contributivo. La revisión de experiencias internacionales complementó la caracterización del Sistema, estableciendo una importante línea de base para evaluaciones de su comportamiento futuro.

Otro tema importante abordado por el proyecto, fue la condición de las entidades promotoras de salud como delegatarias de la función de captación de los aportes de los afiliados al Sistema, la cual en la práctica se ha traducido más en una relación con un cliente que con un contribuyente, al asumir éstas sólo una parte de la delegación relacionada con la promoción de la afiliación y la oportunidad del pago, por depender sus ingresos de estos. Al no depender los ingresos de las aseguradoras del ingreso base de cotización, no tienden a controlar la integridad del pago de los aportes, con lo cual se afectan los recursos del Sistema y se constituye en un elemento que incide en la evasión y elusión.

En este sentido, el estudio considera que la función de financiamiento y recaudo no puedan estar basadas en estructuras de delegación, proponiendo un esquema de recaudo centralizado en cuentas únicas del Sistema, soportado en una autoliquidación unificada de aportes. De forma complementaria, sugiere otras alternativas como el Número Único de Identificación Personal, el Registro Único de Aportantes y Retenedores del Régimen Contributivo y el Banco Único de Afiliados al Sistema, encaminadas a resolver las limitaciones de información de afiliados y recaudo.

Cabe señalar que estas propuestas aportaron elementos a discusiones e iniciativas sobre el desarrollo del sistema de información, que actualmente se están implementando como la Planilla Integrada de Pago de Aportes y el Registro Único de Afiliados (a pensiones, salud, riesgos profesionales, Sena, ICBF, cajas de compensación familiar y beneficiarios de la red de protección social), al establecimiento de normas y procedimientos para la afiliación de independientes, el control de la evasión y elusión, entre otros.

Entre las opciones planteadas para la promoción de la afiliación de los independientes, se destaca la de subsidios parciales, como una alternativa que trasciende el “todo o nada” de los regímenes contributivo y subsidiado, al plantear el aseguramiento de un amplio grupo de la población sándwich, la cual podría acceder a un paquete de beneficios en salud (parcialmente subsidiado y servicios costo-efectivos) mediante el pago de una prima inferior a la del Régimen Contributivo.

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de los objetivos del proyecto *Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud*, se realizaron una serie de estudios, diagnósticos y evaluaciones entre diciembre de 1999 y enero de 2001, que permitieron conocer mejor los factores que afectan las decisiones de afiliación, pago y recaudo por parte de los agentes económicos, al igual que los procesos de compensación y fiscalización, con el objeto de garantizar el flujo de recursos dentro del Sistema y el pago íntegro y oportuno de los aportes obligatorios para salud.

En el estudio se abordó el análisis de la relación de la población colombiana con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual gravita en gran medida en la población ocupada, que debe cotizar en función de sus ingresos por trabajos asalariados o por cuenta propia. La afiliación al Sistema y los aportes de las personas con capacidad de pago para el aseguramiento dependen del comportamiento del mercado laboral, por lo cual variables como el tipo de empleo, posición ocupacional, condiciones de estabilidad en el trabajo y nivel de los ingresos laborales corrientes, determinan la forma en la cual debe afiliarse al Sistema y la probabilidad de hacerlo.

Los efectos de la volatilidad del empleo y los ingresos laborales inciden en la afiliación, ingresos y costos del Régimen Contributivo, así como sobre los niveles de evasión y elusión a este régimen. Los efectos también se sienten en la incidencia del régimen de vinculados sobre el Sistema, y en los ingresos y la afiliación al Régimen Subsidiado debido al subsidio cruzado desde el Régimen Contributivo.

Como consecuencia, el equilibrio financiero del Sistema depende de los niveles de afiliación al Régimen Contributivo y de las cotizaciones que aportan, mientras el logro de la cobertura universal y la viabilidad del Sistema, dependen de la capacidad para cumplir con estos propósitos en sectores de la economía formal e informal.

A partir de lo anterior, el estudio realizó el diagnóstico de la relación de la población con el Sistema, analizando su comportamiento en los años 1997-2000, periodo que permitió evaluar la situación después de la reforma en salud emprendida en el año 1993. El proyecto además analizó la normatividad y procesos del Sistema, enfatizando en el Régimen Contributivo.

Como resultado, se formularon propuestas y recomendaciones para incentivar la afiliación principalmente de los trabajadores independientes, y el mejoramiento de los procesos de afiliación, pago, recaudo, compensación y fiscalización del pago de las contribuciones de la población con capacidad de pago, tendientes a reducir los niveles de evasión y elusión.

La presente publicación recoge los principales aportes del proyecto en términos de la metodología, diagnóstico y alternativas propuestas. En el Capítulo 1 se presenta una descripción general de los sistemas de seguridad social en salud, enfatizando en el caso colombiano.

Seguidamente, en el capítulo 2 se expone el diagnóstico de la situación de la afiliación, pago y recaudo, identificando la relación de la población con el Sistema a través de la información suministrada por la Encuesta de Calidad de Vida del Dane 1997, del Módulo de salud contratado por el Proyecto de la Encuesta de Hogares del Dane 2000, y de una Encuesta a establecimientos particulares. De igual forma, se analizan los fenómenos de evasión y elusión del Régimen Contributivo en el año 2000, así como el recaudo y la compensación.

El análisis de los procesos (principalmente de las aseguradoras, trabajadores y empresas), los sistemas de información del régimen contributivo y las fuentes de información requeridas para el control de la evasión de aportes, son presentados de manera sucinta en el Capítulo 3.

En el Capítulo 4 se presenta la revisión de algunas experiencias internacionales en la promoción de la afiliación de independientes en países industriales y en desarrollo. En estos últimos, se otorga relevancia a los esquemas de aseguramiento para el sector informal, buscando extraer lecciones para el caso colombiano. En este capítulo se exponen igualmente, experiencias en el control de la evasión y elusión de la afiliación y aportes en los sistemas de salud.

Por último, en el Capítulo 5 se propone un menú de alternativas de política para incentivar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que buscan resolver los problemas relacionados con la definición del ingreso base de cotización, recaudo y permanencia de estos cotizantes en el Sistema. Dentro de estas se contemplan los subsidios parciales, la afiliación vía instituciones prestadoras de servicios de salud, la venta prepagada del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, entre otras

Complementan las anteriores, una serie de propuestas de reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de la afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema, entre las que se encuentra el Número único de identificación personal, el Registro único de aportantes y retenedores del régimen contributivo, el Banco único de afiliados al Sistema, al igual que ajustes a los procesos de recaudo, compensación y fiscalización.

CAPÍTULO 1

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El sistema de salud colombiano creado con la ley 100 de 1993 incorpora en su diseño varios mecanismos orientados a hacer de él un sistema eficiente y equitativo y, en el contexto latinoamericano, un sistema innovador (Gráfico 1.1). El carácter universal de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido por el artículo 153 de la ley, conlleva dos tipos de obligaciones: por un lado, la obligación de todo empleador de afiliar a sus trabajadores a este Sistema, y por el otro, la obligación del Estado de facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

El diseño original de largo plazo contempla la agrupación de la población nacional en dos grandes categorías desde el punto de vista de sus derechos y obligaciones en salud: la población perteneciente al Régimen Contributivo (RC) que financia su aseguramiento mediante cotizaciones obligatorias de salud, y la población del Régimen Subsidiado (RS), que recibe subsidios públicos y privados para financiar su aseguramiento. Deben pertenecer al RC, junto con los miembros de sus grupos familiares, los trabajadores dependientes e independientes cuyos salarios superan montos establecidos por ley con relación al salario mínimo legal vigente (SMLV)¹. El resto de la población considerada “vulnerable”, debe pertenecer al RS. En el largo plazo, todos los colombianos tienen derecho a consumir las atenciones individuales de salud contenidas en un Plan Obligatorio de Salud (POS) y las atenciones colectivas contenidas en el Plan de Atención Básica (PAB).

Para acceder al POS, los afiliados al RC deben cotizar mensualmente el 11% de su sueldo o ingreso. Además, los afiliados deben cotizar mensualmente un 1% adicional de su ingreso para conferir un subsidio cruzado que financia parcialmente el aseguramiento en salud de los miembros del RS. La cotización es realizada individualmente por los trabajadores independientes o en colaboración con el empleador en el caso de los dependientes². El resto del financiamiento del RS proviene de los Ingresos Generales de la Nación.

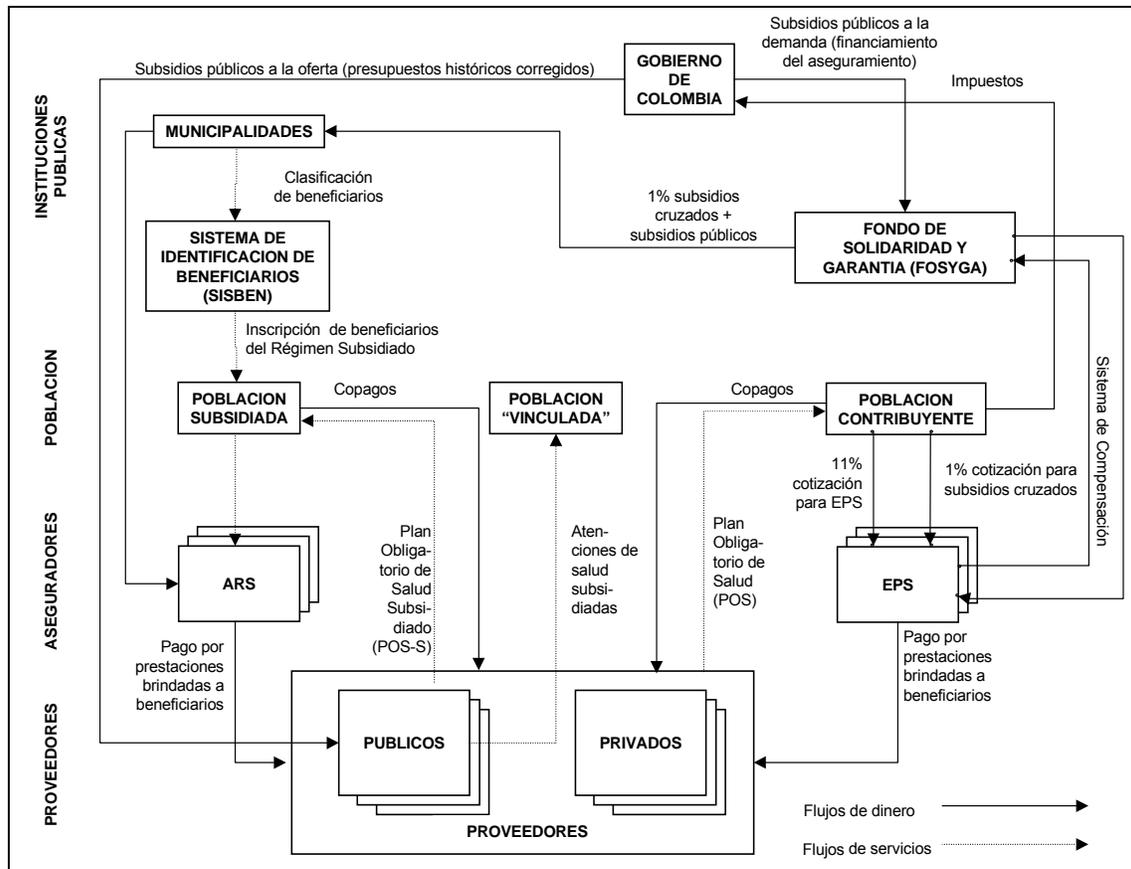
Para acceder al POS, los miembros del RS deben haber establecido su condición de beneficiarios, sometiéndose a un mecanismo de clasificación socioeconómica

¹ Trabajadores asalariados con ingresos iguales o superiores a 1 SMLV. Trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a 2 SMLV. En ambos casos el sueldo base de cotización tiene un techo de 20 SMLV.

² En el caso de los trabajadores dependientes la cotización mensual es igual al 12% del sueldo (4% el trabajador y 8% el empleador). Los trabajadores independientes deben cotizar un 12% de su ingreso.

denominado Sistema de identificación de beneficiarios (Sisbén), el cual es administrado por los municipios. El Sisbén clasifica a la población en seis niveles, con base en ciertas características estructurales del hogar y de sus miembros. Las personas pertenecientes al nivel 1 y 2 del Sisbén llamadas vulnerables, son elegibles para el régimen subsidiado. Pueden pertenecer al RS otras poblaciones, como por ejemplo quienes pertenecen a ciertos grupos étnicos minoritarios y pobres.

Gráfico 1.1 Sistema de salud colombiano



Existe competencia regulada en el aseguramiento, de manera que tanto los miembros del RC como los del RS pueden escoger su propio asegurador de salud, ya sea una Entidad Promotora de Salud (EPS) o una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS).

En principio, los aseguradores no compiten por precio sino por la calidad de su gestión administrativa y sus beneficios médicos y por la cantidad y tipos de atenciones que ofrecen por encima del POS.

Para evitar problemas de selección adversa por parte de los beneficiarios y de selección de riesgo por parte de EPS y ARS, existe un sistema de compensación

“ex post” del riesgo de cartera de los aseguradores, mediante un ajuste mensual de sus cuentas basado en un sistema de primas comunitarias que consiste en cápitas actuariales establecidas para distintos grupos de sexo y edad.

También existe competencia en la provisión entre oferentes de atenciones médicas públicos y privados, y al interior de estos grupos. Ambos tipos de prestadores compiten entre sí por capturar los recursos financieros de los aseguradores como pago por las atenciones médicas otorgadas a sus asegurados.

Durante un período inicial transitorio, se contemplaron algunos mecanismos graduales de cambio. Entre ellos destacan los siguientes:

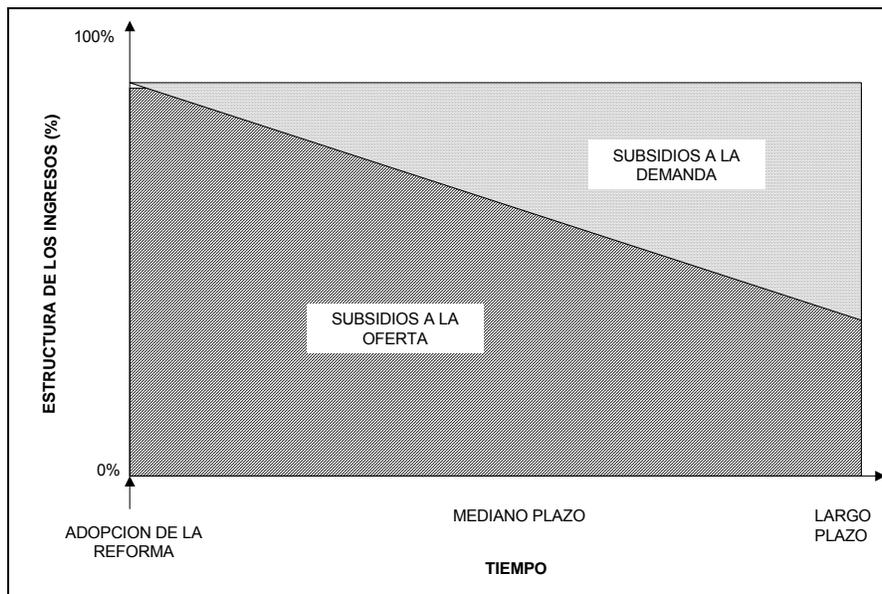
- Un esquema que permita la adaptación gradual de los hospitales públicos al nuevo esquema dentro del cual ya no tienen garantizados todos sus recursos vía oferta sino que tienen que competir por los recursos a través de la celebración de contratos de compraventa con aseguradores;
- Un sistema para garantizar el acceso a la atención de salud de personas de escasos recursos aún no incorporadas el RS; y
- Un arreglo que contempla la convergencia en el tiempo del POS otorgado a los beneficiarios del RC y del inicialmente más modesto Plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S), para los beneficiarios del RS.

El primer mecanismo establecido en la ley 344 de 1996, consiste en la transición progresiva de los subsidios públicos desde un régimen de subsidio a la oferta (por la tradicional vía de presupuestos históricos corregidos para hospitales y centros de salud públicos) a uno de subsidio mixto de oferta y demanda (o ingresos por ventas de atenciones a los aseguradores, ver Gráfico 1.2). Se preveía en la ley que el 60% de los subsidios a la oferta se asignarían a la demanda a partir del año 2000, cuando la cobertura del SGSSS sería universal. Ninguna de las dos metas ha sido alcanzada. De esta manera, se mantendría un 40% de los recursos de oferta para subsidiar los prestadores ubicados en áreas de baja densidad poblacional, donde la venta de servicios a tarifas de mercado no permitiría financiar los altos gastos fijos.

El segundo mecanismo corresponde a la creación de un régimen de población llamada vinculada, la cual no habiéndose incorporado aún al RS, puede no obstante acceder a atención médica gratuita o fuertemente subsidiada en establecimientos públicos de salud.

El tercer mecanismo contempla la provisión de un paquete básico reducido para el RS, el cual se ampliaría progresivamente en el tiempo hasta converger, en el año 2000 según el plan inicial, en el POS.

Gráfico 1.2 Transición del financiamiento de los hospitales públicos



En resumen, se pueden destacar 5 características fundamentales del diseño del SGSSS, a saber:

- El sistema es solidario, por cuanto los que tienen más recursos económicos y pertenecen al RC otorgan un subsidio cruzado para ayudar a pagar la afiliación de las personas de menores ingresos. Esta solidaridad no sólo ocurre desde el RC hacia el RS a través del 1% solidario, sino también al interior del RC;
- Competencia por afiliados entre EPS y ARS;
- Competencia por recursos financieros entre prestadores públicos y privados;
- Financiamiento mixto -público y privado- del aseguramiento; y
- Financiamiento mixto de prestadores, no sólo durante una primera etapa de implantación, sino también en el largo plazo, dado que muchas localidades rurales de baja densidad de población y con escasos recursos no presentan condiciones que permitan la actividad privada en el aseguramiento o en la provisión.

El equilibrio financiero del Sistema depende críticamente de la cantidad de personas que se afilia al RC y del monto de cotizaciones que éstas aportan al Sistema. En otras palabras, el logro tanto de la cobertura universal como de la convergencia del POS depende de los niveles de afiliación y aportes. Por lo

anterior se puede afirmar que la viabilidad del SGSSS depende en gran medida de la facultad del Sistema para afiliarse a personas y recaudar aportes en los sectores formal e informal de la economía.

La anterior descripción del sistema colombiano es importante en la medida en que, es razonable predecir que un sistema como este, implantado en un país con alta informalidad en el empleo, o con elevados niveles históricos de evasión y elusión de impuestos, o con una tradición de un sistema de salud público generoso hacia la población general, enfrentará grandes desafíos. Colombia reúne esas tres características y por ende quienes afinen y administren el SGSSS requerirán de ingenio y dedicación para superar problemas de evasión y elusión de gran magnitud e inherentes al país.

(T1) A. DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA

Algunas características del mercado de aseguramiento en salud así como del SGSSS en Colombia influyen en forma decisiva en la no afiliación, sea de la población con capacidad de pago para calificar en el régimen contributivo, sea de la población comúnmente denominada 'sándwich' que no es lo suficientemente pobre (desde el punto de vista de la pobreza estructural) para ser elegible para un subsidio total en el RS, ni tiene la capacidad suficiente de pago para cubrir las cotizaciones al RC³. Entenderlas es importante no sólo para comprender los problemas de evasión en el régimen contributivo sino también para plantear algunas de las restricciones que encontrará cualquier propuesta de ampliación de cobertura de aseguramiento.

(T2) 1. Demanda de aseguramiento

Como la mayor parte de las enfermedades son impredecibles, una persona no puede planear su consumo de atención de salud de la misma forma en que planea su consumo de alimentos. Sin embargo, frente a esta incertidumbre un grupo de individuos, cada uno de los cuales está en riesgo de pasar por una circunstancia negativa (por ejemplo, una enfermedad), a menudo puede mejorar su situación agrupando sus riesgos, lo que reduce por lo tanto, el riesgo que enfrenta cada individuo.

³ En el primer caso se trata de un problema de evasión a la afiliación mientras que en el segundo caso se trata de deficiencias en la cobertura del SGSSS. Se distingue evasión y no-afiliación por razones pedagógicas para referirse en el primer caso a la no afiliación y no pago de las cotizaciones debidas por parte de la población objetivo del régimen contributivo y en el segundo caso a la no afiliación de la población sándwich.

La agrupación de los riesgos (*risk pooling*) puede reducir el riesgo, porque aunque no se puede predecir una circunstancia para sólo un individuo, se puede predecir la cantidad de circunstancias que ocurrirán en un grupo numeroso de individuos (aunque se desconozca cuales individuos del grupo la experimentarán). Entre más grande sea el grupo más predecible serán los resultados⁴. Los seguros son una forma de agrupar los riesgos, que es muy adecuada para los tipos de riesgos financieros asociados con la enfermedad. A cambio de un pequeño pago monetario al comienzo de un período, una compañía de seguros acuerda compensar al individuo de una manera específica en el caso de que se produzcan circunstancias inesperadas definidas. A cambio de un pago de prima al inicio del período, la compañía aseguradora acuerda reembolsar al asegurado los gastos asociados con los tipos de servicios de atención de salud. Las personas se aseguran porque son *aversas* al riesgo. La aversión de una persona al riesgo se refiere a la medida en que ella prefiere cierto ingreso (perfectamente predecible) a una alternativa arriesgada, que tiene el mismo ingreso esperado.

¿Ahora, en qué circunstancia un individuo toma la decisión de asegurarse? Como se verá a continuación, esta decisión depende de un número importante de variables donde el control (fiscalización) es apenas una de muchas variables y donde, por lo tanto, cualquier política enfocada a promover la afiliación o controlar la evasión, tendrá que atacar simultáneamente varios frentes para lograr sus objetivos.

La decisión de afiliarse a un seguro depende del balance entre los beneficios netos asociados a la afiliación y aquellos asociados a la no afiliación o evasión en el caso de un esquema obligatorio de aseguramiento (régimen contributivo). Los beneficios netos asociados a la afiliación, a su vez dependen de la aversión al riesgo (esta aumenta entre otros, con el estado de salud y la edad dado que existe una mayor probabilidad de enfermarse), del monto de la prima o contribución, de la cantidad y tipo de servicios ofrecidos, y de la facultad de acceder al servicio al evadir la afiliación. En caso de tratarse de un esquema de aseguramiento obligatorio, habría que agregar a esta lista de costos y beneficios del aseguramiento, la multa causada al evadir la obligación de efectuar los aportes. El Cuadro 1.1 presenta un resumen de los principales determinantes de la demanda por aseguramiento. A continuación discutiremos algunos de estos componentes conceptualmente y en relación con el SGSSS colombiano.

Cuadro 1.1 Principales determinantes de la demanda por aseguramiento

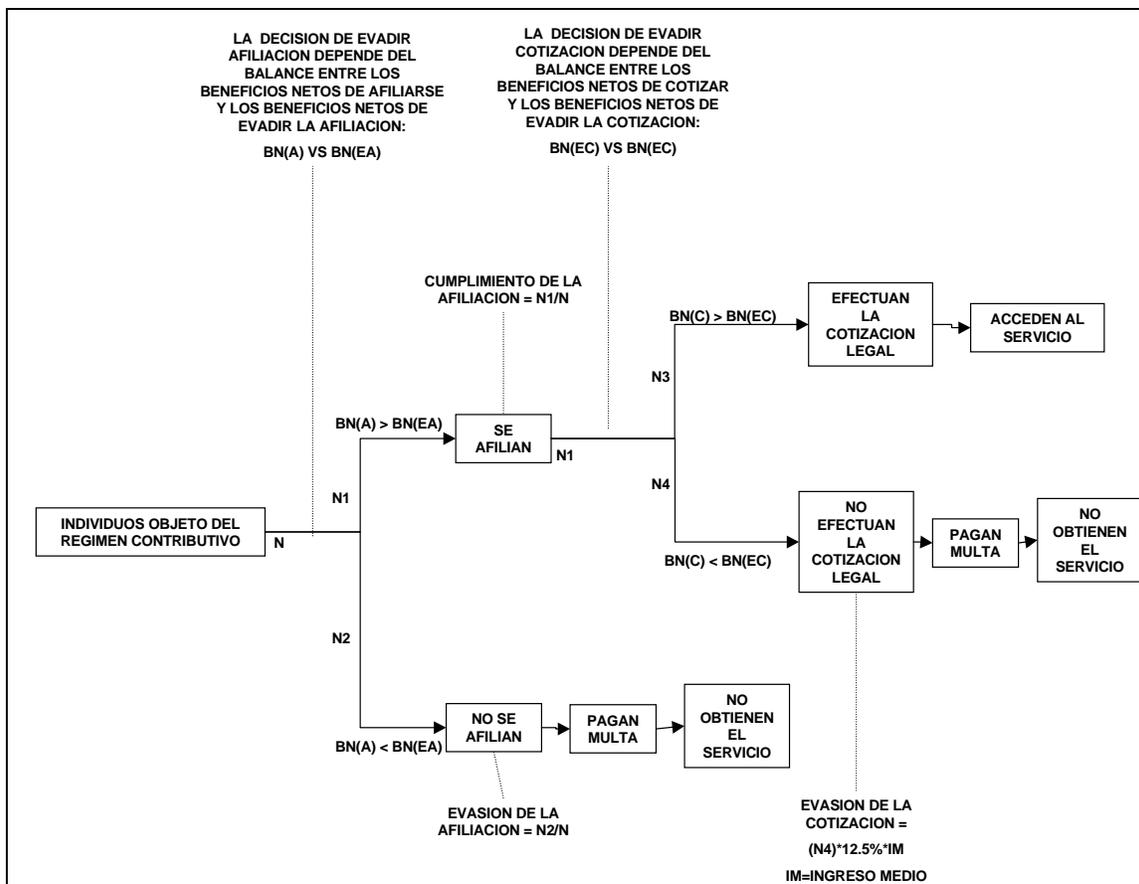
Determinantes de la demanda por aseguramiento	Relación con el nivel de evasión
Aversión al riesgo	Disminuye
Monto de la prima o nivel de la contribución (precio)	Aumenta
Paquete de beneficios asegurados (cantidad y calidad de servicios)	Disminuye

4 Esto es una aplicación de la ley de los grandes números al mercado de aseguramiento en salud.

Determinantes de la demanda por aseguramiento	Relación con el nivel de evasión
ofrecidos)	
Posibilidad de acceder a servicios sin hacer las contribuciones	Aumenta
Nivel de la multa en caso de no afiliarse (sólo cuando la afiliación es obligatoria)	Disminuye

El Gráfico 1.3 ilustra la situación que enfrentaría un individuo respecto a las decisiones de afiliarse al RC y de cotizar el monto legal. En condiciones de certidumbre y con perfecto control y castigo de evasores, el individuo conoce exactamente cuando requerirá servicios médicos (para él y su familia) y que tipos y cantidades demandará. Además, enfrenta con certeza una multa de valor conocido si no se afilia y otra multa conocida si se afilia pero evade parcial o totalmente su cotización. Por último, si el individuo no se afilia o si se afilia pero evade su cotización, entonces tendrá que pagar los gastos médicos del bolsillo. En este escenario determinístico y de reglas claras, la persona fácilmente podría decidir si evade la afiliación, la cotización o ambas, comparando los beneficios netos (beneficios menos costos) asociados a la evasión de afiliación y cotización, con los asociados al evadir una obligación pero no la otra, con los asociados a no evadir ni afiliación ni cotización. La decisión de evasión dependerá del costo de la contribución, del costo de los servicios médicos que espera consumir y, en el caso de la población objetivo del régimen contributivo, de las magnitudes de las multas por evasión.

Gráfico 1.3 Decisión de evasión afiliación o cotización en condiciones de certidumbre



Ahora, en el mundo real y en el ámbito del SGSSS existe incertidumbre y asimetría de información: el individuo no conoce cuantos servicios médicos necesitará en el futuro ni cuándo los requerirá, los individuos conocen mejor su estado de salud que los aseguradores, los castigos no se dan en forma automática y por último, tampoco es seguro que tendrá que enfrentar por sí sólo los gastos médicos en el futuro en caso de enfermarse. Esta situación induce un conjunto de comportamientos evasivos cuya explicación y solución no son sencillos. Estos comportamientos se describen a continuación en cuanto están directamente relacionados con el problema de evasión por no afiliación.

(T2) 2. Fallas de mercado del aseguramiento en salud

El sector salud muestra una amplia variedad de planes de seguros. La institución de seguros puede ser privada o pública, los pagos que realizan los beneficiarios pueden clasificarse como primas o cargos y los beneficios pueden ser pagados en forma de indemnizaciones (pagos fijos para casos particulares), reembolsos para costos realmente hechos o en la provisión directa de servicios de atención de salud. Para ser eficientes y sustentables, todos los planes de seguros deben

hacerse cargo eficazmente de cuatro fuentes de fallas del mercado: (i) las economías de escala, (ii) el riesgo moral, (iii) la selección adversa y (iv) la selección de riesgo. Una combinación de estos factores explica el poco desarrollo de los mercados de aseguramiento para el sector informal de la economía.

(T3) 2.1 Economías de escala

Las economías de escala se refieren al fenómeno de la disminución de los costos promedio de una organización a medida que aumenta la producción. Una fuente clásica de economías de escala son los grandes costos fijos. En el sector de seguros, aunque algunos costos varían con el volumen (por ejemplo, el procesamiento de solicitudes), otros costos importantes como el cálculo de las primas adaptadas al riesgo, no varían con la cantidad de gente asegurada. Los contextos sociales con poblaciones muy grandes pueden ser capaces de contener varias grandes compañías de seguros, aprovechando así los beneficios de las economías de escala y la competencia entre las compañías de seguro. Sin embargo, en los mercados pequeños, que no pueden mantener varias compañías grandes de seguros, se puede elegir entre una gran cantidad de compañías pequeñas, compañías menos eficientes técnicamente o un enfoque de empresa pública que regule las pocas compañías de seguros grandes o que otorgue seguros públicos.

(T3) 2.2 Riesgo moral (*Moral hazard*)

La cobertura de seguros puede cambiar la conducta individual en formas que conducen a una falla del mercado, cuando ello ocurre se habla de riesgo moral. En primer lugar, al saber que sus pérdidas financieras están cubiertas, puede que los individuos asegurados tomen menos precauciones para prevenir una pérdida que está asegurada. Los que tienen un seguro de atención de salud puede que tengan menos cuidado para evitar lesiones o enfermedades. En segundo lugar, y más importante en el sector salud, como un individuo asegurado no paga por el costo total del tratamiento, una vez que se produce una circunstancia que atañe al seguro puede incurrir en pérdidas mayores que si no estuviera asegurado. Si se enferma, un individuo asegurado puede visitar más al médico, consumir más medicamentos, etc., que si no estuviera asegurado. Esta situación crea un aumento de los gastos médicos de las aseguradoras y por ende un aumento de las primas cobradas. Ahora, en el nivel más alto de primas algunos individuos se desafiliarán reduciéndose de esta manera la demanda por aseguramiento.

La situación anteriormente descrita explica porque las aseguradoras se han desarrollado primero ofreciendo servicios de baja elasticidad de demanda y porque usualmente ofrecen una cobertura más integral y completa para este tipo de servicios. Explica igualmente las políticas de copagos y deducibles de una gran cantidad de compañías de aseguramiento.

(T3) 2.3 Selección adversa

Las personas no pueden predecir con exactitud su estado de salud futuro, aún cuando tengan cierto conocimiento respecto a él con base en antecedentes genéticos (por ejemplo, historia de diabetes en la familia) o históricos (condición preexistente, como hipertensión). La decisión de una persona de afiliarse al RC está directa y positivamente correlacionada con su percepción de la probabilidad de necesitar atención médica en el futuro. Es decir, mientras más elevada sea la percepción de enfermedad futura, más propensa será una persona a obtener cobertura médica con un asegurador.

Si no existen mecanismos legales (por ejemplo la afiliación universal compulsiva) para prevenir que quienes demanden y obtengan seguros de salud sean las personas con mayor riesgo de enfermar, o mecanismos de protección adoptados por los propios aseguradores (por ejemplo carencias por preexistencias), entonces la industria de los seguros puede desaparecer, ya sea por quiebra o por un aumento apreciable de las primas y una consecuente desaparición de la demanda. De la misma manera, habría incentivos a la evasión a la obligación de afiliarse de la población que perciba una baja probabilidad de necesitar atención médica en el futuro. En el lenguaje de los aseguradores esta situación ha venido denominándose el espiral de la muerte (*death spiral*).

Cuando una aseguradora tiene una proporción exagerada de enfermos tendrá que aumentar las primas y/o copagos. Ello a su vez llevará a la desafiliación de los más sanos, aumentándose aún más los gastos médicos por afiliados. Eventualmente el asegurador se retirará del mercado porque los costos promedios y las primas vuelven el aseguramiento inalcanzable para la mayoría. Este espiral de la muerte ha sacado del mercado a una gran cantidad de compañías de aseguramiento y planes gubernamentales de salud en el mundo. Este problema se agudiza cuando hay varios aseguradores y cuando la afiliación es voluntaria: los menos enfermos no se afiliarán y los más enfermos seleccionarán aquellas aseguradoras que les ofrecerán los mejores servicios.

(T3) 2.4 Selección de riesgo

La selección de riesgo, también denominada descreme, es el resultado de acciones tomadas por las compañías de seguros que son capaces de diferenciar a los individuos de alto y bajo riesgo mejor que los individuos mismos. Al descremar, la compañía selecciona determinadamente a los individuos de bajo riesgo para su cobertura, cuyas pérdidas esperadas se encuentran por debajo de la prima cobrada, lo que lleva a un mayor beneficio. Las compañías de seguros pueden descremar de varias maneras, que incluyen el requerimiento de una evaluación médica ex ante la afiliación, la estructuración de los paquetes con el fin de atraer los individuos más sanos, la introducción de copagos y deducibles altos para ciertos servicios. Todos ellos son políticas que inducen a los individuos a autoseleccionarse en diferentes categorías de riesgo.

(T2) 3. Incentivos a la afiliación/evasión

En forma adicional, dentro del Sistema existen una serie de situaciones que se constituyen en incentivos a la evasión, entre las que se encuentran:

(T3) 3.1 Castigo a evasores

En Colombia existe una norma que prevé la afiliación obligatoria para la población con capacidad de pago. Sin embargo, el Sistema no pareciera establecer claros castigos a los evasores. Hacerlo consistiría en establecer multas y probabilidades de detección de infractores, tanto para trabajadores independientes, como para los trabajadores dependientes y sus respectivos empleadores. La responsabilidad para ello es de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), pero ésta no cuenta ni con el recurso humano ni con la infraestructura suficiente y adecuada para desempeñar estas tareas. La oficina que se ocupa de estas funciones se limita a procesar las quejas relacionadas con la evasión de la obligación a la afiliación de los empleadores y no existe un programa de fiscalización sistemático de las empresas y menos del sector independiente. Nadie está vigilando la integridad de los aportes, la subdeclaración del Ingreso Base de Cotización (IBC), ni controlando la evasión por no afiliación de personas con contrato de trabajo. Los anteriores factores se conjugan para crear en la población la percepción de que el castigo es poco probable aumentando de esta manera los incentivos de evadir las obligaciones legales.

(T3) 3.2 Seguro implícito para los no afiliados

Como se indicó anteriormente, la decisión de afiliarse o no depende en gran medida de la percepción acerca de los costos médicos que el individuo debiera asumir en caso de una enfermedad o accidente. Este constituye el costo de oportunidad de no afiliarse⁵ que depende de las posibilidades de acceder en forma gratuita o casi gratuita a la red pública; cuando éstas existen no hay incentivo para afiliarse.

La reglamentación de la Ley 100 creó la llamada condición de vinculado para las personas pobres que no pertenecen todavía al RS. Sin embargo, en la práctica los pacientes atendidos en la red pública como vinculados han incluido personas de todos los niveles socioeconómicos y no sólo a los más pobres. Ello hace que muchas de las personas que evaden la afiliación al RC puedan de todos modos acceder a atención médica subsidiada o gratuita en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas.

Del mismo modo, se genera un problema severo de focalización en los recursos públicos ya que se atienden en forma gratuita a personas que tienen alguna capacidad de pago. La atención médica para la población no afiliada es bastante más barata en el hospital público que en el hospital privado y ello no sólo es así para los más pobres sino en general para toda la población.

(T4) a. Financiamiento de los hospitales públicos

La Ley establece un sistema de tarifas en hospitales públicos que depende del nivel Sisbén del paciente. Sin embargo, como muchas o todas las leyes, su funcionamiento depende de los incentivos positivos que esta confiera y de los incentivos negativos o sanciones, que esta imponga cuando no se la respeta.

El caso del financiamiento de los hospitales públicos en Colombia no discrepa de otras reformas de esta naturaleza que se han intentado emprender en la región latinoamericana. En todas ellas existen los siguientes cuatro elementos comunes que concurren para sabotear este tipo de reforma: (i) el alto costo político que implicaría dejar que los hospitales públicos sucumban en caso de fallar en su capacidad de generar recursos por la vía de la venta de servicios; (ii) los intereses de los funcionarios de los establecimientos públicos, que se ven amenazados por este tipo de reforma; (iii) la enorme dificultad práctica de focalizar adecuadamente los subsidios a la demanda y de aplicar correctamente tarifas a los demandantes cuando no existe un sistema apropiado de identificación de beneficiarios y; (iv) la escasa información disponible en los hospitales para identificar correctamente los usuarios. Estos cuatro temas son abordados a continuación.

⁵ Otra parte del costo de oportunidad estaría dado por las multas, castigos etc. derivados de una fiscalización.

- **Voluntad Política.** El seguro de salud implícito que constituyen los hospitales públicos en todo el mundo torna políticamente muy delicado el prospecto de permitir que alguno de ellos, o todos, quiebren financieramente. Quienes trabajan en estas instituciones conocen muy bien este argumento o Talón de Aquiles de las reformas del sector salud, y por ende saben que es improbable que ningún gobierno, por duro que fuera permitiera que los hospitales públicos cierren. Los funcionarios de esas instituciones generalmente no colaboran en avanzar en la dirección de las reformas financieras pues saben que, aunque no lo hagan, ello no significará el cierre de esas entidades y el consecuente término de sus respectivas fuentes de trabajo.

Aunque se preveía que para el año 2000 sólo el 60% de los ingresos de los hospitales públicos provendría de subsidios a la oferta, y el resto de subsidios a la demanda a través de la venta de servicios a EPS y ARS, en la práctica en el año 2001 los hospitales públicos siguen dependiendo casi exclusivamente de presupuestos históricos corregidos. Actualmente cuentan con mayores presupuestos reales que en el año 1994. Además, enfrentan déficits más elevados que nunca en su historia.

Desde luego, para que la política de autofinanciamiento parcial de los hospitales públicos pueda ser una realidad, estas instituciones deben contar con herramientas que les permitan llevar a cabo esa misión, para lo cual es necesaria una inversión pública. El personal de los hospitales requiere contar con métodos de administración modernos, con sistemas de identificación de beneficiarios y, desde luego, con la facultad de contratar o despedir a su personal. Todas esas son condiciones necesarias, aunque insuficientes en ausencia de voluntad política, para lograr que los hospitales públicos sean instituciones que acepten el prospecto de ver caer su presupuesto garantizado y de tener que suplir el déficit con la venta de servicios a pacientes.

- **Intereses de los funcionarios de hospitales públicos.** La inamovilidad del personal de los hospitales públicos, como también de otras instituciones gubernamentales, se traduce en una garantía que atenta contra el buen funcionamiento de estas instituciones. Esto ha sido ampliamente debatido en el ámbito de las políticas públicas en América Latina y en la literatura (Barnum, H y Kutzin, J, 1992). La inamovilidad laboral en establecimientos elimina el mayor incentivo que existe en empresas privadas para lograr un buen desempeño: conservar el puesto de trabajo y los ingresos que de él se derivan.

Con el tiempo, la garantía de permanencia se traduce en que la productividad de los establecimientos públicos se torna baja. Al interior de estas instituciones se generan intereses que se ven amenazados con el prospecto de autonomía de hospitales públicos, cambios en los sistemas de financiamiento, etc.

La amenaza de ver sus empleos e ingresos garantizados debilitados por una reforma, como por ejemplo la transición hacia un sistema de financiamiento por subsidios a la oferta y demanda, hace que los funcionarios públicos se opongan a ella. Por otro lado, es difícil concebir una solución al problema de la evasión y elusión al RC sin la colaboración de los hospitales públicos, que constituyen el punto donde finalmente concurren los beneficiarios y no beneficiarios del sistema.

- **Sistema de identificación de beneficiarios.** El sistema de tarificación de hospitales públicos requiere de la capacidad de éstos para determinar el nivel Sisbén de los pacientes que concurren a demandar atención. En principio las personas clasificadas como vinculadas son las económicamente vulnerables o sin capacidad de pago, las cuales debieran pertenecer a los niveles Sisbén 1, 2 y 3. Quienes pertenecen a los niveles Sisbén 4, 5 y 6 debieran pagar el 100% de la tarifa Soat (Seguro obligatorio de accidentes de tránsito). El problema de los hospitales públicos es identificar a las personas según su nivel Sisbén, lo cual por el momento es de difícil solución por dos razones: los pacientes tienen el obvio incentivo de ocultar o distorsionar la información sobre su nivel Sisbén o nivel socioeconómico para así obtener atención gratuita; y los funcionarios de los hospitales públicos no asocian un beneficio a la función de cobranza.
- **Clasificación de los usuarios es imposible sin información.** La situación típica de acceso a un hospital público consiste hoy en día en la “auto-identificación”: el paciente muestra su carné Sisbén, un extracto de servicios públicos u otro documento personal que comprueba su pobreza. Esta información se confronta rara vez con bases de datos de otras fuentes. No sorprende en este contexto que abunden las anécdotas respecto al uso indebido de carnés Sisbén de otras personas, la falsificación de los estratos y otras formas para garantizar un acceso subsidiado a los servicios de salud. Aún son muy incipientes los esfuerzos por entregar a los hospitales en todo el país las bases de datos de afiliados y Sisbén. En estas circunstancias resulta improbable que los hospitales públicos identifiquen correctamente a los pacientes.

En resumen, con el actual sistema de incentivos y con la escasez de información en hospitales públicos no es realista esperar que estas instituciones colaboren en la reforma al SGSSS. Para que lo hagan, tiene que haber un cambio fundamental en las reglas del juego y, posiblemente también, una reestructuración de los hospitales públicos.

(T4) b. Contribución a salud y su efecto sobre el empleo y recaudo

El nivel de la contribución influye en forma decisiva en la evasión o demanda por aseguramiento. En efecto, los niveles de evasión a la afiliación (EA) y evasión de

cotizaciones (EC) al Sistema dependen directamente de la magnitud de la cotización, ya sea que esta se establezca como un porcentaje del ingreso o como un monto fijo e independiente del ingreso. El análisis del problema de la cotización de salud es idéntico al de cualquier impuesto sobre la mano de obra. Aún cuando trabajadores dependientes o independientes enfrenten el mismo nivel de cotización, o aunque sus mercados de trabajo estén caracterizados por iguales elasticidades de demanda y oferta, mientras mayor sea la magnitud de la contribución más alto será el aumento del desempleo en los mercados. Al aumentar el desempleo disminuye la capacidad de pago de las personas desempleadas y, por ende, su propensión a afiliarse al RC o a cotizar en él una vez afiliados.

La consecuencia de la cotización de salud (por ejemplo del 12%) en el mercado del trabajo para trabajadores dependientes o independientes depende de la elasticidad de la oferta (ε_D) y la elasticidad de la demanda (ε_O) por mano de obra. Como se aprecia en el Gráfico 1.4, la consecuencia de la cotización del 12% en el mercado del empleo se puede determinar infiriendo los nuevos puntos de equilibrio del mercado (Q_B y P_B), luego de imponerse la cotización, cuando el punto de equilibrio inicial es Q_A y P_A . Es fácil demostrar que el nuevo punto de equilibrio de mercado luego de adoptada la cotización del 12% ($t=0,12$) estará dado por las siguientes ecuaciones⁶:

$$P_B = P_A \cdot \left(\frac{t}{1 + \frac{\varepsilon_D}{\varepsilon_O}} + 1 \right) \qquad Q_B = \varepsilon_D \cdot P_A \cdot \left(\frac{t}{1 + \frac{\varepsilon_D}{\varepsilon_O}} \right) + Q_A$$

Si la demanda por trabajo es inelástica ($\varepsilon_D=0$) entonces la adopción de la cotización al RC no cambia el nivel de empleo formal en el mercado ($Q_B=Q_A$), el patrón asume completamente el costo de la cotización, y el nuevo precio (o remuneración) de la mano de obra (P_B) es igual al precio anterior más la cotización ($P_B=P_A \cdot [1+t]$). Si la demanda por trabajo es elástica ($\varepsilon_D < 0$) entonces la cotización de salud tiene el efecto de disminuir el empleo, aunque el aumento en el salario de equilibrio ($P_B - P_A$) es inferior al monto de cotización ($P_A \cdot t$). Del Gráfico 1.4 y de las

⁶ Se define las elasticidades demanda y oferta respectivamente, de la siguiente manera (en referencia a el Gráfico 1.4):

$$\varepsilon_D = \frac{Q_B - Q_A}{P_B - P_A} \quad \text{y} \quad \varepsilon_O = \frac{Q_B - Q_A}{P_C - P_B}$$

(T4) c. Tratamiento simétrico de asalariados e independientes

Las cotizaciones de seguridad social afectan el "precio del trabajo" y de esta manera afectan el mercado de trabajo en su composición, nivel de empleo y salarios. Los empleadores, que generan la demanda por trabajo, perciben las cotizaciones en gran medida como un impuesto. Los individuos, que constituyen la oferta de trabajo, pueden percibir que su compensación es un impuesto puro o que por lo menos parte de ésta constituye una prestación social real. Por otra parte, al igual que en el resto de América Latina, en Colombia existe un mercado laboral fuertemente segmentado donde convive un sector moderno (sector formal) con un sector que carece en gran medida de vínculos con la economía formal y, en particular con el Estado (sector informal). En la sección anterior se mostró que la introducción de cotizaciones de seguridad social puede afectar el nivel salarial y el nivel de desempleo de la economía en general. Interesa ahora saber como cotizaciones diferenciales entre asalariados e independientes como las que existen en el país afectan estas variables y por ende la evasión en ambos segmentos de la economía.

Las condiciones legales de cotización, parecieran establecer un sistema asimétrico de aportes al RC entre trabajadores dependientes e independientes (incluyéndose el sector informal): mientras que los primeros deben aportar sólo un tercio (4%) de la cotización total (los otros dos tercios, u 8%, lo financia el patrón) los segundos, al no tener empleador, deben financiar completamente su aporte del 12%. La reacción de ambos segmentos del mercado laboral frente a las cotizaciones de seguridad social en salud depende de las respectivas elasticidades de oferta y demanda por trabajo en el mercado de los asalariados y de los informales⁷. En la medida que las elasticidades de la oferta por empleo formal e informal (ϵ_{OF} y ϵ_{OI} , respectivamente) sean iguales entre sí y que también lo sean las elasticidades de la demanda por empleo formal e informal (ϵ_{DF} y ϵ_{DI}), entonces no existe asimetría. Es decir, al cumplirse esas condiciones, las consecuencias sobre el nivel de empleo y la incidencia sobre el trabajador de la cotización de salud son iguales para trabajadores formales e informales. No habría entonces efectos diferenciales sobre los niveles de evasión en ambos sectores. Sin embargo, al ser distintas las elasticidades de oferta y demanda respectivamente, en ambos mercados, entonces la exigencia de que trabajadores formales e informales coticen ambos un mismo monto (en este caso un 12%) sí crea asimetrías en el tratamiento de formales e informales.

⁷ La elasticidad de la oferta y demanda está dada por la inclinación de las curvas de demanda y oferta mostradas anteriormente. Una oferta (o demanda) inelástica de trabajo se ilustraría mediante una curva vertical: cambios en los salarios afectarían nada o muy poco la oferta (o demanda) por este bien.

Para ilustrar lo dicho anteriormente puede citarse un trabajo reciente (Edwards S, 1999) que indicaría que en Chile la elasticidad de la demanda por trabajo es mayor en el sector informal (-0.5 a -0.7) que en el sector formal (-0.4 a -0.6), y que la elasticidad de oferta es igual en ambos sectores (0.5). Lo anterior tendría consecuencias para la evasión: una semejante asimetría podría resultar en niveles de EA y EC más elevados en el mercado de los trabajadores informales. En caso de ser así -es decir, si los trabajadores informales se viesen más perjudicados en su nivel de empleo e ingreso que los formales como consecuencia del sistema único de cotización, un 12% parejo para todos-, la prescripción de política sería disminuir a un porcentaje menor la cotización para trabajadores informales hasta el punto en que, en cada nivel de ingreso, trabajadores formales tuviesen igual propensión a afiliarse y a cotizar en el RC.

Esto es importante para Colombia en la medida en que cualquier propuesta para ampliar la cobertura en salud al sector informal mediante la introducción de la obligatoriedad de la afiliación en las empresas del sector informal debería tener en cuenta su posible efecto sobre el nivel de empleo.

(T3) 3.3 Vacío legal

Existe una discontinuidad “topológica” en el sistema legal de clasificación de los colombianos respecto a sus derechos y obligaciones de pertenencia al SGSSS. En el caso del RS, esta confusión no se presenta pues la ley establece que deben pertenecer al RS todas las personas que son clasificadas en los niveles Sisbén 1 y 2. En circunstancias excepcionales en que un municipio cuenta con excedentes luego de haber incorporado a todas las personas con niveles Sisbén 1 y 2, entonces puede optar a incorporar al RS a personas pertenecientes al nivel Sisbén 3. En el caso del RC en cambio, se presenta la discontinuidad o el vacío legal en la clasificación. En efecto, existen trabajadores dependientes que no cumplen con las condiciones de pertenencia al RS, pero que (ilegalmente) perciben un sueldo inferior a 1 SMLV y por ende no enfrentan la obligación de pertenecer al RC. Asimismo, existen trabajadores independientes, cuyo nivel Sisbén es superior al nivel 2, pero que por ley no están obligados a pertenecer al RC puesto que sus ingresos son inferiores a 2 SMLV.

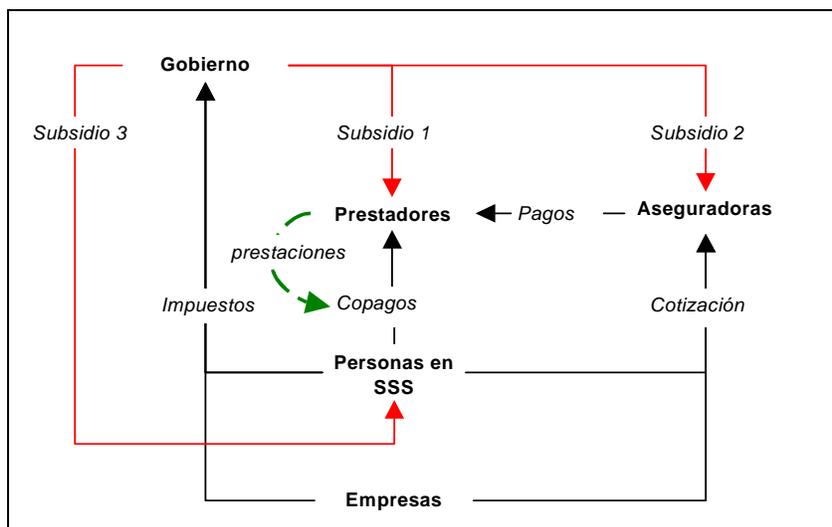
Vale mencionar que no existe una prohibición administrativa ni legal para la incorporación de los trabajadores sándwich al RC. Sin embargo, puesto que el monto base para el piso de cotización es de 1 SMLV y 2 SMLV para trabajadores formales e independientes respectivamente, aquellos trabajadores con ingresos inferiores a esos debieran efectuar cotizaciones efectivas superiores al 12% de sus ingresos. Por ejemplo, un trabajador independiente con un ingreso de 1 SMLV que se afiliase al RC, debiera cotizar 0,24 SMLV (12% de 2 SMLV) para

pertenecer al RC. Esto equivale a un 24% de su ingreso. Es claro entonces, que la norma actual que establece las condiciones de cotización, aunque no prohíbe, desfavorece fuertemente la afiliación al RC de personas pertenecientes a la población sándwich

(T1) B. COBERTURA Y FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD

El equilibrio financiero en los sistemas de seguridad social en salud exige la financiación de las prestaciones que los prestadores entregan a las personas. Las diversas formas de hacerlo configuran diferentes opciones de política respecto de la organización de estos sistemas. Así, las prestaciones se pueden financiar con copagos de las personas y las empresas, con pagos por parte de las aseguradoras, o con subsidios de parte del gobierno. Éstos, a su vez, pueden entregarse directamente a los prestadores, a las aseguradoras (para que éstas lo canalicen en el pago), o a las personas (para que lo canalicen vía cotización o vía copago). Finalmente, el gobierno se financia con impuestos de las personas y las empresas. Todas estas consideraciones se presentan en el Gráfico 1.5.

Gráfico 1.5 Esquema conceptual simplificado seguridad social en salud



Por otra parte, que las personas tengan o no derecho a estos subsidios depende fundamentalmente de sus ingresos y en algunos países, de su condición de salud.

La importancia de la información es clave para la adecuada circulación de estos recursos. En efecto, importantes filtraciones se pueden producir debido a problemas de información. Estas filtraciones pueden ser, usando lenguaje estadístico, "Errores de Tipo I" o "Errores de Tipo II". Los "Errores de Tipo I"

ocurren cuando se excluye de los subsidios a personas pobres, lo que corresponde a problemas de cobertura. Los “*Errores de Tipo I*” se producen cuando personas no pobres reciben subsidios, lo que resulta en una inadecuada focalización de éstos (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2 Errores tipo I y II en los sistemas de seguridad social en salud

	Reciben subsidios	No reciben subsidios
Personas pobres	Correcta focalización de los subsidios	Error de tipo I: mala cobertura de los subsidios
Personas no pobres	Error de tipo II: filtración de recursos	Correcta focalización de los subsidios

En la mayoría de los países la afiliación al sistema y el correspondiente pago de cotizaciones es obligatorio para los trabajadores dependientes. La evasión y elusión corresponden al incumplimiento de estas obligaciones, como se muestra esquemáticamente en el Cuadro 1.3.

Cuadro 1.3 Evasión y elusión de afiliación y pago

	Afiliación	Pago de aportes
Evasión	La persona obligada a afiliarse simplemente no lo hace.	La persona obligada a pagar no lo hace, o paga menos.
Elusión	La persona no es obligada a afiliarse al sistema que le correspondería o en la categoría adecuada.	La persona no es obligada a pagar lo que le correspondería, sino menos.

Los gobiernos -o, más en general, las instituciones interesadas- cuentan con diversos mecanismos para asegurar la correcta focalización de los subsidios. Las personas no pobres cuentan a su vez con diversos mecanismos para evadir o eludir sus obligaciones en el sistema de seguridad social en salud y acceder a subsidios que no les pertenecen. Por ejemplo, si el gobierno financia a los hospitales públicos pero sin exigir que recauden de cada paciente y su asegurador lo que les corresponde pagar, las personas no pobres accederán a este subsidio atendiéndose en tales hospitales si les conviene. Para ello, probablemente informarán erróneamente sus características. Si las autoridades del hospital no cuentan con un adecuado sistema de información acerca de sus pacientes y sus características, no podrán recaudar los pagos que corresponde. Si el gobierno entrega a las aseguradoras un subsidio por cada afiliado pobre (por ejemplo, complementando su cotización), las personas no pobres accederán a él tergiversando la información sobre su ingreso. Lo mismo ocurrirá con subsidios pagados a la persona directamente. Todos estos son “Errores Tipo I”.

El punto central es que el Sisbén, por las variables que incluye es un buen indicador de pobreza estructural, y por las variables que omite, básicamente el ingreso corriente del hogar, no es un buen indicador de la capacidad de pago. La presunción del legislador en este caso, fue posiblemente que pobreza estructural (medida por el Sisbén) y capacidad de pago (medida por el ingreso corriente del hogar) estaban altamente correlacionadas. Esto puede ser cierto en el largo plazo, pero no lo es en el corto plazo, especialmente en situaciones como la actual de alto desempleo y caídas considerables en los ingresos laborales reales de la población, que han conducido a un empobrecimiento general en términos de ingreso corriente, que no se manifiesta en el índice Sisbén del hogar.

(T2) 1. Obligatoriedad del Sistema

La obligatoriedad del sistema es un concepto básico para fundamentar la evasión y elusión, tanto de afiliación como del pago. En efecto, sólo puede hablarse de éstos en un sistema obligatorio. Un sistema extremo dejado al mercado no enfrentaría estos problemas, aunque probablemente un mercado así sólo existiría para sectores acomodados de la población, como muestra la alta elasticidad del gasto en salud con respecto al ingreso en la mayoría de los países. Con todo, esta distinción permite presentar el concepto de equilibrio, básico en el funcionamiento de los mercados, que muestra más claramente por qué ocurren estos fenómenos.

(T3) 1.1 Equilibrio de las personas

El equilibrio para las personas (esto es, las condiciones para que una persona desee participar de este circuito sin necesidad de coacción) consiste en que las prestaciones a las que accede tengan un valor (subjetivo) al menos igual al desembolso que debe realizar. Esto se describe sumando los desembolsos ciertos (como la cotización a un asegurador) con los inciertos, como el pago de bolsillo, estos últimos ponderados por su probabilidad de ocurrencia.

$$\sum \text{Prestación} = \sum \text{Cotización} + \sum \text{Pago de Bolsillo}_{\text{prestación}} * \text{Probabilidad}_{\text{prestación}}$$

(T3) 1.2 Equilibrio de las aseguradoras

El equilibrio para los aseguradores consiste en que los ingresos por cotizaciones sean iguales o mayores a los pagos realizados a los prestadores (más sus gastos de administración, que podemos obviar por simplicidad). Estos últimos son inciertos para cada persona asegurada (dependen de su morbilidad), pero el

asegurador puede diversificar este riesgo entre muchas personas, de modo que los pagos a los prestadores se hacen ciertos y se pueden determinar con precisión.

$$\sum_{\text{Afiliados}} \text{Cotización} = \sum_{\text{Afiliados}} \left\{ \sum \text{Pago}_{\text{Prestación}} \times \text{Probabilidad}_{\text{Prestación}} \right\}$$

En la medida en que el segundo término tenga muchos sumandos (afiliados), su variabilidad baja. En la medida en que el perfil de morbilidad de los afiliados se comporte independientemente del de los demás, la variabilidad también baja.

Si las cotizaciones están obligatoriamente indexadas al ingreso de las personas, las aseguradoras tenderán a asegurar a personas de altos ingresos y bajo costo esperado de consumo de prestaciones (hombres jóvenes profesionales), abandonándolos cuando salgan de esta condición. Este “*descreme*” del mercado es un fenómeno común en el mundo. Si un asegurador tiene muy pocos afiliados, un par de casos catastróficos (de alto costo de prestaciones) podrían llevarlo a la quiebra.

Un modo típico de disminuir los costos de las prestaciones para el asegurador es su “integración aguas arriba”, produciendo sus propias prestaciones o haciendo convenios con un centro de producción de prestaciones. A los afiliados se les ofrece prestaciones producidas por ese centro con bajos pagos de bolsillo o prestaciones compradas en el mercado con altos pagos de bolsillo.

(T3) 1.3 Equilibrio de los prestadores

El equilibrio para los prestadores exige que los pagos por prestaciones logren financiar las prestaciones que producen, incluidas las remuneraciones de las personas y la amortización del capital físico.

$$\sum_{\text{Aseguradores}} \text{Pago}_{\text{Prestación}} = \sum_{\text{Prestador}} \text{Costo}_{\text{Producción_Prestaciones}}$$

Todos los sistemas de seguridad social en salud pueden analizarse bajo este esquema de flujo circular. De igual manera, las formas particulares de organización de tales sistemas se fundan en la mejor manera de asegurar el cumplimiento de las condiciones referidas para casos o grupos particulares.

(T2) 2. ¿Por qué los sistemas de seguridad social son obligatorios?

El principal problema de estos sistemas es que las personas en general, no comprarían un seguro de salud por miopía o por ser muy pobres. Esto se ha resuelto en casi todos los países haciendo la compra de tal producto obligatoria, lo que hace emerger los problemas descritos y otros. Cada vez que se desarrolla una solución particular a un problema en este esquema, se puede generar una fuente de nuevos problemas.

La afiliación obligatoria se usa cuando no se cumple la condición de equilibrio para las personas. Esto a su vez, puede ocurrir debido a diversas causas, las más comunes de las cuales son:

- La cotización es independiente del valor de las prestaciones a recibir. Esto es típico de los sistemas en que la cotización está indexada al ingreso de las personas y las prestaciones a las que accede a cambio no guardan relación con la cotización. Un caso particular es el de las personas ricas y sanas, que en un esquema como éste no desearán afiliarse.
- La persona es “miope” en su evaluación y no da importancia a la eventualidad financiera de necesitar una prestación de salud. Este es el principal fundamento de los sistemas de afiliación obligatoria y es un supuesto que encuentra bastante asidero en la realidad.
- La persona es muy pobre. En este caso, el valor subjetivo que representa la cotización es una fracción importante de su ingreso y prefiere destinarla a otros usos más urgentes.

Estos casos en general se presentan combinados en la realidad. Por ejemplo, los sistemas en que la cotización está indexada al ingreso encuentran su fundamento en la “*solidaridad entre afiliados*”, pues permite que las personas pobres paguen menos (que el costo de producción) por las prestaciones a las que acceden. El problema es que inhibe la participación de las personas ricas, que buscan sistemas segregados para evitar este desvío de sus cotizaciones.

(T2) 3. Subsidios

(T3) 3.1 A la demanda

Una solución es que el Estado subsidie a las personas pobres en la compra de un seguro de salud. En el caso del financiamiento directo a las personas por parte del Estado para que consuman más prestaciones de salud, los problemas que podrían emerger son:

- Los recursos se destinan a otros fines, si no están “marcados” para ser destinados a la compra de prestaciones de salud.

- Las personas subdeclaran sus ingresos para acceder al subsidio.

(T3) 3.2 A la oferta

En el caso del financiamiento directo de producción de prestaciones por parte del Estado para que las consuman personas pobres, los problemas típicos que emergen son:

- Ineficiencia productiva, si el financiamiento al prestador por parte del Estado no está indexado a las (nuevas) prestaciones producidas.
- Ineficiencia distributiva, si hay filtración de las nuevas prestaciones financiadas con fondos públicos hacia grupos de personas no pobres. Este caso es el de los hospitales públicos que atienden a quien lo necesite.

(T3) 3.3 A un asegurador

En este caso, el principal problema es la introducción de “imperfecciones” en el mercado de los seguros, por la existencia de un asegurador que compite en condiciones diferentes a las del resto.

(T2) 4. Problemas en identificación de los flujos: información

El mercado de las prestaciones de salud presenta muchas imperfecciones, quizá las más importantes de ellas sean la asimetría de información y los casos de urgencia, en que no sea posible decidir racionalmente por no existir tiempo para ello. El mercado de los seguros de salud introduce además la imperfección del “*third party payer*”, que puede inducir sobreconsumo.

El Estado, por razones de equidad o por evitar la “miopía” de las personas, puede desear que se consuma más seguros de salud que los que las personas comprarían en condiciones normales. Esto ha llevado a casi todos los países a establecer regímenes de compra obligatoria de seguros de salud. Por razones de equidad, en general se obliga a las personas a gastar una proporción del ingreso en este producto, lo que genera el problema de conocer el ingreso de las personas (para asegurar que cumplen esta condición) y de obligar al pago de la cotización (para evitar la desagradable decisión a tomar en caso de encontrarse con enfermos no asegurados). Esto requiere complejos sistemas de información. Las personas que no comprarían estos seguros libremente, las que comprarían uno

más barato o las que tienen acceso a más y mejores prestaciones por su cotización en mercados de seguros paralelos tienen incentivos para subdeclarar sus ingresos y para no pagar sus cotizaciones.

(T1) C. RECAUDO Y PROCESO DE COMPENSACIÓN

Según el Artículo 156 de la Ley 100 de 1993, el recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del SGSSS-Fondo de solidaridad y garantía (Fosyga), quien delegará en lo pertinente esta función en las entidades promotoras de salud. A su vez, las EPS tendrán a su cargo la afiliación de usuarios y la administración de la prestación de servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

De acuerdo con el artículo 178, las EPS que son delegatarias del Fosyga para la captación de los aportes de los afiliados al SGSSS, tienen como una de sus funciones promover la afiliación de grupos de población no cubiertos por la seguridad social y deben reportar al Fosyga la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, las novedades laborales, los recaudos por cotizaciones y los desembolsos para el pago de la prestación de servicios. Por otro lado, el artículo 182 establece que las cotizaciones que recauden las EPS pertenecen al SGSSS y que deben ser manejados en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.

Las EPS en un escenario de competencia regulada, consideran al usuario más como un cliente que como un contribuyente. Sus ingresos corrientes dependen del número de afiliados y de su composición etárea medida en Unidades de pago por capitación (UPC) y no del ingreso base de cotización; por lo tanto, no tienen incentivos para controlar la integridad del recaudo, ni su monto total, aunque si tienen incentivos para aumentar la afiliación y controlar la oportunidad del pago, ya que de ello dependen sus ingresos corrientes; tema éste que se desarrollará más adelante.

El artículo 205 establece que las EPS recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados por delegación de Fosyga; de este monto descontarán el valor de las UPC fijadas para el Plan obligatorio de salud y trasladarán la diferencia al Fosyga a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones; y que en caso de que la suma de las UPC sea mayor que los ingresos por cotización, el Fosyga deberá cancelar la diferencia el mismo día a las EPS que así lo reporten. El Fosyga sólo hará el reintegro para compensar el valor de la UPC de los afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente la cotización mensual correspondiente. La Superintendencia Nacional de Salud velará por el cumplimiento de esta disposición.

Este artículo sienta las bases legales para el proceso de compensación mediante el cual las EPS tienen acceso a los recursos recaudados por ellas mismas, el cual es perfectamente coherente con la conciliación que dio origen al proceso de recaudo incorporado en el artículo 156. Esta construcción legal del proceso de compensación y su reglamentación posterior por parte del Ministerio y el Consejo nacional de seguridad social en salud (CNSSS) ha sido uno de los diseños más desafortunados de la ley 100.

A nivel legal el problema central son los plazos establecidos para compensar y autorizar a las EPS el uso de los recursos recaudados. La reglamentación posterior de esta norma creó la figura de la Declaración de giro y compensación (G y C), instrumento mediante el cual las EPS deben reportar el recaudo total, el número de afiliados compensados por grupos etéreos y las UPC a las que tendrían derecho, de acuerdo con el volumen y composición de estos afiliados compensados; y estableció, en concordancia con la norma legal, que esta declaración debía presentarse al día siguiente de la fecha límite para el pago oportuno (el día 10 de cada mes). Como a esta fecha es imposible procesar toda la información del recaudo oportuno, las EPS hacen un corte anterior a esta fecha límite cuando el porcentaje de recaudo es todavía muy bajo, y cumplen la norma, pero generan la necesidad de abrir un espacio para la presentación de un sinnúmero de declaraciones posteriores, cuyo procesamiento y consolidación es muy costoso para el Sistema. La situación creada por la norma legal y sus reglamentación posterior, tuvo un agravante y fue que hasta diciembre del 2000 estas declaraciones de G y C eran globales y no anexaban las bases de datos de los afiliados compensados; sólo con la expedición de la resolución 576 de marzo, a partir de diciembre del 2000 se vienen anexando estas bases de datos, y por lo tanto Fosyga sólo a partir de esta fecha está en condiciones de verificar la compensación uno a uno para el reconocimiento de UPC.

El artículo 230 que contiene el régimen sancionatorio, establece que la SNS podrá imponer multas, por una sola vez o en forma sucesiva, hasta de 1.000 salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la Subcuenta de Solidaridad de Fosyga, en caso de violación de las normas contenidas en varios artículos de la ley. Esta norma permite sancionar a los empleadores por incumplimiento de sus obligaciones (art. 161), por una mala distribución de las cotizaciones del 12% (art. 204), y por atentar contra la libre elección o retrasar el pago de los aportes (Art. 210); sancionar a las EPS por un mal manejo de los recursos (art. 182) y otras violaciones a las normas; y finalmente, sancionar a las EPS e IPS por faltas a la atención inicial de urgencias, entre otras. Adicionalmente, el artículo 210 establece las mismas sanciones previstas en los artículos 271 y 23 de la ley, para los empleadores que impidan o atenten contra el derecho del trabajador de escoger libremente la EPS a la cual desee afiliarse, donde la sanción puede estar entre uno y 50 salarios mínimos; o para los que demoren el pago de los aportes; donde

la sanción son intereses moratorios y, en el caso de funcionarios públicos la posible causal de mala conducta.

Esta normatividad no sólo es insuficiente para una adecuada vigilancia y control de los aportes al Sistema y de la afiliación obligatoria, sino que no ha tenido una reglamentación posterior para su efectiva aplicación.

CAPÍTULO 2

DIAGNÓSTICO DE LA RELACIÓN DE LA POBLACIÓN CON EL SISTEMA

(T1) A. METODOLOGÍA

Como se indicó anteriormente, el Sistema general de seguridad social en salud está diseñado sobre la base de la población ocupada y sus familias, bajo el supuesto de que la obligación de cotizar al Sistema, a través del régimen contributivo, depende de los ingresos laborales obtenidos en el mercado de trabajo, ya sea en empleos actuales en trabajos asalariados o por cuenta propia, o por pensiones obtenidas por trabajo pasado y disfrutadas por el individuo en su vejez o invalidez o por sus beneficiarios, si existen, después de su muerte.

Por otro lado, la posibilidad de acceder al régimen subsidiado, no depende de la capacidad de pago corriente del individuo en términos de su ingreso laboral corriente, sino de las condiciones que supuestamente determinan su capacidad de pago en el largo plazo, medida de acuerdo con el nivel Sisbén en que se clasifique el hogar, o por la pertenencia a minorías étnicas (indígenas, negritudes) o a la población indigente (sin fuentes regulares de ingreso para vivir).

Dentro de la población ocupada, variables como el tipo de empleo que tiene (regular o perteneciente a uno de los regímenes de excepción de salud), la posición ocupacional (asalariado, por cuenta propia), las condiciones de estabilidad en el trabajo y el nivel de ingresos laborales corrientes, determinan las condiciones en las cuales se debe afiliar al Sistema de seguridad social en salud (RC, RS o RE) y la probabilidad de hacerlo; y sus condiciones de edad y sexo determinan el valor esperado del costo de su atención en salud para el Sistema.

Dado que la afiliación al SGSSS y los aportes individuales para el aseguramiento de las familias con capacidad de pago están basados en el comportamiento del mercado laboral, la fuente más importante de información para el diagnóstico y análisis de la relación de la población con el Sistema es una Encuesta nacional de hogares. En tal sentido, se analizaron la Encuesta de calidad de vida del Dane de 1997 y el módulo de salud de la Encuesta de hogares del Dane de 2000, complementada con una Encuesta de establecimientos particulares, una Encuesta a entidades territoriales, e información secundaria sobre tres años de recaudo.

(T2) 1. Encuesta de calidad de vida de 1997

La Encuesta de calidad de vida de la población realizada por el Departamento administrativo nacional de estadísticas (Dane) en el segundo semestre de 1997 (ECV-Dane 97) sobre una muestra representativa de la población de hogares a nivel nacional, es la fuente de información más completa que existe en el país para estudiar la relación de la población con el Sistema de seguridad social en salud creado por la ley 100 de 1993 y que comenzó a implementarse a partir de 1994. Es decir, que permite observar el estado de la situación tres años después de su puesta en práctica.

El diseño de la muestra contempló la inclusión de 10.000 hogares localizados en 1.000 segmentos distribuidos en 75 unidades primarias de muestreo (municipios). La selección de la muestra se hizo con un diseño probabilístico que permite representatividad a nivel nacional, para las tres grandes áreas metropolitanas del país (Bogotá, Medellín y Cali) por separado, para el resto urbano (otras cabeceras municipales por grandes subregiones) y para la zona rural en su conjunto (población por fuera de las cabeceras municipales). La muestra efectiva con información completa se redujo en el trabajo de campo a cerca de 9.150 hogares.

Para los propósitos de esta investigación se examinó la relación de la población con la seguridad social en salud a nivel nacional; para Bogotá y las áreas metropolitanas de Medellín, Cali y Barranquilla, con la salvedad que en Barranquilla el tamaño de la muestra es insuficiente para lograr el mismo grado de confiabilidad de los resultados que en las otras tres grandes ciudades; para el resto urbano en su conjunto y para la zona rural del país en su conjunto, niveles a los cuales la muestra es ampliamente representativa.

El formulario utilizado incluyó 13 módulos que cubren los siguientes aspectos de la calidad de vida de la población: datos de la vivienda, servicios públicos a nivel domiciliar, tenencia y financiación de la vivienda, características y composición del hogar, salud (afiliación a la seguridad social en salud por tipo de régimen, estado de salud, utilización de servicios de salud y gasto en salud), cuidado de los niños, educación, capacitación para el trabajo, fuerza de trabajo (participación, empleo, desempleo e ingresos de la población en edad de trabajar), condiciones de vida del hogar (percepciones sobre nivel de vida, seguridad, problemas y tenencia de bienes en el hogar), gasto de los hogares (en los principales artículos que conforman la canasta familiar), actividades agropecuarias, reforma agraria y mercado de tierras (formulario rural), y finalmente, negocios familiares en la vivienda.

Esta fuente de información tiene las siguientes ventajas sobre otras fuentes primarias, para los propósitos de este trabajo:

- Contiene toda la información necesaria para clasificar a los hogares por niveles de pobreza según la metodología Sisbén utilizada por el sector salud para determinar, de acuerdo con el puntaje obtenido, si el hogar es elegible o no para el régimen subsidiado.

- Permite conocer una gama amplia de las características y situación corriente de los individuos, como el lugar de residencia, edad, sexo, posición en el hogar, condición de actividad (empleado, desempleado, pensionado, inactivo), ocupación y rama de actividad económica, posición ocupacional (asalariado/por cuenta propia), sitio de trabajo, e ingresos laborales de diferentes fuentes (salario o ingreso por cuenta propia en el empleo principal, ingreso laboral en empleo secundario, pensión, entre otras), así como las condiciones de inactividad de la población.
- Permite conocer la relación de todos los individuos, así caracterizados, con el SGSSS, en términos de afiliación por tipo de régimen (contributivo, subsidiado, de excepción, ninguno), la condición de afiliación (cotizante, beneficiario), y el pago de aportes.
- Permite conocer la demanda de la población por planes complementarios de salud, medicina prepagada o seguros de salud y relacionarla con la afiliación a la seguridad social, y con los ingresos y otras características de los individuos y de los hogares a los cuales pertenecen.

Los resultados obtenidos del análisis de esta encuesta acerca de la relación entre la población y el SGSSS en 1997, se compararon posteriormente con los obtenidos en la Encuesta de hogares que adelantó el Dane a nivel nacional, a la cual se le incluyó un módulo de seguridad social en salud; con la salvedad que en dicha encuesta no se indagó sobre todas las variables necesarias para clasificar a los hogares por niveles Sisbén.

(T2) 2. Encuesta nacional de hogares de 2000

El Dane realiza anualmente desde 1989 y desde el año 2000 semestralmente encuestas de hogares con cobertura nacional (urbano/rural). Esta encuesta constituye el principal insumo de información sobre el mercado laboral, dado que su finalidad principal es medir los patrones de participación laboral y empleo, medir los cambios en los niveles de empleo y desempleo, describir los niveles de ingreso laboral y no laboral de la población y otras características sociolaborales y demográficas de la población. Por las características del diseño muestral y la estructura del formulario básico es posible recoger información complementaria o acoplarle módulos sobre temas específicos, que luego se pueden relacionar con las características sociolaborales y demográficas de la población y de la fuerza de trabajo contempladas en el formulario básico.

Con base en las anteriores consideraciones se tomó la decisión en el Proyecto de incluir en la Encuesta nacional de hogares de 2000 (EH – Dane 2000), un módulo

sobre salud y seguridad social⁸ con el objeto de contar con información sobre la cobertura del SGSSS en los diferentes regímenes; establecer el alcance de otros planes complementarios o seguros de salud, y obtener información sobre el uso (en consulta externa u hospitalización) de los servicios públicos y privados de salud. En este sentido se contrató con el Dane la inclusión en la etapa 107 de la Encuesta nacional de hogares correspondiente al período marzo-abril de 2000, de un módulo de salud y seguridad social diseñado por la Unión Temporal con el Ministerio.

La muestra utilizada por el Dane en la etapa 107 fue de aproximadamente 21.000 hogares, distribuidos así: 16.000 en las siete áreas metropolitanas tradicionalmente investigadas por el Dane en sus encuestas trimestrales⁹, 3.000 en una muestra del resto de cabeceras municipales del país, y 2.000 en una muestra de segmentos en el área rural dispersa. Se seleccionaron cerca de 1.900 segmentos urbanos y 200 segmentos rurales. Cada segmento tiene cerca de 10 viviendas. En total se obtuvieron 20.337 encuestas efectivas, con una efectividad superior al 96%¹⁰.

(T2) 3. Encuesta de establecimientos particulares de 2000

Estudiar la relación de la población con el SGSSS únicamente a través de encuestas de hogares, se consideró insuficiente, por lo que se propuso analizar también los problemas de afiliación y pago de aportes desde la perspectiva de las empresas aportantes. Para ello se propuso un diseño muestral, que garantizara una representatividad adecuada con respecto al universo de empresas particulares que se pudieran considerar potenciales aportantes al Sistema dentro del régimen contributivo, utilizando una metodología similar a la empleada en un estudio sobre evasión y elusión en Bogotá, realizado por Econometría (Econometría, 1999) para la Secretaría distrital de salud (SDS).

Con este objetivo en mente, se propuso un diseño muestral que combinara las cerca de 1.300 encuestas ya realizadas en el año 1999 en Bogotá para la SDS en una muestra de empresas particulares de 3 a 50 trabajadores, seleccionadas mediante un marco de áreas; con un número similar de encuestas realizadas en el año 2000 dentro de este proyecto, en el mismo tipo de empresas, seleccionadas por muestreos de áreas dentro de una submuestra previamente seleccionada de 20 ciudades, representativa del resto urbano por fuera de Bogotá.

⁸ Este módulo se contrató con el Dane y corresponde a las 13 preguntas incluidas en el capítulo F del formulario.

⁹ Bogotá, áreas metropolitanas de Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Manizales y Pasto.

¹⁰ Para más información sobre la muestra y el operativo de campo ver Dane, Dirección de Metodología y Dirección Estadística, Informe final contrato 003/00 celebrado entre Fondane y la Unión Temporal Bitrán-Econometría-ESAP, Módulo de salud - etapa 107. Bogotá, Octubre de 2000.

Adicionalmente, se propuso realizar una encuesta a una muestra de unas 200 empresas particulares de más de 50 trabajadores a nivel nacional incluyendo a Bogotá, seleccionadas dentro de un universo de lista de las grandes empresas del país; y complementarla con la muestra de entidades públicas de nivel territorial (gubernaciones y alcaldías) en los 20 municipios seleccionados, con énfasis en las modalidades de vinculación laboral y su relación con la afiliación al SGSSS.

La unidad de observación para esta indagación sería la empresa y no el establecimiento particular. Esto obligó a preguntar en el trabajo de campo si el establecimiento era único, y en caso contrario, indagar sobre la gerencia general o principal de la empresa y realizar allí la recolección de información sobre la operación de la empresa en todas sus plantas, establecimientos o agencias en el territorio nacional.

Este diseño no consideró los siguientes grupos: i) el segmento de empresas unipersonales de trabajadores por cuenta propia que trabajan solos y que se captan en las encuestas de hogares; ii) el segmento de empresas de dos trabajadores, que en su inmensa mayoría son empresas familiares que no contratan trabajo asalariado y desarrollan sus actividades en la propia vivienda del hogar; y iii) las empresas localizadas en la zona rural.

Las encuestas mencionadas se realizaron entre junio y julio del año 2000, y posteriormente se configuró un archivo con las empresas encuestadas, dividido en cuatro dominios: las empresas de 3 a 50 trabajadores en Bogotá (con base en las encuestas realizadas en 1999 para la SDS) y en el resto urbano del país (realizadas en el 2000 para este proyecto); y las empresas de 50 y más trabajadores en Bogotá y en el resto urbano del país (realizadas también en el 2000 para este proyecto). Posteriormente, los resultados muestrales obtenidos se expandieron al universo de empresas con estas características que se presume que existen en el país.

Las encuestas en empresas particulares de menos de 50 trabajadores realizadas para la SDS en Bogotá en 1999, tomaron la información con referencia al mes de mayo de ese año; las encuestas realizadas en el año 2000 para complementar estos datos con información de este mismo tipo de empresas en el resto urbano del país, y de empresas de 50 y más trabajadores a nivel nacional, tomaron la misma información con respecto al mes de diciembre de 1999, es decir en el mismo año. En estas condiciones, y dado que los salarios se ajustan normalmente a comienzos del año, las dos encuestas se pueden sumar en sus valores monetarios con un mínimo error de estimación. En los siete meses de diferencia entre mayo y diciembre de 1999 la situación del empleo no varió significativamente. Por otro lado, el formulario utilizado en la encuesta del 2000 incluyó todas las preguntas del formulario utilizado para Bogotá en 1999 para garantizar la comparabilidad, pero le adicionó algunas variables, que sólo se pueden analizar para los segmentos de empresas encuestados en el año 2000.

(T2) 4. Encuesta a entidades territoriales

La Encuesta de establecimientos incluyó visitas a aquellas entidades públicas del nivel territorial (gobiernos y alcaldías) en los municipios seleccionados en la muestra. El objetivo de incluir estas entidades fue el de contar con información adicional a la de empresas particulares (objeto principal de la Encuesta) para el análisis de los problemas de afiliación y pago de aportes desde la perspectiva de las empresas aportantes.

El criterio de selección de las entidades a encuestar fue el de visitar todas las alcaldías de los 20 municipios seleccionados y los gobiernos de aquellos departamentos donde su ciudad capital fuese parte de la muestra de municipios. Los resultados están basados en la información suministrada por 23 entidades territoriales (6 gobiernos y 17 municipios).

El análisis realizado parte de una caracterización general de las empresas territoriales encuestadas, empleo y rotatividad de mano de obra, para llegar a indagar en aspectos relacionados con evasión como tipo de vinculación laboral y niveles de afiliación a la seguridad social, base de cotización frente al salario devengado, etc.

Los gobiernos encuestados fueron: Meta, Tolima, Norte de Santander, Bolívar, Atlántico y Valle del Cauca. Con excepción del Meta cuya población es de alrededor 700.000 habitantes, el rango poblacional de las demás gobiernos está entre 1.300.000 y 4.200.000 habitantes.

Las capitales donde se aplicó la encuesta a la alcaldía fueron: Ibagué, Cúcuta, Cartagena, Barranquilla, Medellín y Cali. Las cuatro primeras capitales cuentan con una población entre 426.000 y 1.200.000 habitantes. Medellín y Cali sobresalen con una población de alrededor 1.800.000 y 2.100.000 habitantes respectivamente.

Los demás municipios donde se aplicó la encuesta a la alcaldía fueron: Palmira y Soledad, cada uno con alrededor de 250.000 habitantes; Ipiales, Girón y Envigado, con población entre 90.000 y 150.000 habitantes por municipio, y Circasia, Pueblo Nuevo, Piendamó, Santuario, San Marcos Sucre y Cauca, con una población menor de 60.000 habitantes cada uno.

(T1) B. COBERTURA Y AFILIACION DEL SISTEMA

(T2) 1. Cobertura del Sistema

Existen dos fuentes de información para evaluar la cobertura del SGSSS. Por un lado, los registros de las entidades aseguradoras sobre la base del total de afiliados registrados en ellas, información que reportan al Ministerio-Fosyga; y por el otro las encuestas de hogares del Dane, que fueron consideradas en este estudio: la Encuesta de calidad de vida de 1997 y el módulo de salud de la Encuesta nacional de hogares de 2000. A continuación se discuten los resultados encontrados con estas dos fuentes de información.

(T3) 1.1 Cobertura según registros reportados al Ministerio

Las afiliaciones reportadas al Ministerio - Fosyga corresponden a los regímenes contributivo y subsidiado. No se tiene información confiable sobre la afiliación a los regímenes de excepción (Fuerzas militares, Policía nacional, Magisterio y Ecopetrol), para los cuales la única fuente disponible son las encuestas de hogares del Dane.

El Cuadro 2.1 presenta las cifras de cobertura de la afiliación al SGSSS (RC, RS) reportadas al Ministerio – Fosyga entre 1997 y 2001.

Cuadro 2.1. Afiliación a la seguridad social en salud - Registros 1997–2001 (Miles)

Tipo de régimen	1997*	1998	1999	2000	2001
ISS	9.255	7.031	6.538	5.037	3.617
Otras EPS y Asimiladas	5.516	4.847	6.466	8.026	9.719
EPS Privadas	-	3.867	5.430	7.084	8.931
EPS Públicas	-	747	817	759	628
Adaptadas	343	233	219	183	160
Régimen contributivo	14.771	11.860	13.004	13.063	13.336
Régimen subsidiado	7.027	8.527	9.326	9.511	11.069
Total SGSSS	21.798	20.387	22.329	22.574	24.405

* Para 1997 la información del RC tiene inconsistencias en cuanto a multifiliados, fallecidos, trasladados, etc.

Fuente: Fosalud – aplicativos compensación (afiliados compensados RC) y bases de contratación (afiliados RS).

(T4) a. Régimen contributivo

Las cifras de afiliación al RC corresponden a un promedio anual del total de afiliados compensados mes a mes, que como es ampliamente conocido no reflejan adecuadamente el estado de afiliación al Sistema por las siguientes razones: i) las EPS diferentes al ISS excluyen para compensar a los afiliados con mora de más de 30 días, mientras que el ISS no lo hace¹¹, y adicionalmente

¹¹ De acuerdo con las normas vigentes se consideran afiliados todos los registrados en alguna EPS o asimilada que están al día en el pago o tienen un máximo de seis meses de mora; los que tienen más de seis meses en mora deben ser desafiliados del Sistema. Estas normas, sin embargo en el caso del ISS no se cumplen.

incluye a afiliados con más de 6 meses de mora, muchos de los cuales ya se han trasladado a otras EPS pero el Seguro Social no los ha desafiliado; ii) como consecuencia de esto y de otras conductas anómalas, estas cifras contienen un problema severo de multiafiliación y multicompensación originado en gran medida en el proceso de traslados entre EPS, principalmente con la migración del ISS, y en menor medida de las Adaptadas (antiguas cajas de previsión del sector público) hacia EPS privadas en este período; y iii) las cifras de afiliados reportados no se han cruzado con una base de datos de personas fallecidas (Registraduría), por lo cual, por acciones dolosas o simple desorden de las bases de datos, pueden incluir un número importante de fallecidos, que deberían ser descargados de las bases de datos y no se ha hecho.

Como puede observarse, el ISS reporta una caída muy grande de afiliados entre 1997 y 2001: de cerca de 9.3 millones de afiliados reportados en 1997 pasó a 5 millones en el 2000 y a 3.6 millones en el 2001. La caída es cierta, las cifras reportadas son muy dudosas por todos los problemas enunciados, especialmente las de 1997; las cifras del 2000 y 2001 son más confiables.

Las cifras de otras EPS y asimiladas muestran una caída del orden de 12% entre 1997 y 1998, posiblemente como producto de la depuración de sus bases de datos; y luego un aumento sustancial entre 1998 y 2001 (33% en 1999, 24% en 2000 y 21% en 2001), que refleja la crisis del ISS y otras EPS públicas asimiladas.

(T4) b. Régimen subsidiado

Las cifras de afiliación al RS para el período 1997 – 2001 provienen de las bases de datos de contratación con las ARS (Empresas solidarias de salud, Cajas de compensación y EPS que administran también el RS). Estas cifras tienen también serios problemas de identificación de beneficiarios, de carnetización insuficiente y de multiafiliación (entre ellas y con las EPS), originados en la movilidad de la población pobre (desplazados y otros migrantes) y en la consecución de trabajo asalariado y por ende en la afiliación forzosa al RC de beneficiarios de este régimen que no renuncian al subsidio.

Las cifras muestran un aumento continuo de afiliados contratados en este período: de 7 millones de afiliados contratados en 1997 se pasó a 9.5 millones en 2000 y a 11 millones en 2001.

(T3) 1.2 Cobertura según encuestas de hogares

Según las encuestas de hogares del Dane, en el año 2000 había 21.334.981 personas afiliadas al SGSSS, lo que representa una cobertura del 52,3% de la población total del país, estimada en 40.815.180 habitantes para ese año. La

cobertura en el 2000 muestra una reducción de 4,5 puntos porcentuales con respecto a la observada en 1997 por la Encuesta de calidad de vida que fue de 56,8%, lo que representa una pérdida de 1.457.000 personas para el Sistema.

La afiliación al régimen contributivo pasó de 13.66 millones de afiliados en 1997 a 13.31 millones en el 2000, una caída de 344.000 personas, equivalente al 0,8% de la población total del país. Esta ligera reducción en la afiliación estuvo acompañada de un cambio en la estructura del aseguramiento entre el ISS y el resto de EPS y asimiladas. Mientras el ISS perdió 2.549.000 afiliados y pasó de tener una cobertura de 22,1% a 15,3% entre 1997 y 2000; las otras EPS y asimiladas ganaron 2.204.000 afiliados y pasaron de 12,2 a 17,3% de cobertura en el mismo período.

Según esta fuente, el régimen subsidiado perdió 1.107.000 afiliados en el mismo período, pasando de tener una cobertura de 19,9% en 1997 a 16,7% en 2000.

Los regímenes de excepción aumentaron su afiliación en 162.000 personas, posiblemente por el aumento del pie de fuerza en este período.

Como resultado de la dinámica demográfica y del anterior comportamiento de la afiliación al SGSSS, la población no afiliada a ningún régimen de seguridad social en salud, pasó de 17.2 millones de personas en 1997 a 19.5 millones en 2000, con un incremento de población no cubierta de 2.262.000 personas, que equivale a cerca de 5 puntos porcentuales de la población total del país (Cuadro 2.2).

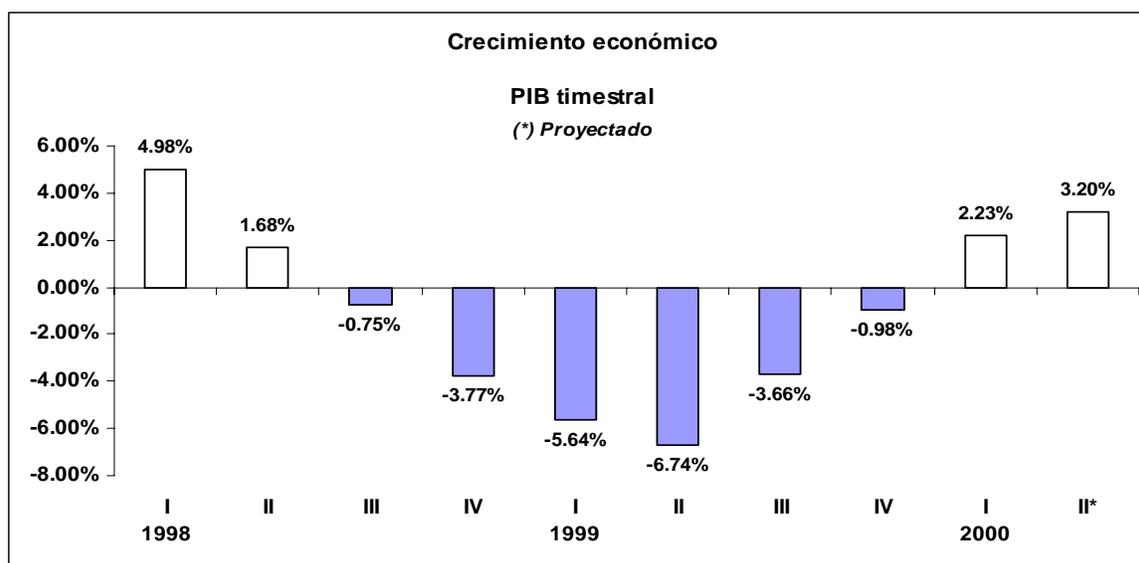
Cuadro 2.2 Cobertura seguridad social salud según encuestas hogares 1997–2000 (Miles)

Grupo poblacional	N° Personas		% Cobertura	
	1997	2000	1997	2000
1 Población Total	39.842	40.815	100,0%	100,0%
2 Afiliados a SS en salud	22.624	21.335	56,8%	52,3%
2.1 Régimen contributivo	13.660	13.316	34,3%	32,6%
ISS	8.802	6.254	22,1%	15,3%
Otra EPS o asimiladas	4.858	7.062	12,2%	17,3%
2.2 Régimen subsidiado	7.928	6.821	19,9%	16,7%
2.3 Regímenes de excepción	1.036	1.198	2,6%	2,9%
3 No afiliados	17.218	19.480	43,2%	47,7%
Total SGSSS (RC, RS)	21.588	20.137	54,2%	49,3%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en ECV - Dane-1997 y EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107 – Módulo de salud).

Una primera causa de la caída en la cobertura de la afiliación, fue la recesión económica que experimentó el país por seis trimestres consecutivos (III, 1998 – IV, 1999), cuya dimensión en términos de la caída en el PIB trimestral (con respecto a igual trimestre del año anterior), se ilustra en el Gráfico 2.1. Esta caída en la actividad económica ocasionó un aumento en el desempleo, que pasó de 1.67 a 3.06 millones de personas en tres años, y una reducción en los ingresos laborales reales de la población ocupada.

Gráfico 2.1 Crecimiento económico



Fuente: Dane - DNP

La reducción de 1.289 mil personas en la afiliación al SGSSS es consistente con la evolución del mercado de trabajo en el período 1997-2000, que como se indica en el Cuadro 2.3, experimentó una caída del empleo asalariado de más de un millón de personas (12,6%), un aumento compensatorio del empleo por cuenta propia (sectores informales y otros) de 759 mil personas (11,3%) que tienen una probabilidad de afiliación mucho menor, dando como resultado una caída del empleo total en la economía de sólo 164 mil personas (2%), y un aumento en el desempleo de 1.392.000 personas (83,3%), que sumados dan un crecimiento de la población en edad de trabajar de 1.072.000 personas (6,3% en tres años, que equivale a un crecimiento anual de 2%).

Los resultados del impacto de la recesión económica sobre la afiliación al SGSSS muestran la vulnerabilidad del Sistema a las fluctuaciones del empleo y su composición por posición ocupacional (asalariado/cuenta propia) en el mercado de trabajo. Sin una recuperación de los niveles de empleo y los índices de salarización de la economía, será muy difícil recuperar los niveles de cobertura alcanzados en 1997.

Cuadro 2.3 Evolución del empleo y desempleo a nivel nacional 1997-2000
(Miles)

Grupo poblacional	1997	2000	Diferencia	Cambio %
Asalariados	8.568	7.489	-1.079	-12,6%
Cuenta propia	6.691	7.450	759	11,3%
Total ocupados	15.259	14.939	-320	-2,1%
Desempleados	1.672	3.064	1.392	83,3%
Total PEA*	16.931	18.003	1.072	6,3%

* Población económicamente activa.

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en ECV-Dane, 1997 y EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107).

La caída en los ingresos laborales de la población entre 1997 y 2000 fue también muy grande y fue mayor a mayores niveles de ingreso familiar, como muestra el Cuadro 2.4, donde se presenta el ingreso máximo familiar por deciles de la población de hogares a nivel nacional en ambos años. Como puede observarse, la caída mínima del ingreso familiar en los tres años fue de 14,1% y se presenta en los hogares pertenecientes al decil 3 de la distribución de ingresos, donde se concentra el efecto del piso del salario mínimo legal para la población asalariada. La caída fue mayor para los deciles 1 y 2, donde se concentran los hogares más pobres del sector informal urbano y de la economía campesina no asalariados; y dicha caída fue mayor a mayor nivel de ingreso familiar a partir del decil 4, hasta situarse por encima del 30% del decil 8 en adelante, es decir, para hogares cuyo ingreso familiar en 1997 superaba los 4,5 SMLV, mostrando la mayor flexibilidad de los ingresos laborales de los hogares frente a la recesión económica a medida que nos alejamos del piso de salario mínimo legal que tienen los asalariados. Parte de esta flexibilidad en los ingresos familiares se explica por la flexibilidad de los salarios superiores al salario mínimo en el mercado de trabajo, y parte por la reducción en los índices de salarización en el empleo y el consecuente incremento en la proporción de trabajadores independientes o por cuenta propia, y en los índices de informalidad en la economía urbana, donde no existe este piso salarial.

Cuadro 2.4 Ingreso máximo familiar por deciles población hogares - Nacional 1997 y 2000 (SMLV*)

Deciles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2000	0.306	0.574	0.881	1.072	1.340	1.723	2.298	3.141	5.121	> 5.121
1997	0.363	0.698	1.026	1.339	1.781	2.364	3.207	4.530	7.717	> 7.717
% de caída 1997 – 2000	15,7	17,8	14,1	19,9	24,8	27,1	28,3	30,7	33,6	-

* SMLV: \$260.100/mes en 2000 y \$170.008/mes en 1997.

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en ECV-Dane, 1997 y EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107)

Una segunda causa, inducida por la primera, fue que tanto en términos del número de cotizantes como del IBC, hubo una caída en los recaudos reales del régimen contributivo, que disminuyó el aporte del 1% de la cotización para el régimen subsidiado, limitando su crecimiento a partir de 1998.

Otra causa fue la depuración de los archivos de afiliados y el incremento de la carnetización dentro del régimen subsidiado llevada a cabo entre 1998 y 2000, que dio de baja a muchos que en 1997 se estaban beneficiando indebidamente de estos subsidios.

(T4) a. Cobertura en salud para la Población en edad de trabajar

La Población en edad de trabajar – PET (12 años y más en zonas urbanas y 10 años o más en zonas rurales) fue de cerca 30.5 millones de personas en el año 2000. De esta población 15.4 millones estaban ocupados en el momento de la encuesta, un poco más de tres millones estaban desempleados y buscando activamente trabajo, y los casi 12 millones restantes eran inactivos. Este último grupo estaba integrado por cerca de 4.9 millones de estudiantes, cerca de 5.1 millones de amas de casa o personas dedicadas a oficios de hogar y los restantes 2 millones se distribuían entre pequeños rentistas de capital (46 mil), pensionados o jubilados que ya no trabajan (636 mil), personas que no tienen ninguna actividad específica (872 mil) o incapacitados para cualquier actividad (465 mil).

La cobertura de la seguridad social en salud para este grupo poblacional fue en el 2000 de 53,4%, como indica el Cuadro 2.5. Un resultado interesante es que las tasas de afiliación son similares para los ocupados y los inactivos, considerados como grupo (en torno de 55%), y claramente son inferiores para los desocupados (37,1%), aunque el cubrimiento de la seguridad social en salud para este grupo es más alto de lo que muchos podrían pensar. Al interior del grupo de inactivos, el cubrimiento de la seguridad social en salud es casi total para los pensionados o jubilados (98%) y es similar al de los ocupados para los estudiantes y las amas de casa; es menor para los rentistas de capital (51,2%); inferior para los incapacitados (49,4%), que pueden tener dificultades para ser afiliados por los costos que esto puede significar para las aseguradoras; y la menor cobertura se da para otras personas inactivas en el hogar que no tienen ninguna actividad específica (44,5%) y que posiblemente no tienen tampoco recursos propios suficientes, ni una dependencia muy directa de ningún miembro del hogar (padres, otros parientes lejanos o allegados).

Cuadro 2.5 Cobertura seguridad social en salud PET por actividad principal 2000

Actividad Principal	Población Total	Afiliados a SSS	No Afiliados a SSS	% de Cobertura
Población en edad de trabajar	30.464.687	16.276.739	14.187.948	53,4%
Ocupados	15.423.367	8.489.686	6.933.681	55,0%
Desocupados	3.064.089	1.136.965	1.927.124	37,1%
Inactivos	11.977.231	6.650.088	5.327.143	55,5%
Estudiando	4.881.554	2.679.482	2.202.072	54,9%
Oficios del hogar	5.074.265	2.704.762	2.369.503	53,3%
Rentista	47.776	24.473	23.303	51,2%
Pensionado/Jubilado	635.838	623.287	12.551	98,0%
Otra actividad	872.393	387.987	484.406	44,5%
Incapacitado	465.405	230.097	235.308	49,4%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107)

Con respecto a la cobertura de la seguridad social en salud por posición ocupacional, en el Cuadro 2.6 se presenta la situación para los 15.4 millones de ocupados que existían en el país en el 2000. Como puede observarse, las mayores coberturas se dan para los asalariados: 94% para los asalariados del gobierno (en todos sus niveles) y 64,1% para los asalariados particulares. El hecho de que estas tasas no sean cercanas al 100%, indica una clara evasión o

elusión de aportes, tanto por parte del individuo como de su patrono o empleador. Se habla de elusión porque en muchos casos es posible que la persona responda que es asalariado, cuando en realidad puede tener un contrato de servicios u honorarios y no un contrato de trabajo, aunque tenga una clara dependencia de un patrón, público o particular. En otros casos se trata de asalariados de empresas relativamente informales que evaden directamente sus obligaciones o de trabajadores temporales, donde es más difícil controlarla.

Cuadro 2.6 Cobertura seguridad social salud población ocupada por posición ocupacional 2000

Posición Ocupacional	Población ocupada	Afiliados a SSS	No afiliados a SSS	% de Cobertura
Asalariado particular	5.883.547	3.771.758	2.111.789	64,1%
Asalariado del gobierno	992.145	932.539	59.606	94,0%
Empleado rural (público/privado)	484.742	272.816	211.926	56,3%
Empleado doméstico	612.820	292.879	319.941	47,8%
Trabajador independiente	6.197.217	2.646.573	3.550.644	42,7%
Patrón o empleador	592.699	353.621	239.078	59,7%
Trabajador familiar sin remuneración	660.197	219.500	440.697	33,2%
Total	15.423.367	8.489.686	6.933.681	55,0%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107)

Los que se declaran patronos o empleadores, que en general administran pequeños negocios familiares, tienen unas tasas intermedias de afiliación a la seguridad social en salud de 59,7%. El ayudante familiar sin remuneración es el que presenta las tasas de afiliación más bajas, 33,2%, posición ocupacional que es típica de los pequeños negocios informales urbanos y de la economía campesina, casi imposible de controlar. Le siguen los trabajadores independientes con tasa de afiliación promedio de 42,7% y el servicio doméstico con 47,8%.

En síntesis, dentro del grupo de ocupados, los asalariados ya están llegando a dos tercios del camino hacia la cobertura total, los trabajadores por cuenta propia (independientes y pequeños patronos) están a mitad del camino, y los ayudantes familiares sin remuneración han recorrido un tercio del camino.

En lo atinente a la distribución de la población ocupada afiliada al SGSSS por tipo de régimen según posición ocupacional, la Encuesta de hogares del Dane en las zonas urbanas, distingue entre asalariados particulares y asalariados del gobierno (en todos sus niveles). En la zona rural los asalariados particulares incluyen únicamente los obreros o jornaleros agrícolas, y los empleados del gobierno están sumados con los empleados particulares, en una categoría que en el Cuadro 2.7 se llama 'empleados rurales (pub./priv.)', de los cuales posiblemente una alta proporción son empleados del gobierno (principalmente en las áreas de salud, educación, policía y administración municipal).

Cuadro 2.7 Distribución población ocupada afiliada por tipo de régimen según posición ocupacional - 2000

Posición Ocupacional	Total población ocupada	% de distribución según tipo de régimen				
		Contributivo	Subsidiado	De excepción	NS / NR	No afiliado
Asalariado particular	5.883.547	50,5%	12,4%	1,2%	0,1%	35,9%
Asalariado del gobierno	992.145	63,1%	3,1%	27,9%	0,0%	6,0%
Empleado rural (público/privado)	484.742	37,7%	14,6%	3,9%	0,1%	43,7%
Empleado doméstico	612.820	26,3%	21,1%	0,3%	0,0%	52,2%
Trabajador independiente	6.197.217	22,0%	19,2%	1,4%	0,1%	57,3%
Patrón o empleador	592.699	44,2%	13,3%	2,1%	0,0%	40,3%
Trabajador familiar sin remuneración	660.197	12,7%	19,1%	1,3%	0,1%	66,8%
Total nacional	15.423.367	36,6%	15,3%	3,1%	0,1%	45,0%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107)

(T4) b. Tipo de afiliación en el régimen contributivo

Como indica el Cuadro 2.8 del total de 13.3 millones de afiliados al contributivo, cerca de 5.4 millones se declararon cotizantes a dicho régimen (el 40,4%) y 7.9 millones se declararon beneficiarios (59,5%). De los cotizantes cerca de un 20% se declararon cotizantes independientes (1.05 millones) y el restante 80% se declararon cotizantes dependientes de un patrono público o particular (4.32 millones).

Cuadro 2.8 Afiliados al régimen contributivo según tipo de afiliación - 2000

	Cotizante dependiente	Cotizante independiente	Beneficiario	NS / NR	Total
ISS	2.205.829	433.604	3.608.072	6.277	6.253.782
Otras EPS o asimilada	2.118.847	615.391	4.316.048	12.082	7.062.368
Total RC	4.324.676	1.048.995	7.924.120	18.359	13.316.150
Porcentaje (%)	32,5%	7,9%	59,5%	0,1%	100,0%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, marzo-abril, 2000 (EH107)

(T4) c. Doble afiliación al Sistema

Con relación a la multiafiliación, el Módulo de salud de la Encuesta de hogares de 2000, preguntó a los afiliados al SGSSS por una posible segunda afiliación a salud en otra entidad del Sistema. La mayor incidencia de dobles afiliaciones se observa (Cuadro 2.9) en el ISS (3,6%) y en los regímenes de excepción (4,3%); la menor en el régimen subsidiado (0,5%).

Cuadro 2.9 Población que declara doble afiliación a seguridad social en salud 2000

Afiliación principal	Total afiliados	Con doble afiliación	%
Régimen contributivo	13.316.150	401.695	3,0%
ISS	6.253.782	225.136	3,6%
Otras EPS o asimiladas	7.062.368	176.559	2,5%
Régimen subsidiado	6.820.907	34.105	0,5%
Regímenes de excepción	1.197.924	51.511	4,3%
Total	21.334.981	487.311	2,3%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH -Dane, marzo-abril 2000 (EH107)

(T3) 1.3 Comparación de fuentes de datos sobre afiliación al Sistema

Los resultados discutidos en los dos numerales anteriores en cuanto a la afiliación al SGSSS son bastante inconsistentes. Para ambos años (1997, 2000) hay un problema de comparabilidad de las cifras, por cuatro razones fundamentales:

- i) Los registros se refieren al promedio de los doce meses, mientras que las encuestas de hogares se refieren a la situación en el bimestre de la encuesta: en 1997 a junio julio y en 2000 a marzo abril. En un período como éste en que tanto los traslados desde el ISS y las adaptadas hacia las EPS privadas en el RC, como el aumento de afiliación en el RS fueron muy variables, la fecha de referencia de los datos hace una diferencia significativa;
- ii) Las cifras de registros han venido siendo depuradas desde 1998, de tal forma que son mucho más confiables las cifras del 2000 que las de 1997. Por otro lado, estas cifras son de afiliados compensados, que siempre es menor ceteris paribus, que la de afiliados de encuestas de hogares, por el efecto de la mora en el pago.
- iii) Los errores de muestreo de las encuestas de hogares son mucho mayores en las zonas rurales que en las zonas urbanas; lo cual afecta especialmente a los estimativos de afiliación en el RS, y mayores en 1997 que en el año 2000, por el tamaño diferencial de las muestras (8.200 en 1997 frente a 24.000 en 2000);
- iv) La afiliación al RS en las encuestas de hogares se derivó en 1997 de la pregunta: ¿tiene carné Sisbén?, el cual en sentido estricto no existía; y los que contestaron afirmativamente pueden incluir personas a quienes se les aplicó la encuesta Sisbén, fueron clasificados como pobres (Sisbén 1-2), pero a quienes no se les había afiliado a ninguna ARS y estaban pendientes de su afiliación; en el año 2000 se hizo con la pregunta: ¿está afiliado a alguna ARS y a cuál? y se exigió el carné de afiliación al RS para su verificación.

El Cuadro 2.10 muestra la inconsistencia de los resultados encontrados en los años 1997 y 2000 con estas dos fuentes de datos.

Cuadro 2.10 Cobertura seguridad social según fuentes 1997– 2000 - (Miles)

Tipo de afiliación	1997		2000		% de cobertura			
	REG.	EH	REG.	EH	1997		2000	
					REG.	EH	REG.	EH
Población total	39.842	39.842	40.815	40.815	100,0	100,0	100,0	100,0
ISS	9.255	8.802	5.036	6.254	23,2	22,1	12,3	15,3
Otras EPS o asimiladas	5.516	4.858	8.026	7.062	13,8	12,2	19,7	17,3
Régimen contributivo	14.771	13.660	13.063	13.316	37,1	34,3	32,0	32,6
Régimen subsidiado	7.027	7.928	9.511	6.821	17,6	19,9	23,3	16,7
Total SGSSS	21.798	21.588	22.574	20.137	54,7	54,2	55,3	49,3
Regímenes excepción*	1.036	1.036	1.198	1.198	2,6	2,6	2,9	2,9
Total afiliados a SSS	22.834	22.624	23.772	21.335	57,3	56,8	58,2	52,3

* Se supone que en la información de registros, los afiliados a regímenes excepción coinciden con los reportados en la EH.
Fuente: Fisalud – aplicativos compensación (afiliados compensados RC) y bases de contratación (afiliados RS). Cálculos Econometría SA con base en ECV - Dane-1997 y EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107 – Módulo de salud).

Como se señaló anteriormente, para 1997 las cifras de registros del régimen contributivo son poco confiables. Las bases de datos no habían comenzado a depurarse y como resultado de ello, tanto el ISS como otras EPS mostraban cifras infladas como reflejo de la multifiliación y otros problemas. Para este año, las cifras del régimen subsidiado pueden ser más confiables. Por otro lado, las cifras de la ECV-Dane 1997 tienen el problema de que se basan en una muestra pequeña a nivel nacional, de cerca de 8.200 hogares, que tiene errores de muestreo altos. Adicionalmente, en el caso del régimen subsidiado, la afiliación se obtuvo de la respuesta a la pregunta: ¿tiene carné Sisbén?, Esto puede explicar por qué la cifra de afiliados según esta fuente es 13% superior a la obtenida de registros.

En el año 2000 las cifras de registro muestran en el RC una migración más acelerada desde el ISS hacia las EPS privadas, que las cifras de encuestas de hogares, pero tiene discrepancias menores con la cifra del total de afiliados al RC de registros. La gran discrepancia surge en la afiliación al RS, donde la información de registro de afiliados anuales contratados y efectivamente reconocidos en el pago de UPC-S a las ARS, es 39% superior a la reportada por encuestas de hogares en marzo-abril de ese año (9.5 millones frente a 6.8 millones).

En síntesis, con base en el análisis anterior, puede decirse con certeza que no se cuenta con información histórica confiable de registros sobre la afiliación al SGSSS; y que las encuestas de hogares, a pesar de que son muy útiles para el análisis de los determinantes de la afiliación y su cobertura, no son un sustituto suficiente a una contabilidad confiable de registros, por el tamaño reducido de las muestras y los altos errores de muestreo que generan, especialmente en zonas rurales.

La única solución a este problema es la creación de un Banco único de afiliados al Sistema, que garantice la unicidad de los registros y la depuración continua de las bases de datos correspondientes, propuesta que se desarrolla más adelante.

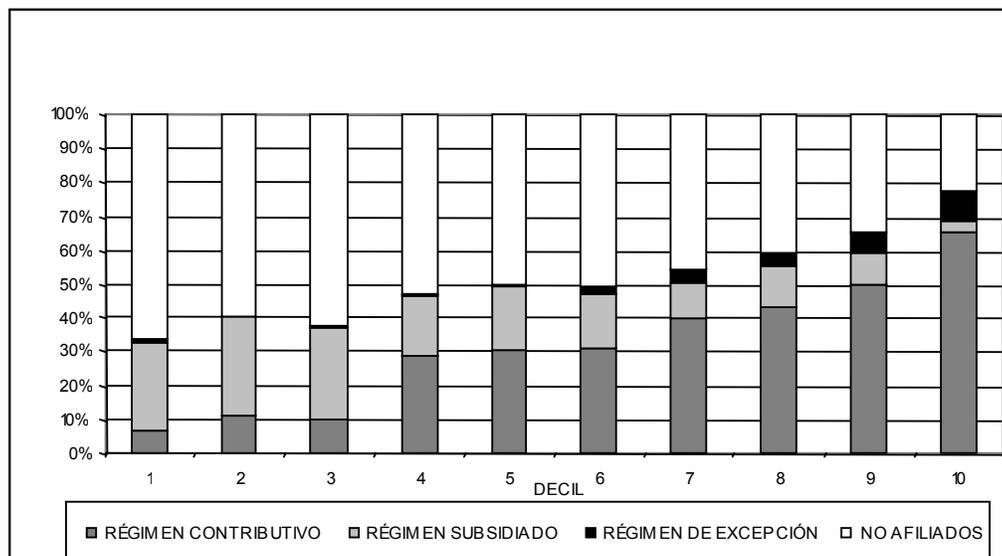
(T2) 2. Relación de la población con el Sistema

Al analizar los resultados de la Encuesta de hogares de 2000, con relación a la distribución del ingreso familiar total (incluyendo todas las fuentes de ingreso del hogar) por deciles de la población de hogares a nivel nacional, se observa que el 44% del ingreso familiar está concentrado en el 10% más rico de los hogares. Si se suma el decil 9, más del 60% del ingreso familiar está concentrado en el 20% más rico de los hogares. Al otro extremo, el 20% más pobre de la población (deciles 1 y 2), apenas recibe el 2,2% del Ingreso familiar total; y el 50% más pobre de la población, recibe el 14,8% del ingreso.

Esta fuerte desigualdad en la distribución del ingreso entre los hogares, determina altos niveles de pobreza en segmentos muy amplios de la población. Más del 50% de los hogares tienen un ingreso familiar que está por debajo de la Línea de pobreza, calculada por el Departamento nacional de planeación (DNP) con base en la metodología del Banco mundial, en 1,78 SMLV, que está por debajo del ingreso máximo familiar del decil 6 de la distribución de ingresos familiares. Esta alta proporción de hogares pobres, afecta naturalmente la posibilidad de extender el régimen contributivo, sobre la base de aumentar los aportes de los hogares para la financiación de su afiliación al SGSSS, y pone una presión muy fuerte sobre los recursos públicos para aumentar el aseguramiento a través del régimen subsidiado.

Con base en la anterior distribución de ingresos, se examinó la cobertura del SGSSS por deciles de población ordenados según el nivel de ingresos del hogar al que pertenecen, con los resultados que se presentan en el Gráfico 2.2 para el total nacional, donde se presentan los porcentajes de población afiliada al SGSSS por tipo de régimen (RC, RS, RE), y el porcentaje de población no afiliada.

**Gráfico 2.2 Relación población con el Sistema por deciles distribución ingreso familiar-
Total nacional**



Fuente: Cálculos Econometría SA con base en ECV - Dane-1997 y EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107 – Módulo de salud).

Como puede observarse, el régimen contributivo tiene una pequeña penetración en los tres primeros deciles de la distribución de ingreso familiar, que corresponde posiblemente a hogares de desempleados, trabajadores independientes o asalariados, que coyunturalmente reportan bajos ingresos. La afiliación a este régimen da un salto a nivel del decil 4, que es donde comienzan a aparecer masivamente hogares de asalariados con ingresos superiores a un SMLV; y aumenta sistemáticamente con el nivel de ingreso del hogar hasta situarse en cerca de 65% en el decil 10.

Los regímenes de excepción penetran fundamentalmente en hogares del decil 6 en adelante, es decir, en hogares que están por encima de la Línea de pobreza. La penetración del régimen subsidiado por deciles de la distribución de ingreso familiar, muestra los problemas de focalización de la forma como se ha aplicado el modelo Sisbén y otros procedimientos que se han adoptado para afiliar a la población sin capacidad de pago a dicho régimen, problemas que ya se habían detectado con la ECV-Dane de 1997. Si bien existe una amplia penetración en los primeros cinco deciles de la distribución de ingreso familiar que están por debajo de la Línea de pobreza, y que le ha dado la oportunidad a un amplio segmento de la población pobre, especialmente en zonas rurales, de acceder al aseguramiento en salud, hay también una penetración indeseada en los deciles 6 a 10 de la distribución de ingresos familiares, hacia segmentos con capacidad de pago, y cuyo control podría mejorar el poder de focalización, para incrementar las afiliaciones en los cinco primeros deciles, por debajo de la Línea de pobreza.

(T2) 3. Flujos de la población a través del Sistema

En la situación actual, una persona ocupada tiene seis alternativas para tener acceso a servicios de salud para sí mismo y para su familia. La elección de uno de estos caminos alternativos depende de su decisión individual, pero esta decisión está condicionada por tres grandes factores sociolaborales: i) su situación ocupacional (empleado en alguna institución o empresa cubierta por alguno de los regímenes de excepción, asalariado en el sector público o privado, trabajador independiente, desempleado, jubilado o inactivo); ii) el nivel de calidad de vida del hogar al que pertenece, de acuerdo con la clasificación Sisbén (pobre, no pobre) o con el listado censal que lo declara como miembro de alguna minoría pobre; y iii) su nivel de ingresos corrientes. Estas seis alternativas para acceder a servicios de salud son:

- Alguno de los regímenes de excepción existentes -Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio o Ecopetrol- (RE).
- Régimen subsidiado (RS)
- Régimen contributivo como asalariado (RC - asalariado)
- Régimen contributivo, como independiente (RC – independiente)
- Régimen de vinculados en hospitales públicos, si no está afiliado al SGSSS (RV)
- Medicina prepagada (MP), póliza de hospitalización o cirugía, o pago por evento con recursos propios.

Para tener acceso a salud a través de alguno de los regímenes de excepción existentes, el individuo tiene que estar empleado o ser jubilado de alguna de las instituciones o empresas cubiertas por estos regímenes. La existencia de servicios de salud superiores a los de otros regímenes en estas instituciones puede ser un factor que esté influyendo en la decisión de buscar o mantener el empleo en ellas. Para tener acceso a salud a través del régimen subsidiado, es necesario pertenecer a un hogar que sea considerado como estructuralmente pobre y no tener un empleo asalariado con remuneración igual o mayor a un salario mínimo (SMLV). De acuerdo con la normatividad vigente, la condición de pobreza estructural se define operacionalmente de dos maneras: i) Para la mayoría, con la aplicación de la encuesta Sisbén (se consideran pobres y elegibles para el RS los que tienen un nivel Sisbén 1 o 2, y no pobres los que tienen un nivel Sisbén 3 a 6); y ii) Para algunas minorías, como los indígenas, las negritudes o los pobres de algunos municipios pequeños, por la pertenencia a un listado censal que los certifique como tales.

El pertenecer a un hogar pobre y ser asalariado, genera una situación conflictiva para la afiliación dentro del SGSSS, porque por pertenecer a un hogar estructuralmente pobre tiene derecho al RS, pero por ser coyunturalmente asalariado debe afiliarse al RC. En la práctica, este conflicto de criterios puede producir, al menos, dos situaciones anómalas:

- i. La persona puede estar, mientras mantenga el empleo asalariado, doblemente afiliada al Sistema: al RS que es más estable, por ser pobre, y al RC, porque le

descuentan de nómina. En este caso el trabajador pobre no reporta el empleo para no perder su carné del RS.

- ii. La persona puede estar afiliado al RS y conseguir un trabajo asalariado sin afiliarse al RC, evadiendo el pago del aporte. La tenencia de un carné de afiliación al RS, puede aumentar la probabilidad de conseguir un empleo asalariado disfrazado (a través de contratos de servicios), por su menor costo laboral para la empresa que lo contrata.

Para tener acceso a salud a través del RC hay dos caminos:

- i. Si es asalariado, que su empleador como aportante, lo afilie y pague la cotización del 12% de su IBC mensual, aceptando que le descuenten 1/3 de este aporte de su salario.
- ii. Si es independiente, afiliándose y pagando por su cuenta todo el 12% de su IBC mensual, a través de una autoliquidación que nadie controla. A pesar de que la norma establece que se debe estimar un ingreso presuntivo para fijar el mínimo IBC; en la práctica este mínimo es de 2 SMLV para todos los independientes; y las EPS encargadas de la afiliación no tienen ningún incentivo para cobrar la afiliación sobre otra base, ya que sus ingresos dependen de la UPC y no del recaudo.

La existencia de estos dos caminos tan diferentes para afiliarse al RC en salud, puede producir varias situaciones anómalas, que conducen a aumentar la evasión o elusión de aportes al Sistema, y a reducir la afiliación a este régimen:

- i. Para un individuo que puede ganar más de 6 SMLV como asalariado, le resulta ventajoso renunciar al trabajo asalariado, donde contribuye con 1/3 del aporte, buscar un contrato de servicios u honorarios como independiente y pagar el aporte completo del 12%, si logra afiliarse con un IBC de 2 SMLV. El incentivo para hacer esto aumenta linealmente con el ingreso laboral de la persona.
- ii. A la empresa como aportante le conviene reducir los contratos de trabajo y aumentar los contratos de servicios u honorarios, como forma de vinculación laboral, porque le permite eludir su aporte a salud, transfiriéndolo al trabajador; el cual estaría dispuesto a asumirlo si su ingreso es mayor a 6 SMLV; en caso contrario, el trabajador puede oponerse al cambio o no afiliarse como independiente.
- iii. La empresa puede discriminar entre un aspirante al empleo con carné del RS y otro sin él, favoreciendo al que tenga carné, porque esto le permite evadir su aporte, sin correr los riesgos de salud de su trabajador. En este caso la forma de hacerlo es vinculándolo también a través de contratos de servicios, o corriendo el riesgo de ser detectada si lo contrata como asalariado.

Esta asimetría entre la forma de afiliación al RC de un asalariado y un independiente, genera importantes procesos de auto selección, que distorsionan el funcionamiento del mercado de trabajo, generan evasión y elusión de aportes al RC y reducen el nivel de afiliación en él.

Los cuatro caminos para obtener servicios de salud descritos hasta el momento, son todas opciones dentro del SGSSS. Las otras dos son opciones por fuera del mismo.

El quinto camino que tiene un ocupado para obtener servicios de salud es como vinculado en algún hospital de la red pública de salud, donde existen todavía importantes subsidios por el lado de la oferta, aunque posiblemente con un nivel de calidad y oportunidad del servicio más variable y menos predecible que dentro del SGSSS. Este camino básicamente es el elegido por una buena parte de las personas no afiliadas al SGSSS, pero no por todas:

- i. Si el individuo no tiene capacidad de pago para afiliarse al RC y no es elegible para el RS o no ha sido aún enrolado en él, ni está afiliado a alguno de los RE, ésta es la única opción que tiene. Presenta la ventaja, frente a demandar servicios de una IPS privada, de que la tarifa que paga por evento es apenas de 5, 10 o 20% de la tarifa plena que pagaría en una IPS privada (según sea asimilable a niveles Sisbén 1, 2 ó 3), y cero si se trata de un parto o cesárea. Tiene la desventaja frente al aseguramiento (RC o RS) del pago por evento y la ausencia de cobertura familiar. Es claramente una opción inferior a la afiliación al RS.
- ii. Si el individuo tiene alguna capacidad de pago y no es elegible para el RS, ni está afiliado al RC ó a los RE (generalmente personas ubicadas en los niveles 3 y 4 de Sisbén), esta es una opción, en la medida en que el individuo enfrenta temporalmente una baja de ingresos laborales, o la pérdida del empleo asalariado, o no ha comprado todavía la cultura del aseguramiento en salud y prefiere asumir los costos curativos en el momento en que se presente el evento. Puede escoger esta opción, frente a demandar servicios de una IPS privada, cuando crea que puede obtener una menor tarifa en la IPS pública, o cuando considera que, en el lugar donde reside, las opciones privadas son inferiores en calidad u oportunidad.

En las circunstancias actuales, con altos niveles de desempleo abierto, caída de los ingresos laborales de toda la población, pero especialmente de los estratos medios y altos de ingreso, y aumento de la informalidad y la incertidumbre, esta opción se ha vuelto coyunturalmente más atractiva que en el pasado, por el factor costo. Adicionalmente, con respecto a la situación antes de la ley 100, los hospitales públicos han estado muy activos en la captura de esta clientela, para incrementar su facturación, en competencia con las IPS privadas.

Finalmente, la sexta opción disponible para obtener servicios de salud es a través de una póliza de hospitalización y cirugía con una compañía de seguros, de pagar

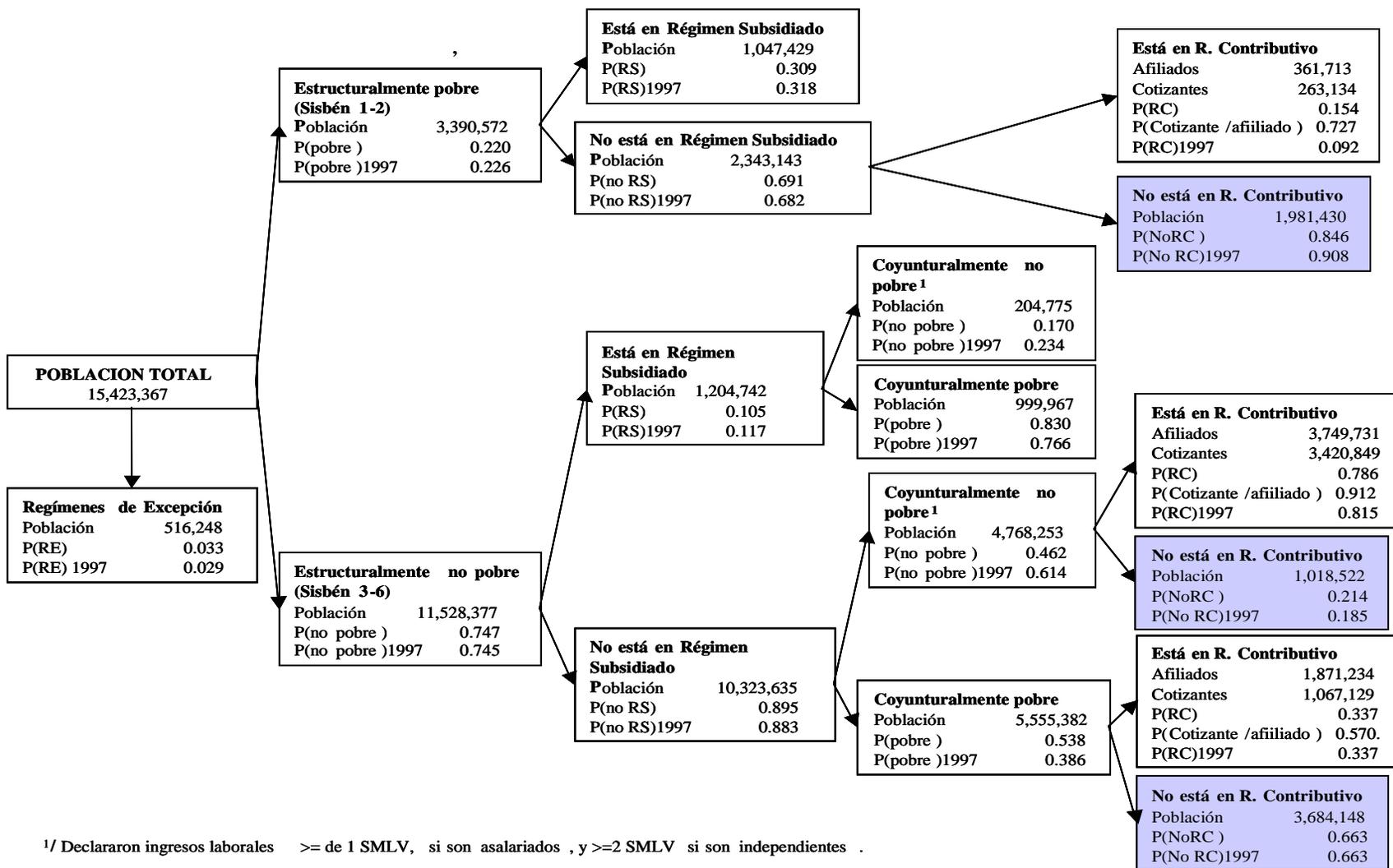
la afiliación a una empresa de medicina prepagada o de asumir directamente los costos del servicio en caso de presentarse un episodio de salud que lo requiera. Esta opción es costosa y básicamente está orientada a personas de altos ingresos, aunque los oferentes de estos servicios han comenzado a introducir en el mercado algunas opciones más económicas para segmentos medios de ingreso. Por otro lado, y contrario a lo que muchos piensan, su clientela principal no está entre los no afiliados, sino en un segmento importante de los afiliados al SGSSS, que también se afilian a estas formas de aseguramiento o prepago, buscando mayor calidad y oportunidad en el servicio, sin evadir sus obligaciones con el Sistema.

(T3) 3.1 Flujos de la población ocupada con ingresos laborales en el Sistema

A continuación se presenta el flujo de la población ocupada a través del SGSSS en el año 2000, con base en los resultados observados en la Encuesta de hogares. El Gráfico 2.3 destaca dos momentos secuenciales de decisión: la afiliación al RS y la afiliación al RC, y dos condicionantes externos previos: la situación estructural del hogar al que pertenece el individuo (pobre/no pobre) y la situación coyuntural del individuo (pobre/no pobre) en términos de su capacidad corriente de pago (ingreso laboral).

La clasificación de los hogares por niveles Sisbén para el año 2000, se hizo sobre la base de modelos de clasificación (Logit), estimados con la muestra de hogares de la Encuesta de calidad de vida para 1997, donde se pudo hacer un cálculo de la calificación Sisbén de los hogares de la muestra siguiendo la metodología del DNP utilizada por el sector, en función de variables observables en la Encuesta de hogares del 2000. Estos modelos se discuten posteriormente. Basta decir por ahora que mediante dichos modelos se logró clasificar cerca de un 80% de los hogares en tres grandes categorías: Sisbén 1-2 (pobres), Sisbén 4-6 (no pobres); y este último grupo se clasificó en Sisbén 3 (intermedio o sándwich) y Sisbén 4-6 (resto de no pobres). El grupo de no clasificados se asignó después entre pobres y no pobres en las mismas proporciones observadas para los clasificados.

Gráfico 2.3 Flujo población ocupada y con ingresos laborales en el Sistema - Encuesta hogares 2000



Como se observa, la población total de ocupados con ingreso laboral existentes en el 2000 (unos 15.4 millones) se puede distribuir en tres grupos para los propósitos de este análisis:

- Los ocupados afiliados a regímenes de excepción, unos 516 mil (3,3% del total de ocupados) que no son elegibles para los otros dos regímenes;
- Los que pertenecen a hogares estructuralmente pobres (Sisbén 1-2), unos 3.4 millones (22%); y
- Los que pertenecen a hogares estructuralmente no pobres (Sisbén 3-6), unos 11.5 millones (74,7%).

Para analizar mejor la relación entre la población ocupada por niveles de pobreza y el RC en salud, el Cuadro 2.11 desagrega el total de afiliados en cotizantes y beneficiarios. Al realizar lo anterior, se tiene que de los cotizantes sólo el 5,5% corresponde a ocupados pertenecientes a hogares estructuralmente pobres; el 94,5% restante pertenecen a hogares no pobres. Por otro lado, el 72% de los cotizantes son estructural y coyunturalmente no pobres; y queda un 22,5% de ocupados que cotizan, aunque coyunturalmente reportan no tener la capacidad de pago requerida.

Del total de más de 1,2 millones de ocupados con ingreso laboral que están afiliados como beneficiarios, el 8% pertenecen a hogares estructuralmente pobres, y un 65,3% son coyunturalmente pobres, aunque estructuralmente no lo sean. Esto deja un 26,7% de ocupados que no son ni estructural ni coyunturalmente pobres, y que deberían estar afiliados como cotizantes; en total unas 329 mil personas.

Cuadro 2.11 Relación población ocupada con ingresos laborales con el Sistema por pobreza estructural y coyuntural - 2000 (Miles)

Pobre/no pobre	Población ocupada*	RS	Régimen contributivo			No afiliados
			Afiliados	Cotizantes	Beneficiarios	
Estructuralmente pobre	3.391	1.047	362	263	99	1.981
Estructuralmente no pobre	11.528	1.205	5.621	4.488	1.133	4.703
Coyuntural no pobre	4.973	205	3.750	3.421	329	1.019
Coyuntural pobre	6.555	1.000	1.871	1.067	804	3.684
Total	14.919	2.252	5.983	4.751	1.232	6.684
Distribución porcentual (%)						
Estructuralmente pobre	22,7	46,5	6,0	5,5	8,0	29,6
Estructuralmente no pobre	77,3	53,5	94,0	94,5	92,0	70,4
Coyuntural no pobre	33,3	9,1	62,7	72,0	26,7	15,2
Coyuntural pobre	44,0	44,4	31,3	22,5	65,3	55,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Excluye 516.000 ocupados afiliados a regímenes de excepción (Fuerzas militares, Policía nacional, Magisterio y Ecopetrol)

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en la EH- Dane, marzo-abril 2000 (EH107)

Finalmente, se puede contestar la pregunta de cómo se distribuye la población de ocupados con ingreso laboral que no están afiliados al SGSSS, unos 6.7 millones

de personas, por niveles de pobreza. La respuesta es la siguiente: el 29,6%, cerca de dos millones, pertenecen a hogares estructuralmente pobres y, en principio, deberían afiliarse al RS; un 15,2% del total son estructural y coyunturalmente no pobres, cerca de un millón de personas, que pueden y se deben afiliar al RC; por último, queda un importante 55,1% de los no afiliados, cerca de 3.7 millones de ocupados, que como ya se señaló, no son lo suficientemente pobres para afiliarse a través del RS, ni lo suficientemente ricos para ingresar a través del RC; y constituyen una población Intermedia o sándwich que no puede afiliarse a ningún régimen, dentro de la normatividad vigente en la actualidad.

(T3) 3.2 Flujos de la población total a través del Sistema

Los flujos de afiliados y no afiliados al SGSSS para la población total del país, muestran que de la población total elegible para el Sistema en el año 2000, el 34,3% pertenecía a hogares estructuralmente pobres, el 34,7% eran estructuralmente no pobres, pero coyunturalmente pobres, y sólo el 31% de la población era estructural y coyunturalmente no pobre, unos 12.3 millones de personas (Cuadro 2.12).

Cuadro 2.12 Relación población con el Sistema por niveles de pobreza estructural y coyuntural- 2000 (Miles)

Pobre/no pobre	Población total *	RS	RC	No afiliados
Estructuralmente pobre	13.603	3.709	1.752	8.142
Estructuralmente no pobre	26.036	3.117	11.568	11.351
Coyuntural no pobre	12.284	506	9.262	2.516
Coyuntural pobre	13.752	2.611	2.306	8.835
Total	39.639	6.826	13.320	19.493
Composición porcentual (%)				
Estructuralmente pobre	34,3	54,3	13,2	41,8
Estructuralmente no pobre	65,7	45,7	86,8	58,2
Coyuntural no pobre	31	7,4	69,5	12,9
Coyuntural pobre	34,7	38,3	17,3	45,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

*Excluye 1.198.000 personas afiliadas a regímenes de excepción (Fuerzas militares, Policía nacional, Magisterio y Ecopetrol)

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107)

De la población total afiliada al RS, unos 6.8 millones de personas en el año 2000, el 54,3% provenía de hogares estructuralmente pobres, el 38,3% eran estructuralmente no pobres, pero coyunturalmente pobres; y sólo un 7,4% eran estructural y coyunturalmente no pobres.

De la población total afiliada al RC, unos 13.3 millones en el 2000, sólo el 13,2% pertenecían a hogares estructuralmente pobres. Un 17% adicional pertenecía a hogares estructuralmente no pobres, pero coyunturalmente pobres; y el 59,5% eran estructural y coyunturalmente no pobres.

Finalmente, de los 19.5 millones de personas no afiliadas al SGSSS, 8.1 millones (el 41,8%) provienen de hogares estructuralmente pobres y son, por lo tanto, un problema para el RS; 2.5 millones (el 12,9%) son estructural y coyunturalmente no pobres y es el potencial claro de nuevas afiliaciones para el RC, dentro de las normas vigentes en la actualidad; por último, se tiene una población de 8.8 millones de personas (el 45,3% de los no afiliados al Sistema), que provienen de hogares estructuralmente no pobres, pero coyunturalmente forman parte de familias cuyos potenciales cotizantes no tienen la capacidad de pago suficiente para ser elegibles para el RC.

Estos resultados ponen de manifiesto la magnitud del problema de afiliación que enfrenta el SGSSS para lograr la cobertura universal de la seguridad social en salud. Naturalmente, los niveles de empleo e ingresos de la población colombiana en el año 2000 están muy por debajo de los niveles históricos alcanzados previamente; y es de esperarse que en la medida en que la economía recupere su ritmo de crecimiento potencial, el tamaño de este grupo intermedio sin capacidad de pago tienda a reducirse. El problema, como ya se mencionó, es que esto puede tomar varios años.

(T2) 4. Afiliación a planes o seguros de salud complementarios

En la Encuesta nacional de hogares de 2000 se incluyó igualmente una pregunta sobre cuáles planes o seguros de salud tiene el individuo. Las opciones fueron: i) Póliza de hospitalización y cirugía, ii) contrato de medicina prepagada, iii) contrato o planes complementarios en una EPS, y iv) otros (entre los que se mencionaron seguros estudiantiles, de accidentes, y servicio de ambulancia).

Para el total de 40.8 millones de personas a nivel nacional, la encuesta detectó en marzo-abril de 2000 un total de 702 mil personas afiliadas a seguros de hospitalización y cirugía, 863 mil personas afiliadas a planes de medicina prepagada, 775 mil personas afiliadas a planes complementarios de salud en EPS, y 1.65 millones de personas afiliadas a otros seguros no obligatorios de salud (seguros estudiantiles, de accidentes o servicio de ambulancia, etc.). Los tres primeros están fuertemente concentrados en la población que al mismo tiempo está afiliada al SGSSS. De los que tienen póliza de hospitalización y cirugía, el 95% está afiliado al SGSSS; de los que tienen medicina prepagada, el 92.5%. Llama la atención sin embargo, que cerca de 31 mil personas no afiliadas reportan tener planes complementarios de salud con una EPS (4% de los que tienen estos planes), lo cual indica que algunos encuestados se pudieron confundir con otros planes de salud que ofrecen entidades como las cajas de compensación familiar. Finalmente, es muy grande el número de personas en la población que tiene otros planes o programas de salud por fuera de los anteriores y por fuera del aseguramiento obligatorio; con la característica adicional de que estos planes se distribuyen en similares proporciones entre los afiliados y los no

afiliados al SGSSS. Una característica a destacar es que estos otros planes tienen una incidencia cuatro a cinco veces mayor en las poblaciones de menores y de inactivos, que entre la población económica activa (ocupados o desocupados), que por los tipos sugeridos de seguros en la respuesta, se trata de seguros estudiantiles, básicamente de accidentes, que llegan a un segmento que es muy importante entre los menores y los inactivos, servicios de ambulancia para inactivos de la tercera edad, y para el resto, otros seguros de accidentes que toma la población en general.

(T2) 5. Demanda por servicios de salud

El módulo de salud incluido en la Encuesta nacional de hogares de 2000, también preguntó sobre percepción de enfermedad o problemas de salud en los últimos 15 días, consulta médica en el mismo período y sitio a donde recurrió, hospitalización en el último año y sitio donde recurrió, fuentes de financiación y el valor pagado, tanto para consulta médica como para hospitalización. Los resultados obtenidos en esta encuesta se presentan en el Cuadro 2.13. En el análisis se tuvo especial atención con las alternativas de las cuales disponen las personas que no se encuentran afiliadas al Sistema para recurrir a los servicios de salud, en especial a través de la red de hospitales públicos.

Cuadro 2.13 Porcentaje población según relación con el Sistema que tuvo problema de salud en los últimos 15 días - Total nacional – 2000

	Problemas de salud últ. 15 días	Consulta al médico últ. 15 días	Consulta médico IPS pública	Hospitalización último año	Hospitalización en IPS pública
Total	12,6	8,9	50,8	4,3	66,5
No afiliados	11,5	5,4	57,1	3,4	79,9
Afiliados:	13,6	12,1	48,2	5,2	58,6
ISS	12,2	11,6			
Otras EPS	13,3	13,6			
R. subsidiado	15,4	10,6			
R. Excepción	13,1	15,8			

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107).

El 12,6% de la población a nivel nacional tuvo algún problema de salud en los últimos 15 días. Esta proporción fue de 9,9% para los ocupados asalariados, de 12,6% para los menores, de 12,7% para los desocupados, de 13,4% para los inactivos en edad de trabajar, y de 13,8% para los ocupados no asalariados, que son el segmento de la población que presenta el nivel más alto de percepción de enfermedad.

Un resultado sistemático observado en todos los segmentos de la población, excepto en los menores, es que la percepción de enfermedad es mayor entre los afiliados al SGSSS, que entre los no afiliados. Los mayores diferenciales se dan

entre los desocupados, los inactivos y los ocupados no asalariados, y los menores diferenciales entre los ocupados asalariados. Entre los desocupados a nivel nacional, por ejemplo, este diferencial entre no afiliados/afiliados es de 10,7% vs. 16,1%; diferencial que en zonas rurales llega a 11,5% vs. 19,2%.

Estos resultados indican la presencia de un problema de asimetría en la información entre asegurados y aseguradores, que conduce a una selección adversa en contra del asegurador, en el sentido de que los afiliados tienden a ser personas con mayor percepción de problemas de salud que los no afiliados. Esta selección adversa supera otros factores que operan en la dirección contraria, para dar el efecto neto indicado, asociados con la mayor pobreza y peores condiciones de vida de los no afiliados, que inducirían a que hubiera una mayor percepción de problemas de salud entre ellos, fenómeno que sí se manifiesta en el resultado neto encontrado para los menores en zonas rurales.

Con relación a los afiliados al Sistema, las más altas tasas de percepción de enfermedad se observan para el RS (15,4%) y las más bajas para el ISS (12,2%). Las otras EPS del RC y los regímenes de excepción enfrentan tasas de percepción de enfermedad intermedias (alrededor de 13,2%). Las tasas de percepción de enfermedad son bastante altas para los desempleados afiliados al RS (19,2%) y a los RE (21,5%), pero en este último caso puede tratarse de jubilados de la tercera edad. De acuerdo con estos resultados, la selección adversa de afiliados parece manifestarse principalmente en el RS.

(T3) 5.1 Consulta médica y hospitalización

En la proporción de la población que habiendo tenido problemas de salud en los últimos 15 días consultó a un médico, los resultados encontrados indican que el 71% de la población nacional que tuvo problemas de salud, consultó a un médico. Esta proporción fue de 76% para los ocupados asalariados, de 75% para los inactivos, de 73% para los menores, de 65% para los desocupados y de 59% para los ocupados no asalariados.

Con relación a las tasas de consulta médica en los últimos 15 días para la población afiliada al SGSSS, las más altas se observan para los afiliados a regímenes de excepción (15,8%), seguidas de otras EPS (13,6%). El ISS y el RS presentan las más bajas, 11,6 y 10,6% respectivamente. El RS que presenta la más alta tasa de percepción de enfermedad de todos los regímenes, muestra también la más baja proporción de personas que consultan a un médico, dado que tuvieron problemas de salud en los últimos 15 días.

El 50,8% de la población que consultó a un médico en los últimos 15 días, lo hizo en una IPS pública, y el resto lo hizo en una IPS privada. Un 48,2% de los afiliados al SGSSS consultan en una IPS pública, mientras que el 57,1% de los no afiliados lo hacen. La alta proporción del total de consultas médicas que se llevan a cabo

en IPS públicas, indica la extensión que todavía tiene en el país el sector público (hospitales, centros y puestos de salud) en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención. De hecho, hay por lo menos 400 municipios donde no hay IPS privadas y sólo hay puestos de salud públicos, y por lo menos otros 400 donde los hospitales que hay son públicos y no hay hospitales o clínicas privadas. Esto hace que una proporción significativa de la población por fuera de las ciudades de cierto tamaño solo tenga una oferta pública de servicios de salud en su vecindad.

El 4,3% de la población del país se hospitalizó en el último año. Esta proporción fue de 3,3% para los menores, de 3,9% para los ocupados no asalariados, de 4,1% para los ocupados asalariados, de 4,4% para los desocupados y de 5,6% para los inactivos. Los afiliados al SGSSS tienen una tasa de hospitalización más alta que los no afiliados: 5,2, contra 3,4%; fenómeno que se presenta en mayor o menor medida para todos los segmentos sociolaborales y en todos los niveles de urbanización, excepto para menores en zonas rurales, donde la tasa de hospitalización es mayor para los no afiliados que para los afiliados, posiblemente por la influencia de las condiciones ambientales y socioeconómicas en que viven los niños menores en estas zonas.

El 66,5% de los que se hospitalizaron en el último año, lo hicieron en una IPS pública. Estas cifras demuestran la gran importancia que tienen todavía las IPS públicas en la oferta de servicios de hospitalización, especialmente a menores niveles de urbanización del sitio de residencia. La penetración del sector privado en servicios de hospitalización es relativamente alta (supera el 50%), únicamente entre los afiliados al SGSSS en las cuatro áreas metropolitanas mayores, especialmente entre los asalariados, donde supera el 67%.

(T2) 5.2 Valores pagados por consulta médica y hospitalización

Del total de personas que consultaron a un médico en los últimos 15 días, el 28,8% no estaban afiliados al SGSSS y el 71,2% estaban afiliados. De los no afiliados al SGSSS, el 85,3% tuvo que pagar sólo con recursos propios, mientras que de los afiliados sólo el 12% tuvo que hacerlo. En ambos grupos hubo otras fuentes de financiación para pagar el evento consulta médica: en el caso de los no afiliados: medicina prepagada, servicios de salud de las empresas, cajas de compensación familiar, seguros no obligatorios, etc.; en el caso de los afiliados: las EPS y asimiladas, las ARS o los servicios de salud de los regímenes de excepción. El 12% de los afiliados que declararon haber pagado sólo de su propio bolsillo la última consulta médica, posiblemente son personas que no usan normalmente los servicios de consulta externa a los que tienen derecho y prefieren consultar a un médico por su propia cuenta.

La distribución porcentual de los que consultaron a un médico en los últimos 15 días por rangos del valor pagado en el momento del evento, muestra que para los no afiliados que pagaron con recursos propios y, por lo tanto, no tuvieron otra

fuentes de financiación, sólo el 3% no pagó nada, un 21% pagó entre \$1.000 y \$5.000, y un 22% adicional pagó entre \$5.000 y \$15.000. Sumados estos tres rangos podría decirse que un 46% de los no afiliados recibió el servicio gratis o pagó el equivalente a la cuota moderadora de una EPS/ARS dentro del SGSSS, o la cuota de recuperación que se cobra en un hospital público en el régimen de vinculados. El 54% restante pagó valores mayores: un 35% en el rango de \$15.000 a \$50.000, un 10% en el rango de \$50.000 a \$100.000, y el 10% restante más de \$100.000.

Para los afiliados que tuvieron otras fuentes de financiación (EPS y asimiladas, ARS, regímenes de excepción), el 41% no pagó nada en el momento del evento, el 45% pagó entre \$1.000 y \$5.000, y el 8% pagó entre \$5.000 y \$15.000. Sumados estos tres rangos, un 94% no pagó nada o pagó el equivalente a la cuota moderadora por evento establecida dentro del SGSSS. Sólo el 6% restante pagó valores mayores, y esto puede estar relacionado con la compra de medicamentos complementarios no cubiertos en el momento de la consulta por el asegurador o con afiliados que en materia de consulta externa prefieren consultar por su cuenta un médico particular. Esta proporción contrasta con el 54% de no afiliados que tiene que pagar sumas en este rango más alto.

El valor promedio pagado con recursos propios o familiares por una atención en salud, en el momento de su ocurrencia, por parte de la población no afiliada al SGSSS en IPS públicas y privadas es una medida que permite calcular los costos de oportunidad de la no afiliación al Sistema. Los resultados encontrados indican que las clientelas de vinculados que consultan un médico en IPS públicas están ampliamente distribuidas en todos los deciles de la distribución de ingresos familiares. La proporción de la demanda total por consulta médica que es satisfecha en una IPS pública fluctúa entre 49 y 69% para personas de los deciles 1 a 8 de la distribución de ingresos familiares, es de 55% para el decil 9, y baja a 38% para el 10% más rico de la población. Este patrón es muy similar en todos los niveles de urbanización.

En términos del valor medio pagado por consulta médica en IPS Públicas no se observa un aumento claro a mayor ingreso familiar. En las cuatro áreas metropolitanas mayores los deciles 7 a 10 sí pagan un valor mayor que los deciles 1 a 6; en el resto urbano el valor pagado no guarda ninguna relación con el ingreso familiar; y en zonas rurales se observa que los deciles 8 a 10 tienden a pagar menos que los deciles 1 a 7.

Estos resultados sugieren que el régimen de vinculados no afiliados al SGSSS atendidos en IPS públicas, en lo que se refiere a consulta médica (y también hospitalización), no está focalizando los subsidios de oferta en las poblaciones más pobres, sino dispersándolos en una muestra amplia de personas de todos los niveles de ingreso familiar; y que los valores pagados por dicha consulta médica, incluyendo gastos en medicamentos y exámenes de laboratorio, no muestran una relación sistemática con el nivel del ingreso del hogar al que pertenecen.

En los análisis se encontró un problema de focalización en los recursos públicos destinados a la atención de la población vinculada. Se muestra por ejemplo, que un 36% de las hospitalizaciones en la red pública de los no afiliados eran gratuitas o casi gratuitas; que una hospitalización cuesta en promedio 3 veces menos en un hospital público que en uno privado; y que no existe una relación clara entre el nivel de los copagos y el nivel de ingreso. Igualmente, parece existir evidencia de que los hospitales públicos facturan los servicios de los vinculados sin que ni el proveedor ni el financiador (generalmente la entidad territorial) se preocupen mucho por verificar el nivel socioeconómico del paciente atendido.

En el Cuadro 2.14 se muestran los resultados de un ejercicio que estima el porcentaje de subsidio público por nivel Sisbén y para los no afiliados. Dado que no se cuenta con información precisa acerca de la distribución de los recursos públicos por nivel de pobreza al interior de los hospitales públicos, se hizo el siguiente ejercicio:

- Se determinó el número de personas no afiliadas al SGSSS y usuarias de consultas de los hospitales públicos por nivel de Sisbén. Esta información fue sacada de la Encuesta de hogares de 2000.
- Se determinó el valor total pagado por consulta por persona, incluyéndose todos los pagos asociados a este evento tales como medicamentos, rayos x, etc. Este valor se estableció tanto para el sector público como para el sector privado. Los valores correspondientes fueron tomados de la Encuesta de hogares de marzo del año 2000.
- Se determinó el valor total pagado en el sector público y se estimó un valor correspondiente para el sector privado asumiendo que el menor valor pagado por los usuarios en el sector público corresponde al subsidio pagado por el Estado.
- Se estimó el subsidio en el sector público por nivel Sisbén como la diferencia entre el valor a pagar estimado para el sector privado y el valor del sector público.

Según este ejercicio, los hospitales públicos asignan una menor parte de sus esfuerzos a atender personas no afiliadas de nivel Sisbén 1 y 2 (23%) que personas de nivel Sisbén 3 (39%) e inclusive de los niveles Sisbén 4 a 6 (38%). Esto no sólo revela un problema serio de focalización sino que indica la existencia de un seguro implícito para la población no afiliada de todos los niveles socioeconómicos.

Por lo anterior, la decisión de no afiliarse al régimen contributivo no genera costos importantes pero sí grandes ahorros (no hay que pagar una cotización). Ello implica que cualquier estrategia que busque reducir la evasión por no afiliación en

el régimen contributivo o promover la afiliación de la población sándwich se verá limitada si no viene acompañada por un plan que restrinja el acceso a la atención gratuita a las personas con capacidad de pago y opciones de asegurarse.

Cuadro 2.14 Porcentaje subsidio público a no afiliados en hospitales públicos por nivel Sisbén

Niveles	Pago por persona no afiliada con recursos propios						Estimación subsidio	
	Entidades públicas			Entidades privadas			Pesos	Distribución
	Personas	Promedio pagado	Total pagado	Personas	Promedio pagado	Total pagado		
Nivel 1/2	203.045	23.274	4.725.669.330	203.045	30.040	6.708.606.800	1.982.937.470	23%
Nivel 3	196.433	26.309	5.167.955.797	196.433	43.232	8.492.191.456	3.324.235.659	39%
Nivel 4-6	64.603	34.307	2.216.335.121	64.603	84.263	5.443.642.589	3.227.307.468	38%
Total	464.081	26.094	12.109.960.248	473.808	43.571	20.644.440.845	8.534.480.597	100%

* Este dato se obtiene al comparar el valor total pagado por la población no afiliada a la red pública por nivel Sisbén con un costo estimado de esta atención por nivel Sisbén.

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, marzo-abril 2000 (EH107).

Los proveedores públicos carecen de los incentivos adecuados y de la información necesaria para identificar correctamente los usuarios y de cobrar en función de su capacidad de pago. Ello porque no corren ningún riesgo económico al atender gratuitamente a personas con (alguna) capacidad de pago. Por el contrario, cada factura adicional puede significar un ingreso adicional. En la actualidad, gran parte de los hospitales públicos (48%) sigue recibiendo el Situado fiscal (el principal recurso de oferta) de acuerdo al gasto histórico, sin demostración alguna de la cantidad y mucho menos de la identificación socioeconómica de los pacientes atendidos (Giedion y López 2001).

(T2) 6. Análisis econométrico de los determinantes de evasión y elusión

El análisis de los determinantes de la evasión y la elusión de aportes al Sistema pasa por la determinación de quienes tienen la obligación de afiliarse como cotizantes al régimen contributivo y cual es el IBC sobre el cual debe pagarse el aporte del 12% para salud. En principio, deben afiliarse como cotizantes todos los individuos con capacidad de pago que no sean elegibles al régimen subsidiado, ni estén afiliados a alguno de los regímenes de excepción. La ley establece que la capacidad de pago se mide por el salario mensual definido por el código sustantivo de trabajo y contabilizado en la nómina, para el caso de los asalariados en todos sus empleos, o por el ingreso por cuenta propia que obtienen los independientes, este último definido por medio de un modelo de presunción de ingresos que se debe aplicar en el momento de la afiliación. Este último procedimiento no se aplica en la práctica, y la afiliación se está haciendo con base en el ingreso declarado por el independiente, el cual no debe ser inferior a dos SMLV.

En este aparte, se analiza la evasión por no afiliación como cotizante, para la población ocupada y con capacidad de pago que debe afiliarse en esta condición. Para ello se han estimado cuatro modelos econométricos de tipo Logit, cuyos resultados se discuten a continuación¹²:

- Un modelo para predecir la probabilidad de que un hogar sea pobre (nivel Sisbén 1-2).
- Un modelo para predecir la probabilidad de que un hogar sea de nivel Sisbén 3, dado que no es pobre (dado que no es de nivel Sisbén 1-2).
- Un modelo para predecir la probabilidad de que un individuo sea cotizante, dado que es asalariado y es elegible para el régimen contributivo.
- Un modelo para predecir la probabilidad de que un individuo sea cotizante, dado que es independiente y elegible para el régimen contributivo.

Los dos primeros modelos para predecir el nivel Sisbén del hogar, se estimaron para la muestra de hogares de la ECV-Dane 1997, donde cada hogar se clasificó por nivel Sisbén de acuerdo con la metodología diseñada por la Misión social del DNP. Los dos últimos modelos para predecir la probabilidad de ser cotizante dado que es elegible para el RC, se estimaron a partir de la Encuesta nacional de hogares de 2000, seleccionando la muestra de personas elegibles para el RC como cotizantes, y estimando la probabilidad de ser cotizante en esta muestra. El universo de personas elegibles se define como el conjunto de ocupados con capacidad de pago (asalariados con más de un SMLV o independientes con más de 2 SMLV), que no son elegibles para el régimen subsidiado y que no están afiliados a uno de los regímenes de excepción.

Las variables explicatorias que fueron significativas para la predicción a nivel de hogar de la probabilidad de pertenecer a un nivel Sisbén determinado (pobre/no pobre) fueron el número de personas en el hogar, el decil de la distribución de ingresos familiares al que pertenece el hogar, y las características educativas del jefe del hogar (sabe leer y escribir y nivel educativo alcanzado).

Las variables explicatorias que fueron utilizadas para la predicción a nivel individual de la probabilidad de ser cotizante, dado que es elegible para el RC, fueron las siguientes:

- Para asalariados: tipo de empleador (público/privado), edad (18-54, >54/<18), contrato escrito (no/si), contrato a término indefinido (si/no), contrato a término fijo (si/no), horas laboradas a la semana (30 y más/<30), parentesco (jefe mujer, cónyuge, hijo<18, hijo 18-25 estudiando, otro pariente, no pariente/jefe

¹² El modelo Logit permite estimar la probabilidad (en el rango 0,1) de que un evento se presente (p), en función de una serie de variables (X) que la determinan exógenamente. El modelo no lineal es $p = 1/(1 + \exp(-\beta X))$, donde $\exp(\cdot)$ es la función exponencial, X es el vector de variables explicatorias y β es el vector de coeficientes respectivos. Esta ecuación se estima por procedimientos de Máxima verosimilitud (MV).

hombre), salario en SMLV (1-2, 2-4, 4-10, 10-20, 20 y más/<1), póliza de hospitalización y cirugía (si/no), medicina prepagada(si/no).

- Para independientes: posición ocupacional (patrón/cuenta propia), nivel educativo alcanzado (primaria, secundaria, superior / ninguno), edad (18-54, >54/<18), horas laboradas a la semana (30 y más/<30), parentesco (jefe mujer, cónyuge, hijo<18, hijo 18-25 estudiando, otro pariente, no pariente/jefe hombre), ingreso laboral en SMLV (1-2, 2-4, 4-10, 10-20, 20 y más/<1), póliza de hospitalización y cirugía (si/no), medicina prepagada(si/no), temporalidad en el empleo (si/no).

Estos modelos se estimaron en forma independiente por lugar de residencia (cuatro áreas metropolitanas mayores, resto urbano y rural), para controlar por factores asociados con el nivel de urbanización del sitio donde reside el hogar. Con base en estos modelos es posible estimar el efecto marginal de cada variable explicatoria sobre la probabilidad de ser pobre, o la probabilidad ser cotizante.

(T3) 6.1 Probabilidad de que un hogar sea pobre (Sisbén 1-2)

El Cuadro 2.15 presenta los resultados de estimar un modelo de probabilidad (por el método Logit) de que un hogar sea pobre (nivel Sisbén 1-2), sobre la base de una submuestra de 8.624 hogares con información completa a nivel nacional de la Encuesta de calidad de vida de 1997.

Los resultados encontrados indican que el número de personas en el hogar aumenta significativamente la probabilidad de ser pobre, y que este efecto es mayor a mayor nivel de urbanización del sitio de residencia. Hay una clara correlación entre tamaño de familia y pobreza, que el modelo Sisbén capta en la ponderación que le da a esta variable del hogar.

El nivel de ingreso familiar capta una serie de variables asociadas con la calidad de vida del hogar, tal como es medido en el modelo Sisbén. Los resultados del modelo para predecir la probabilidad de ser pobre indican que cualquiera que sea el sitio de residencia a mayor nivel de ingreso relativo del hogar menor es la probabilidad de ser estructuralmente pobre. Este efecto, por otro lado, es mayor a mayor nivel de urbanización. Los resultados son muy significativos desde el punto de vista estadístico, excepto para el decil 10 de la distribución de ingreso familiar en las cuatro áreas metropolitanas mayores, en que el verdadero efecto marginal posiblemente no es muy diferente del efecto de pertenecer al estrato 9.

En cuanto a las características educativas del mayor perceptor de ingresos del hogar, el no saber leer y escribir tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de ser pobre, que aumenta con el nivel de urbanización del sitio de residencia del hogar; y el nivel educativo alcanzado tiene un efecto negativo sobre la probabilidad de ser pobre, que en zonas urbanas es significativo para personas

con primaria y secundaria, pero no para personas con educación superior, y que en el resto urbano y en zonas rurales es significativo para los tres niveles.

Con este conjunto de variables, la bondad de ajuste del modelo para predecir la distribución de la población de hogares entre pobres y no pobres en 1997 por niveles de urbanización, está indicada en el Cuadro adjunto, donde se presenta el porcentaje de aciertos (para pobres, no pobres y total) con 50% o más de certeza en cada asignación. Como puede observarse, el porcentaje de aciertos en clasificar pobres es bajo en las cuatro áreas metropolitanas mayores (menor a la probabilidad de azar), pero aumenta con el nivel de urbanización, hasta llegar al 80% en zonas rurales. Por otro lado, la probabilidad de acierto en clasificar no pobres es muy alta en las cuatro áreas metropolitanas mayores (97,8%), pero esta probabilidad se reduce a menores niveles de urbanización, llegando a ser de sólo 64,4% en zonas rurales. Estos resultados indican que a medida que aumenta el nivel de urbanización del sitio de residencia es más difícil encontrar pobres y más fácil encontrar no pobres; en zonas rurales estas probabilidades se invierten, y con el modelo es más fácil encontrar pobres que no pobres.

La inclusión del nivel de ingreso familiar (corriente) en la función de probabilidad, y la exclusión de otras variables estructurales si incluidas en el modelo Sisbén, hacen que dicho modelo de probabilidades se aproxime a una situación intermedia entre una definición coyuntural y una definición estructural de pobreza.

Para el año 2000, donde la información disponible de la Encuesta de hogares no permite asignarle un puntaje Sisbén a cada hogar, como si se pudo con la información de la ECV-Dane 1997, se utilizó este modelo para distribuir la población de hogares entre pobres (nivel Sisbén 1-2) y no pobres (nivel Sisbén 3-6), en los casos en que se tuviera información completa. Cerca del 85% de los hogares se pudieron clasificar con esta metodología. El 15% restante se asignó en la misma proporción encontrada para los que si se pudieron clasificar.

Cuadro 2.15 Modelo logit probabilidad de ser pobre (Sisbén 1-2) - 2000

Variables Independientes	Cuatro áreas metropolitanas		Resto Urbano		Rural	
	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV	Significancia	Parámetro estimado por MV	Significancia
Intercepto	0.0794	0.8971	0.4013	0.1743	0.4060	0.0364
Características del hogar						
Número de personas del hogar	0.7067	0.0001	0.4780	0.0001	0.2840	0.0001
Deciles de ingreso con respecto al decil 1						
Decil 2	-0.9597	0.0248	-0.7417	0.0002	-0.3360	0.0088
Decil 3	-1.0860	0.0071	-1.1879	0.0001	-0.7443	0.0001
Decil 4	-2.3529	0.0001	-1.5553	0.0001	-1.3274	0.0001
Decil 5	-2.7311	0.0001	-2.3948	0.0001	-1.6834	0.0001
Decil 6	-3.4195	0.0001	-2.7355	0.0001	-1.8931	0.0001
Decil 7	-4.7750	0.0001	-3.5067	0.0001	-2.5149	0.0001
Decil 8	-5.2936	0.0001	-4.1826	0.0001	-2.6655	0.0001
Decil 9	-9.1292	0.0001	-4.7517	0.0001	-3.3806	0.0001
Decil 10	-19.4374	0.9142	-6.6545	0.0001	-3.3755	0.0001
Características del mayor perceptor de ingreso en el hogar						

Variables Independientes	Cuatro áreas metropolitanas		Resto Urbano		Rural		
	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV	Significancia	Parámetro estimado por MV	Significancia	
No sabe leer y escribir	1.2116	0.0205	0.5385	0.0575	0.4146	0.0107	
Nivel educativo alcanzado con respecto al nivel ninguno							
Preescolar			-1.0880	0.5289	17.1810	0.9954	
Primaria	-1.3888	0.0105	-0.9587	0.0005	-0.4548	0.0067	
Secundaria	-3.0747	0.0001	-2.0935	0.0001	-1.7782	0.0001	
Superior	-14.71.06	0.9270	-3.0959	0.0001	-3.6303	0.0004	
Bondad de ajuste (Goodness of fit) del modelo para predecir pobres y no pobres (Sisbén 1):							
Tabla de clasificación con 50% o más de certeza							
Zona	Clasificación correcta (muestra)		Clasificación incorrecta (muestra)		% de acierto total	% de acierto pobres	% de acierto no pobres
	Pobres	No pobres	Pobres	No pobres			
Cuatro áreas metropolitanas	90	1648	37	100	92.7	47.4	97.8
Resto urbano	457	2168	187	311	84.1	59.5	92.1
Rural	1531	1109	614	372	72.8	80.5	64.4

* Máxima verosimilitud

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en ECV-Dane 1997.

(T3) 6.2 Probabilidad de un hogar de tener nivel Sisbén 3, dado que no es pobre

Una vez clasificada la población de hogares entre pobres y no pobres con el modelo anterior, el siguiente modelo busca clasificar a los no pobres entre el grupo Intermedio o sándwich (nivel Sisbén 3) y el resto (nivel Sisbén 4-6). Esta clasificación es importante para evaluar los alcances de una política de subsidios parciales para facilitar la afiliación de este grupo al SGSSS.

El Cuadro 2.16 presenta los resultados de estimar un modelo de probabilidad (por el método Logit) de que un hogar pertenezca al nivel Sisbén 3, dado que no es pobre, sobre la base de una submuestra de 5.719 hogares no pobres con información completa a nivel nacional de la Encuesta de calidad de vida de 1997.

Los resultados cualitativamente son muy similares a los encontrados en el modelo anterior. El tamaño de familia tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de pertenecer al nivel 3 de Sisbén, dado que no es pobre, y el efecto también es mayor a mayor nivel de urbanización; el nivel de ingreso familiar tiende a reducir la probabilidad de pertenecer a este nivel, dado que no es pobre cualquiera que sea el nivel de urbanización del sitio de residencia, aunque en este caso este efecto tiende a ser menor en el resto urbano, que en las cuatro áreas metropolitanas mayores o en zonas rurales. Con respecto a las características educativas del principal perceptor de ingresos del hogar, no saber leer y escribir en este caso, sólo tiende a aumentar la probabilidad de pertenecer a este nivel Sisbén en zonas rurales, pero no tiene ningún efecto en zonas urbanas; y el nivel educativo alcanzado tiende a reducir las probabilidades de pertenecer a este nivel Sisbén a partir de primaria en zonas urbanas y a partir de secundaria en zonas rurales; este efecto es mayor a mayor nivel de escolaridad.

La bondad de ajuste del modelo en este caso, está indicada en el Cuadro adjunto. Como puede observarse, la probabilidad de acierto en clasificar hogares de nivel Sisbén 3, dado que no son pobres es alta (73,5%) en las cuatro áreas metropolitanas mayores, y aumenta a menores niveles de urbanización del sitio de residencia; la probabilidad de acierto en la clasificación de hogares en niveles más altos (Sisbén 4-6) es aun mayor en zonas urbanas, pero cae a 48,4% (por debajo del nivel de azar) en zonas rurales. En síntesis, el modelo es adecuado para clasificar a la población en los dos grupos en zonas urbanas, y para encontrar hogares de nivel Sisbén 3 en zonas rurales, pero no es adecuado para encontrar hogares de nivel Sisbén 4-6 en zonas rurales, donde son muy infrecuentes.

Cuadro 2.16 Modelo Logit probabilidad de pertenecer a nivel Sisbén 3, dado que no es pobre - 2000

Variables Independientes	Cuatro áreas metropolitanas		Resto Urbano		Rural		
	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV	Significancia	Parámetro estimado por MV	Significancia	
Intercepto	5.5025	0.0001	2.3948	0.0001	3.2064	0.0001	
Características del hogar							
Número de personas del hogar	0.7696	0.0001	0.5260	0.0001	0.3826	0.0001	
Estrato con respecto al estrato 1							
Estrato 2	-1.0339	0.0003					
Estrato 3	-1.3163	0.0001					
Estrato 4	-3.1223	0.0001					
Estrato 5	-2.8501	0.0018					
Estrato 6	-2.2819	0.0886					
Deciles de ingreso con respecto al decil 1							
Decil 2	-1.0681	0.0813	0.2458	0.5581	-1.4496	0.0144	
Decil 3	-0.7718	0.1928	-0.3380	0.3848	-2.1738	0.0001	
Decil 4	-1.9455	0.0003	-1.0630	0.0019	-2.5786	0.0001	
Decil 5	-2.8111	0.0001	-1.0997	0.0008	-2.7766	0.0001	
Decil 6	-3.2481	0.0001	-1.9398	0.0001	-3.1738	0.0001	
Decil 7	-4.0808	0.0001	-2.4321	0.0001	-3.6155	0.0001	
Decil 8	-4.9198	0.0001	-3.1084	0.0001	-3.9651	0.0001	
Decil 9	-6.7134	0.0001	-4.0985	0.0001	-4.3788	0.0001	
Decil 10	-7.9634	0.0001	-5.2207	0.0001	-5.1348	0.0001	
Características del mayor perceptor de ingreso en el hogar							
No sabe leer y escribir					0.8554	0.0793	
Nivel educativo alcanzado con respecto al nivel ninguno							
Preescolar			14.8247	0.9978			
Primaria	-3.0028	0.0086	-1.0310	0.0298	0.0355	0.9391	
Secundaria	-4.7097	0.0001	-2.5564	0.0001	-1.4679	0.0019	
Superior	-5.5165	0.0001	-4.6479	0.0001	-3.0378	0.0001	
Bondad de ajuste (Goodness of fit) del modelo para predecir Sisbén 3 dado que no es pobre:							
Tabla de clasificación con 50% o más de certeza							
Zona	Clasificación correcta (muestra)		Clasificación Incorrecta (muestra)		% de acierto total	% de acierto Sisbén 3	% de acierto Sisbén 4-6
	Sisbén 3	Sisbén 4-6	Sisbén 3	Sisbén 4-6			
Cuatro áreas metropolitanas	353	1050	111	127	85.5	73.5	90.4
Resto urbano	892	1011	235	217	80.8	80.4	81.1
Rural	1240	198	211	74	83.5	94.4	48.4

* Máxima verosimilitud

Fuente: Cálculos Econometría con base en ECV-Dane 1997.

(T3) 6.3 Probabilidad de ser cotizante, dado que es asalariado y elegible para el RC

Los modelos anteriores permiten estimar la probabilidad de que un hogar sea pobre, y por lo tanto elegible para el régimen subsidiado. Este modelo logit y el siguiente, pretenden estimar la probabilidad de que un individuo ocupado y con capacidad de pago suficiente, que no pertenezca a un hogar pobre (el complemento de ser pobre), se afilie como cotizante al régimen contributivo.

El Cuadro 2.17 presenta los resultados de la estimación de este modelo para el caso de los asalariados que ganan un SMLV o más, sobre la base de una submuestra nacional de 5.016 asalariados elegibles para el RC con información completa, extraída de la muestra de hogares incluidos en la Encuesta nacional de hogares de 2000.

La variable dependiente del modelo es entonces una variable dicótoma, que vale 1 si el individuo es cotizante y 0 si no lo es, dado que es asalariado y dado que es elegible para el RC (no pertenece a un hogar pobre, no está afiliado a uno de los regímenes de excepción y su salario es igual o mayor al salario mínimo legal).

Los resultados obtenidos muestran los siguientes patrones:

- La probabilidad de ser cotizante, dado que es asalariado y es elegible para el RC, es mayor en zonas urbanas si la persona es asalariado público y no particular. En zonas rurales esta variable no es significativa. Este efecto es tres veces mayor en el resto urbano que en las cuatro áreas metropolitanas mayores. Esto es consistente con los resultados encontrados en las tasas de afiliación que muestran que en el caso de asalariados públicos son mucho mayores que los asalariados particulares.
- La probabilidad de ser cotizante no muestra diferenciales significativos por grupos de edad en las cuatro áreas metropolitanas mayores; muestra diferenciales significativos en el resto urbano: es mayor para personas de 18-54 años de edad, que para mayores de 54, y es mayor para asalariados de 18 y más años de edad, que para menores de 18; y en zonas rurales es significativamente mayor para asalariados de 18-54 años de edad, que para menores de 18. Estos diferenciales están asociados con diferencias en el ciclo laboral de los salarios en diversos sitios de residencia. En las cuatro áreas metropolitanas mayores estas diferencias por edad no son muy significativas, desde el punto de vista de la afiliación al SGSSS; en el resto urbano si lo son; y en zonas rurales sólo son significativas las diferencias entre asalariados menores de 18 y asalariados de 18 a 54 años de edad.

Cuadro 2.17 Modelo Logit probabilidad de ser cotizante - población asalariada elegible RC – 2000

Variables Independientes	Cuatro áreas metropolitanas		Resto Urbano		Rural		
	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV *	Significancia	
Intercepto	-0.497	0.8523	-3.0463	0.0232	-0.8903	0.7911	
Posición ocupacional con respecto a empleado particular:							
Empleado público	0.6810	0.0504	1.6055	0.0001			
Edad con respecto a menores de 18 años:							
De 18 a 54			3.1168	0.0182	1.5580	0.0242	
Mayor de 54			1.9973	0.1396			
Vinculación laboral con respecto a no contar con contrato escrito **							
Tiene contrato					1.1725	0.0946	
Vinculación laboral con respecto a no contar con contrato escrito:							
Contrato indefinido	2.3776	0.0000	2.2136	0.0000			
Contrato a término fijo	2.1997	0.0000	1.7837	0.0000			
Horas laboradas con respecto a menos de 30 horas a la semana							
30 y mas horas	0.8768	0.0000	1.0097	0.0001	1.6178	0.0329	
Parentesco con respecto al jefe hombre							
Jefe mujer	0.2250	0.4704	0.0884	0.8021			
Cónyuge	-1.5124	0.0000	-1.3952	0.0000			
Hijo menor a 18 años	-4.3685	0.0000	0.5762	0.6803			
Hijo entre 18 y 25 años	-1.7867	0.0000	-1.6221	0.0000			
Otro pariente	-0.5070	0.0713	-0.5931	0.0592			
No pariente	5.6301	0.5121	5.7145	0.5433			
Ingreso laboral con respecto a menos de 1 SMLV							
Entre 1-<2	1.0665	0.0000	0.7686	0.0004			
Entre 2-<4	1.0698	0.0000	0.9556	0.0039			
Entre 4-<10	0.9425	0.0054	0.7145	0.1160			
Entre 10-<20	1.9170	0.0662	5.9574	0.8512			
20 y mas	5.1388	0.7153	6.3038	0.9169			
Bondad de ajuste (Goodness of fit) del modelo para predecir cotizantes asalariados: Tabla de clasificación							
Con 50% o más de certeza							
Zona	Clasificación correcta (muestra)		Clasificación Incorrecta (muestra)		% de acierto total	% de acierto no cotiza	% de acierto cotiza
	No cotiza	Cotiza	No Cotiza	Cotiza			
Cuatro áreas metropolitanas	70	2666	22	163	93.67	30.04	99.18
Resto urbano	78	1725	30	127	91.99	38.05	98.29
Rural	2	121	0	12	91.11	14.29	100.00

* Máxima verosimilitud

** El modelo en la región rural toma la variable E34 del formulario correspondiente a tener o no contrato escrito de trabajo. La categoría de referencia es la opción "Si tiene".

Fuente: Cálculos Econometría con base en EH-Dane 107-2000.

- El tener contrato escrito de trabajo aumenta significativamente la probabilidad de ser cotizante en las zonas rurales; en las zonas urbanas también, pero adicionalmente se detecta que el efecto es mayor si el término del contrato es indefinido, que si es fijo. Llama la atención que el diferencial en el impacto marginal de tener contrato a término fijo o contrato a término indefinido no es muy significativa.
- La posición familiar de la persona dentro del hogar (medida con relación al jefe) tiene un impacto significativo sobre la probabilidad de que el asalariado sea cotizante en zonas urbanas, pero no en zonas rurales. En zonas urbanas, las mujeres jefes de hogar tienen menos probabilidad de ser cotizantes que los hombres jefes de hogar. Los hijos menores de 18 que ya trabajan como asalariados, tienen una menor probabilidad de ser cotizantes que sus padres

en las cuatro áreas metropolitanas mayores, pero no en el resto urbano, donde el efecto no es significativamente diferente de cero. Los hijos entre 18 y 25, que están estudiando y trabajando como asalariados al mismo tiempo, tienen una menor probabilidad de ser cotizantes que el jefe del hogar, tanto en las cuatro áreas metropolitanas mayores, como en el resto urbano. Otros parientes del jefe, que no forman parte de su núcleo familiar para seguridad social, tienen una menor probabilidad de ser cotizantes. La probabilidad de ser cotizante de otros residentes del hogar que no tienen parentesco con el jefe (inquilinos y otros allegados), no es estadísticamente diferente de la probabilidad de que el jefe sea cotizante. Finalmente, el ingreso laboral del individuo tiene, en zonas urbanas, un efecto significativo sobre la probabilidad de ser cotizante. Este efecto, sin embargo, no es lineal: tener un salario entre 1 y 10 SMLV aumenta la probabilidad de ser cotizante con respecto al grupo de asalariados que gana menos de un SMLV, pero al interior de este grupo no hay diferencias muy grandes en el efecto; los que ganan entre 10 y 20 SMLV tienen una mayor probabilidad de ser cotizante que los que ganan entre 1 y 10 SMLV, y para los que ganan más de 20 SMLV, no aumenta significativamente la probabilidad de ser cotizante; este último efecto puede explicarse por el tope superior que tiene el IBC en 20 SMLV.

El modelo, sin embargo, tiene una muy baja capacidad de predicción de la población que no cotiza, como indica el Cuadro adjunto con la bondad de ajuste, aunque la probabilidad de acierto de la población que cotiza es muy alta. Esto posiblemente se explica porque entre los asalariados que son elegibles para el RC, es difícil encontrar personas que no cotizan, dadas las altas tasas de cobertura de dicho régimen en este segmento de la población en zonas urbanas.

(T3) 6.4 Probabilidad de ser cotizante, dado que es independiente y elegible para el RC

El Cuadro 2.18 presenta los resultados de la estimación del modelo anterior para predecir la probabilidad de ser cotizante al RC, para el caso de trabajadores independientes que son elegibles para dicho régimen, es decir, cuyos ingresos laborales mensuales son iguales o mayores a 2 SMLV. La estimación se hizo sobre la base de una submuestra de 2.432 trabajadores independientes con información completa a nivel nacional, tomada de la Encuesta nacional de hogares de 2000.

Los resultados obtenidos en el modelo logit muestran, en este caso, los siguientes patrones:

- Dentro del grupo de independientes, los patrones que son dueños de empresa y contratan trabajo asalariado, tienen una mayor probabilidad de ser cotizantes que los trabajadores por cuenta propia. El diferencial es mayor en zonas rurales que en zonas urbanas.

- El nivel educativo alcanzado no influye en la probabilidad de ser cotizante en este grupo en zonas urbanas, pero si en zonas rurales, donde las personas con primaria tienen más probabilidad de ser cotizantes que las personas sin ninguna educación, y las personas con secundaria más probabilidad que las personas con primaria. El tener educación superior no hace diferencia.
- El tener medicina prepagada, aumenta la probabilidad de ser cotizante en el resto urbano, pero no tiene ningún efecto significativo sobre esta probabilidad en las cuatro áreas metropolitanas mayores, donde estos planes tienen una penetración importante, ni en zonas rurales donde esos planes tienen muy poca presencia. Entre trabajadores independientes, el tener póliza de hospitalización y cirugía, no tiene ningún efecto estadísticamente significativo sobre la probabilidad de ser cotizante. Estos resultados contradicen la idea de que estos planes y seguros de salud complementarios, son una opción alternativa al afiliamiento obligatorio en el SGSSS. El único caso en que hay algún efecto significativo sobre la probabilidad de ser cotizante es en el caso de medicina prepagada en el resto urbano, y este efecto es positivo, indicando que el tener este tipo de plan aumenta y no disminuye la probabilidad de ser cotizante al RC.
- La posición familiar del ocupado independiente tiene también un efecto significativo sobre la probabilidad de ser cotizante en zonas urbanas, y su impacto es muy similar al observado en el caso de los asalariados. En zonas rurales la posición familiar del independiente no tiene ningún efecto.
- El ingreso laboral tiene un impacto significativo sobre la probabilidad de que un independiente sea cotizante para todos los rangos de salarios en las cuatro áreas metropolitanas mayores del país; tiene un efecto significativo sólo hasta 10 SMLV en el resto urbano; y no tiene ningún efecto sobre la probabilidad de ser cotizante en zonas rurales.
- La bondad de ajuste de este modelo para el caso de independientes, como puede observarse en el Cuadro adjunto, es muy superior a la encontrada para el caso de asalariados. En primer lugar, la probabilidad de acierto es similar entre los que cotizan y los que no cotizan, y superior en todos los casos al 70%, y en segundo lugar, es muy similar en todos los niveles de urbanización considerados, siendo sólo ligeramente mayor la probabilidad de acierto de los no cotizantes en zonas rurales.

Cuadro 2.18 Modelo Logit probabilidad de ser cotizante población ocupada no asalariada elegible para RC 2000

Variables Independientes	Cuatro áreas metropolitanas		Resto Urbano		Rural	
	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV *	Significancia
Intercepto	-0.3208	0.0330	-0.6808	0.0004	-1.9011	0.0597
Posición ocupacional con respecto a trabajador por cuenta propia						
Patrón	0.9246	0.0000	0.3329	0.0997	2.3487	0.0134

Variables Independientes	Cuatro áreas metropolitanas		Resto Urbano		Rural		
	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV *	Significancia	Parámetro estimado por MV *	Significancia	
Nivel educativo con respecto a Ninguno							
Primaria					0.6731	0.5285	
Secundaria					2.5549	0.0270	
Con respecto a no contar con medicina prepagada:							
Si tiene			1.3700	0.0062			
Horas laboradas con respecto a menos de 30 horas a la semana							
30 y mas horas			0.4172	0.0142			
Parentesco con respecto al jefe hombre							
Jefe mujer	0.1405	0.4545	0.2599	0.2254			
Cónyuge	-1.8132	0.0000	-1.3306	0.0000			
Hijo menor a 18 años	-1.4357	0.0626	-2.3068	0.0288			
Hijo entre 18 y 25 años	-0.6260	0.1821	-1.2401	0.0404			
Otro pariente	-0.1131	0.6715	-0.3809	0.2287			
No pariente	4.9854	0.6006	1.0706	0.3731			
Ingreso laboral con respecto a menos de 1 SMLV							
Entre 1-<2	0.7905	0.0000	0.7392	0.0000			
Entre 2-<4	1.1028	0.0000	1.2617	0.0000			
Entre 4-<10	2.1512	0.0000	1.6115	0.0000			
Entre 10-<20	1.3192	0.0006	5.4577	0.6860			
20 y mas	1.6037	0.0156	1.3456	0.2558			
Con respecto a empleo permanente							
Bondad de ajuste (Goodness of fit) del modelo para predecir cotizantes no asalariados elegibles para régimen contributivo: Tabla de clasificación con 50% o más de certeza							
Zona	Clasificación correcta (muestra)		Clasificación Incorrecta (muestra)		% de acierto total	% de acierto no cotiza	% de acierto cotiza
	No cotiza	Cotiza	No Cotiza	Cotiza			
Cuatro áreas metropolitanas	466	465	150	186	73.48	71.47	75.61
Resto urbano	419	387	147	162	72.29	72.12	72.47
Rural	23	17	5	5	80.00	82.14	77.27

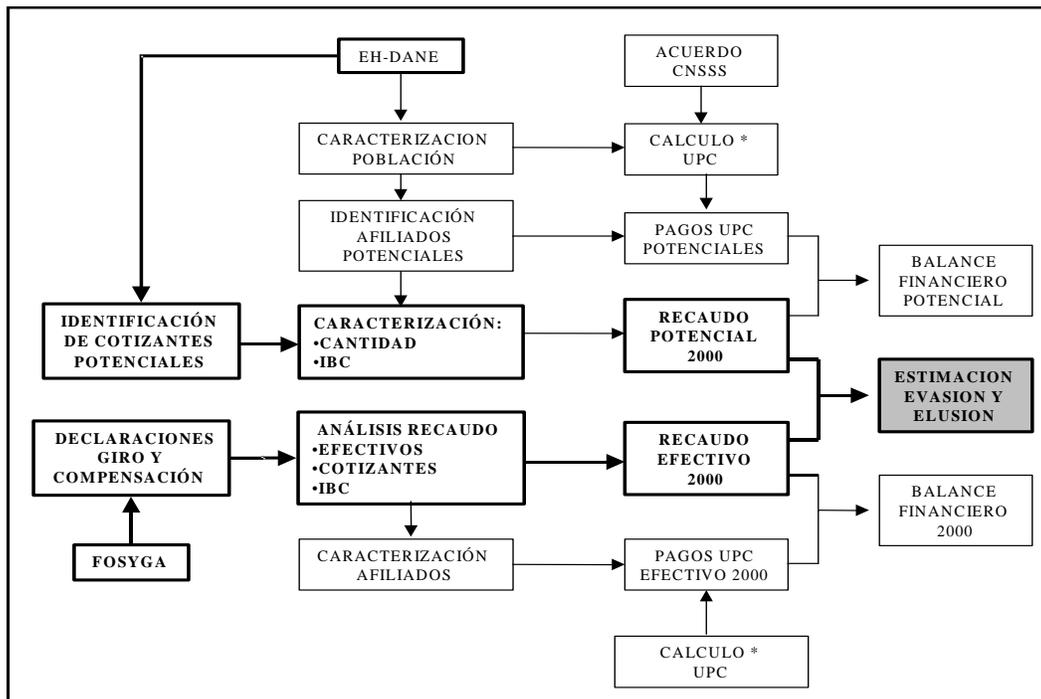
* Máxima verosimilitud

Fuente: Cálculos Econometría con base en EH-Dane 107-2000.

(T1) C. EVASIÓN Y ELUSIÓN DE APORTES AL SISTEMA

El Gráfico 2.4 ilustra la metodología empleada para realizar el cálculo de la evasión/elusión al régimen contributivo en el año 2000. Se parte de la información captada por el Dane en la Encuesta de hogares aplicada durante los meses de marzo y abril de ese año. Esta encuesta permitió identificar a los cotizantes potenciales del régimen contributivo, entendiendo como tales a los cotizante actuales y a las personas que aunque no cotizan si cumplen con los requisitos mínimos que los obligan a hacerlo (son asalariados que reciben mas de un salario mínimo o son independientes, de los niveles Sisbén 3 a 6, con más de dos salarios mínimos). Estos cotizantes potenciales se dividen y cuantifican según sus condiciones laborales y su relación con el Sistema de seguridad social en salud. Para cada grupo se determina el monto de sus ingresos, se identifica el ingreso base de cotización sobre el que deben realizar sus aportes al régimen contributivo y con ello se determina el recaudo potencial de cada grupo y del régimen contributivo para el año 2000.

Gráfico 2.4 Metodología para el cálculo de la evasión y elusión



Por otra parte y a partir de los registros con que cuenta el Fosyga sobre las declaraciones de giro y compensación, se analiza el recaudo efectivo del Sistema, en cuanto al número de afiliados, cotizantes e ingresos base de cotización declarado, con lo que se determina cual sería el monto efectivamente recaudado en el año 2000. Este recaudo efectivo es comparable con el recaudo potencial y por tanto, permite determinar los montos de la afiliación, evasión y elusión al régimen contributivo.

Se realizan dos análisis adicionales tendientes a evaluar la estabilidad financiera del Sistema. El primero de ellos, balance financiero de 2000, consiste en la comparación del recaudo efectivo de 2000, con las transferencias que deben realizarse a las Subcuentas de Promoción y Solidaridad y el monto de las unidades de pago por capitación que se deben cancelar como efecto del proceso de compensación, este último se estima con base en la estructura etárea de la población afiliada al régimen contributivo. El segundo balance financiero se refiere al escenario potencial del Sistema. En forma similar al anterior, aquí se compara el recaudo potencial con sus correspondientes transferencias a las Subcuentas de Solidaridad y Promoción, y el pago por UPC que deberían realizarse en este escenario de evasión cero.

La comparación del recaudo potencial con el análisis del pago y recaudo del régimen contributivo, nos permite cuantificar el monto de la evasión e identificar los principales grupos evasores del Sistema. Para ello, se parte del cálculo del recaudo potencial, realizado con base en las características de los grupos poblacionales que deberían realizar aportes al Sistema y este cálculo se compara con las estadísticas de pago y recaudo, de la base de datos de declaraciones de giro y compensación del Fosyga. La diferencia entre estas dos cifras da como resultado el monto de la evasión al Sistema, que puede ser discriminada en cinco grandes conceptos: (i) subdeclaración de ingresos; (ii) aportes no realizados por beneficiarios de Sistema que deberían cotizar; (iii) personas que se encuentran afiliados al régimen subsidiado, aunque deberían ser cotizantes en el régimen contributivo; (iv) pensionados que no cotizan a ningún régimen del Sistema general de seguridad social en salud; y (v) personas elegibles como cotizantes, que no se encuentran afiliados en ninguno de los regímenes del Sistema.

El Cuadro 2.19 presenta los cálculos realizados dentro del estudio sobre evasión/elusión en el régimen contributivo. Se observa que en el año 2000 existirían 6.431.982 personas elegibles como cotizantes del Sistema, de los cuales 4.697.667 (65%) efectivamente cotizaban, aunque declarando un ingreso inferior al que efectivamente recibían; los restantes 1.734.315 cotizantes potenciales se encontraban afiliados al régimen contributivo como beneficiarios, eran afiliados del régimen subsidiado, no se encontraban afiliados al SGSSS o eran pensionados no cotizantes.

Se estima que los 6.4 millones de cotizantes tendrían un ingreso básico de cotización medio de \$603.279 mensuales, con lo que el ingreso potencial del Sistema sería de \$5.587.605 millones de pesos, que frente a un recaudo efectivo de \$3.611.460 millones, indicaría una evasión/elusión al régimen contributivo del 35,4%.

Cuadro 2.19 Evasión y elusión al régimen contributivo - 2000

Concepto	Población ocupada	IBC. (\$/mes)	Cotización (M\$/año)	Evasión/ Elusión	
				2000	1997
Recaudo potencial	6.431.982	603.279	5.587.605	100,0%	100,0%
Recaudo efectivo	4.697.667	533.873	3.611.460	64,6%	54,2%
Evasión/elusión	6.431.982	213.359	1.976.145	35,4%	45,8%
Subdeclaración de ingresos	4.697.667	62.260	421.168	7,5%	24,5%
Afiliados no cotizantes	311.117	819.809	367.282	6,6%	6,1%
Afiliados al régimen subsidiado	284.938	617.715	253.455	4,5%	1,4%
Pensionados no cotizantes	6.599	556.466	5.288	0,1%	0,5%
No afiliados al SGSSS	1.131.662	570.052	928.952	16,6%	13,3%
Mora cotizantes inactivos	478.385	596.133	410.661	7,3%	13,3%

Fuente: Cálculos Econometría con base en EH-Dane, 2000 y ECV-Dane, 1997.

La evasión/elusión se puede dividir en dos grandes causas: la subdeclaración de ingresos de las personas que efectivamente cotizan al régimen contributivo, y el no pago, que puede distinguirse para cuatro diferentes tipos de personas: afiliados al régimen contributivo como beneficiarios, afiliados al régimen subsidiado, pensionados que no realizan aportes al Sistema y personas elegibles como cotizantes que no se encuentra afiliados a ninguno de los regímenes del SGSSS.

De acuerdo al nivel de evasión, el grupo que mayor impacto tiene en el Sistema es el de los no afiliados al SGSSS que representa una evasión del 16,6%; en segunda instancia se encuentra el grupo de cotizantes actuales, cuya subdeclaración de ingresos representa una evasión del 7,5%; los beneficiarios del régimen contributivo que deberían realizar aportes, tendrían un impacto del 6,6% en la evasión; los afiliados al régimen subsidiado que deberían ser aportantes del régimen contributivo, el 4,5% y los pensionados no cotizantes, el 0,1%. Este ordenamiento sirve como indicativo para la selección de los programas y proyectos que se diseñen e implanten para la mitigación de la evasión al Sistema.

Al comparar el cálculo de la evasión/elusión para el año 2000 con el realizado para 1997, siguiendo la misma metodología, se observa una importante disminución a causa principalmente de la caída en cerca de quince puntos porcentuales de la subdeclaración de ingresos, que ha llevado a que esta pase a ser la segunda causa de la evasión después de la no afiliación al SGSSS. La menor subdeclaración de ingresos puede atribuirse a que mientras los salarios reales disminuyeron en ese periodo, el IBC ha mantenido unos topes mínimos para realizar los aportes al Sistema.

En contraposición a la tendencia decreciente de la subdeclaración de ingresos, se aprecia un aumento de poco más de dos puntos porcentuales en la evasión por no afiliación al SGSSS, explicable por el incremento en la tasa de desempleo.

También ha aumentado en algo más de un punto porcentual, la evasión de aquellas personas que debiendo cotizar al régimen contributivo se encuentran afiliadas como beneficiarios de un tercero; esto podría ser explicado por la tendencia de los núcleos familiares con más de un perceptor de ingresos a afiliarse al régimen contributivo en cabeza de un solo perceptor y en muchos casos no del mayor de ellos, con lo cual se incrementa la relación de beneficiarios por cotizante y se subestima el IBC. El incremento en la evasión por esta causa también refleja la costumbre de algunas empresas de contratar personas que se encuentren afiliadas a la seguridad social, para evadir de esta manera el pago de la 2/3 partes de los aportes que les corresponden, lo que también explicaría el aumento que muestra la evasión atribuible a las personas que se encuentra afiliadas al régimen subsidiado.

En cuanto a la evasión que puede relacionarse con el grupo de pensionados, esta es insignificante tanto en 1997 como en 2000.

Finalmente, se aprecia una disminución en el monto de la mora de los cotizantes inactivos. Esta situación, junto con las demás tendencias analizadas de la evasión, reflejan la evolución que ha mostrado el mercado laboral en los últimos años.

(T1) D. EQUILIBRIO FINANCIERO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO

Como parte final del ejercicio de diagnóstico, se realizó un balance financiero del régimen contributivo en la situación observada en el año 2000 y el que potencialmente podría tener el Sistema, en un escenario en que la situación laboral se mantuviera con las mismas características captadas a través de la Encuesta de hogares y la evasión fuera reducida a cero.

Como se aprecia más adelante, en la situación actual el régimen contributivo resulta deficitario. Se analiza el efecto que cambios en la tasa de cotización o disminución de la UPC y por ende en la cobertura del POS tendría en el Sistema, como un primer avance del análisis de posibles ajustes del mismo.

(T2) 1. Balance financiero año 2000

El Cuadro 2.20 presenta el Balance financiero que tendría el Sistema para el año 2000, de acuerdo a las estadísticas de afiliación, pago y recaudo presentadas anteriormente. Los ingresos del régimen contributivo corresponderían al recaudo efectivo estimado, es decir \$3.6 billones y los egresos, que resultan un 7,2% superiores, estarían compuestos por los descuentos solicitados por efecto de incapacidades generales y maternidad, el pago reconocido por UPC y las transferencias realizadas a las Subcuentas de Solidaridad y Promoción.

Cuadro 2.20 Balance financiero régimen contributivo - Estimaciones año 2000

	Concepto	Población compensada	(\$Millones / año)	% Ingresos
	Recaudo efectivo	4.697.667	3.611.460	100%
	Egresos del sistema	11.365.333	3.871.528	107,2%
	Maternidad e incapacidad	4.697.667	97.122	2,7%
	Pagos por UPC	11.365.333	3.322.973	92,0%
	Subcuenta de Solidaridad		300.955	8,3%
	Subcuenta de Promoción		150.477	4,2%
	Superávit (Déficit)	11.365.333	-260.068	-7,2%

Fuente: Cálculos Econometría SA.

Las deducciones solicitadas al Sistema por concepto de licencias de maternidad e incapacidades se estiman con base en las estadísticas del Fosyga en \$97.122 millones y corresponden a un 2,69% de las cotizaciones realizadas; cifra que es consistente con el porcentaje de tiempo laboral que puede estimarse, a partir de la Encuesta de calidad de vida de 1997, en que los trabajadores declararon haber estado incapacitados 2,35% del tiempo; o en licencia de maternidad 0,23% del tiempo.

Para estimar el monto que debe cancelar el Sistema como pago de las unidades de pago por capitación, se estimó el valor promedio de ésta con base en la estructura etárea de la población afiliada a través de la información captada por el Dane en la Encuesta de hogares de 2000. Esta ponderación dio como resultado que por afiliado promedio del Sistema, se debieron reconocer en ese año \$292.378 anuales y que por tanto para el total de afiliados se reconocerían \$3.3 billones de pesos, un 92% de los ingresos del Sistema.

El monto de las transferencias a la Subcuenta de Solidaridad, de acuerdo a la reglamentación vigente, corresponde a un punto de la cotización y las transferencias a la Subcuenta de Promoción es la mitad de ese valor. Estas transferencias representan el 12.5% de los ingresos del Sistema y alcanzan los \$300.955 millones para la Subcuenta de Solidaridad. Si consideramos que la UPC del régimen subsidiado era de \$145.345 anuales en el año 2000, estos recursos alcanzarían para prestar el servicio de salud a 2.070.625 personas, el 30,3% de las personas afiliadas ese año.

Con base en lo anterior, el régimen contributivo tendría un déficit de \$260.068 millones en el año 2000, en promedio \$21.672 millones mensuales. Esta cifra resulta superior al déficit promedio que mostraban los estados financieros del Fosyga de \$11.231 millones mensuales. Aquí debe recordarse que el balance estimado en este documento es de causación mientras que los estados financieros reflejan la situación de caja, es decir incluyen ingresos y egresos por compensaciones de periodos anteriores al 2000 y no incluye aquellos que no se han registrado por efecto de la mora.

(T2) 2. Sensibilidad del Sistema a modificaciones en parámetros básicos

Dentro de las posibles soluciones para eliminar el déficit del régimen contributivo, se encuentran dos íntimamente relacionadas con el monto de las cotizaciones al Sistema. Una de ellas consistiría en bajar la UPC y por ende la cobertura del POS, con lo que se podría permitir la afiliación de un mayor un mayor número de personas al Sistema; la otra alternativa es aumentar la tasa de cotización por encima del 12% (Cuadro 2.21).

Cuadro 2.21 Sensibilidad a base imponible 2000 - Cambios en tasa de cotización

Tasa impositiva	Ingresos Sistema (\$Millones / año)	Egresos Sistema (\$Millones / año)	Superávit / Déficit
12.0 %	3.611.460	3.871.528	-260.068
12.2 %	3.671.651	3.873.147	-201.496
12.4 %	3.731.842	3.874.766	-142.924
12.6 %	3.792.033	3.876.384	-84.351
12.8 %	3.852.224	3.878.003	-25.779
13.0 %	3.912.415	3.879.622	32.793
13.2 %	3.972.606	3.881.240	91.365
13.4 %	4.032.797	3.882.859	149.938

Fuente: Cálculos Econometría SA.

En el Cuadro anterior se aprecia cómo debería aumentarse la tasa impositiva en más de un 8% (hasta cerca del 13% del ingreso base de cotización), para eliminar el déficit del Sistema y bajo el supuesto que la tasa de evasión se mantuviera constante. Esto último no es necesariamente cierto ya que una medida de este tipo incentiva el aumento de la evasión.

Otra alternativa para disminuir el déficit del Sistema tiene que ver con la sensibilidad que este tiene al monto de la Unidad de pago por capitación. En este caso una reducción del plan básico de salud se vería reflejado en una menor UPC y su efecto podría ser similar al que se muestra en el Cuadro 2.22. Allí puede apreciarse que se requeriría una reducción del monto de la UPC en cerca del 8% de su valor actual para eliminar el déficit del Sistema. Esto nuevamente suponiendo que el monto de la evasión se mantiene constante.

Cuadro 2.22 Sensibilidad a valor de UPC 2000 - Cambios en tasa de cotización

Reducción de la UPC	Ingresos Sistema (\$Millones / año)	Egresos Sistema (\$Millones / año)	Superávit / Déficit
0.0%	3.611.460	3.871.528	-260.068
2.0%	3.611.460	3.805.069	-193.609
4.0%	3.611.460	3.738.609	-127.149
6.0%	3.611.460	3.672.150	-60.690
8.0%	3.611.460	3.605.690	5.770

Fuente: Cálculos Econometría SA.

(T2) 3. Balance financiero potencial del Sistema

Las políticas tendientes a identificar evasores buscan reducir los niveles de evasión y en el límite tendrían como meta llegar al escenario en que esta se reduzca a cero, frente a los aportes que se pueden exigir con la reglamentación actual del régimen contributivo. Ese escenario potencial, se muestra en el Cuadro 2.23, que se basa en simulaciones con base en la Encuesta de hogares.

Cuadro 2.23 Balance financiero régimen contributivo - Escenario potencial

Concepto	Población	(M\$/año)	% Ingreso total
Ingresos por cotizaciones	6.224,420	5.802.654	100,0%

Concepto	Población	(M\$/año)	% Ingreso total
cotizantes en el año 2000	4.011.719	3.837.017	66,1%
Ocupados elegibles	3.389.160	3.547.317	61,1%
Pensionados	487.063	188.201	3,2%
No ocupados	135.496	101.498	1,7%
No cotizantes en el año 2000	2.212.700	1.965.637	33,9%
Afiliados no cotizantes	311.117	367.282	6,3%
Afiliados a régimen subsidiado	284.938	253.455	4,4%
Pensionados no cotizantes	6.599	5.288	0,1%
No afiliados al SGSSS	1.131.662	928.952	16,0%
Cotizantes inactivos	478.385	410.661	7,1%
Egresos del sistema	16.300.984	5.581.095	96,2%
Deducciones UPC	6.224.420	156.050	2,7%
Pago UPC	16.300.984	4.699.714	81,0%
Afiliados en el 2000	13.320.020	3.894.481	67,1%
No afiliados en el 2000	2.980.964	805.233	13,9%
Promoción y prevención		241.777	4,2%
Subcuenta de Solidaridad		483.555	8,3%
Superávit (Déficit)		221.559	3,8%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, 2000.

El Cuadro nos muestra que si la evasión fuera eliminada por completo, el Sistema sería superavitario en \$221.559 millones anuales. En este caso, el monto de las UPC a reconocer representaría alrededor del 81% del recaudo total.

La Subcuenta de Solidaridad alcanzaría los \$483.555 millones anuales, es decir que permitiría dar cubrimiento en salud a 3.417.833 personas de los niveles Sisbén 1 y 2, lo cual corresponde a un poco más de 1.5 millones de personas más que las estimadas para el año 2000, en el escenario actual con evasión.

La cobertura del Sistema podría aumentar en cerca de un 43%, pasando así a 16.300.984 afiliados, frente a 11.365.333 estimados para el año 2000. Es decir que en un escenario con la reglamentación actual y evasión cero se avanzaría mucho pero no se lograría la cobertura universal.

Se debe recordar que el escenario real al que podría llegar el Sistema, debe ser uno intermedio entre el estimado para el 2000 y el potencial, ya que alcanzar este último implicaría unas medidas de vigilancia y control que pueden resultar muy costosas frente a los beneficios que efectivamente traen al Sistema.

(T2) 4. Impacto de la inclusión de los regímenes de excepción en el régimen contributivo

En los numerales anteriores se expuso el balance financiero del régimen contributivo para el año 2000 y potencial, sin considerar dentro de ellos a los regímenes de excepción. En este numeral se completa ese análisis dando a los 384.768 afiliados principales de estos regímenes, el mismo tratamiento de los cotizantes al RC.

En esta simulación se estimó el balance financiero de los regímenes de excepción bajo el supuesto de que los cotizantes o trabajadores aportaren el 12% de su IBC, con una relación afiliado/cotizante de 2,32¹³, con lo que se tiene un total de 893.010 afiliados. Con base en la Encuesta nacional de hogares de 2000, se estimó que el ingreso base de cotización promedio de estos regímenes es de \$637.741 mensuales, superior en un 6% al IBC del RC, estimado en \$603.279. De igual manera, para efectos de la simulación, se presume un comportamiento similar al RC en cuanto a la proporción de la cotización que se deduce por Licencias de Maternidad e Incapacidades.

En el Cuadro 2.24 se muestra este balance, el cual resulta superavitario en \$118.692 millones anuales.

Cuadro 2.24 Balance financiero régimen contributivo - Escenario potencial regímenes de excepción

Concepto	Población	(M\$/año)	% Ingreso total
Ingresos por cotizaciones	384.768	447.807	100,0%
Egresos del Sistema	893.010	329.115	73,5%
Maternidad e incapacidad	384.768	12.043	2,7%
Pagos por UPC	893.010	261.096	58,3%
Subcuenta de Solidaridad		18.659	4,2%
Subcuenta de Promoción		37.317	8,3%
Superávit (Déficit)		118.692	26,5%

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane marzo de 2000.

Cabe destacar que el Cuadro anterior se basa en la información de la Encuesta nacional de hogares de 2000 y por tanto representa la situación de ese año, bajo el supuesto de que cumplieran la reglamentación actual del RC. Los resultados indican que el superávit de estos sistemas permitiría cubrir el 45% del déficit estimado para el RC en el mismo año.

En el Cuadro 2.25 se muestra el balance financiero potencial del RC si se reduce la evasión a cero y se incluyen los regímenes de excepción. Lo que resulta equivalente a la suma del balance potencial sin considerar los RE (Cuadro 2.23) y el de los RE (Cuadro 2.24).

Cuadro 2.25 Balance financiero régimen contributivo - Escenario potencial con regímenes de excepción

Concepto	Población	(M\$/año)	% Ingreso total
Ingresos por cotizaciones	6.609.188	6.250.461	100,0%
Cotizantes en el año 2000	4.396.487	4.284.824	68,6%
Ocupados elegibles	3.389.160	3.547.317	56,8%
Pensionados	487.063	188.201	3,0%
No ocupados	135.496	101.498	1,6%
Regímenes de excepción	384.768	447.807	7,2%

¹³ Esta relación es ligeramente menor que la del RC (2,43 afiliados/cotizante), de acuerdo con los cálculos realizados por Econometría con base en la Encuesta nacional de hogares de 2000.

Concepto	Población	(M\$/año)	% Ingreso total
No cotizantes en el año 2000	2.212.700	1.965.637	31,4%
Afiliados no cotizantes	311.117	367.282	5,9%
Afiliados al régimen subsidiado	284.938	253.455	4,1%
Pensionados no cotizantes	6.599	5.288	0,1%
No afiliados al SGSSS	1.131.662	928.952	14,9%
Cotizantes inactivos	478.385	410.661	6,6%
Egresos del Sistema	16.984.344	5.853.579	93,7%
Deducciones UPC	6.609.188	168.093	2,7%
Pago UPC	16.984.344	4.904.178	78,5%
Afiliados en el 2000	13.320.020	3.894.481	62,3%
No afiliados en el 2000	2.771.314	748.601	12,0%
Regímenes de excepción	893.010	261.096	4,2%
Promoción y prevención		260.436	4,2%
Subcuenta de Solidaridad		520.872	8,3%
Superávit (Déficit)		396.883	6,3%

Fuente: Cálculos Econometría con base en la EH- Dane, marzo de 2000.

El Cuadro nos muestra que si se incluyeran los RE, el Sistema sería superavitario en \$396.883 millones anuales, un 80% más que en el escenario potencial sin los cotizantes de los RE.

La Subcuenta de Solidaridad alcanzaría los \$520.872 millones anuales, es decir que permitiría dar cubrimiento en salud de 263.762 personas más que las estimadas para el año 2000, en el escenario potencial sin evasión.

La cobertura del Sistema podría aumentar en cerca de 6% más que lo estimado sin incluir los RE, y se podría llegar a 16.984.344 de afiliados, frente a 16.300.984 estimados para el año 2000. Es decir que en un escenario, con la reglamentación actual, evasión cero e inclusión de los afiliados a los RE, aún se estaría lejos de alcanzar la cobertura universal.

CAPÍTULO 3 PROCESOS Y SISTEMAS DE INFORMACION DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO

(T1) A. COMPORTAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES

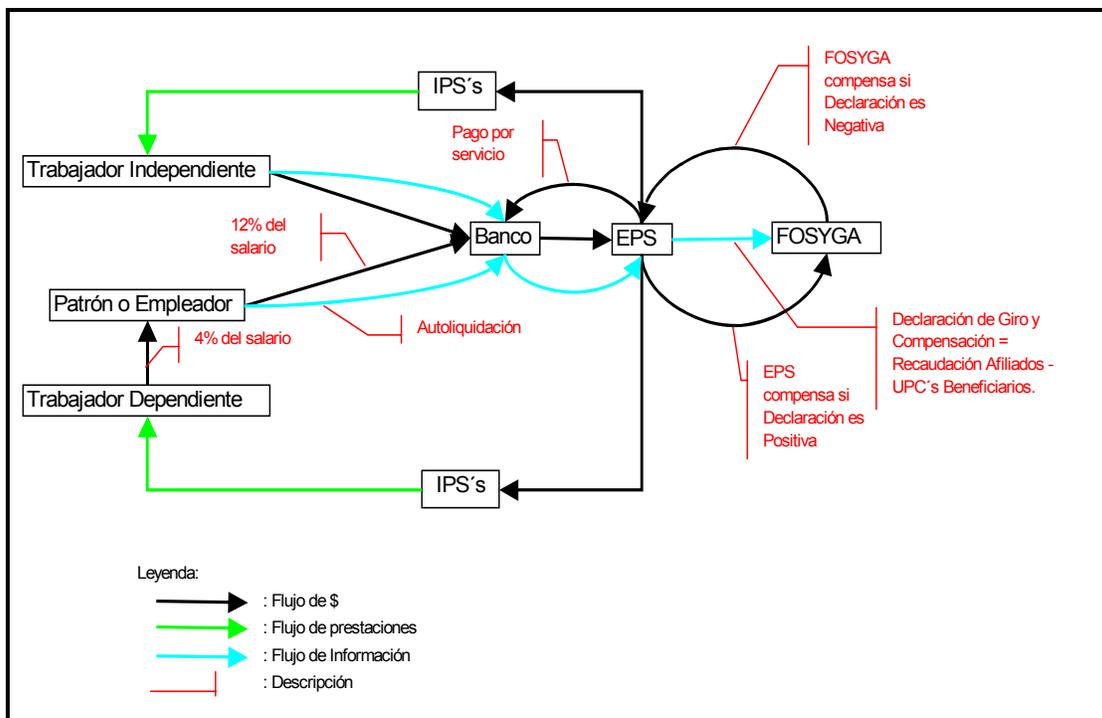
En forma complementaria, el estudio buscó determinar las necesidades de información del SGSSS que apoyen las funciones de vigilancia y control del RC, las cuales buscan reducir la elusión y evasión de afiliación y aportes.

A partir de la normativa que establece el SGSSS y que concierne el RC, se examinaron los procesos que rigen la afiliación, los aportes y el recaudo, y se evaluaron los incentivos económicos que gobiernan el comportamiento de los agentes que componen el RC. Algunos de estos temas fueron explorados en capítulos anteriores, por lo que en la primera parte de esta sección se analiza en forma más detallada el comportamiento de los principales agentes que participan en el Sistema, como los trabajadores y empresas, y se identifican los elementos que influyen en la decisión de declarar y pagar cotizaciones al régimen contributivo.

(T2) 1. Comportamiento de las EPS

El Gráfico 3.1 representa resumidamente los principales flujos de recursos e información en el régimen contributivo. Se puede observar, para una EPS cualquiera, los recursos (financieros) que le reporta su operación en un período. El Cuadro 3.1 muestra a su vez, los ingresos y egresos de una EPS.

Gráfico 3.1 Principales agentes y flujos en régimen contributivo



Cuadro 3.1 Ingresos y egresos de una EPS

Ingresos	Egresos
Recaudo = $12\% * \Sigma$ Salarios Afiliados	Gastos de Operación
Compensación = Recaudo - Σ UPC (si es positiva, es un egreso; si es negativa, es un ingreso)	
Provisión para Incapacidades (con tope)	Pago de Incapacidades (sin tope)
	Pago prestaciones (a IPS)

Al descomponer el balance de las EPS de acuerdo a las distintas fuentes de ingreso y gasto, se logra identificar las variables que influyen en el comportamiento de este agente con relación a la recaudación de cotizaciones, su declaración al FOSYGA y la producción de información confiable.

El valor de la compensación que recibe o entrega la EPS es igual al valor absoluto de lo que recauda menos lo que recibe por concepto de UPC. En consecuencia, el balance de las EPS se puede descomponer según los siguientes escenarios: $\{\text{Compensación}\} = \text{Recaudo} - \Sigma \text{UPC Beneficiarios}$

Por lo tanto:

i) Si la Compensación es negativa:

$$\begin{aligned} \text{Balance EPS} &= \text{Recaudo} + |\text{Recaudo} - \sum \text{UPC}| + \text{Provisión para Incapacidades} - \text{Pago de Incapacidades} \\ &\quad - \text{Pago a IPS} - \text{Gastos de Operación} \\ \text{Balance EPS} &= \text{Recaudo} - \{ \text{Recaudo} + \sum \text{UPC} \} + \text{Provisión para Incapacidades} - \text{Pago de Incapacidades} \\ &\quad - \text{Pago a IPS} - \text{Gastos de Operación} \\ \text{Balance EPS} &= \text{Recaudo} - \text{Recaudo} + \sum \text{UPC} + \text{Provisión para Incapacidades} - \text{Pago de Incapacidades} - \text{Pago a IPS} - \text{Gastos de Operación} \end{aligned}$$

ii) Si la compensación es positiva el resultado es el mismo:

$$\begin{aligned} \text{Balance EPS} &= \text{Recaudo} - |\text{Recaudo} - \sum \text{UPC}| + \text{Provisión para Incapacidades} - \text{Pago de Incapacidades} \\ &\quad - \text{Pago a IPS} - \text{Gastos de Operación} \\ \text{Balance EPS} &= \text{Recaudo} - \{ \text{Recaudo} + \sum \text{UPC} \} + \text{Provisión para Incapacidades} - \text{Pago de Incapacidades} \\ &\quad - \text{Pago a IPS} - \text{Gastos de Operación} \\ \text{Balance EPS} &= \text{Recaudo} - \text{Recaudo} + \sum \text{UPC} + \text{Provisión para Incapacidades} - \text{Pago de Incapacidades} - \text{Pago a IPS} - \text{Gastos de Operación} \end{aligned}$$

Que el balance de una EPS tome esta forma tiene varias consecuencias. Primero, debe observarse que la recaudación no influye en el balance de la EPS¹⁴, excepto en el costo que implica tener que desarrollar esta tarea, el que está incluido en el gasto operacional. Esto resultará en que las EPS tiendan a recaudar poco y mal, a menos que exista un mecanismo de fiscalización muy efectivo y sanciones que tengan a disuadir este comportamiento.

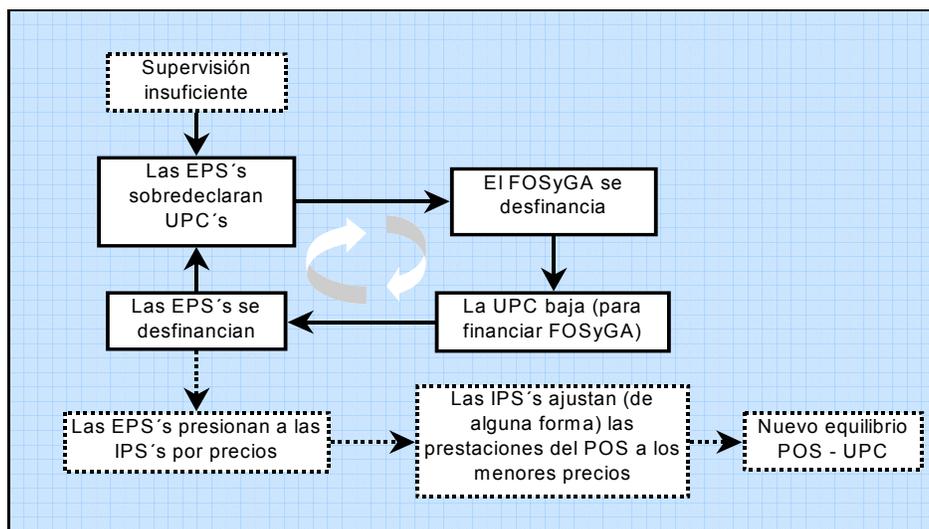
Además, el balance muestra que las EPS enfrentan un fuerte incentivo a sobredeclarar UPC, debido a que cualquier monto sobredeclarado mejora directamente su balance a través de una mayor compensación. En este sentido,

¹⁴ Excepto la posibilidad legal de capturar la renta financiera generada por el recaudo durante los días que median entre las autoliquidaciones y la declaración de giro y compensación. Este ingreso es del orden de $1\% * 1/30 * \text{Recaudo} = 0,03\% * \text{Recaudo}$. Este incentivo probablemente es de un orden de magnitud similar que el costo de recaudar, y muy inferior al del resto de las variables.

es muy importante contar con los sistemas de información y mecanismos que permitan validar la información proporcionada por las EPS al Fosyga.

Por otra parte, se presume que el Fosyga hasta ahora ha registrado superavit (aunque decreciente). Esto se debería en parte a que el Consejo nacional de seguridad social en salud ha ido reduciendo el valor de la UPC para mantener un saldo positivo. Debido al bajo valor de la UPC, las EPS e IPS están financieramente muy débiles. En resumen, la operación del régimen contributivo hasta ahora genera el círculo vicioso que se muestra en el Gráfico 3.3.

Gráfico 3.2 Ajuste del POS a la UPC como círculo vicioso



Finalmente, el balance muestra que las EPS enfrentan incentivos para minimizar el pago a las IPS, lo que puede traducirse en que las EPS negocien bajos precios con las IPS y, eventualmente, se integren hacia atrás (para controlar sus costos y, por esa vía, sus precios). Este control de costos puede resultar en una atención de salud menor a la supuesta, en calidad o cantidad. Nótese que la existencia de un tarifado para las prestaciones de salud incluidas en el POS no modifica esta propensión.

(T2) 2. Comportamiento de los trabajadores

La valoración que hace el trabajador de las prestaciones que recibiría del régimen contributivo es el que importa en el balance del trabajador. De este análisis se deduce que, para discutir el fenómeno de la evasión y elusión, los trabajadores

deben segmentarse de acuerdo a este análisis (i.e., según sus percepciones). Hay varios segmentos de trabajadores cuyo balance es negativo:

El que evalúa que puede acceder a servicios de salud (prestaciones) para sí y para sus beneficiarios aunque no participe del financiamiento del Sistema. Los trabajadores de este segmento valorizan en cero (o muy poco) las prestaciones que ofrece el hecho de estar afiliado al Sistema y cotizar regularmente. A este segmento pertenecen los trabajadores que por cualquier razón, evalúan que pueden acceder a precios de las prestaciones inferiores a los de mercado (i.e., inferiores al costo de bolsillo).

El que percibe que el riesgo de requerir tales prestaciones es bajo (adicto al riesgo). Este segmento probablemente es pequeño y de escasa importancia para las políticas públicas.

Valorización de las prestaciones por parte del trabajador

Valor (Prestaciones)	=	Probabilidad de necesitarlas	*	Costo que tendrían si el trabajador no participase del Sistema
----------------------	---	------------------------------	---	--

A su vez, el “costo que tendrían” puede expresarse de la siguiente manera:

Costo de las prestaciones para un trabajador

Costo que tendrían las prestaciones requeridas si el trabajador no participase del Sistema (i.e. no aportase a su financiamiento).	=	}	Costo de Bolsillo	<i>Si debe comprarlas en el sector privado.</i>
			0	<i>Si puede obtenerlas del Sistema (o de otra fuente) aunque no participe de su financiamiento</i>

Por lo tanto, y resumiendo estas evaluaciones que hace el trabajador:

Valorización de las prestaciones por parte de un trabajador

Valor (Prestaciones) para el trabajador	=	}	Probabilidad de necesitarlas * Costo de bolsillo	<i>Si debe comprarlas en el sector privado.</i>
			0	<i>Si puede obtenerlas del sistema (o de otra fuente) aunque no participe de su financiamiento</i>

Este “valor de las prestaciones que recibiría” es el que importa en el balance del Trabajador.

Que el trabajador independiente deba aportar el 12% de su salario como cotización y el dependiente sólo el 4% (el 8% restante lo aporta el empleador) no es claro que produzca un incentivo mayor en aquellos que en éstos a permanecer fuera del Sistema, puesto que en el último caso, el empleador considerará el 8% para salud como cualquier otro costo de contratar, en su evaluación previa de salarios a ofrecer. Lo que sí es cierto es que, para el trabajador independiente es más fácil eludir sus obligaciones, pues no requiere para ello el concurso de un empleador.

Para incorporar en el análisis los elementos con que cuenta la autoridad para disuadir a los trabajadores de eludir o evadir sus obligaciones, debe especificarse estos elementos en cuanto modifican la evaluación que hace el trabajador. Por ejemplo, la autoridad puede aumentar los costos para el trabajador en caso de sorprenderlo en falta. También puede modificar la valoración que el trabajador hace de los beneficios de la afiliación y el pago de su cotización, por ejemplo aumentando la valoración de las prestaciones a las que éste accede. Esto último por ejemplo, puede lograrse minimizando la posibilidad de conseguir las fuera del Sistema.

(T3) 3. Comportamiento de las empresas

Análogamente al caso del trabajador, las empresas enfrentan el siguiente balance a la hora de evaluar la posibilidad de participar lealmente del Sistema:

Ingresos y egresos de una empresa que no paga las cotizaciones

Ingresos	Egresos
Pago ahorrado = $12\% * \Sigma$ Salarios Afiliados	Sanciones económicas por parte de la autoridad
	Disminución de ventaja competitiva (mala reputación, pérdida de mercados exigentes)
	Mayores costos directos de RR.HH

Ingresos y egresos de una empresa que paga las cotizaciones

Ingresos	Egresos
Ventaja Competitiva (buena reputación, acceso a mercados exigentes)	Pago = $12\% * \Sigma$ Salarios Afiliados
Menores costos directos de RR.HH	

Entonces, el balance que hará la empresa es:

$$\text{Balance empresa} = \text{Balance (no pagar)} - \text{Balance (pagar)}$$

El balance en caso de no pagar la cotización del 12% es¹⁵:

$$\text{Balance empresa (no pagar)} = \text{Pago Ahorrado} - \text{Sanciones} - \text{Disminución ventaja competitiva} - \text{Aumento de costos de RR.HH}$$

Si la mayoría de las empresas no cumplen con su obligación, su ventaja competitiva no disminuye sensiblemente, ya que es un término que permite discriminar entre ellas. El ajuste en este término de existir, se producirá en el comercio internacional y corresponderá a una disminución de la ventaja competitiva del país respecto de otros al intentar acceder a mercados exigentes en estas materias.

Respecto del aumento de costos de RR.HH (factor trabajo) es válido un argumento similar: si la mayoría de las empresas no cumple sus obligaciones, el mercado del trabajo se ajustará para dar cuenta de este fenómeno (los trabajadores ajustarán sus expectativas) y los mayores costos podrían ser muy pequeños comparados con los demás términos. Además, los trabajadores poco calificados, por cuanto tienen baja capacidad de negociación y presentan bajos costos de cambio para la empresa, están en una desmejorada posición para reclamar por esta situación y hacer efectivos tales costos para la empresa.

En resumen, y dependiendo de un análisis empírico posterior que dimensione los conceptos citados, el balance de la empresa que no cumple sus obligaciones es básicamente, el que compara el pago no realizado a la EPS (12% de su planilla de remuneraciones) con las eventuales sanciones que enfrenta por ello. Este último término se puede analizar como sigue:

Valorización de las eventuales sanciones que enfrenta la empresa que no cumple

Valor (Sanciones) para la empresa	=	Probabilidad de ser descubierta	*	Probabilidad de ser sancionada	*	Valor económico de la sanción
-----------------------------------	---	---------------------------------	---	--------------------------------	---	-------------------------------

¹⁵ En este caso, se supone que la empresa captura completamente el 12% del pago no realizado, puesto que los salarios que se pagan a los trabajadores ya reflejan el 4% descontado como aporte a su cotización.

De esta manera, los sistemas de fiscalización efectivos deben calibrar estos tres términos para conseguir un comportamiento de las empresas proclive al cumplimiento de sus obligaciones sociales. A menudo se diseñan estos sistemas teniendo a la vista solamente un alto monto de la sanción, descuidando destinar recursos a maximizar los dos términos precedentes, que dependen de los sistemas de información y monitoreo con que la autoridad cuente (la probabilidad de ser descubierto) y de posibilidad real de sancionar en plazos cortos (la probabilidad de ser sancionado). La credibilidad de estas probabilidades en el mundo de las empresas es, en definitiva, la que determinará el balance que éstas hagan y la decisión que adopten. Por ello, la publicidad de las sanciones es un mecanismo efectivo para inhibir el comportamiento fraudulento.

Como conclusión, se puede afirmar que la decisión individual de afiliarse y aportar al SGSSS depende de las características de cada individuo –ingreso, situación laboral, estado de salud, etc. – y de la definición y aplicación de normas que rigen los procesos de afiliación y recaudo al Sistema. Para alcanzar sus fines de política, el gobierno puede adoptar y aplicar normas que establezcan los beneficios y costos asociados a los procesos de afiliación y pago. Los costos son las dificultades que deben enfrentar las personas para acceder a las atenciones de los paquetes básicos al evadir y eludir; incluyen también cualquier castigo a que estén sometidas en caso que la autoridad fiscalizadora las descubra violando las normas de afiliación y recaudo. Los beneficios son los recursos ahorrados por el individuo, al no afiliarse o cotizar lo que corresponde.

Así, para su buen funcionamiento, el SGSSS debe establecer mediante normas un sistema apropiado de premios y castigos. Éstos deben ser diseñados de modo que las personas sean inducidas a afiliarse al SGSSS y a efectuar los aportes que la ley dispone. Si el sistema de premios y castigos está mal diseñado, o si, no obstante su buen diseño, los agentes no cumplen con él por falencias en la implantación de la ley, entonces existirá evasión y elusión. Si las fallas en la definición y aplicación de normas son muy importantes, entonces la evasión y la elusión serán frecuentes, lo que se traducirá en un SGSSS desfinanciado y en niveles de bienestar social inferiores a los posibles.

Al ser relativamente joven el Sistema, altos niveles de evasión y elusión podrían explicarse en parte por la inercia habitual que caracteriza el proceso de transición desde un sistema político hacia otro radicalmente distinto. En el caso colombiano, sin embargo, se cree que existen características estructurales del Sistema que conducen a niveles elevados de evasión y elusión. A menos que se modifique, mediante normas y fiscalización, el actual sistema de incentivos a los agentes del SGSSS encargados de la afiliación y el recaudo, persistirán altos grados de evasión y elusión. En el mediano y largo plazo estos podrán desfinanciar al SGSSS y tornar inviable la reforma surgida con la ley 100.

En términos generales se han distinguido seis aspectos del SGSSS responsables de los problemas de afiliación y elusión. Estos se deben a la insuficiencia o

carencia de incentivos adecuados entre EPS, los afiliados a las EPS que pertenecen al sistema contributivo, los hospitales públicos, y el Sisbén; estos son:

- Las EPS carecen de incentivos para a la recaudación de aportes de sus afiliados;
- Los afiliados a las EPS no enfrentan incentivos suficientes para efectuar los aportes que la ley dispone y así no evadir ni eludir sus aportes;
- Quienes hoy se encuentran fuera del Sistema, es decir, quienes no se han afiliado a los regímenes contributivo o subsidiado, no están sometidos a incentivos apropiados para afiliarse;
- Los hospitales y centros de salud públicos tienen incentivos moderados a la recaudación, o no están dispuestos a ejercer una labor recaudadora;
- La existencia de un sistema de clasificación discreta de la población, entre afiliados contribuyentes (régimen contributivo), y afiliados completamente exentos (régimen subsidiado); y
- El Fosyga no está sujeto a incentivos adecuados para asegurar su equilibrio financiero en el mediano y largo plazo.

La autoridad deberá tener claridad respecto a las poblaciones sobre las cuales debiera concentrar su esfuerzo fiscalizador y respecto a la eficiencia de esfuerzos alternativos de fiscalización. No obstante, se estima que un buen sistema de fiscalización y penalización será insuficiente para lograr cumplir los objetivos de eficiencia y equidad del SGSSS; para ello, también se requerirá de cambios estructurales en los sistemas de incentivos a que están sometidos los agentes del sistema.

(T1) B. EVALUACION DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION

La autoridad en general, no cuenta con adecuados sistemas de información para inhibir la elusión y la evasión de las obligaciones que a cada agente competen en el funcionamiento del Sistema. Ejemplos de estos problemas de información son los siguientes:

Las cifras sobre afiliados al RC son muy poco confiables. El Fosyga no cuenta con un registro en línea de los aportes que se realizan por parte de los trabajadores y las empresas, que le permita detectar rápidamente aquellos que no pagan su cotización. Tampoco cuenta con información confiable acerca de quienes son los afiliados a las diferentes EPS ni cuáles son sus beneficiarios.

- **La declaración de giro y compensación:** El Fosyga compensa a las EPS sin contar con un respaldo sólido de información. El problema es caracterizado como “*gigantesco*”. En efecto, el Fosyga compensa a las EPS basándose en la declaración de giro y compensación que estas realizan cada mes. Sin embargo,

tanto por no contar con información propia para supervisar la calidad de esta declaración, como por ser ésta un resumen bastante complejo de diversas transacciones de diferentes períodos, la posibilidad de verificar las cifras se hace ilusoria.

Las declaraciones de adición y de corrección permiten a la EPS agregar información a la declaración inicial sin reemplazarla, de modo que el seguimiento se hace difícil. La información se puede entregar para cada una de las declaraciones que se hacen en un mes, corrigiendo la declaración inicial del mes u otras declaraciones anteriores.

En la declaración de giro y compensación que las EPS presentan al Fosyga cada mes, la información de afiliados y beneficiarios se entrega totalizada por grupos étáreos y no en detalle. De tal modo, la autoridad no cuenta con ningún mecanismo para validar en línea si los pagos solicitados (o realizados, en su caso) son válidos. Además, las citadas declaraciones pueden corregirse posteriormente innumerables veces bajo diversos conceptos. El hecho que estas correcciones sean aditivas y no sustitutivas hace aún más difícil el seguimiento por parte de la autoridad, pues para conocer el estado de una EPS debe revisar su historia de declaraciones, en vez de sólo la última.

Las EPS tienen un plazo de seis meses para corregir sus declaraciones de giro y compensación. Sin embargo, se ha detectado que siguen haciéndolo hasta dieciocho meses después de realizadas éstas. Nuevamente, la complejidad de tal declaración y la carencia de información confiable por parte de la autoridad facilitan este tipo de comportamientos.

En cualquier mes, la (primera) declaración de giro y compensación de las EPS sólo incluye un 20% de las personas (afiliados / beneficiarios). Pocos días después entregan una declaración adicional con aproximadamente otro 40% de personas. En los meses siguientes siguen entregando declaraciones adicionales de diferente tipo correspondientes a los meses ya pasados. De esta manera, en una declaración cualquiera, un 70% de lo declarado corresponde a meses ya pasados.

Hay una campo en la declaración de “Saldo no conciliados” que le permite a la EPS apropiarse de hasta un 3% de lo recaudado aduciendo por ejemplo, que las autoliquidaciones son ilegibles.

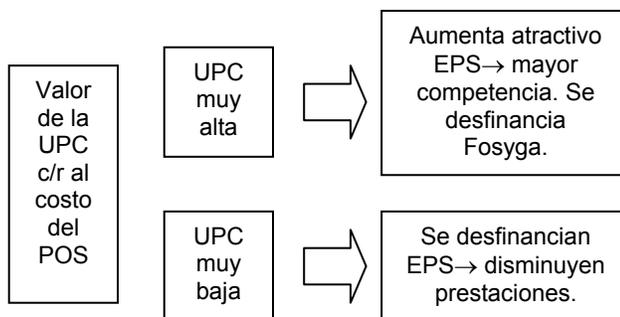
Hay finalmente un campo que contiene una “declaración complementaria”, que le permite a la EPS retener parte de la recaudación de recursos sólo informando del monto que está reteniendo, el que después puede reponer (descargar) con sucesivas declaraciones de corrección.

- **Las autoliquidaciones** (información de parte de las empresas y trabajadores independientes a las EPS respecto de los afiliados, sus salarios y sus cotizaciones) se hacen en papel, a menudo con errores y omisiones, y en el momento del pago (en caso de existir tal instancia) se retiene solamente la identificación de la empresa, de la EPS y el monto total pagado. Aunque muchas empresas adjuntan la información en medio magnético (las de más de veinte trabajadores están obligadas a ello), este material en general no es procesado por las EPS, entre otras razones por la variedad de formatos en que lo reciben, pero principalmente debido a que procesarlo y mantenerlo no les reporta mayor beneficio.

- **El valor de la UPC** es quizá la variable más relevante para determinar el equilibrio general del sistema. En efecto, un valor muy bajo (respecto del costo de producir prestaciones de salud) presionará fuertemente a que las prestaciones incluidas en el POS empeoren en calidad y/o en cantidad o a que las IPS presenten pérdidas sistemáticas en sus balances. Ambas situaciones llevan a destruir el sistema. Un valor muy alto incentivará fuertemente la entrada de nuevos competidores al mercado de las EPS y, seguidamente, a un mejoramiento de la calidad y/o cantidad de las prestaciones otorgadas por las IPS o a unas rentabilidades sistemáticamente altas en ambos mercados.

Sin embargo, esto ocurrirá con cargo a un sistemático desfinanciamiento del Fosyga. En

cualquier caso, el valor de la UPC es determinante del funcionamiento general del Sistema, y excepto al inicio de la reforma, no se han realizado estudios técnicos importantes para calcularlo. El valor de la UPC, al ser determinado por el CNSSS, ha sido una expresión de los diversos intereses y capacidades de influencia de sus integrantes. Esto debe ser corregido primeramente generando información adecuada respecto del costo de producir las prestaciones del POS e información acerca del consumo de éstas.



(T2) 1. Fuentes de información para control de la evasión

Con la identificación de las fuentes de información que permitan hacia el futuro corregir conductas evasoras en la seguridad social de salud, se buscó que las autoridades de control contaran con fuentes ciertas de información que posibilitaran realizar cruces de información entre las bases de datos existentes,

teniendo como base la información que posee la Superintendencia nacional de salud y el Fosyga, al igual que brindar a las mismas autoridades algunas de las fuentes de información que posibilitaran detectar comportamientos generales con respecto a la evasión al Sistema por niveles de ingresos, sectores, zonas etc. Esto último constituye el elemento base que permitiría priorizar políticas de control a la evasión.

Entre los principales hallazgos realizados con respecto a las bases de datos y a las fuentes, se encuentran:

- la diferencia de universos de obligados en el SGSSS con respecto a otros parafiscales y fiscales, así como la alta informalidad, generan limitaciones en el control y en los cruces de información.

Para el control de la evasión en los aportes al régimen contributivo, y en especial para el cruce de información pertinente, existen dos limitaciones especialmente severas: En primer lugar, el universo de obligados aportar al SGSSS es diferente al de los demás parafiscales (y aún más al universo de los contribuyentes y responsables de los impuestos). En segundo término, a todo el contexto de la tributación lo afecta la informalidad con que se desarrollan la mayor parte de las actividades económicas en el país. Lo cual se hace más sensible para el régimen contributivo.

Con respecto al primer limitante, existen una serie de obligaciones de carácter tributario basados en la nómina: salud, pensiones, riesgos profesionales, cesantías, cajas de compensación familiar, Servicio nacional de aprendizaje (Sena), e Instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF), incluyendo otros beneficiarios menores de tales aportes como las Escuelas técnicas industriales y la Escuela superior de administración pública (Esap). El universo de obligados a aportar en la generalidad de los parafiscales incluye a la totalidad de las instituciones públicas y a la totalidad de los empleadores. El universo de obligados en el régimen contributivo incluye, además de los mencionados, a los trabajadores independientes con capacidad de pago. En el caso de pensiones, la afiliación por parte de este tipo de personas es voluntaria, y en el caso de riesgos profesionales no existe reglamentación que defina su obligatoriedad.

A su vez, el universo de los obligados a presentar declaraciones tributarias (por renta, ventas, timbre y retenciones en la fuente) incluye a la totalidad de las personas jurídicas y solamente a aquellas personas naturales (empleadores o no) que superen los valores mínimos de ingresos o de patrimonio que determine anualmente la autoridad tributaria nacional (Dirección de Impuestos y aduanas nacionales, Dian).

Estas diferencias hacen que la ubicación de evasores (especialmente los omisos) en el sub- universo de personas jurídicas pueda ser relativamente exitosa con el apoyo de cruces de información con las demás entidades

recaudadoras de los aportes, pero la ubicación del trabajador independiente, especialmente difícil por el mismo medio (con excepción de la información que puede suministrar la Dian).

- Existen fuertes restricciones para unificar las fuentes de información y los procesos de control en la parafiscalidad (las normas no son suficientes para unificar el sistema de información parafiscal en Colombia).

La ley 488 de 1998 reconoció la necesidad de conformar un sistema único de información del universo de parafiscales, y estableció en un plazo de seis meses la entrada en operación del Registro único de aportantes al sistema de seguridad nacional integral y a la parafiscalidad. Tal registro debía incluir y mantener actualizada la información sobre aportantes provenientes de las distintas entidades administradoras de riesgos. La cobertura en términos de información debía alcanzar el nivel de “aportantes, afiliados y beneficiarios del Sistema”.

De la mano con tal obligación se dio a las diferentes entidades a integrar con respecto a este tema (ICBF, Sena, Cajas de compensación familiar, Instituto de seguros sociales, Esap, Superintendencia nacional de salud, Superintendencia bancaria y Ministerio de Trabajo y seguridad social), amplias facultades en materia de administración y fiscalización frente a las contribuciones y aportes inherentes a la nómina que les correspondan respectivamente, buscando unificar los procedimientos existentes con los contemplados en el Estatuto Tributario, el cual rige para los impuestos nacionales y los territoriales.

No obstante, al parecer existen serios problemas institucionales al interior de las entidades encargadas de la administración de estos tributos y entre las diferentes instituciones, lo que dificulta y ha impedido hasta el momento el desarrollo de procesos unificadores.

- Es incipiente el desarrollo del sistema de información para controlar evasión en el SGSSS y enfrenta desarrollos institucionales diferentes entre entidades.

La reciente conformación de dos bases de datos fundamentales para el control en el sistema general de seguridad social en salud: el verificador de derechos y la base de datos de información de obligatorio reporte por parte de las EPS, constituyen el inicio del proceso de control a las obligaciones por parte de trabajadores independientes con capacidad de pago, trabajadores dependientes, pensionados, empresas y EPS. Sin embargo, es posible calificar como artesanal el esquema de control, por la existencia de las siguientes circunstancias limitantes:

Las bases de datos aún no se encuentran montadas en estructuras informáticas suficientemente poderosas y relacionales, que permitan por una parte su estructura dinámica y comparaciones ágiles en el tiempo, y por otra la conexión con otras bases de datos provenientes de diferentes fuentes con

fines de cruce de información. Por tanto, aún tienen carácter preliminar o de prueba, y no se encuentran estructuradas como sistema único, ni como cuenta corriente.

No existe al interior de la Superintendencia de salud suficiente comunicación interna que permita aún el uso de las bases de datos por parte de la oficina responsable del control a los empleadores y a los responsables de los aportes. En la actualidad estas bases no han sido exploradas con fines de control de aportes, por lo que se puede decir que su uso es simplemente nulo.

No existe en la unidad responsable del control a los aportes, una estructura mínimamente desarrollada para ejercer adecuadamente las competencias de control. La Supersalud, en parte debido a restricciones en tamaño, y de débil desarrollo institucional, está concentrando sus esfuerzos de “fiscalización” en las quejas y reclamos que distintas personas ponen sobre los empleadores. Hasta el presente, no existe ninguna política clara de fiscalización, ni líneas específicas como priorización de sectores o regiones geográficas o tipo de afiliación.

- Los hospitales públicos no tienen incentivos para controlar la prestación de servicios a evasores.

Uno de los esquemas básicos de control de la seguridad social en salud se encuentra en la validez de los derechos en el momento en que se necesitan los servicios de salud. Bajo este esquema, si un afiliado no tiene vigentes sus derechos en el aseguramiento por mora propia, de su empleador o de su Fondo de Pensiones, existe un mecanismo automático de control en la negación de servicios, que redundaría en la exigencia del afiliado sobre el cumplimiento de la obligación. De otra parte y de la misma manera, la IPS corre riesgo económico al prestarle servicios a un afiliado que no cuente con la vigencia de sus derechos.

Sin embargo, como se indicó anteriormente, debido a la existencia de un régimen dual en el que convive la seguridad social en salud con el sistema nacional en salud, existe la posibilidad cercana para las personas que no cumplen sus obligaciones, de recibir los servicios de salud por parte de los hospitales públicos. Estas instituciones no dependen económicamente con exclusividad de la venta de servicios en el mercado de la salud, sino aún prioritariamente de los subsidios a la oferta entregados por el Estado. Así, no existen incentivos a los hospitales públicos para que por esta vía se desarrollen mecanismos de control a la afiliación y a la vigencia de los derechos, y se incrementan los incentivos a la evasión por parte de trabajadores independientes y de empleadores.

(T1) C. LIMITACIONES DEL CONTROL

Después de la presentación de la problemática de la afiliación y el recaudo, se pueden sintetizar las limitaciones en materia de control sobre estos procesos, como:

Las EPS no tienen suficientes incentivos para controlar el recaudo, entre otras razones porque los cotizantes son esencialmente sus clientes, luego ejercer coacciones y tomar medidas represivas contra ellos es incompatible con esa condición. Si bien, los aportantes no son sus clientes porque quien elige es el cotizante, la EPS no tiene sino información parcial, por lo cual, un aportante resultaría objeto de tantas investigaciones como EPS a las cuales tenga empleados afiliados.

Tampoco el Fosyga ha controlado a las EPS no reconociendo el valor de la UPC a quienes no pagan total y oportunamente, pues como se observó depende totalmente de la información mensual sin que pueda contrastarla.

El control de recaudo opera para la acreditación del derecho y para la compensación, luego, las cotizaciones son controladas no por los aportantes sino por los cotizantes, cuando en realidad la evasión se concentra en los aportantes y no en los cotizantes. No existe un registro de aportantes y por tanto, el control queda a discreción de cada EPS, de manera disgregada, sin que efectivamente se haya hecho, salvo esporádicos programas de control de ISS y controles formales o visitas de escasa cobertura que ha hecho Superintendencia nacional de salud, sin instrumentos para ejercer un control efectivo.

Es evidente que el sistema de recaudo carece de los mecanismos indispensables para garantizar que el SGSSS reciba sus recursos, especialmente porque el mecanismo de autoliquidación impone instrumentos de control posterior que no existen actualmente.

Finalmente, al considerar en forma sintética las alternativas de acción con respecto a la utilización de las diferentes bases de datos existentes, con el fin de lograr controlar la evasión en el régimen contributivo de la seguridad social en salud, se pueden extractar las siguientes conclusiones:

- Para el éxito en la utilización de información con fines de control a la evasión, se hace necesario determinar previamente y con claridad, las diferentes conductas evasoras presentes en la realidad nacional y regional.
- La caracterización de cada conducta debe permitir establecer en forma privilegiada, incentivos dentro del SGSSS para su control por medios de

mercado, dejando para el control vía fiscalización aquellas conductas que no pueden ser controladas por otros medios.

- La caracterización de conductas evasoras, para efectos de la fiscalización y el control, debe permitir definir los tipos y características de la información necesaria para el desarrollo de actividades eficaces y eficientes.
- La caracterización de conductas y de la información pertinente y existente para su control, debe confluir en el diseño de programas específicos de control para cada conducta, y no a la aplicación indiscriminada o generalizada de la información existente (cuyo efecto será el desgaste de la administración y escasos resultados).
- La calificación sobre calidad, pertinencia y cobertura de cada tipo de información a utilizar, debe confluir en el establecimiento de prioridades de su utilización en el control de cada conducta identificada.
- Teniendo como base de control (sobre la cual se deben efectuar cruces de información), la información existente en los organismos de control del SGSSS (Superintendencia nacional de salud), se hace necesario garantizar la existencia de un mínimo de desarrollo institucional para el mismo, el cual pasa por la reorientación estratégica del control actual, y la adecuación de la institución en términos de número y perfil de funcionarios, capacidad técnica para el soporte de información, definición clara de competencias, procedimientos y capacidad sancionatoria, entre otros elementos vitales para el control. Sin su existencia previa, toda labor de consecución y cruce de información resultará infructuosa.
- De la misma forma, la información base para la realización de cruces de información exige su conformación integrada, y a la vez relacionada en el tiempo, como mínimo, con la estructura de cuenta corriente. De otra forma, los cruces serán dispendiosos, sujetos a múltiples verificaciones y labores previas de adecuación, a verificaciones posteriores, y por tanto, serán vulnerables ante las acciones de los particulares y proclives a los abusos a los derechos de los aportantes.
- Para el logro de eficiencia y eficacia en el proceso de control con información de diversas fuentes, es necesario cubrir en primer lugar informaciones con universos similares, pertinentes en su objetivo y de calidad reconocida, para posteriormente asumir aquellos que cumplen con menor rigor estas necesidades. Se trata de establecer condiciones confiables para el administrador del control y para los aportantes, que permitan consolidar sistemas de control durables y con proyecciones ciertas a mejorar el universo cubierto y el comportamiento voluntario de los obligados.

CAPÍTULO 4

EXPERIENCIA INTERNACIONAL EN AFILIACIÓN Y PAGO DE APORTES A SALUD

En el ámbito de los sistemas de seguridad social en salud, se analizaron para un conjunto de países seleccionados, los procesos de afiliación y los instrumentos utilizados para la promoción de la afiliación y el control de la evasión y elusión de afiliación y aportes.

Se estudiaron sistemas y experiencias de países industrializados y en desarrollo con relación al financiamiento de sus sistemas de salud, incluyendo aquellos de seguridad social y de financiamiento público vía impuestos generales. Se otorgó particular atención a las características de los sistemas de seguridad social europeos, que comparten muchos atributos con el SGSSS colombiano. También se prestó especial atención a la reforma de República Dominicana, recién aprobada, por cuanto ella comparte muchos elementos de diseño con el sistema colombiano, pero al mismo tiempo introduce nuevas instituciones y mecanismos orientados a superar algunas de las dificultades que han surgido en el camino de la implantación de la reforma en el país.

Esta revisión general de las tendencias a nivel mundial en materia de financiamiento de la cobertura universal es relevante para Colombia en la medida en que los problemas de cobertura del sector informal son propios a los esquemas que optaron por la seguridad social en salud. El financiamiento público vía impuestos generales no genera problemas específicos de desprotección del sector informal ya que está basado en principios de acceso universal a los servicios. No es de sorprenderse entonces que en el contexto colombiano hayan surgido reiteradamente propuestas de volver a un esquema de financiamiento público de un seguro universal.

Para el análisis de la afiliación de los trabajadores informales de bajos ingresos, se revisaron las experiencias de países con sistemas de seguridad social con relación al aseguramiento de esta población, dado que los mayores desafíos que enfrenta el SGSSS colombiano es lograr el aseguramiento explícito y efectivo de aquella población que no es lo suficientemente pobre para calificar en el régimen subsidiado, ni tiene los ingresos suficientes para poder optar por la afiliación al régimen contributivo.

Finalmente, se revisaron los mecanismos que se han dado en diferentes países para manejar los aportes al sistema, examinando los elementos que constituyen la afiliación y el recaudo (instituciones, agentes, funciones, instrumentos y las características de los sistemas), y se evaluaron los incentivos económicos que gobiernan el comportamiento de los afiliados, sus beneficiarios, las aseguradoras y los proveedores de servicios asociados a la recaudación.

(T1) A. ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO Y COBERTURA DE SALUD

El financiamiento de los servicios de salud constituye una preocupación central de política pública en la mayoría de los países industrializados y en desarrollo. El tipo de financiamiento que se adopta, los beneficios cubiertos y la organización de la provisión de servicios asociada a él, definen el acceso a la atención de la población en general y en particular de los estratos pobres. A continuación se describe brevemente los distintos enfoques adoptados en países industrializados y en desarrollo en materia de aseguramiento para poblaciones con baja capacidad de pago y en especial de la población de trabajadores informales de ingresos bajos.

(T2) 1. Países industrializados

Los países industrializados (WHO, 1997) se caracterizan por tener muy bajos índices de pobreza y de informalidad en el empleo, una distribución del ingreso relativamente buena, sistemas tributarios eficientes y excelentes sistemas de información e identificación individual. Por estas razones, es posible para estos países disponer de sistemas de aseguramiento en salud con cobertura casi universal.

En estos países se distingue dos modelos principales: la seguridad social y el sistema basado en impuestos generales (Cuadro 4.1) para el caso de los países europeos de mayor ingreso). Dentro de estos dos modelos hay países con sistemas bien establecidos y otros con sus sistemas en transición, los cuales se presentan más adelante.

En los sistemas de seguridad social, la provisión de atenciones de salud suele estar en manos privadas, mientras que en los sistemas de financiamiento público esta recae en oferentes públicos o privados, o en una combinación de ellos. Por ejemplo, en Canadá el financiamiento es por impuestos generales, pero la

producción está principalmente en manos privadas. En Inglaterra, tanto el financiamiento como la provisión están en manos públicas.

Cuadro 4.1 Algunos países europeos agrupados según sistema de financiamiento salud

Categoría	Sistema de seguridad social	Sistema de financiamiento por impuestos generales
Bien establecidos	Austria Bélgica Francia Alemania Luxemburgo Holanda Suiza	Dinamarca Finlandia Islandia Irlanda Noruega Suecia Reino Unido
En transición	Ex República Democrática Alemana Turquía	Grecia Italia Portugal España

Fuente: WHO (1997).

(T3) 1.1 Sistemas de seguridad social establecidos

Con la seguridad social, los trabajadores, sus empleadores y, a veces también el gobierno, realizan aportes generalmente obligatorios a uno o varios fondos de salud a cambio de los cuales los trabajadores y sus familiares pueden recibir un conjunto explícito de atenciones médicas. Con el sistema basado en impuestos generales, los recursos para la salud provienen del tesoro de la nación y financian la provisión de un conjunto de atenciones, el cual suele ser amplio pero no necesariamente explícito.

Ningún sistema financiado predominante por seguridad social tiene cobertura de salud universal, puesto que la cobertura está asociada a los derechos del individuo, los cuales a su vez dependen de sus aportes a la seguridad social. Sin embargo, la mayoría de los países de la primera columna de la tabla precedente han alcanzado índices de cobertura iguales o superiores al 99% de la población, ya sea por cobertura legal automática o por una combinación de cobertura legal y aseguramiento privado. Aquí se distingue cuatro tipos de sistema.

El primero está ejemplificado por países como Austria, Francia y Luxemburgo, en los cuales prácticamente toda la población está cubierta por el seguro obligatorio y donde la cobertura de salud es total.

El segundo es el de aquellos países como Bélgica y Holanda donde casi todos los habitantes están cubiertos por el seguro obligatorio pero donde algunos individuos sólo reciben cobertura parcial. En Bélgica, por ejemplo, los trabajadores independientes y sus familiares, que constituyen el 15% de la población, están

cubiertos sólo para problemas catastróficos de salud, mientras que el resto de la población goza de cobertura total. En Holanda, sólo el 60% de la población tiene cobertura obligatoria y total de salud, en tanto que el otro 40% está cubierto sólo para la atención de problemas crónicos.

El tercer patrón corresponde a aquellos países como Suiza donde prácticamente toda la población está cubierta por un seguro legal pero donde la participación en dicho seguro es voluntaria.

El cuarto patrón incluye a países en los cuales sólo una parte de los habitantes está cubierta por un seguro legal. Tal es el caso de Alemania donde un 90% de la población está cubierta por este tipo de seguro.

Dentro de estos diferentes sistemas, la mayoría de los países de este grupo posee un paquete de beneficios de salud definido por ley y que se aplica uniformemente a todos los aseguradores (también llamados “fondos de enfermedad”, del inglés *sickness funds*) de cada sistema. Algunos países, sin embargo, poseen diferentes esquemas de aseguramiento con beneficios que varían entre esquemas. En Austria, por ejemplo, hay cuatro sistemas basados en las categorías ocupacionales, cada uno con diferentes beneficios y requerimientos de cofinanciamiento. Otras naciones, como Holanda, tienen esquemas separados para los funcionarios públicos. Adicionalmente, en casi todos los países los aseguradores ofrecen planes complementarios cuyos contenidos varían entre esquemas.

Los sistemas de seguridad social en salud que existen en Europa tienen las siguientes características:

- **Fondos con destino específico.** Todos los recursos recaudados por la seguridad social para salud son destinados exclusivamente para el financiamiento de servicios de salud.
- **Persistencia del financiamiento por impuestos generales.** El gobierno continúa realizando aportes suplementarios al presupuesto de la seguridad social para solventar los beneficios de poblaciones que no aportan al sistema (los pobres y algunos trabajadores independientes de bajos ingresos) o para financiar actividades de salud pública, de investigación en salud y de educación.
- **Independencia de los fondos de seguros.** Los fondos de seguros tienden a ser organizaciones independientes del Estado, aún cuando pueden contar con aportes estatales y aún cuando algunos son entidades semi-públicas.
- **Control gubernamental.** Las empresas aseguradoras o los fondos de salud están sometidos a algún grado de control del gobierno, aún cuando disfrutan de altos grados de independencia. Por ejemplo, en la República Checa la Empresa

Nacional de Seguros de Salud es privada pero con financiamiento público, como lo son también los “fondos de enfermedad”.

- **Número de aseguradoras.** Algunos países han establecido o están en el proceso de establecimiento de un sistema pluralista de múltiples aseguradoras. Ello incluye el caso de ciertos países que han creado una “empresa nacional de seguros de salud” que tiene sucursales locales o fondos especializados de enfermedad (por ejemplo, la República Checa, Estonia, Hungría, Eslovaquia y Eslovenia).

- **Aseguramiento obligatorio.** Los sistemas existentes o en desarrollo estipulan que el aseguramiento es obligatorio para todos los grupos incluidos en la seguridad social. En unos pocos casos (por ejemplo en Hungría) la ley contempla que las personas de ingresos altos pueden eximirse del seguro obligatorio.

- **Beneficiarios.** Existe una discrepancia en los sistemas actuales y en los que se están diseñando en países con proyectos de reforma en curso con respecto a quiénes son las personas con derecho a los beneficios del aseguramiento. Países como la Federación Rusa y Eslovaquia están considerando la ciudadanía o la residencia como la base del aseguramiento, mientras que en otro pequeño número de países, incluidos la República Checa y Hungría, el derecho a los beneficios está condicionado al acto de aportar a la seguridad social.

- **Paquete de beneficios.** Los países generalmente han adoptado un paquete explícito de beneficios de salud que está estipulado en la ley y que es válido para todas las aseguradoras y todos los asegurados. Generalmente hay deferencias entre los fondos de aseguramiento en sus planes complementarios.

- **Aportes.** Los aportes suelen ser establecidos como una tasa fija relacionada con el ingreso y en la mayoría de los casos son compartidos entre trabajador y empleador. No obstante, hay variaciones importantes entre los países en lo que respecta las tasas de contribución y la participación de empleador y trabajador en los aportes.

- **Financiamiento de los no contribuyentes.** Quienes no efectúan aportes a la seguridad social generalmente son financiados por el gobierno. En algunos casos, como por ejemplo Hungría, los desempleados y los jubilados obtienen un financiamiento de su aseguramiento proveniente de un fondo de desempleo o de su fondo de pensiones, respectivamente.

- **Selección de fondo de aseguramiento.** La mayoría de los países ha permitido que los asegurados puedan ejercer el derecho de escoger a su aseguradora, para promover la competencia entre fondos de aseguramiento. En la práctica, sin embargo, el origen geográfico y la actividad laboral de las personas son determinantes importantes en la selección de su fondo de aseguramiento.

- **Solidaridad y ajuste de riesgo.** La mayoría de los países posee algún mecanismo para ajustar por riesgo las primas de los seguros de salud. El mecanismo que les permite efectuar este ajuste generalmente involucra la transferencia parcial o total de los fondos de aseguramiento a un fondo central, el cual luego redistribuye dichos fondos a los diversos fondos de aseguramiento de acuerdo a criterios tales como el tamaño de la población y la distribución étnica y por género. En la Federación Rusa, por ejemplo, las modificaciones a la ley efectuadas en 1993 llevaron a la creación de fondos obligatorios regionales de aseguramiento orientados a recaudar los aportes de todos los residentes de la región o gran ciudad. Las aseguradoras reciben dichos fondos en función de la edad y sexo de sus asegurados y no dependiendo de los ingresos o aportes de los mismos.

- **Movilización de fondos para salud.** Aquellos países donde el aseguramiento en salud se ha transformado en la principal fuente de fondos han experimentado un aumento en sus recursos, aún cuando los aportes gubernamentales han disminuido. Esto contradice las expectativas de algunos expertos quienes pensaban que un aumento del desempleo combinado con crecientes niveles de evasión y elusión erosionaría la base financiera. Una consecuencia de este fenómeno es que en estos países, el gasto en salud como proporción del Producto geográfico bruto (PGB) tiende a ser más elevado que en países con financiamiento de la salud proveniente de impuestos generales.

(T3) 1.2 Sistemas de seguridad social en transición

Turquía y una región de Alemania están en un proceso de transición, es decir, realizando cambios substanciales a sus sistemas de salud. De particular relevancia para la situación de Colombia es el caso de Turquía, que posee tres fondos de seguros distintos para empleados del sector formal, trabajadores independientes y jubilados; los beneficios varían entre los fondos y la cobertura de la población en cada fondo es sólo parcial. Los recursos provenientes de la seguridad social alcanzan para financiar sólo un sexto del gasto total en salud en el país, mientras que los recursos del tesoro de la nación financian aproximadamente un tercio del gasto total. El objetivo central de la reforma turca es extender la seguridad social a la totalidad de la población. La reforma propone proveer un paquete básico de beneficios de salud, aportes a la seguridad social relacionados con la capacidad de pago (con exenciones completas para los pobres), con un financiamiento del tesoro y con una administración en manos de una entidad semi-pública.

(T3) 1.3 Sistemas financiados por impuestos generales establecidos

A diferencia de los sistemas anteriores, todos los residentes o ciudadanos de un país con financiamiento por impuestos generales están cubiertos por el sistema y la cobertura financiera del seguro es total. Además, estos sistemas también se distinguen de los de seguridad social por otorgar los mismos beneficios médicos a todos los residentes o ciudadanos. La única excepción a esto la constituye Irlanda que tiene dos categorías de beneficiarios basadas en el ingreso: sólo el 30% más pobre de la población tiene derecho a recibir servicios de salud sin tener que efectuar ningún copago, mientras que el resto de las personas debe incurrir en gastos de bolsillo.

(T3) 1. 4 Sistemas financiados por impuestos generales en transición

Todos los países de este grupo tuvieron como motivación para el cambio, el establecimiento de sistemas financiados por sistemas generales con el propósito de extender la cobertura a segmentos de la población hasta entonces sin protección, además del deseo de proveer un conjunto amplio de servicios para toda la población. Una consideración adicional, en los casos de Grecia e Italia, fue el deseo de abordar problemas asociados a la existencia de una fragmentación en el financiamiento y en las estructuras de organización.

Italia y Portugal fueron los primeros países de este grupo que establecieron sistemas de seguro nacional de salud, en 1978 y 1979 respectivamente. Grecia introdujo una legislación similar en 1983 y España en 1983, pasando leyes adicionales en 1989 para realizar un cambio en el financiamiento hacia los impuestos generales. Persisten, sin embargo, numerosos problemas de adaptación de los sistemas de financiamiento en los cuatro países y en la actualidad el financiamiento sigue siendo mixto. En Grecia, por ejemplo, donde la legislación de 1983 ha sido implantada sólo en forma parcial, los hospitales son financiados con ingresos provenientes de impuestos generales mientras que la atención ambulatoria todavía es financiada por fondos de la seguridad social.

(T3) 1.5 Tendencias en financiamiento de las economías europeas en transición

El grupo ex países comunistas merece especial atención ya que está pasando de esquemas de financiamiento público a esquemas de seguridad social y muestra algunos de los problemas que pueden surgir cuando el Estado financia total o parcialmente el aseguramiento de la franja menos protegida de la población.

La casi totalidad de los países de la UE que previamente habían operado bajo el régimen comunista han mostrado su intención de cambiar a un sistema de salud basado en la seguridad social y algunos países ya han empezado a tomar

medidas concretas en esta dirección. Entre las razones aducidas por estos países para cambiar de un esquema de financiamiento público hacia un esquema de seguridad social se encuentran las siguientes:

- Rechazo a los sistemas estatales planificados centralmente que predominaban bajo el régimen comunista
- Esperanza de que el nuevo esquema de financiamiento aumente los recursos para salud, y
- Mayor libertad de elección dado que la contribución individual confiere mayores derechos para el afiliado

Estos países han encontrado problemas serios en la transición hacia este tipo de esquemas. En primer lugar han surgido problemas de déficits estructurales. Los esquemas de aseguramiento de estos países pretenden alcanzar la cobertura universal y para lograrlo han propuesto que el Estado asuma el pago de las contribuciones para las personas sin ingresos con cargo a los impuestos generales. La experiencia reciente ha mostrado que los costos de provisión de los servicios para esta población han sido mayores que las transferencias efectuadas por el gobierno para financiarlo. Ello ha llevado a déficits importantes de muchos de los fondos de aseguramiento de estos países. Croacia, la República Checa, Estonia, Hungría y Eslovaquia constituyen ejemplos al respecto.

En segundo lugar se han encontrado serios problemas de selección adversa y ha sido un especial reto distribuir en forma equitativa los recursos de salud entre las aseguradoras. En la República Checa por ejemplo, se centraliza el recaudo de parte de las contribuciones de seguridad social en salud. Estos recursos se canalizan, junto con las transferencias del gobierno (por las personas sin capacidad de pago) a un fondo único que se encarga de redistribuirlos entre las aseguradoras. La Aseguradora nacional (pública) tiene la proporción más alta de pensionados mientras que las aseguradoras privadas, especializadas en afiliar a los trabajadores del sector formal, están recibiendo recursos en exceso a sus requerimientos. Ello a pesar de que las aseguradoras están legalmente obligadas a recibir a todos los afiliados independientemente de su nivel de riesgo. Esto es un claro ejemplo de selección adversa donde el sector público termina recibiendo la población con mayor riesgo.

Finalmente, la transición de un esquema de financiamiento público a un esquema de aseguramiento ha aumentado los costos laborales. Esto ha tenido implicaciones para la competitividad de la economía y ha llevado además a que algunas empresas y personas oculten sus actividades económicas para no tener que contribuir a la seguridad social.

(T2) 2. Países en desarrollo

En esta parte se hace énfasis en los países de América Latina. En estos países, el enfoque tradicional para el financiamiento de los servicios de salud ha sido la provisión universal, alimentada con recursos provenientes del ingreso de la nación y con servicios proporcionados por proveedores públicos. Los sistemas de salud de estos países generalmente están segregados en tres subsectores. El llamado subsector público, recién descrito; el subsector de la seguridad social, que tiende a cubrir a todos los trabajadores formales, y el subsector de los seguros privados voluntarios. El sector público constituye el mayor proveedor de servicios de salud. Este generalmente absorbe la mayoría de los recursos públicos para el financiamiento y además la asignación de recursos a los proveedores públicos se realiza por la vía de presupuestos históricos ajustados.

Brasil constituye una excepción, por cuanto posee el poderoso Sistema Único de Salud que opera a nivel federal, que financia la provisión de atenciones médicas por parte de establecimientos y profesionales públicos y privados a través de un sistema arancelario de pago por acto médico. Reformas recientes al nivel nacional en América Latina incluyen las de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica y, más recientemente, la de República Dominicana. De particular relevancia para el caso colombiano son las experiencias de Argentina, Chile y República Dominicana; que se discuten brevemente a continuación.

La reforma Argentina está orientada a introducir competencia en el aseguramiento, permitiendo que los trabajadores dependientes en forma obligada, y los independientes en forma voluntaria, puedan escoger la obra social que más satisfaga sus necesidades de aseguramiento. Los hospitales y establecimientos de salud públicos mantienen la responsabilidad de atender a las personas pobres y operan con un financiamiento esencialmente público proveniente de impuestos generales. Existe un único y explícito paquete de beneficios para la seguridad social y las personas afiliadas a este esquema. En cambio la población pobre, que depende fuertemente de la provisión pública gratuita de atención, no posee ni puede demandar un conjunto conocido de beneficios.

La reforma chilena de 1981 introdujo la competencia en el aseguramiento, con la peculiaridad de que los trabajadores en principio tenían la facultad de escoger a su aseguradora, teniendo las opciones de seleccionar a una Institución de salud previsual (Isapre) privada o bien al único asegurador público, el Fondo nacional de salud (Fonasa). Los muy pobres deben inscribirse con el Fonasa, mientras que los trabajadores de ingresos bajos y medios-bajos en la práctica no pueden sino optar por el asegurador público, puesto que su aporte del 7% es insuficiente para poder financiar la prima de una Isapre.

Todos los trabajadores del sector informal e independiente tienen que cotizar el 7% de sus ingresos al Fonasa o a una Isapre. El Estado subsidia la afiliación de los más pobres. El Estado a través del Fonasa, contribuye al financiamiento de las prestaciones médicas en el porcentaje señalado, en la medida que el beneficiario se atienda en un hospital o consultorio de los servicios de salud estatales que existen. Como se desprende de lo anterior, el financiamiento del sistema chileno

se hace vía la seguridad social y la transferencia de fondos estatales para la población sin capacidad de pago.

La reforma chilena no estableció un paquete básico de beneficios aunque sí exigió niveles de aseguramiento mínimos. Estos son bajos, sin embargo la ley permite la existencia de seguros proveídos por las Isapre que por ser de bajo costo, prácticamente no tienen un componente de cobertura para problemas caros o catastróficos. Gran parte de la provisión en Chile se mantiene en el sistema público y más del 90% del gasto de Fonasa se destina a financiar la provisión en establecimientos públicos del Ministerio de Salud por la vía de la oferta.

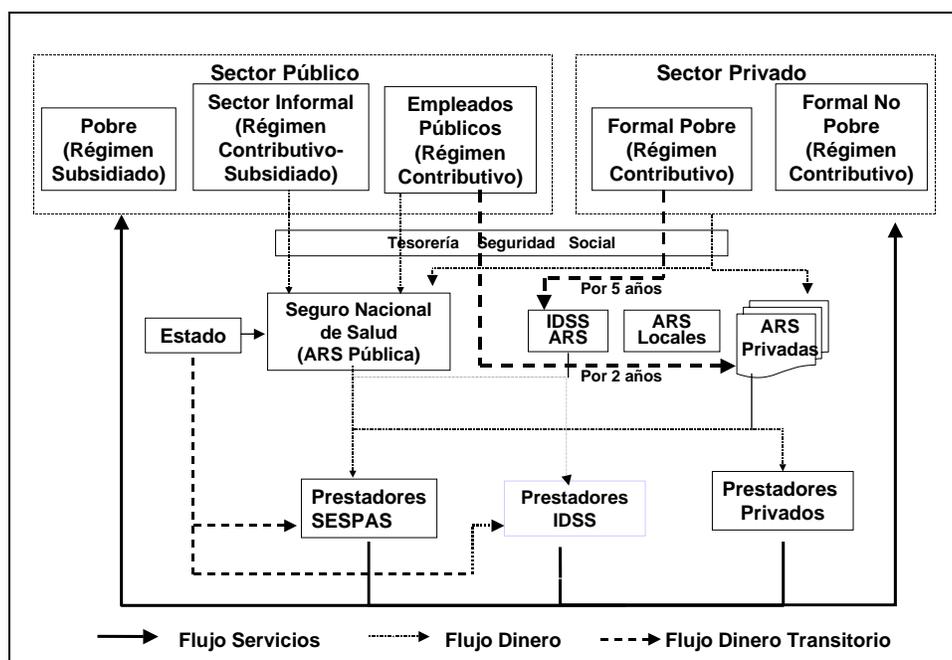
Chile está actualmente discutiendo un proyecto de ley que modificaría substancialmente la ley de 1981. En particular, hay dos aspectos del proyecto de ley chileno que vale destacar por su relevancia con el sistema colombiano. Primero, los reformadores buscan hacer explícito un paquete básico de beneficios de carácter universal. Segundo, el 7% que actualmente los trabajadores aportan al Fonasa o a su Isapre se disminuiría a 4%, y el 3% restante, si bien continuaría siendo parte del aporte obligatorio, pasaría a integrar un fondo de solidaridad orientado a complementar los aportes de los trabajadores de menores ingresos y parte del financiamiento requerido por los indigentes (el Estado continuaría financiando la mayoría de los gastos de provisión de atenciones de salud a la población indigente). Con la reforma se preservaría la competencia en el aseguramiento, aunque se prevé que la disminución en el aporte de libre disposición significará que aproximadamente entre uno y dos millones de personas hoy cubiertas por las Isapre deberán desafiliarse de estas entidades y afiliarse con el Fonasa (hoy las Isapre cubren al 22% de la población nacional o 3.3 millones de personas). Se prevé por lo tanto, que la reforma reduciría drásticamente el mercado de los seguros privados competitivos integrado por las Isapre.

El sistema dominicano de salud previo a la reforma es muy semejante al que tenían Colombia, Costa Rica y Chile antes de sus respectivas reformas. Una excepción que vale notar es que el actual sistema de seguridad social en salud en República Dominicana sólo cubre por ley a la población trabajadora del sector formal de bajos ingresos (quienes poseen ingresos superiores a un salario mínimo e inferiores a 2 salarios mínimos –esta última cifra igual a US\$ 275 por mes).

El sistema dominicano recientemente reformado es muy semejante al colombiano, en cuanto a la existencia de un régimen contributivo, de uno subsidiado y de la presencia de múltiples aseguradoras que operan en competencia para proveer un plan básico y explícito de atención (Gráfico 4.1). No obstante, existen importantes diferencias con el sistema colombiano. Una primera diferencia es que en República Dominicana se crea un Seguro nacional de salud (SNS) que posee una población cautiva que comprende a los pobres, al sector informal y a los empleados públicos.

Vale notar que el SNS dominicano será una entidad aseguradora que en su interior incluirá tres categorías diferentes de regímenes de aseguramiento: (i) los pobres del régimen subsidiado, financiados por impuestos generales de la nación); (ii) los trabajadores independientes de bajos ingresos y los trabajadores del sector informal, pertenecientes al régimen contributivo subsidiado, en parte financiados con subsidios públicos y en parte con aportes propios a la seguridad social; y (iii) los empleados públicos, pertenecientes al régimen contributivo, financiados con sus aportes como trabajadores y con la contrapartida del empleador público.

Gráfico 4.1 Sistema de salud dominicano con la reforma de 2001



La segunda diferencia, ya adelantada en el párrafo anterior, es la existencia del llamado régimen contributivo subsidiado. Esto establece un importante quiebre con el sistema colombiano, el cual sólo posee un sistema dual de regímenes de seguridad social: el régimen contributivo, que es privadamente autofinanciado por sus aportantes y el régimen subsidiado, que es subsidiado en principal medida por fondos provenientes del tesoro de la nación y en menor medida por un punto porcentual solidario aportado por los afiliados del régimen contributivo.

El quiebre en República Dominicana con el sistema tipo “todo o nada” de Colombia auguraría un buen futuro para el sistema dominicano, al menos en lo que respecta a sus efectos con parte de los problemas de evasión y elusión que ha tenido que enfrentar Colombia y, en particular con las dificultades que hoy enfrenta ese país para afiliar a la población que no es lo suficientemente pobre para calificar en el régimen subsidiado, ni tiene los ingresos suficientes para poder optar por la afiliación al régimen contributivo.

Una tercera diferencia sustantiva es que el diseño del sistema dominicano contempla la creación de una entidad central denominada Tesorería de la seguridad social, responsable del recaudo de aportes al sistema de seguridad social. Ello contrasta fuertemente con el actual sistema colombiano en el cual la recaudación está atomizada en las numerosas aseguradoras públicas y privadas (ARS y EPS, incluido el Instituto de seguridad social).

Una cuarta y última diferencia apreciable entre los sistemas dominicano y colombiano, es que en el primero la población pobre y cautiva del SNS en los primeros 5 años de la reforma sólo podría utilizar proveedores públicos de la Secretaría de Salud dominicana análoga al Ministerio en Colombia. El aseguramiento y provisión públicos de los pobres contemplado en República Dominicana es un esquema que en la práctica mantiene el status quo para los pobres en ese país. Ello tiene las limitaciones en eficiencia propias de un sistema donde la población es cautiva de un sistema de aseguramiento y provisión y las diferencias en equidad que resultan de un tratamiento asimétrico entre pobres (sin ninguna elección) y no pobres (con elección de asegurador y proveedor).

(T2) B. ASEGURAMIENTO DE LOS POBRES: EXPERIENCIA INTERNACIONAL

En los países con esquemas de seguridad social nunca se ha logrado la cobertura del sector informal. Sin embargo, en algún momento se estimó que gradualmente todos los trabajadores se iban a integrar al mercado laboral formal y, de esta manera, obtener cobertura en seguridad social. No obstante, la experiencia de los países ha mostrado lo contrario. Aún los países con un crecimiento económico sostenido han experimentado un aumento de su sector informal y con ello un crecimiento de la desprotección de algunos sectores laborales. Esta tendencia ha sido especialmente marcada en América Latina. Lo anterior significa que lejos de constituir un problema transitorio, la desprotección en salud del sector informal va a convertirse en un problema cada vez más importante si no se empiezan a plantear desde ya nuevas formas de aseguramiento para esta franja de la población. Dado lo anterior, muchos países han empezado a investigar nuevas modalidades para cubrir estas poblaciones y muchos están empezando a experimentar con esquemas de aseguramiento para el sector informal.

La primera ventaja de un esquema de aseguramiento es la posibilidad de que el afiliado puede beneficiarse de los cuidados de la salud sin estar obligado a pagar grandes sumas de dinero en el momento de recibir la atención. Los trabajadores del sector informal viven del día a día y se encuentran enfrentados a un riesgo permanente de caer en la pobreza total. Gran parte de la población del sector informal encuentra dificultades de encontrar los recursos en el momento de la

enfermedad con el riesgo de endeudarse y/o sólo poder acceder parcialmente a los tratamientos requeridos. La segunda ventaja, no menos importante, es la posibilidad de obtener descuentos sobre los costos de la atención médica cuando se trata de un grupo de personas donde los intereses son defendidos colectivamente, descuentos que no se obtienen con una demanda individual aislada por evento.

Existe un gran número de posibilidades de implementar esquemas de aseguramiento en salud para las personas excluidas de los esquemas formales de seguridad social en salud. La experiencia internacional muestra una gran variedad de opciones en términos de las contingencias cubiertas, de las organizaciones involucradas en la administración de los seguros y en la provisión de los servicios, de la población objetivo cubierta por los esquemas, del nivel de las primas pagadas y de su diseño institucional. Así por ejemplo, existen desde esquemas que cubren sólo los medicamentos esenciales hasta esquemas con planes integrales completos; desde esquemas operados por organizaciones comunitarias locales hasta otros manejados enteramente por el Estado; desde experiencias que cobran primas mínimas para los beneficiarios hasta otros que incluyen contribuciones significativas por parte de los trabajadores del sector informal. A continuación se resumen las principales características, logros y retos de los esquemas de aseguramiento para el sector informal en países en desarrollo y en Estados Unidos (Van Ginneken, 1997; Bennet, 1997 y Atim, 1998).

Algunos países han intentado aumentar la cobertura del sector informal vía la extensión normativa de la cobertura de los esquemas de seguridad social y, a veces vía la creación de contribuciones más bajas para este sector. Colombia optó en cierta medida (aunque sólo parcialmente) por esta alternativa al considerar que la población independiente con capacidad de pago se iba a afiliar al régimen contributivo por el simple hecho de estar obligado a hacerlo. Hoy, 8 años después de implementarse la ley 100 queda claro que los avances de cobertura para esta población han sido mínimos y parece confirmar que las características de algunas franjas de la población requieren de diseños especiales para poder asegurarlos.

Muchos países incluyen legalmente a la población del sector informal dentro de sus esquemas de seguridad social en salud. Ahora, muy pocos países han intentado ajustar sus sistemas a las especificidades de este sector. Van Ginneken (1997) identifica las siguientes restricciones a la extensión de los esquemas tradicionales de seguridad social al sector informal:

- En algunos países existen restricciones legales a la inclusión del sector informal a los esquemas de seguridad social tales como niveles mínimos de ingresos, existencia de contratos laborales formales, tamaño de las empresas etc.
- Los beneficios ofrecidos por los esquemas de seguridad social formal no responden a las prioridades del sector informal

- Las contribuciones superan la capacidad de pago del sector informal.
- La administración de los afiliados del sector informal implica gastos administrativos altos, dadas las características específicas de este sector. Cuando se extiende la seguridad social a empresas pequeñas o unipersonales hay que identificar cada empresa por aparte, hay que monitorear el cumplimiento de los pagos y organizar el recaudo. Mantener actualizados los registros de las personas del sector informal resulta ser complicado dado que una de las características específicas de este sector reside en su alta movilidad, rotación y estacionalidad.
- El pago de las licencias por enfermedad resulta complejo ya que no es tarea fácil determinar el ingreso potencial perdido de los trabajadores del sector informal (el nivel y la continuidad en los ingresos varía mucho).
- Parte de la competitividad del sector informal se deriva de los bajos costos laborales. Ello implica que los empleadores de este sector son muchas veces opuestas a afiliar a sus trabajadores a los esquemas de seguridad social en salud.

En la realidad resulta difícil implementar la afiliación obligatoria del sector informal. Ello genera un problema de selección adversa.

(T2) 1. Esquemas de aseguramiento del sector informal en países en desarrollo

En la revisión de los esquemas de aseguramiento para el sector informal (Easi) se tomaron los 82 casos estudiados recientemente por la Organización mundial de salud, OMS (Bennet et al, 1997).

(T3) 1.1 Tipo de servicios ofrecidos

Del Cuadro 4.2 puede desprenderse que la mayoría de los Easi revisados cubren o servicios poco frecuentes y de alto costo o servicios poco costosos y de baja frecuencia. Pocos Easi ofrecen una mezcla de servicios. Igualmente puede observarse, que parece existir una gran variedad en cuanto a la propiedad de los fondos.

Cuadro 4.2 Easi según tipo de cobertura de servicios

Tipo de Cobertura	África	Asia Sur	Asia Oriental y Sur Oriental	LAC	Total
Alto costo Tipo I	8	2	8	0	18

Tipo de Cobertura	África	Asia Sur	Asia Oriental y Sur Oriental	LAC	Total
Alto Costo, baja frecuencia	20	5	7	2	34
Mezcla de los anteriores	3	9	14	4	30
Total	31	16	29	6	82

Fuente: Bennet et al, 1997.

(T3) 1.2 Carácter voluntario u obligatorio

La mayoría de los Easi revisados por Bennet y sus colegas son de carácter voluntario y sólo 12 de los 82 Easi tenían carácter obligatorio. Este dato concuerda con las conclusiones de otros autores. Parecen ser muy poco frecuentes los esquemas obligatorios muy posiblemente debido a la dificultad de lograr el cumplimiento en este sector.

(T3) 1.3 Organización que maneja los fondos

Como se desprende del Cuadro 4.3, los Easi son manejados por una gran cantidad de organizaciones distintas que van desde los mismos proveedores hasta el manejo directo por parte del gobierno.

Cuadro 4.3 Organización que maneja los fondos

Tipo de organización	África	Asia sur	Asia oriental y sur oriental	LAC	Total
Proveedor de servicios	8	1	4	0	13
Comunidad	8	3	6	1	18
Cooperativa o mutual de la salud	4	1	124	2	9
ONG	6	8	6	2	22
Gobierno (muchas veces parte del sistema de seguridad social en salud)	4	0	9	1	14
Propiedad compartida	1	3	2	0	6
Total	31	16	29	6	82

Fuente: Bennet et al, 1997.

(T3) 1.4 Cobertura y unidad de afiliación

La cobertura de la mayoría de los Easi está por debajo de un 30% de la población objetivo. Ello aún en los casos donde existe una normatividad que establece el carácter obligatorio de la afiliación. En los casos de afiliación voluntaria, las coberturas rara vez superaban el 25% de la población objetivo. Un caso interesante lo constituye el pueblo Boboye en Nigeria donde el financiamiento del aseguramiento se hizo con base en un impuesto per cápita obligatorio (*poll tax*) y donde se logró una cobertura por encima del 90%.

La unidad de afiliación es un aspecto muy importante en el diseño institucional de un Easi en especial cuando la afiliación es voluntaria. En general puede afirmarse que los problemas de selección adversa son mucho más grandes cuando la unidad de afiliación es el individuo que cuando abarca un grupo más grande. Al basar un Easi en la afiliación voluntaria individual existe un riesgo importante de que sólo los más importantes se afiliarán, lo que puede llevar en entredicho la sustentabilidad financiera del esquema. Diferentes autores que han estudiado los Easi coinciden en este punto y recomiendan que la base de afiliación debiera por lo menos, abarcar a la familia completa. Algunos países han experimentado con esquemas muy innovadores como por ejemplo un Easi en Congo estableció que por lo menos un 75% de un pueblo tenía que afiliarse y que de lo contrario la Easi se retiraba (Cuadro 4.4).

Cuadro 4.4 Easi por tipo de unidad de afiliación

Unidad de afiliación	Cantidad
Familia/hogar	40
Individuo	15
Individuo y familia	7
Pueblo o cooperativa	3
Otros/no definidos	17

Fuente: Bennet et al, 1997.

(T3) 1.5 Períodos mínimos de afiliación y de carencia

La implementación de períodos mínimos de afiliación y de carencia son herramientas que ayudan a limitar los problemas derivados de la selección adversa. Es interesante notar que muchos de los Easi han descuidado este aspecto fundamental. En la revisión de Bennet et al., cerca de un 25% no tenían períodos mínimos de afiliación y períodos de carencia. Esto constituyó un problema especialmente importante para aquellos Easi que tenían coberturas de eventos costosos y poco frecuentes. En un Easi con cobertura hospitalaria en India (Hospital VHS en Madras) por ejemplo, se permitió la afiliación/desafiliación durante todo el año y no se establecieron ningún tipo de períodos de carencia, menos de una cuarta parte de los afiliados renovaban su afiliación anual. El resto se afilió cuando se enfermó y desafiló cuando dejó de requerir la cobertura.

(T3) 1.6 Primas y recuperación de costos

Las primas de los Easi se pagan en la mayoría de los casos sobre una base anual o mensual y como una tasa fija por individuo o familia. Se destaca el caso Filipino

donde se adoptó un esquema flexible que permite pagos mensuales, trimestrales o semestrales según la escogencia de las familias. En algunos casos los Easi establecieron primas escalanadas. En Corea por ejemplo, se subsidiaban parcialmente las primas de los más pobres. Lo mismo ocurrió en Filipinas donde el gobierno local identificó a los más pobres para financiar parcialmente su prima.

Muy pocos Easi logran financiarse enteramente con los aportes de sus miembros. Un caso aparte lo constituye la experiencia de un Easi en Tanzania (Umasida) donde las primas están cubriendo el 100% de los costos. Algunas características específicas de este esquema pueden haber contribuido: sólo se cubría al sector informal con ingresos que aunque no periódicos sí fueron monetarios, los problemas de selección adversa fueron mínimos debido a que grupos enteros de trabajadores informales fueron afiliados, y el esquema desarrolló mecanismos fuertes de contención de costos (portero, solicitud de referencia, etc). En Taiwan y Cora el gobierno paga una parte sustancial de las primas de los trabajadores del sector informal (70% y 50% en los dos países respectivamente). Además los copagos eran muy altos.

(T3) 1.7 Administración, manejo de recursos y sistemas de información

El manejo de un Easi implica varias funciones administrativas importantes entre las cuales está el recaudo de primas, el establecimiento de los precios de los paquetes y copagos, el mercado, la gestión de los fondos, revisión de glosas médicas y la contratación con los proveedores. Además, en una sección anterior se ha mostrado que el manejo administrativo del aseguramiento del sector informal puede ser muy costoso y ha sido uno de los factores que ha contribuido a sus bajos niveles de aseguramiento. Los costos administrativos de los Easi revisados por Bennet et al. oscilaban entre 5 y 17% de los ingresos totales. Además, lo que muestra la revisión de Easi es que la falta de la capacidad administrativa en muchos Easi ha constituido uno de los problemas que han contribuido al poco éxito de muchos de ellos.

(T3) 1.8 Sostenibilidad financiera

Los Easi han constituido una herramienta importante para mejorar el acceso a la salud para una (pequeña) parte del sector informal. Así mismo han mostrado que es posible movilizar recursos de los sectores informales. A pesar de lo anterior, los Easi han tenido que enfrentar retos serios en términos de su sostenibilidad, eficiencia y cobertura

La selección adversa ha sido un problema recurrente de la mayoría de los Easi y está relacionado con el tamaño pequeño de la mayoría de estas organizaciones, el hecho de que la afiliación es voluntaria y que las primas se establecen grupal y no individualmente y que la unidad de afiliación es muchas veces la familia o el individuo en lugar de grupos más grandes.

(T2) 2. Experiencia de Estados Unidos

Gran parte de la literatura sobre el tema del aseguramiento de la población del sector informal y de las pequeñas empresas proviene de Estados Unidos, país de elevados ingresos y con un sistema peculiar de salud, donde predominan los seguros y el financiamiento privado y donde 40 millones de personas carecen de seguro médico. Además, la literatura sobre la experiencia americana privilegia un análisis económico del aseguramiento del sector informal, a diferencia de la literatura que evalúa los Easi en países en desarrollo, que privilegia en mayor medida los aspectos institucionales de los esquemas de aseguramiento. En efecto, el análisis de la experiencia americana permite analizar aspectos tan importantes como la demanda por aseguramiento y la disponibilidad de pago por parte de la población del sector informal

En Estados Unidos ha habido diversas propuestas e iniciativas para asegurar a la población pobre, ya sea trabajadora informal o indigente. Por ejemplo, los estados de Tennessee, Hawai, Minnesota y Washington han implantado sistemas para asegurar al nivel del estado a esos grupos de personas. Los principales resultados de esas experiencias concretas son que para incorporar a esa población al aseguramiento, los niveles de subsidio público deben ser muy elevados. Por ejemplo, cuando las primas de aseguramiento representan tan sólo el 1% del ingreso de las familias, la mayoría (57%) de los no asegurados adquiriría cobertura. Sin embargo, cuando las primas pasan a representar un 3% del ingreso, sólo un tercio se afiliaría. Primas equivalentes al 5% del ingreso resultarían en un nivel de participación en el seguro de apenas un 18%. La tasa de participación de los no asegurados en el seguro –ilustrada por los porcentajes recién enumerados– es una función directa de la facultad que esas personas tienen para acceder a atención gratuita sin tener seguro. Mientras mayor sea el sistema de Medicaid en el estado, menos propensas son las personas a comprar voluntariamente un seguro, aún si este tiene una prima muy modesta.

Estos resultados han sido corroborados en numerosos estudios. Un estudio del prestigiado Urban Institute sobre la demanda por seguros de salud en Estados Unidos, concluyó que reducciones drásticas en el valor de la prima de seguros de salud tenían un efecto marginal en la demanda por seguros de las personas de bajos ingresos. Así por ejemplo, un subsidio igual al 10% del valor de la prima

aumentaría la demanda por aseguramiento en tan sólo un 1%, mientras que un subsidio igual al 75% del valor de la prima permitiría un aumento en la tasa de aseguramiento de tan sólo un 13%.

Otro estudio de la Corporación Rand coincide en parte con estos resultados. Según Rand, un 50% de las familias estadounidenses que no podían obtener aseguramiento a través de su empleador comprarían aseguramiento con sus propios recursos. Sin embargo, entre aquellas con ingresos anuales inferiores a US\$5.000 (en 1988) sólo el 20% compraría un seguro con medios propios. El estudio concluyó que se requeriría de subsidios públicos apreciables para inducir a las familias de menores ingresos a cofinanciar su prima de aseguramiento.

Un estudio adicional realizado por Rand sobre la oferta y demanda de seguros de salud, encontró que un 82% de los trabajadores entrevistados trabajaban para empleadores que ofrecían en salud por medio del empleo (en EE.UU las empresas de tamaño medio y grande financian –o subsidian – gran parte del valor de la prima del seguro de salud de sus empleados). De ellos, un 2% no suscribió el seguro y no tenía seguro por otras vías. Quienes no se aseguraron eran principalmente trabajadores jóvenes con empleo en jornada parcial que no estaban dispuestos a asegurarse aún si su empleador subsidiaba gran parte del costo del seguro. Las características de este 2% de trabajadores no asegurados coincidían con aquellas del 18% restante al cual sus trabajadores no les ofrecían aseguramiento. La conclusión de este trabajo de Rand era que la extensión de subsidios tributarios o de otro tipo para promover la afiliación a un seguro sería altamente costosa para el gobierno y tendrían sólo un efecto marginal en los índices de aseguramiento. Rand estimó que subsidios del orden del 50% del valor de la prima tendrían una consecuencia casi despreciable en el número de personas aseguradas.

Otro estudio publicado en el *Journal of the American Medical Association* evaluó el interés de empleadores pequeños (menos de 20 trabajadores) en proporcionar aseguramiento a sus trabajadores si es que el gobierno subsidiaba en un 50% el costo del seguro al empleador. Los investigadores encontraron que en el primer año en que se ofreció el subsidio (1988), ello resultó en aumento de apenas tres y medio puntos porcentuales en el número de empleadores dispuestos a ofrecer aseguramiento a sus empleados. Estimaron que en el largo plazo, ese subsidio del 50% no lograría aumentar más allá de un 16,5% la proporción de empresas que ofrecerían asegurar a sus empleados.

Un resultado semejante fue obtenido por la *Robert Wood Johnson Foundation*: las empresas pequeñas con menos de 25 empleados no estaban dispuestas a incluir entre sus beneficios sociales la provisión de aseguramiento para sus empleados incluso cuando el costo de la prima era subsidiado por un agente externo hasta niveles del 50%. Una de las razones por las cuales las empresas no ofrecerían

seguros de salud incluso frente a subsidios elevados era porque el aseguramiento de grupos pequeños de empleadores era muy costoso, debido a la discriminación de precios que ejerce la industria de los aseguradores como protección contra la selección adversa.

Un estudio de Madden et al. (1995) examinó los determinantes de la decisión de obtener un seguro médico bajo el Plan básico de salud del estado de Washington. La estimación empírica de un modelo econométrico de la demanda por seguros mostró que esta dependía de cuatro factores principales: la vulnerabilidad económica de la familia, su percepción de sus riesgos médicos, el valor de la prima y los costos de transición hacia un régimen de aseguramiento. Las familias con mayor tendencia a adquirir un seguro son aquellas cuyo jefe es una mujer, con niños pequeños y con un miembro de la familia que tiene un trabajo en jornada parcial y algún grado de educación universitaria.

Swartz también estimó la función de demanda por seguros de salud en EE.UU usando datos del Current Population Survey de 1984 y usó datos provenientes de las gigantesca aseguradora Blue Cross and Blue Shield para imputar el valor de la prima que habrían enfrentado las familias de la encuesta. Una vez imputado el valor de la prima, estimó la elasticidad de la demanda con respecto a la prima, o el grado de sensibilidad de la decisión de comprar un seguro de salud frente a variaciones en la prima. Esta autora encontró que la demanda por aseguramiento era altamente inelástica o, dicho de otro modo, insensible al valor de la prima: incluso un elevado subsidio igual al 75% del valor de la prima tendría un impacto modesto en el número de nuevas pólizas demandadas.

Weil (2001) propone la adopción de un enfoque progresivo para el incremento de la cobertura de los seguros médicos. Este enfoque contrasta con uno de choque, en el cual se pretende con un conjunto de medidas lograr cubrir en un breve período de tiempo a toda o la mayoría de la población sin seguro médico. Para ilustrar su propuesta, Weil expone la experiencia del *State Children's Health Insurance Plan*, o Plan estatal para el aseguramiento de los niños, argumentando que un enfoque creciente, consistente en ir asegurando progresivamente a diferentes grupos de población tiene varias ventajas. Primero, las medidas adoptadas hoy para aumentar el aseguramiento de un grupo pueden mejorar o dilucidar las opciones para el aseguramiento de otros grupos en el futuro. Segundo, el aseguramiento progresivo permite que las instituciones requeridas para lograr ese objetivo se vayan formando y robusteciendo paso a paso. Los factores que deben ser considerados para proceder a aumentar el aseguramiento de los no asegurados en forma progresiva involucran un conjunto de decisiones, a saber:

- ¿Cuáles serán los tipos de beneficios que otorgará el seguro (e.g., en el caso colombiano, un plan igual al POS subsidiado, un POS reducido, etc.)

- ¿Cuál es el tamaño del *pool* de riesgo al cual ingresa el nuevo grupo de asegurados?
- ¿Cuál es la contribución del gobierno para subsidiar la compra de la prima?
- ¿Cuán eficiente será la focalización de los subsidios públicos que permiten al aumento del aseguramiento? Por ejemplo, cuál sería la probabilidad de otorgar subsidios a personas que sin él de todos modos se asegurarían? o ¿Cuál sería la probabilidad de entregar subsidios excesivos a personas que con un subsidio menor ya habrían decidido asegurarse?
- ¿Cómo se dividen las responsabilidades entre el gobierno federal y los gobiernos estatales?

(T2) 3. Lecciones para Colombia en afiliación del sector informal

La revisión de las experiencias internacionales permite identificar una serie de lecciones que pueden ser de gran utilidad a la hora de diseñar un esquema de aseguramiento del sector informal:

- Colombia tiene que diseñar herramientas para minimizar los problemas de selección adversa en un eventual esquema de subsidios parciales. Estos problemas serán más importantes para el sector informal de lo que son hoy para el sector formal afiliado al régimen contributivo ya que será más difícil de implementar la obligatoriedad de la cobertura. Algunos de las herramientas a implementar en este contexto, será buscar formas de agrupar los riesgos (por ejemplo vía grupos gremiales), establecer períodos de carencia y fijar períodos mínimos de afiliación.
- Los gastos administrativos muy posiblemente serán más altos para el esquema de subsidios parciales de lo que son para el régimen contributivo debido a que habrá menos economías de escala en el manejo de las afiliaciones dado que ésta serán individuales y no por empresa como sucede hoy en muchos casos. Ello es el caso en la mayoría de las áreas de administración como procesos de mercadeo, de afiliación y manejo de recaudo. A la hora de calcular el valor de los paquetes a ofrecer a esta población habrá que tener en cuenta este tipo de gastos administrativos adicionales.
- Con el fin de disminuir los costos de transacción involucrados en el aseguramiento del sector informal habrá que buscar maneras de agrupar riesgos, por ejemplo mediante la afiliación grupal de diferentes sectores de la

economía informal (por ejemplo los recicladores, los vendedores ambulantes etc.).

- La demanda por aseguramiento es altamente inelástica para el sector informal. En particular, la experiencia internacional muestra que aun con esquemas fuertemente subsidiados se logran sólo coberturas mínimas del sector informal. Ello significa que Colombia no debería implementar una política de subsidios parciales sin antes probar con uno o varios pilotos y diversas opciones de primas y paquetes la demanda por aseguramiento del sector informal.
- Diferentes paquetes de servicios requieren de diferentes manejos administrativos. Paquetes que ofrecen servicios poco frecuentes y costosos para el afiliado (catastróficos) requieren de grandes habilidades para poder evitar la selección adversa, distribuir el riesgo y calcular las primas mientras que paquetes de servicios personales ambulatorios requieren se enfrentarán a menores problemas de selección adversa pero mayores retos de contratación con los proveedores y manejo de cuentas.
- La experiencia internacional muestra que la mayoría de los Easi y especialmente aquellos basados en organizaciones mutuales de la salud (por ejemplo Easi de artesanos, de constructores, de taxistas, etc.) son muy pequeñas. Ello crea problemas de gran variabilidad en el riesgo que ellas tienen que enfrentar. En caso de que Colombia opte por este tipo de esquemas, será deseable que se provean herramientas que faciliten el manejo del riesgo, tales como la contratación de reaseguros que protejan a los Easi contra una alta variabilidad en el riesgo.

La existencia de asociaciones basadas en la confianza mutua y una administración capaz de recaudar las contribuciones y de organizar la provisión de los servicios han sido identificadas como los dos factores que más determinan el éxito o fracaso de los Easi basados en organizaciones gremiales (por ejemplo los taxistas) o características específicas de los trabajadores del sector informal. Por ultimo, vale la pena indicar que los costos administrativos de este tipo de esquemas son altos y que la replicabilidad implica un esfuerzo mayor.

(T1) C. CONTROL DE LA AFILIACIÓN Y APORTES A SALUD

La revisión de los modos en que países como Chile, Argentina, Costa Rica, Nueva Zelanda, Holanda y Alemania, financian sus sistemas de salud, identifican a sus beneficiarios y recaudan los aportes, permite extraer algunas lecciones para el perfeccionamiento del régimen contributivo colombiano. Si hubiese que resumir la

principal enseñanza de la experiencia de los países, debería redactarse como “*la incorporación de tecnologías de información en un inadecuado marco institucional es completamente ineficaz*”. En efecto, caso tras caso, con un clímax en el proceso argentino, se muestra cómo la correcta alineación de los intereses económicos de los diversos actores involucrados en el financiamiento de la salud con el interés público son la herramienta más efectiva y eficiente para asegurar cobertura y focalización, la otra cara de los procesos de afiliación y pago.

Sistemáticamente, la posibilidad de acceder a prestaciones con independencia del estado de afiliación y pago de contribuciones –casi siempre provista por hospitales públicos directamente financiados con presupuesto público- aborta los mejores proyectos de diseño institucional y los mejores productos tecnológicos para asegurar la afiliación y el pago de aportes. En Holanda y Alemania, donde ésta posibilidad prácticamente no existe, la cobertura de los seguros de salud es prácticamente total, independientemente del atractivo que pueda resultar contar con un seguro en tales países. En Chile y Costa Rica, donde la situación es relativamente similar (aunque algo más flexible), la afiliación y el pago están en niveles intermedios (alrededor de 15% de evasión en la afiliación y el pago).

Una segunda lección está relacionada con la recaudación centralizada de aportes, entendida como la responsabilidad de recaudar los aportes o la radicación del costo de una mala recaudación. En los diversos sistemas existen modalidades de recaudación centralizada (como Costa Rica) y descentralizada (como las Isapre en Chile). No parece haber evidencia contundente para preferir uno u otro sistema, aunque una interpretación económica simple muestra que subsidiar a quienes no hacen un adecuado esfuerzo de recaudación es un método que necesariamente derivará en degradación del proceso. Sin embargo, ante fenómenos de evasión del pago de aportes generalizados, una medida que en Argentina arrojó buenos resultados fue la centralización de los cobros. Adicionalmente, si los aportes están indexados al ingreso, recaudar estos aportes junto con el impuesto a la renta a través de la autoridad tributaria parece eficiente, como es el caso de Holanda con el seguro para eventos financieramente catastróficos.

Tercero, Argentina logró un importante avance en disminuir la arbitrariedad en la asignación de subsidios mediante el Fondo de redistribución solidaria, al entregar el subsidio “directamente” al afiliado pobre al momento que éste hace su aporte, cada mes. Una medida simple (si el aporte es menor a un cierto umbral, en el momento de pagar se agrega el subsidio) fue altamente efectiva en evitar el desvío de los recursos hacia las *Obras Sociales* más poderosas. La lección: los subsidios deben ir directamente a las personas pobres y no a las instituciones (aseguradoras) que, según ellas mismas, las cobijan. Esto último deriva necesariamente en que las aseguradoras informarán erróneamente su cartera para acceder a los recursos.

Cuarto, cruzar regularmente los registros de las aseguradoras o las instituciones que las supervisan con otras bases de datos es una práctica que arroja en general buenos resultados. Con todo, esta práctica presenta costos de operación que hacen necesario evaluar cada caso antes de implementarlo.

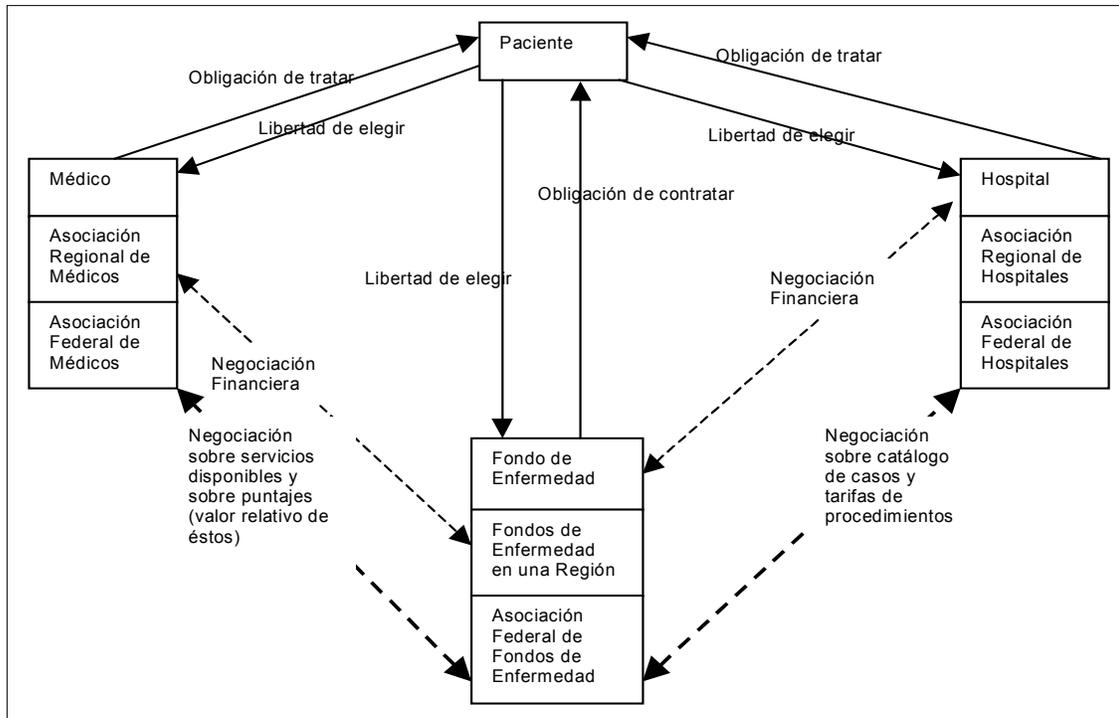
Finalmente, conviene insistir en que todos los países se están moviendo hacia la incorporación de mecanismos de mercado en sus sistemas de seguridad social. Esto no significa eludir la responsabilidad del Estado en el financiamiento de la atención de los más pobres (o más enfermos), sino organizarla de manera tal que las instituciones encargadas de ponerlas en operación enfrenten incentivos para actuar eficientemente, lo que a su vez se logra generando un mercado competitivo. Argentina es el caso más emblemático del costo de abordar esta situación de manera distinta, con una década de costosas reformas que han terminado en frustración por la mala cobertura y el costo de su operación.

Por su importancia para este estudio, se presentan de manera un poco más detallada las experiencias de Alemania, Argentina y Chile.

(T2) 1. Alemania

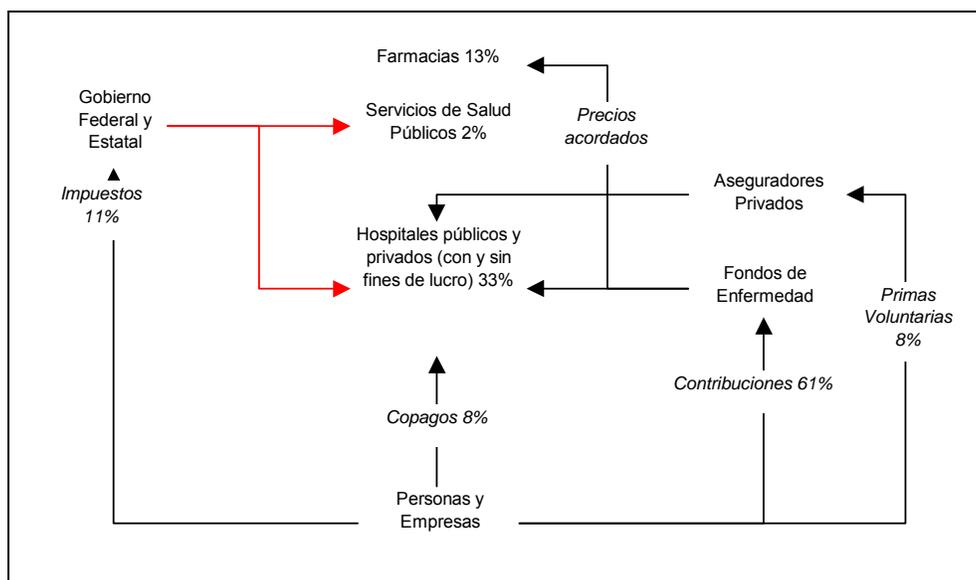
El sistema de salud de Alemania tiene fuertes raíces históricas corporativistas. Tanto los prestadores como los aseguradores tienen una fuerte tradición gremial que marca aún las instituciones y el funcionamiento del sistema. Los Fondos de Enfermedad negocian tarifas con los prestadores – también muy integrados – y están facultados para determinar la tasa de aporte que cobran a sus afiliados. Sin embargo, como en la mayoría de los países, la tendencia es hacia la introducción de mecanismos de mercado en el funcionamiento del sistema, impulsados básicamente por una preocupación por los crecientes costos globales. En Alemania, el paso más importante en esta dirección fue la apertura de los Fondos a toda la población y la consiguiente competencia, lo que dejó en minoría los Fondos cerrados a una empresa o un gremio (Gráfico 4.2).

Gráfico 4.2 Sistema de salud alemán



En este esquema de seguro de salud obligatorio, el corporativismo está representado por las asociaciones legales de médicos y de dentistas (contratados por el seguro obligatorio) por el lado de los proveedores y los fondos de enfermedad y sus asociaciones por el lado de los compradores (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.3 Esquema general de financiamiento sistema alemán



Las cifras sobre las flechas son % del financiamiento. Las cifras en los recuadros, % del gasto. Se ha omitido algunas cifras menores para efectos de claridad.

Fuente: "Health Systems in Transitions: Germany", European Observatory on Health Care Systems, 2000.

Los aportes de los miembros de los fondos de enfermedad dependen del ingreso y no del riesgo, e incluyen al cónyuge (que no trabaje) e hijos por el mismo monto. El ingreso para calcular el aporte tiene un tope superior (que es el mismo que le que da derecho no estar afiliado y a optar por ser un miembro voluntario). Los aportes son financiados por igual entre el asegurado y su empleador. Considerando el aporte actual promedio de 13.5% como ejemplo, la persona asegurada paga 6.75% de su ingreso antes de impuesto (bajo el tope) y el empleador paga la misma cantidad. Para las personas con un ingreso bajo un umbral, sólo el empleador debe pagar aportes (a una tasa de 10% para todos los fondos). Para los jubilados y desempleados, los fondos de retiro y desempleo respectivamente financian la parte del empleador. El financiamiento del sistema de salud alemán es como se muestra en el Cuadro 4.5.

Cuadro 4.5 Financiamiento del sistema de salud alemán (%)

Fuente de financiamiento	1970	1975	1980	1985	1990	1993	1994	1995
Público								
Seguro obligatorio	58,3	66,7	67,0	66,3	65,4	66,0	67,0	68,2
Impuestos	14,5	12,4	11,7	11,2	10,8	11,5	10,6	10,0
Privado								
De bolsillo	13,9	9,6	10,3	11,2	11,1	11,3	11,3	10,8
Seguros privados	7,5	5,8	5,9	6,5	7,2	6,7	6,8	6,6
Otros	5,8	5,6	5,1	4,9	5,4	4,4	4,3	4,4

Como se observa, el financiamiento a través del seguro obligatorio se ha ido convirtiendo en la fuente más importante y tanto los impuestos como los pagos de bolsillo han disminuido levemente su participación en el total. Los seguros privados, por su parte, se mantienen estables en una cifra modesta.

Para dar a todos los fondos una posición inicial igual y crear un campo apropiado para la competencia, se introdujo en dos etapas (1994 y 1995) un esquema de compensación por la estructura de riesgo destinada a igualar las diferencias en los niveles de aportes (debida a diferencias de ingreso) y de gasto (debida a edad y género de los beneficiarios).

Los mecanismos de compensación entre fondos, inspirados en evitar la selección por riesgo, han funcionado parcialmente bien: los fondos con una cartera más riesgosa (y más cara) reciben de los fondos con carteras menos riesgosas transferencias netas de recursos, pero este mecanismo no ha logrado que los fondos sean indiferentes al riesgo de las personas (lo que hubiese resultado en carteras relativamente indiferenciadas y en transferencias pequeñas). Con este

mecanismo se introduce un costo de administración y un riesgo de fraude sin lograr como contrapartida que la población se mantenga homogéneamente distribuida entre los fondos. La selección por riesgo sigue existiendo como una suerte de “especialización” de los fondos. A este respecto, el asunto está en la calibración adecuada de los montos a transferir en cada caso (género y tramo de edad), tarea prácticamente imposible y que determina que el incentivo logre la pretendida neutralidad de cada fondo respecto de las características de riesgo de cada afiliado

Finalmente, la característica de diseño más importante del seguro de salud para desempleados en Alemania –teniendo a la vista el caso colombiano- es que el financiamiento del seguro de salud para este segmento de la población, no recae sobre el sector salud, ni en los “*Länder*” (regiones) ni consume recursos previsionales de la persona desempleada, sino que está agrupado en la institución que maneja todos los temas relativos al desempleo, proveyendo de esta manera un diseño institucional muy transparente y especializado. En efecto, los funcionarios del Instituto federal para el empleo deben atender a los desempleados en todas sus necesidades, lo que corresponde a uno de los principios de la reingeniería: el cliente es uno, y debe ser atendido por una misma persona para todas sus necesidades. La coordinación no debe hacerla el cliente, debe quedar diseñada dentro del sistema.

Diversos documentos informativos del gobierno alemán explican el derecho a la atención de salud incluyendo a los desempleados beneficiarios del Instituto federal para el empleo. Alemania ha logrado integrar a ciertos grupos sociales que en muchos otros países europeos se financian o son atendidos por agencias públicas (desempleados, estudiantes, dependientes de su familia, pensionados, discapacitados) en el esquema de seguro obligatorio. En el caso de personas retiradas o desempleadas, los respectivos fondos de retiro y de desempleo (Instituto federal para el empleo) cumplen el rol del empleador en el financiamiento de la salud. Las personas de muy bajos ingresos¹⁶, los desempleados y los dependientes de la seguridad social están exentos de la mayoría de los requerimientos de copago.

(T2) 2. Argentina

El sistema de seguridad social en salud argentino se caracteriza por su reciente y profunda reforma, motivada por problemas de monopolio, ineficiencia y

¹⁶ Los “muy bajos ingresos” son: hasta US\$ 9,567 / 7,773 (parte occidental / oriental) para una persona, US\$ 13,155 / 10,689 para dos personas y US\$ 2,392 / 1,943 para cada persona adicional (en el año 2000).

desfiguración del rol de las instituciones. Las reformas han sido lentas y desgastadoras debido principalmente a la oposición de los poderosos grupos de interés. Una de las características más llamativas del sistema actual es la centralización en una única institución –que luego reparte- de la recaudación de aportes, tanto para previsión como para salud, ligando estos dos aportes en un único pago. Roberto Tafani (1977) sugiere que en el sistema argentino “...conviven la sobreoferta prestacional y su privatización con la subcobertura de los seguros...” en un contexto de “ineficiencias institucionales y debilidad regulatoria...”.

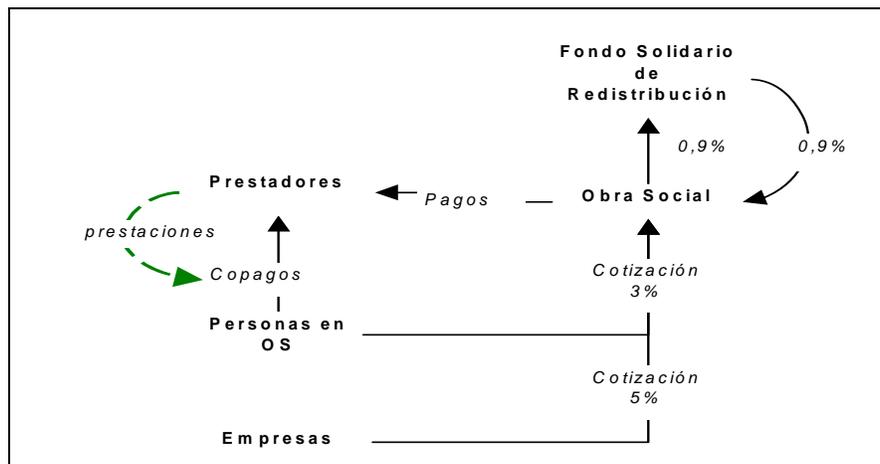
El mercado de los seguros públicos de salud fue progresivamente liberalizado, creando un “mercado interno” de aseguradoras (llamadas obras sociales, OS), permitiendo que 8.5 millones de beneficiarios cambiase de OS una vez al año. Se avanzó en las políticas de reforma, en un esfuerzo para resolver dos problemas pendientes en el funcionamiento de las aseguradoras. El primero, la obligación de cotizar en la OS perteneciente al respectivo sindicato (cautividad). El segundo, el gran número de beneficiarios de las OS que debían buscar atención en el sector público. Entre 30% y 50% de los pacientes de los hospitales públicos estaban asegurados, aunque los hospitales recuperaban sólo una ínfima fracción de sus costos de las aseguradoras. La reforma del seguro de salud ayudó a introducir competencia entre OS nacionales, mejorar su eficiencia interna, desarrollar mecanismos de ajuste según riesgo entre fondos, y levantar un cuerpo regulatorio central y normas de protección al consumidor y de prudencia financiera para aseguradoras tanto públicas como privadas. Los resultados principales de estas reformas han sido mayor libertad de elección para la población asegurada y mejorar la sustentabilidad financiera de las OS nacionales.

El Sistema de seguridad social en salud se centra en las obras sociales para los trabajadores en actividad y en el Instituto nacional de servicio social para jubilados y pensionados (INSSJyP) para los trabajadores retirados. Además, existen otros subsistemas menores, entre los que destaca el de las Empresas de medicina prepaga (EMP). Cabe señalar, que el sistema argentino se caracteriza por la existencia de una inmensa población pobre y no asegurada (casi un 40% por ciento de la población total en 1997, cerca de 13 millones de personas).

El financiamiento de los seguros de salud en Argentina proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y el empleador otro porcentaje que ha variado en torno al 5%. De tal modo, el financiamiento total corresponde a un 8% de la masa salarial. De ese total, un 0,9% se canaliza a un Fondo solidario de redistribución (FSR) cuya función debiese ser disminuir la inequidad entre las entidades¹⁷. El Gráfico 4.4 muestra el esquema de cotización a las obras sociales.

¹⁷ Para algunas OS correspondientes a los niveles salariales más altos (personal de dirección) el porcentaje de aporte al FSR es más alto (1,5%).

Gráfico 4.4 Esquema de cotización a las OS



En la operación del Sistema antes de las reformas en curso, se observan numerosas falencias que revelan el mal manejo organizativo y económico: ausencia de una adecuada tecnología de gestión, mala administración generalizada, falta de transparencia administrativa, sobre-empleo, fallas en el control sobre los prestadores¹⁸ y utilización desproporcionada de fondos para fines no sanitarios ni específicamente sociales. Roberto Tafani (1997) habla la desnaturalización del rol de la OS, que “...se niegan a administrar riesgo y se transforman en meras intermediadoras en la canalización de recursos...”. Esta “hipertrofia de la intermediación” implica que los recursos destinados a la provisión de servicios de salud crecen menos de lo que sería posible si el cotizante y el prestador estuviesen menos distantes institucionalmente. Evalúa además que hay una brecha creciente entre la cotización percápita a la OS y la cápita en salud que se establece en los convenios pactados con los prestadores de servicios. Esto es causado básicamente por falta de competencia y mala regulación, además del inadecuado marco institucional.

En la década de los noventa, se introdujeron cambios significativos en el Sistema de salud, entre los que se encuentra el establecimiento de un esquema centralizado y unificado de la recaudación de todos los subsistemas que integran la seguridad social, denominado Sistema único de seguridad social (Suss) y dependiente del Ministerio de Trabajo y seguridad social, al igual que la creación de la Administración nacional de la seguridad social (Anses) encargada de la administración del Suss.

Se estableció igualmente, un número unívoco de identificación para afiliados y beneficiarios de la seguridad social, denominado Código único de identificación laboral (Cuil). Paralelamente, se creó la Contribución unificada de la seguridad

¹⁸ Que facilita la sobrefacturación y la sobreprestación.

social (Cuss) cuya percepción se puso a cargo del Sistema único de seguridad social. La Cuss comprendió los aportes y contribuciones con destino al régimen de jubilaciones y pensiones, a la Administración del Seguro nacional de salud (Anssal), al Instituto nacional de servicios para jubilados y pensionados, al Sistema de asignaciones familiares y a las obras sociales.

Con estas medidas se hicieron más visibles los recursos y se pusieron bajo la administración de funcionarios públicos, los cuales hasta entonces eran recaudados separadamente por cada OS, estableciendo claramente el número de beneficiarios y mejorando el control de la evasión. Según Roberto Tafani, “...*el uso de una boleta única para las distintas finalidades de la seguridad social generó una caída en la evasión...*”.

Esta reforma redundó positivamente en el nivel de recaudación de la seguridad social en general, y de las obras sociales en particular, tal como lo demuestra el aumento del 30% experimentado desde 1993 hasta el presente (a pesar de la caída operada en la alícuota).

La mala calidad de la información sobre la cobertura del sistema de OS en el pasado, encuentra parte de su explicación en la mala calidad de los sistemas de información que utilizaban, lo que se manifestaba en la existencia de múltiples padrones de afiliados y beneficiarios, en los que cada OS daba su versión de la cobertura. Dado que los subsidios se distribuían discrecionalmente, las OS tenían como política inflar artificialmente el número de sus beneficiarios para así solicitar subsidios con base en la pobreza relativa de la entidad. Con el cambio del régimen jubilatorio (hacia un sistema de capitalización individual) hubo un avance tecnológico importante que derramó sobre el sector salud, al posibilitarle el acceso a bases de datos más completas, con información sobre el salario de los trabajadores y sus aportes a las OS. Esto sinceró el Sistema, reconociéndose que la cobertura de seguridad social en salud sólo llegaba a 60% de la población. Adicionalmente, este avance tecnológico permitió modificar el esquema de subsidio discrecional por uno automático, introducido por la reforma financiera de 1995, con el concepto de subsidios focalizados y ajustados por ingreso, asegurando un mínimo de aporte para la atención de salud de \$40 por titular. En el momento en que se recauda el aporte, automáticamente se asigna subsidio a aquellos individuos cuya cotización es inferior a la cantidad establecida en los Decretos (\$30 y luego \$40), hasta alcanzar esos montos. Según Roberto Tafani (1997), esto por primera vez garantiza la posibilidad financiera de cambiar de OS y de evitar la selección adversa.

Para terminar se puede concluir que Argentina tiene comparativamente malos indicadores de salud respecto de su gasto en la materia. Según Osvaldo Giordano. “...*los instrumentos contemplados para poner en operaciones el Sistema Nacional del Seguro de Salud fueron inconsistentes con los objetivos de*

universalidad, solidaridad y equidad declamados. La combinación de buenos objetivos con malos instrumentos convirtió al Sistema Nacional de Salud en un proyecto voluntarista. Errores de diseño explican que la realidad terminara transitando por carriles totalmente distintos a los previstos en la norma. En los hechos ocurrió que los únicos beneficiarios cubiertos por el Sistema son los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y público nacional y, de manera más formal que práctica, los jubilados nacionales. Nunca se concretó la incorporación de los trabajadores autónomos, las personas sin cobertura y los trabajadores y jubilados de los sectores públicos provinciales. La universalidad quedó en la mera declamación ya que el Sistema Nacional del Seguro de Salud cubre apenas un 35% de la población del país. Es más, siendo el INSSJyP un Agente del Seguro que actúa en forma totalmente independiente de las directivas de la Superintendencia de Servicios de Salud, se podría considerar que el alcance del Sistema Nacional del Seguro de Salud se reduce efectivamente a apenas el 25% de la población". El mal diseño institucional y la fuerza de los grupos de presión –que capturan las instituciones apenas creadas- junto a la implementación parcial o deformada de las reformas mantienen al sistema argentino en una dinámica de baja y mala cobertura. El fracaso del sistema argentino es un claro ejemplo de cómo importantes recursos destinados a sistemas de información, son ineficaces si se desarrollan en un marco institucional que permite la corrupción y la ineficiencia y que no alinea los intereses de cada persona y organización con el interés público en un ambiente de competencia regulada.

(T2) 3. Chile

El sistema de seguridad social chileno es mixto en su propiedad, tanto en lo que respecta al financiamiento de la salud como en lo referente a la previsión. En efecto, en ambos casos operan empresas privadas –en general orientadas a los segmentos más rentables de la población- junto a una institución pública, también en general asociada a todos aquellos segmentos que por una u otra razón no han podido o querido participar del sistema privado.

En el caso de la seguridad social en salud, las Instituciones de salud previsual (Isapre) y el Fondo nacional de salud (Fonasa) cumplen estos roles. Las alrededor de 30 Isapre existentes ofrecen una gran diversidad de planes de seguros de salud, de diferentes precios y con diferentes coberturas y copagos a quienes cotizan en alguna de ellas el 7% de su remuneración. Fonasa, en comparación, ofrece un producto relativamente estándar a quienes le aportan su 7% de cotización obligatoria. En el Cuadro 4.6 se puede observar la distribución de la población en los diferentes sistemas.

Cuadro 4. 6 Distribución de la población por sistema provisional de salud

Año	Público	FF.AA	Isapre	Particulares	Otros y No Sabe
1990	67,6	2,5	15,1	12,0	2,9
1992	62,6	2,7	20,0	12,3	2,4
1994	63,4	2,7	23,7	8,0	2,2
1996	59,6	3,1	24,7	11,0	1,5
1998	61,8	3,0	23,1	10,9	1,2

Excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

Fuente: Mideplan, Encuestas Casen 1990-1998.

El aporte del 7% de la remuneración es obligatorio para todos los trabajadores dependientes, tanto afiliados a Fonasa como a alguna Isapre, y es el empleador el obligado a retener esa cantidad y enterarla mensualmente al seguro de salud elegido por éste, dentro de los diez primeros días de cada mes. Cada Isapre cuenta con oficinas propias para la recaudación, aunque en general los canales principales de recaudación han sido externalizados hacia instituciones especializadas (bancos). Fonasa, por su parte, mantiene un convenio con el Instituto de normalización previsional (INP)¹⁹ que opera como recaudador de las cotizaciones.

(T3) 3.1 Fondo nacional de salud

Según su ingreso, los cotizantes de Fonasa están clasificados en 4 grupos (A hasta D). El grupo D (muy pobres) está exento de cotización pero sólo puede acceder a atención en hospitales y consultorios municipales. Los grupos A, B y C cotizan el 7% de su ingreso. A mayor ingreso (grupo), mayor copago. Fonasa tiene aproximadamente 9 millones de beneficiarios (aproximadamente dos tercios de la población chilena²⁰), de los cuales 3 millones están clasificados como indigentes o pobres y por lo tanto, no realizan aportes.

La recaudación anual de Fonasa es de US\$ 640 millones. La cifra que debiese recaudarse en un funcionamiento ideal del sistema previsional es un “gran misterio”, en palabras de un alto ejecutivo de la organización. Sin embargo, una estimación gruesa de la cantidad de empleadores que declaran y no pagan las

¹⁹ La función del INP es administrar la mayor parte de las prestaciones de seguridad social que son de responsabilidad del Estado, es decir aquellas derivadas de estados de necesidad como vejez, invalidez, orfandad, maternidad, prestaciones familiares, cesantía y accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

²⁰ Según Mideplan, en 1998, alrededor de 62% de la población se declaraba afiliado al sistema público de salud (un poco más de 9 millones de personas) y un 23,1% al sistema de las instituciones de salud previsional (aproximadamente 3 millones 500 mil personas). Entre 1990 y 1996 se observa una tendencia decreciente en la afiliación al sistema público que se revierte a partir de 1997, muy probablemente debido a la crisis económica derivada de la crisis asiática.

cotizaciones de sus trabajadores sitúa esta cifra en 20 mil (sobre un total de 520 mil empleadores). En general corresponde a los empleadores de la pequeña y mediana empresa, que en momentos de problemas de caja echan mano de estos recursos para operar.

En Fonasa se estima la evasión de cotizaciones al seguro público de salud en US\$ 30 millones por año (US\$ 2,5 millones por mes), aunque se reconoce que esta cantidad es más bien un “*juicio experto*” (esto es, sin metodologías científicas que la avalen). De ser válida, la evasión sería de un 5% sobre las cotizaciones recaudadas, cifra bastante reducida²¹. La política de Fonasa ante evasiones es perseguir al empleador y no al trabajador. Se estima que lo que se evade en cotizaciones corresponde básicamente a no pago de cotizaciones directamente; la subdeclaración de remuneraciones está estimado como un problema menor, aunque tampoco se conocen cifras sólidas al respecto.

La elusión de cotizaciones ocurre básicamente por la vía de subdeclaración de remuneraciones, lo que permite suponer que este fenómeno es comparativamente poco importante por la falta de incentivos fuertes para ello; en efecto, aunque una menor renta lleva asociado una menor cotización de salud, también genera un menor subsidio por incapacidad laboral en caso de enfermedad o maternidad. Los trabajadores que deseen “optimizar” su cotización (y que tengan además injerencia sobre su declaración) considerarán ambos efectos, y el resultado será relativamente neutro

Según ejecutivos de Fonasa, una de las fuentes de elusión de aportes más significativas es la de quedar registrado en Fonasa en la categoría de indigente. Esto permite no pagar cotización y acceder a servicios de salud en consultorios municipales y hospitales públicos, que se han racionado por la vía de las listas de espera o colas. Fonasa cuenta con aproximadamente tres millones de indigentes registrados, y la última encuesta de hogares (Casen) reportaba la existencia de sólo un millón de personas en tal categoría.

Fonasa mantiene una base de datos con aproximadamente 15 millones de registros, correspondientes a todos los chilenos. En esta base de datos se registra para cada persona, si es afiliado o beneficiario de Fonasa y a qué grupo pertenece (A, B, C ó D). Muchos hospitales públicos tienen esta información en línea, de modo que pueden recuperar sus costos cobrándole a Fonasa por las prestaciones que realizan a sus afiliados y beneficiarios. El sistema no informa acerca de la situación de pago de cotizaciones, pues para los trabajadores dependientes, estar al día en el pago de cotizaciones no es condición necesaria para obtener atención. En el caso de trabajadores independientes, al momento de solicitar atención en el

²¹ Más aún si se considera que Fonasa mantiene los beneficios del seguro de salud a los trabajadores dependientes cuya cotización no ha sido pagada y a los independientes con hasta seis meses de lagunas dentro de los últimos doce.

hospital deben mostrar las boletas que documenten que han cancelado al menos seis cotizaciones en los últimos doce meses para acceder a los beneficios del seguro, pues es la condición mínima que exige la ley.

(T3) 3.2 Instituciones de salud previsual

Los afiliados al subsistema privado Isapre son aproximadamente 1,5 millones y los beneficiarios suman 3,3 millones. Estas personas corresponden a los segmentos de mayores ingresos de la población y casi la totalidad de los trabajadores son dependientes, lo que formaliza y hace más estable la relación contractual, minimizando las eventuales evasiones típicamente asociadas a trabajadores independientes. Los cotizantes independientes de las Isapre aumentan sostenidamente, pero se mantienen en cifras muy marginales respecto del gran total (aproximadamente 5%).

En el sistema Isapre, la evasión de cotizaciones (por no - pago) ha ido descendiendo sistemáticamente en los últimos 5 años, llegando a aproximadamente 13% de los afiliados. Sin embargo, otro cálculo arroja cifras bastante menores: el ingreso operacional del sistema Isapre²² en 1999 fue de aproximadamente US\$ 1.200 millones y los deudores por cotizaciones sumaron ese año US\$ 8 millones, equivalente a un 0,7%. De hecho, la evasión así calculada- nunca ha superado el 5,4%, valor alcanzado en 1996. Más estrictamente aún, si en el denominador se considera sólo los ingresos por cotización legal (y se excluye la cotización adicional voluntaria), la evasión de cotizaciones sube a 0.8% en 1999 y su máximo se encuentra en 1996, con 6.5%. En cualquier negocio, estas cifras deben ser consideradas extremadamente bajas y estructurales²³.

A manera de conclusión, el sistema chileno está en su etapa de madurez después de 20 años de introducidas las reformas más radicales. Si bien los sistemas de información de Fonasa y del INP no son extremadamente modernos ni sofisticados –satisfacen adecuadamente los requerimientos del proceso de afiliación y recaudo de aportes. La evasión de aportes se explica básicamente por razones económicas –para los empleadores, no pagar es un crédito relativamente barato- y en la medida en que los trabajadores con aportes impagos mantengan los beneficios de salud, no habrá gran presión por resolverlo. En el sistema privado –Isapre- la evasión es mínima, sin duda debido a que los beneficios del

²² El ingreso operacional del sistema Isapre se compone de cotización legal (78%), cotización ley 18.566 (2% de subsidio estatal), cotización adicional voluntaria (18%) y aporte de empleadores (2%). Los porcentajes corresponden a los balances de 1999.

²³ Por ejemplo, un cotizante que se cambia de Isapre en general no paga la última cotización mensual de la Isapre que abandona.

seguro se suspenden al no pagar. Fonasa ha desechado tecnologías caras y complejas (como las “*tarjetas inteligentes*”), en una decisión que parece razonable, y se ha inclinado por ajustar los incentivos económicos (por ejemplo, aplanar la estructura de copagos para los diferentes grupos de ingreso) para asegurar la correcta afiliación y pago de cotizaciones de parte de sus afiliados y sus empleadores. Por su parte, algunas Isapre han implementado un complejo sistema basado en la huella digital del beneficiario y la factura electrónica, pero parece ser más bien una medida tendiente a evitar el fraude producido por la suplantación de beneficiarios en el punto de atención que una orientada específicamente a temas de afiliación y pago de aportes.

CAPÍTULO 5 PROPUESTAS DE AJUSTES AL SISTEMA

El propósito general de las propuestas presentadas en este capítulo es facilitar y simplificar los procesos de afiliación, pago, recaudo y compensación y mejorar el control de los aportes en el régimen contributivo, con el objeto de reducir los niveles de evasión y elusión en el Sistema.

Las soluciones que se proponen contemplan atacar tres tipos de problemas de naturaleza diferente. Primero, el establecimiento de un nuevo régimen de incentivos, términos, controles y sanciones para facilitar e incentivar la afiliación de quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago, y garantizar así un movimiento firme hacia la universalidad de la afiliación, que es uno de los objetivos centrales de la ley 100 de 1993.

Segundo, facilitar los procesos de recaudo, pago y compensación y su control, a través de un nuevo esquema de recaudo centralizado en cuentas únicas del Sistema; la implantación gradual de la autoliquidación unificada de aportes para empresas, comenzando con los grandes aportantes; la introducción de la facturación para independientes sobre la base de un nuevo modelo de presunción de ingresos y de descuentos en la fuente para contratistas públicos y privados; y la introducción de un nuevo esquema de compensación, que esté acompañado de una modernización de los sistemas de información y transmisión de datos que le sirven de respaldo.

Tercero, reducir los niveles de evasión y elusión y la mora en el pago de los aportes que toda la población con capacidad de pago debe hacer al Sistema, a través de la introducción de procesos eficaces de fiscalización y control de aportantes; y de nuevos esquemas de recaudo para trabajadores independientes, que incorporen facturación, un nuevo modelo de presunción de ingresos y la introducción de descuentos de pagos a contratistas como abonos a sus obligaciones de pago de aportes.

Dado que el objetivo último del estudio fue contribuir al fortalecimiento de la sostenibilidad financiera y económica del Sistema, en el contexto de este movimiento firme hacia la universalidad de la afiliación, es importante establecer las condiciones bajo las cuales se puede romper esta sostenibilidad. El equilibrio total del Sistema de Salud es la suma de los equilibrios del RC, el RS y el régimen de vinculados. En todos los casos, la sostenibilidad depende de que los ingresos

de diferentes fuentes, públicas o privadas, sean iguales o superiores a los gastos administrativos y de las atenciones en salud. Esto se logra a través de un doble proceso de maximización de ingresos y contención de costos. En el caso particular del RC, esta sostenibilidad se manifiesta en el balance neto de la Subcuenta de Compensación. La maximización de ingresos es función de los esfuerzos que se hagan por reducir los niveles de evasión y elusión de los aportes obligatorios; la contención de costos depende de los esfuerzos que se hagan por poner los gastos per cápita por debajo del valor de la UPC reconocida por el Sistema por cada uno de los afiliados activos. Si los reconocimientos por UPC superan ampliamente los recaudos por un período lo suficientemente largo como para agotar las reservas disponibles, el Sistema deja de ser financieramente sostenible.

El aporte de este estudio a la sostenibilidad financiera del Sistema, se debe traducir para el RC en una reducción de los niveles de evasión y elusión de aportes y una reducción de los gastos administrativos, especialmente los relacionados con el manejo de sistemas de información. Esto debe a su vez, fortalecer la capacidad financiera del RS, a través del aporte de 1% a la Subcuenta de Solidaridad. Por otro lado, las recomendaciones para incentivar mayores niveles de cobertura de la afiliación al SGSSS, debe reducir la presión de demanda en el régimen de vinculados, contribuyendo también al equilibrio de este segmento del mercado de salud, financiado con recursos de oferta. Simplificando podría decirse que la sostenibilidad financiera del SGSSS, como un todo, depende críticamente del estado de la Subcuenta de Compensación del RC; y que la ampliación de la cobertura depende críticamente de los recursos públicos asignados para el RS, que si se aplica estrictamente el parí passu, dependen únicamente del recaudo total del RC. El pari passu sin embargo, puede ser insuficiente para lograr la universalidad del aseguramiento en salud, para lo cual se requerirían recursos públicos adicionales en la forma de subsidios totales y parciales.

(T1) A. PROMOCION DE LA AFILIACION DE INDEPENDIENTES

El SGSSS garantiza que los trabajadores independientes que pertenecen a familias estructuralmente pobres (niveles Sisbén 1-2) puedan tener acceso al aseguramiento en salud a través del régimen subsidiado. Esto resuelve una parte del problema de demanda y de selección adversa en el segmento de trabajadores por cuenta propia, pero no lo resuelve todo. Queda una población muy grande, a nivel urbano y rural, de familias que no califican como pobres para tener acceso al subsidio estatal, ni tienen suficiente capacidad de pago, en términos de sus ingresos corrientes, para pagar las primas exigidas en el régimen contributivo, ni tienen un empleador que les pague una parte de la contribución requerida.

Esta población sándwich al no ser estructuralmente pobre no es insolvente, pero al tener bajos ingresos corrientes presenta una situación de iliquidez o de baja capacidad de pago que reduce significativamente su demanda por aseguramiento en salud. El hecho de ser obligatorio el aseguramiento no cambia esencialmente esta situación, dado que la fiscalización de este grupo sería muy costosa y con una relación beneficio/costo muy baja. Un alto porcentaje de esta población pertenece al sector informal urbano o a la economía campesina.

Dado que uno de los objetivos centrales de la ley 100 fue la ampliación de cobertura de la seguridad social en salud entre los trabajadores independientes o por cuenta propia, se presenta un menú de opciones de política para la promoción de su afiliación, que complementan las propuestas que se señalarán posteriormente para incentivar y fiscalizar la afiliación y el pago íntegro y oportuno de los aportes al Sistema de independientes con capacidad de pago.

(T2) 1. Subsidios parciales

Entre los antecedentes se observa que la idea de subsidiar parcialmente la cobertura en salud a una franja de la población colombiana no es nueva. En uno de los primeros decretos reglamentarios de la ley 100 aparece la noción de los subsidios parciales al crear tarifas escalonadas por nivel de pobreza en la atención en los hospitales públicos (decreto reglamentario 2491 de 1994). Es interesante notar en este contexto que la noción de subsidios parciales no aplica únicamente a un esquema donde se subsidia parcialmente el aseguramiento sino a cualquier esquema donde se subsidia parcialmente la atención en salud. La noción de subsidios parciales para el aseguramiento surgió en los primeros años de implementación de la reforma, cuando quedó claro que el nuevo sistema no había avanzado en materia de cobertura del sector informal y que se requerían nuevas estrategias para incorporarlo (MinSalud - U. de Harvard, 1995, p. 66).

El tema de subsidios parciales para el aseguramiento fue finalmente incluido en el plan de gobierno 1998-2002. Este estipula que "se crearán subsidios parciales para los trabajadores independientes e informales de niveles 3 y 4 del Sisbén y el Gobierno nacional aportará nuevos recursos para esos subsidios parciales" (ley 508 de 1999, numeral 4.3.2). Simultáneamente algunas entidades territoriales empezaron a explorar la posibilidad de introducir esquemas de esta índole y en 1999, el Distrito Capital formuló una primera propuesta concreta sobre el particular (SDS, 1999)²⁴.

²⁴ La SDS anunció recientemente que ampliaría la cobertura del régimen contributivo e incluiría personas del sector informal mediante un esquema de subsidios parciales (El Tiempo, enero 15, 2001).

Por otra parte, el Ministerio aprobó este año, mediante acuerdo del CNSSS, subsidios parciales para el nivel Sisbén 3 y 4. Según estipula el acuerdo 190 de 2001 del CNSSS, los municipios financiarán con recursos de esfuerzo propio el 40% del valor de la UPC-S para el nivel 3 de Sisbén y el 20% del valor de la UPC-S para el nivel 4 del Sisbén. Serían las ARS las encargadas de la afiliación y del cobro del porcentaje de la UPC-S. Se trataría de una ampliación del régimen subsidiado donde las personas del nivel Sisbén 2 y 3 tendrían que empezar a cofinanciar su plan de salud en el RS y dejarían de tener acceso a un plan gratuito en su totalidad. Esto liberaría recursos con lo que se podría ampliar la cobertura de los más necesitados. El resto de la población sándwich podría comprar el plan POS sin subsidio y "al costo".

Es de anotar que el Ministerio llevó a discusión del Congreso un proyecto de ley (proyecto de ley 089 de 2000) que busca el aseguramiento universal de las enfermedades de alto costo para todos los habitantes. Este seguro cubriría a todos los afiliados al régimen contributivo, al régimen subsidiado y a los no afiliados no evasores del nivel Sisbén 3 creándose para el efecto una nueva cuenta en el Fosyga. Ello es importante en la medida en que pareciera que el Ministerio está buscando cubrir la población sándwich (aunque sólo parcialmente ya que no toda la población sándwich es nivel Sisbén 3).

La razón de ser de una propuesta de subsidios parciales responde a la ausencia de opciones de aseguramiento para una proporción importante y creciente de la población. En primer lugar, esta situación puede generar problemas de equidad para la población que no clasifica ni para el régimen contributivo ni para el régimen subsidiado, especialmente una vez se haya completado el proceso de transformación de subsidios de oferta a la demanda y los hospitales dejen de atender (casi gratuitamente) a la población vinculada. También, esta situación genera incentivos no deseados para que la población sándwich trate de recibir los subsidios completos del régimen subsidiado alterando las características que la descalifican para poder acceder a este régimen.

Al introducir un esquema de subsidios escalonados²⁵ desaparece la situación del "todo o nada" y se reducen los incentivos negativos: la población sándwich podrá acceder a un conjunto de servicios contra un pago módico sin la necesidad de incurrir en los riesgos que conlleva la falsificación de la situación real del hogar. Por otro lado permite poner término a la vulnerabilidad de una gran parte de la población colombiana que hoy carece de aseguramiento. Vale recordar en este contexto que como lo hemos mostrado en capítulos anteriores, la carencia de protección del sector informal en materia de aseguramiento en salud es un reto que Colombia comparte no sólo con la mayoría de los países en desarrollo sino también con muchos países industrializados. Las deficiencias en la focalización

²⁵ Subsidio total para los más pobres, subsidio parcial para la población del sector informal y cero subsidio para la población con capacidad de pago.

actual de los recursos de oferta discutida en otro capítulo son otra razón poderosa para buscar cubrir la brecha de aseguramiento: la población sándwich consume gratuitamente gran parte de los recursos de oferta. Una vez que esta población tenga opciones para asegurarse, se facilitará el proceso de transformación y se podrán dedicar los recursos así liberados a la afiliación de la población más pobre.

(T3) 1.1 Esquema de subsidios parciales

Se considera como población objetivo del régimen de subsidios parciales a todas las familias que no califican para el RS por no clasificar como nivel 1 o 2 en la encuesta Sisbén y donde a la vez, ninguno de los miembros del núcleo familiar recibe ingresos por encima de 1 SMLV si es asalariado o 2 SMLV si es independiente. Ahora, una buena parte de esta población ya se encuentra afiliada al SGSSS.

Se sugiere implementar el esquema de subsidios parciales en forma gradual dando prioridad a la población sándwich no afiliada al SGSSS. El cuadro 5.1 identifica cuatro posibles grupos objetivos para los subsidios parciales:

- i) Núcleos familiares cuyo mayor perceptor sea independiente y pertenezcan al nivel Sisbén 3. Son 2.77 millones de personas.
- ii) Núcleos familiares cuyo mayor perceptor sea independiente en niveles Sisbén 3-6. Son 3.5 millones de personas.
- iii) Núcleos familiares de nivel Sisbén 3 (con mayor perceptor independiente o asalariado). Son cerca de 4.37 millones de personas.
- iv) Núcleos familiares de nivel Sisbén 3-6 (con mayor perceptor independiente o asalariado). Son cerca de 5.76 millones de personas.

Esta población sándwich se ha calculado incluyendo tanto a los ocupados cotizantes como a sus posibles beneficiarios. Utilizando la vulnerabilidad económica como principal criterio para priorizar la afiliación a un esquema de subsidios parciales se sugiere implementarlo en un primer momento incluyendo únicamente los independientes y asalariados de nivel Sisbén 3 hoy sin afiliación al SGSSS. Este grupo representa 4.4 millones de personas (grupo 3).

Cuadro 5.1 Cálculos población sándwich en diversos escenarios de política (Miles)

Grupo objetivo	Relación con el SGSSS			
	No afiliados	Afiliados	Total	% No afiliados
Independientes, Sisbén 3	2.773	1.354	4.127	(67,2)
Independientes, Sisbén 3-6	3.515	2.259	5.774	(60,9)
Independientes y asalariados, Sisbén 3	4.375	2.957	7.332	(60,0)
Independientes y asalariados, Sisbén 3-6	5.763	4.302	10.065	(57,3)

Población sándwich: núcleos familiares con mayor perceptor independiente y con menos de 2SMLV ó asalariado y con menos de 1SMVL

Fuente: Cálculos Econometría SA con base en EH-Dane, 2000

Teniéndose todo lo anterior en mente se propone lo siguiente:

- Un paquete de beneficios mayor que el del régimen subsidiado y menor que el del régimen contributivo.
- Un paquete de beneficios que proteja contra riesgos financieros y que provea servicios costo-efectivos.
- Una prima pequeña y sustancialmente inferior a la propuesta en el acuerdo 190 de 2001.
- Un subsidio escalonado según la capacidad de pago donde la población objetivo recibe un menor subsidio que la población objetivo del régimen subsidiado y un mayor subsidio que la población del régimen contributivo.
- La implementación de un estudio piloto entre la población objetivo con el fin de determinar la demanda de aseguramiento.
- Encargar a las ARS y las EPS del régimen de subsidios parciales. Ello difiere de la propuesta del acuerdo 190 donde sólo participan las ARS.
- Evaluar junto con los principales actores las ventajas / desventajas respectivas de la libre elección del asegurador.

Esta propuesta no define ni el contenido exacto del paquete de beneficios ni el nivel de la prima por considerar que ello tendrá que ser el resultado de un estudio piloto sobre el particular antes de implementar un esquema de subsidios parciales en forma generalizada. No obstante, se considera que la construcción del paquete de beneficios tiene que cumplir con tres condiciones:

- a) El paquete de beneficios tiene que construirse teniéndose en cuenta los incentivos que generará para el SGSSS en general. La población sándwich se encuentra en una situación donde, por un lado puede tratar de “colarse” en el régimen subsidiado y así acceder al Plan obligatorio de salud subsidiado y por otro lado podría acceder a un paquete completo de servicios (POS) contribuyendo con un monto equivalente a un 12% de 1SMLV (31 mil pesos en el año 2000). Así las cosas habrá que construir un paquete mayor que el POS-S pero menor que el POS. De lo contrario, los individuos no tendrían ningún incentivo de afiliarse.

Es de anotar también que la prima a pagar por parte de la población sándwich tendrá que ser inferior a la contribución mínima pagada en el régimen contributivo (12% sobre 1 SMLV que eran 31 mil pesos mensuales en el año 2000). En todo caso, y desde el punto de vista técnico, la economía ofrece algunas reglas básicas que ayudan a determinar qué servicios de salud se deberían financiar y qué prioridades debería establecer el gobierno para determinar cuáles son los servicios aptos para recibir un financiamiento estatal (subsidio parcial en este caso).

- b) Su contenido tiene que responder a criterios técnicos sobre qué es lo que debería contener un paquete de beneficios (parcialmente) subsidiado de beneficios desde el punto de vista de la eficiencia y equidad.

El paquete de beneficios debería incluir a la vez servicios altamente costo efectivos y ojalá con externalidades positivas para el resto de la población, como servicios cuyo aseguramiento proteja financieramente a la población sándwich. Lo primero se justifica por razones de eficiencia (se quiere estimular el consumo de cierto tipo de servicios) mientras que lo segundo se justifica por razones de equidad vertical en el financiamiento.

- c) El paquete de beneficios tiene que responder a la demanda de la población objetivo. Ahora, la mezcla y cantidad específica de servicios que se ofrecerá a la población sándwich dependerá por un lado de las restricciones fiscales y por otro lado de la demanda del sector informal.

El financiamiento del paquete de beneficios para la población sándwich provendría de dos fuentes: las contribuciones hechas por parte de la población sándwich y los subsidios provistos por el gobierno. Los afiliados al régimen de subsidios parciales debieran financiar con sus propios recursos privados la diferencia entre el costo de afiliación para su plan de salud y el subsidio público.

En cuanto a la cofinanciación del Gobierno, conviene considerar que la crisis económica y la baja cobertura entre los más pobres limitan fuertemente su capacidad de cofinanciar un esquema de subsidios parciales. Este tendría que competir por los recursos existentes y en particular por los recursos destinados al RS. Un aumento de cobertura de la población sándwich implica necesariamente metas menos ambiciosas de cobertura poblacionales y de servicios de los más pobres ya que la fuente de financiamiento es la misma en ambos casos y tiene que existir equilibrio financiero entre los ingresos totales para el régimen subsidiado y el régimen de subsidios parciales y los gastos de estos dos regímenes.

Ya han sido varios los estudios que han mostrado que los recursos actuales no alcanzan siquiera para cubrir a la población con necesidades básicas insatisfechas

con el POS-S. Así las cosas, cualquier propuesta de cofinanciación de subsidios parciales tiene que partir de la disponibilidad total de recursos públicos para financiar subsidios para la población pobre y sándwich. Según un estudio reciente de Fedesarrollo, y en un horizonte temporal de mediano plazo, sólo con una transformación de un 60% del total de los recursos de oferta (situado fiscal y rentas cedidas) y con una redistribución de los recursos entre departamentos y municipios, podría lograrse la afiliación de toda la población pobre (Sisbén 1 y 2). Partiendo de unos supuestos más realistas queda claro que aún la cobertura de la población más pobre sólo podrá lograrse revisando el tamaño del paquete ofrecido a la población del régimen subsidiado.

En efecto, cualquier decisión de implementar un esquema de subsidios parciales necesariamente tendrá como consecuencia redistribuir los recursos previstos inicialmente para la atención de los más pobres (total de recursos de oferta y demanda) hacia la población sándwich. A pesar de lo anterior, vale la pena recordar que en la actualidad una parte importante tanto de los recursos de demanda como de oferta se están destinando a la población sándwich. Ello implica que una vez se hayan definido las posibilidades financieras reales del Sistema bien podrían utilizarse parte de estos recursos para un régimen de subsidios parciales.

Finalmente, la propuesta de realizar experiencias piloto obedece a la idea de que en la actualidad existe demasiada incertidumbre respecto de los méritos relativos de las distintas opciones de solución. En esas condiciones sería inapropiado formular normas para resolver el problema: ellas podrían ser erróneas y magnificar, en lugar de resolver, el problema; además, harían innecesariamente rígido el abanico de soluciones posibles. En cambio, mediante la realización y evaluación de experiencias piloto se generaría la información hoy faltante y se dilucidaría la actual incertidumbre respecto de las medidas que podrían contribuir a resolver el problema. En efecto, la solución de este problema es un desafío de carácter empírico y ya no teórico. La formulación de soluciones debe necesariamente pasar por el ámbito de la experimentación acompañada de una adecuada evaluación.

(T3) 1.2 Impacto de un Esquema de Subsidios Parciales

Un esquema de subsidios parciales no sólo tiene un impacto fiscal y social importante sino que afecta también la estructura de incentivos del Sistema de Salud. En primer lugar afecta las decisiones de afiliarse de las personas objetivo del régimen parcial pero también las decisiones de los demás afiliados. Respecto a las personas objetivo del subsidio pueden mencionarse dos problemas: (i) puede generar un problema de selección adversa donde los más enfermos se afiliarían

en mayor medida que los sanos. Esto podría tener un impacto negativo sobre la sustentabilidad financiera del Sistema a mediano plazo, al exigir subsidios cada vez más importantes por parte del gobierno; y (ii) la población objetivo no se afilia masivamente porque simplemente no tiene los ingresos suficientes para hacer un pago, cualquiera sea su monto (Thomas, 1993).

Respecto del primer punto puede darse un efecto de desplazamiento (*crowding out*) donde los afiliados de un régimen no subsidiado se desafiliarían y buscarían clasificar en el régimen parcial (Cutler y Gruber, 1995; Yelowitz 1995). De esta manera, un esquema de subsidios parciales puede estimular la evasión cuando el balance entre beneficios y costos del plan parcial supere el balance del sistema no subsidiado.

Respecto al impacto del esquema de subsidios parciales sobre el RC y el RS, este dependerá de la comparación costo-beneficio en los 4 subsistemas: RC, RS, régimen No-afiliados y régimen de subsidios parciales. Dadas las severas restricciones financieras, el paquete mínimo en el régimen de subsidios parciales será muy seguramente inferior al de los demás regímenes. Existirá así un fuerte incentivo para que la población sándwich siga buscando atención gratuita en los hospitales públicos o que busque hacer trampa para clasificar en el régimen subsidiado. Resulta por lo tanto fundamental promover la correcta identificación de los usuarios en los hospitales públicos. Ofrecer un paquete limitado implica, por otro lado de que no haya fuertes incentivos para que la población del régimen contributivo se desafile para pasarse al régimen de subsidios parciales. Ello facilitará el proceso de identificación.

Por lo anterior queda claro que la implementación de un esquema de subsidios parciales plantea retos muy importantes no sólo en términos financieros sino también en términos del diseño de los procesos de identificación, afiliación y recaudo.

(T2) 2. Incentivos a la afiliación vía IPS

Tal como se indicó en secciones anteriores, los hospitales no tienen los incentivos adecuados para identificar correctamente los usuarios y terminan atendiendo en forma casi gratuita a la población no afiliada, independientemente de su nivel socioeconómico. El principal papel del hospital público en la promoción de la afiliación consistiría por lo tanto en la identificación correcta de los usuarios. Los hospitales públicos podrían asumir adicionalmente un papel en el proceso inicial de afiliación. A continuación se discuten varias propuestas alrededor de estas temáticas.

(T3) 2.1 Transformación de subsidios de oferta a demanda

La política de transformación de subsidios de oferta a demanda resulta de gran importancia no sólo como mecanismo para ampliar las coberturas de la población más necesitada, sino también como una herramienta fundamental para promover la afiliación de las personas con capacidad de pago como se explicó en una sección anterior.

Se debe subrayar la importancia de establecer un vínculo directo entre la política de transformación y la política de reestructuración de las instituciones: (i) la reducción de los recursos de oferta debería depender, en cada institución, de la reducción de la población atendida por vía de la oferta; y (ii) el tamaño del mercado efectivamente atendido debería ser el principal criterio para reestructurar las instituciones.

Cabe mencionar que la política de reestructuración de los hospitales tendrá un impacto de corto plazo si no se empieza a introducir una mayor flexibilidad en el manejo del recurso humano. Es claro que la reestructuración es la respuesta a la inflexibilidad actual en el manejo del recurso humano donde la única opción para redimensionar el sector público consiste en la supresión de cargos. En un esquema como el planteado por la ley 100, la demanda de servicios se convierte en el principal regulador de la demanda de recurso humano en hospitales. Por ello, puede ser variable la intensidad en el uso de la mano de obra, lo que incide en forma determinante en los costos (pues se trata del insumo que más peso tiene en éstos). Esto hace que para el sector hospitalario la flexibilidad laboral determine en gran medida su competitividad.

Los niveles de transformación potenciales máximos estarían dados por los niveles actuales de reestructuración si no se complementa esta política con mecanismos que introduzcan una mayor flexibilidad en el manejo del personal.

Concomitantemente con la política de transformación, se recomienda que las entidades territoriales dejen en claro que sólo se reembolsan como subsidios totales servicios prestados a la población de nivel 1 y 2 de Sisbén y que apoyen este tipo de decisiones con castigos reales en caso de detectarse atenciones sistemáticas a población de mayor nivel Sisbén²⁶. Ello sólo podrá darse en la medida en que la asignación de recursos de oferta a las entidades territoriales tenga algún nexo con la población a atender con recursos de oferta, lo cual no es el caso en la actualidad, pues siguen primando criterios de gasto histórico.

²⁶ Es claro que este tipo de decisiones implica algún costo político para la entidad territorial por lo que el apoyo nacional será decisivo.

(T3) 2.2 Difusión de la información

La información existente debe difundirse para mejorar la clasificación de los pacientes. Los puntos de prestación de servicios deberían tener acceso permanente a la base de datos de Sisbén, de afiliados al RC, al RS y a los RE. No sólo la red pública sino también la red privada debería disponer de esta información ya que existe un gran número de cuentas no conciliadas por conflictos entre los proveedores privados y los financiadores públicos respecto al origen socioeconómico de los pacientes atendidos por vía de urgencias en la red privada (Acosta, Esguerra y Nigrini 2000, p.56). La información acerca de afiliados ya está disponible en forma actualizada en la Superintendencia nacional de la salud²⁷, la información de Sisbén está disponible en las entidades territoriales. Un primer paso consistiría en integrar esta información y hacerla disponible *online*²⁸ para la totalidad de los prestadores. Esto sería una medida de muy bajo costo, realizable a corto plazo y puede ayudar significativamente en el proceso de identificación de los usuarios.

(T3) 2.3 Implementación de sistemas de identificación sofisticados

En este ámbito hay una gran gama de posibilidades que van desde la implementación de tarjetas magnéticas de afiliación hasta lectores de huella digital. Un ejemplo lo constituye al respecto Chile donde se están instalando sistemas de identificación que permiten establecer el copago una vez identificado el usuario mediante lectores de huella digital. Valdría la pena ensayar este tipo de tecnología en forma piloto a corto plazo en los sitios más desarrollados del país. Ello permitiría establecer rápidamente el costo y el beneficio de un sistema como éstos y la conveniencia de ampliar su aplicación en la red pública. Conviene recordar en este contexto que ello permitiría mejorar rápidamente la focalización de los recursos, sobre todo si se apoyara simultáneamente una política de asignación de recursos basada en los resultados.

(T2) 3. Venta prepagada del POS – S

El esquema de venta prepaga de Plan obligatorio de salud subsidiado tiene como fundamento real la existencia de grandes capas de la población que no tiene opciones legales y financieras claras para afiliarse a los dos regímenes existentes,

²⁷ Existe el así llamado verificador de derechos que contiene la información de afiliados.

²⁸ Existía un mito respecto a la gran cantidad de hospitales que tendrían acceso a este tipo de tecnología. Sin embargo, un estudio reciente del Programa de apoyo a la reforma demostró lo contrario (Giedion, López, 2000, monografía).

y sin embargo se enfrentan, individual y familiarmente, a financiar con su propio bolsillo el costo de las atenciones en un contexto de mercado atomizados con grandes barreras de acceso y en donde el valor de las atenciones es infinitamente superior al valor de la prima de prepago del POS-S.

La demanda por servicios de salud se realiza en función de la presencia de problemas de salud y la capacidad financiera determina el uso real de los servicios. Como se señaló en el diagnóstico, la presencia de problemas de salud es relativamente homogénea entre la población afiliada y la no afiliada, con una concentración entre los afiliados. No obstante, el uso de servicios es el doble entre los afiliados frente a los no afiliados. Adicionalmente, el valor de los servicios de consulta médica en los últimos 15 días y la hospitalización en el último año es infinitamente superior a las UPC del régimen subsidiado, lo cual en un contexto de seguros voluntarios hace posible y realista la propuesta de venta prepaga de POS-S.

(T3) 3.1 Esquema de operación del sistema prepago

Se propone el diseño de un esquema voluntario de compra de “tarjetas de prepago” para los aportes de salud, que correspondan al valor de la UPC del régimen subsidiado y serán expedidas por períodos de 3, 6, 9 ó 12 meses.

El modelo de aseguramiento a través de tarjetas prepago estará disponible para los trabajadores independientes que no son elegibles para el régimen subsidiado y que no poseen suficiente capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo. De igual manera podrán ofrecerse tarjetas de prepago en las zonas rurales del país donde no se encuentre oferta de aseguradores del RC.

El cubrimiento de las tarjetas será personal, de tal manera que el trabajador independiente deberá adquirir tarjetas para cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Conservando las reglas de libertad de elección de prestadores, autonomía de las instituciones y las condiciones de competitividad, el prepago puede realizarse a través de las EPS y ARS que presenten una propuesta tecnológica para el manejo de sistema prepago que tenga las siguientes características:

- Capacidad tecnológica para la expedición, seguridad, mercadeo y venta de las tarjetas prepagadas.
- Poseer un capital de 10.000 salarios mínimos certificados.

- Certificar capacidad instalada para el aseguramiento de por lo menos 50.000 afiliados y 200.000 en el tercer año.
- Poseer un sistema de información y control de afiliación de los afiliados al régimen contributivo.
- Poseer un sistema de agencia para la protección de los derechos de los afiliados

El esquema permite, tal como se evidencia por el uso y pago de servicios por los no afiliados, afiliar por lo menos a un millón de personas que en la actualidad están desembolsando por el pago de servicios un monto mayor al valor del prepago trimestral.

(T3) 3.2 Incentivos, ventajas e impacto

La propuesta de prepago ajustada por riesgo y capacidad de pago, presenta los siguientes incentivos que facilitan su venta masiva y generalizada entre la población no afiliada con cierta capacidad de pago.

En primer lugar, el prepago individual simplifica el proceso operativo de la afiliación eliminando el proceso de presunción de ingresos, el establecimiento del ingreso base de cotización y la cuota de afiliación. El proceso de mercadeo y venta personalizada elimina el dispendioso proceso de la afiliación tradicional por el sistema del formulario de autoliquidación, los períodos de prepago determinan el control de los afiliados para los efectos de la comprobación de derechos y garantiza la liquidez necesaria para el pago oportuno a las IPS. En forma complementaria, cada afiliado prepago es una carga financiera menos en los hospitales públicos.

El centro de gravedad lo constituye la ventaja del aseguramiento con un plan de beneficios costo efectivo y de atención de enfermedades catastróficas frente a los gastos de bolsillo y al sistema de segmentación de mercado, abiertamente discriminatorio y regresivo por cuanto condiciona el uso de servicios a la disponibilidad inmediata de pago de los usuarios. El tema del prepago, culturalmente proyecta una idea de ascenso social que representa los niveles de satisfacción y cobertura que los ciudadanos quisieran tener. No aparece como discriminatorio y puede constituirse a través de una buena campaña en una fuente de orgullo familiar y personal.

Para racionalizar el uso y contrarrestar la selección adversa, correlativa de los seguros voluntarios, se establecen las siguientes relaciones entre los períodos de carencia y los períodos de prepago, especialmente cuando se trate de personas

que realizan su afiliación a través de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas. El sistema de carencias sería el equivalente al existente en el régimen contributivo y el sistema de cuotas recuperadoras sería el mismo que para el régimen subsidiado. Los períodos de prepago serían los siguientes:

- Tarjeta prepaga individual de tres meses
- Tarjeta prepaga individual de seis meses
- Tarjeta prepaga individual de doce meses
- Tarjeta familiar 3,6,12 meses

Entre los impactos que podrían generarse con esta alternativa, se tendría que evaluar el posible desplazamiento de afiliados de un régimen no subsidiado, los cuales se desafiliarían y buscarían un esquema de prepago, lo cual puede estimular la evasión cuando el balance entre beneficios y costos del plan parcial supere el balance del sistema contributivo.

(T2) 4. Afiliación colectiva a través de agrupadoras

En esta parte se presenta la propuesta para incentivar la afiliación de independientes a través de agrupadoras, siguiendo el ejemplo de las mutuales francesas y otras experiencias internacionales descritas en los estudios de base.

La revisión de estas experiencias indica que, cuando los trabajadores independientes o por cuenta propia tienen algún tipo de asociación gremial que los agrupa, un cliente común que los contrata, están asociados en cooperativas o mutuales, o lo que en Colombia se llaman cooperativas de trabajo asociado o empresas asociativas de trabajo, o tienen algún tipo de vínculo étnico o vecinal que los une, se presenta una coyuntura muy favorable para montar sobre estas circunstancias esquemas de aseguramiento novedosos, que permitan dar cumplimiento a lo ordenado por la ley 100, que establece la obligación del Estado de facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago; y que ordena al Gobierno nacional establecer un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.

Las llamadas agrupadoras, están orientadas a captar clientelas de trabajadores independientes con alguna capacidad de pago para afiliarlas al régimen contributivo, donde se plantean los problemas de demanda y de recaudo, pero donde no se plantean los problemas de selección adversa, dado que estas no actúan como aseguradoras.

La experiencia en el país con las agrupadoras no ha sido exitosa por el escaso control efectivo de estas instituciones que ha permitido la presencia de múltiples fraudes como la afiliación de personas dependientes con vínculo laboral como trabajadores independientes, cuando sólo están autorizadas a afiliarse a sus cooperados o asociados; la insuficiencia de requisitos para convertirse en agrupadoras de afiliación; la falta de garantías de la correcta destinación de los recursos, cuando las EPS les han otorgado en forma excepcional facultades de recaudo, entre otras razones.

Estas anomalías que se han presentado no desvirtúan el potencial que tienen este tipo de instituciones para facilitar la afiliación colectiva de trabajadores independientes con intereses comunes y vínculos de solidaridad y confianza entre ellos; y excepcionalmente manejar por delegación el recaudo. Por el contrario, invitan a fortalecerlas para evitar las prácticas irregulares que se vienen presentando en el régimen contributivo.

En consideración a lo anterior, se propone que las agrupadoras cumplan funciones más amplias de las que desarrollan actualmente en forma habitual o excepcional, para hacer frente al problema de la insuficiente capacidad de pago de sus afiliados o cooperados para cubrir la cotización mínima requerida como trabajadores independientes para su afiliación al régimen contributivo; y adicionalmente, llenen una serie de requisitos mínimos esenciales para garantizar solvencia financiera y moral e idoneidad para el ejercicio de sus funciones.

En el caso de las agrupadoras de afiliación, éstas tendrían como funciones: promover la afiliación colectiva al RC en salud de sus asociados o cooperados y negociar con las aseguradoras su afiliación colectiva, respetando siempre la libre elección del afiliado. Por su parte, las agrupadoras de recaudo tendrían como funciones específicas, realizar la retención de los aportes de sus cooperados o asociados, recaudar los fondos complementarios que puedan obtener o negociar, hacer el manejo financiero de los recursos para salud y pagar íntegra y oportunamente las cotizaciones obligatorias de sus asociados o cooperados.

El esquema propuesto de afiliación o recaudo de aportes en el RC a través de agrupadoras puede tener una amplia aplicación en sectores como los siguientes, cuando la vinculación de los cooperados o asociados no sea a través de contratos de trabajo: taxistas, loteros, empresas de vigilancia privada, empresas de servicios temporales, artesanos organizados, obreros independientes de la construcción asociados por constructor; cooperativas, mutuales o empresas de trabajo asociado que pueden identificar un comprador institucional o monopólico con el cual negociar.

(T2) 5. Seguros cotizaciones asalariados y esquemas ahorros independientes

El sistema de seguridad social carece de un buen sistema de protección del ingreso laboral y por lo tanto se ve muy afectado cuando hay un aumento del desempleo y/o disminución de los ingresos laborales.

El sistema actual de cesantías es claramente insuficiente en diseño y en cobertura para proveer protección, no solo frente a una situación recesiva de desempleo como la actual, sino también frente a la previsible para una economía más abierta y volátil, en la cual haya además mayor ritmo de cambio técnico. Por supuesto, tampoco intenta protección para los trabajadores independientes.

Las cotizaciones a la seguridad social se ven entonces sujetas a la volatilidad de los ingresos laborales y del empleo. En el caso del SGSSS ello incide además sobre los ingresos que se destinan a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga y sobre los incentivos para la afiliación a uno u otro de los regímenes contributivo o subsidiado.

Están en el ambiente ideas sobre esquemas generales de protección del ingreso laboral, como la del seguro de desempleo, al cual podría añadirse un seguro que proporcionara cierta continuidad al menos a la cotización para el régimen contributivo. El costo de un seguro tradicional de desempleo sería prohibitivo, requeriría el montaje de un complejo aparato de administración e introduciría incentivos adversos para la participación laboral y arbitrajes, indeseables en un entorno con tan alta informalidad y subempleo.

Por lo tanto, en esquemas de protección de ingreso se requeriría mucha focalización, hasta el grado en que más bien se entraría en el campo de diferentes subsidios, y no relacionados con el desempleo, sino con el empleo (e.g obras públicas), o con soporte asistencial del ingreso familiar en indigencia (e.g. subsidios condicionados), y también con los subsidios para la salud, como lo que hace actualmente el régimen subsidiado. Se trata entonces, de subsidios asistenciales o complementos asistenciales a la seguridad social, dirigidos ante todo a los pobres, y con prioridad entre ellos a los indigentes.

Ello no satisfaría la necesidad de protección general al ingreso asalariado ni de las cotizaciones correspondientes frente al desempleo y fluctuaciones de ingresos, dirigida a los que sí tienen capacidad de pago pero volátil, y como complemento a la seguridad social contributiva.

Lo que cabe entonces es pensar en desarrollar el sistema basado en los ahorros individuales (cesantías), complementándolo con seguros tanto para compartir los

riegos de ingresos, como para asegurar las cotizaciones al sistema contributivo de salud. Una ventaja importante sería, que dicha extensión del sistema de cesantías sería una modificación sobre una prestación ya existente y emplearía una red de administradores ya consolidada.

El problema es que esto implicaría un cambio en el régimen de prestaciones laborales más allá del sector salud, que se facilitaría si los Ministerios de Salud y Trabajo se integran en un gran Ministerio de Trabajo, Salud y Seguridad Social.

En caso que se quiera o vea factible, con sólo una modificación sectorial podría encargarse a los administradores de cesantías del manejo separado de cuentas de ahorro y seguros solo para propósitos de las cotizaciones de salud, pero ello implicaría aumento de los impuestos para nómina.

La alternativa para evitar esto último, sería entonces la de que el propio sistema de salud, aprovechando su propio sistema de recaudo y el Fosyga, genere su propio seguro de cotizaciones por reparto. La prima de seguro de cotizaciones quizá no debería cargarse a la cotización actual, dado el presente margen, sino aumentando cotizaciones. Pero si se aprovecha parte de las actuales contribuciones para el auxilio de cesantías y sus rendimientos, y aún más si ello se refuerza con seguros complementarios, como ocurriría bajo la propuesta de un paquete de protección de ingreso y de contribuciones a la seguridad social, probablemente no sería necesario el aumento de contribuciones o cargas sobre la nómina.

Las cuentas de ahorro individuales también podrían ser base de un esquema de protección social para independientes con capacidad de pago, sin fomentar la informalidad, y adaptándose a la variabilidad de sus ingresos de acuerdo con los ciclos económicos o los choques individuales, y también al ciclo de vida. Podrían concebirse desde el extremo de cuentas de ahorro para salud (complementadas con seguros catastróficos como se verá luego), hasta involucrar protección coyuntural del ingreso laboral y para formar pensiones.

(T3) 5.1 Aseguramiento de cotizaciones

La idea de fondo sería la de reducir la exposición al riesgo de salud mediante un seguro de cotizaciones al régimen contributivo, que pagaría los aportes correspondientes cuando fallen aquellas por cuenta de desempleo o de capacidad de pago. El seguro pagaría las cotizaciones a las EPS, según el ingreso base al cual se hubiesen hecho inmediatamente antes del evento que precipitó la falencia y a la tasa establecida, durante un cierto plazo predeterminado.

Las alternativas pueden ser:

- Seguros especializados para las cotizaciones de salud, ofrecidos competitivamente y voluntariamente como complemento a la afiliación a las EPS.
- Seguros especializados, pero uniformes y obligatorios, ofrecidos a través de las EPS.
- Aseguramiento colectivo, obligatorio y uniforme, como un complemento del Fosyga.
- Seguros para las cotizaciones a salud como parte de un seguro de desempleo, bien sea de tipo tradicional, o como extensión del sistema de cuentas de ahorro individual, adicionadas con seguros (o esquemas mutuales) que fusionan los riesgos individuales de desempleo.

Hasta el momento la atención se ha centrado más en la última alternativa, pero las primeras no son descartables en vista que son las que están más al alcance individual del sector salud.

Los mercados de seguros aislados y para cotizaciones a la seguridad social enfrentan los siguientes retos:

- Como manejar los casos de desempleo voluntario en un contexto en el cual hay deficiencias en la calificación de justa causa.
- La selección adversa, particularmente de parte de independientes.
- Los costos administrativos y de mercadeo, en caso que no se haga a través de las EPS, y las facultades para que estas entren en el negocio.

Frente a esto, parecería muy atractivo un seguro automático y colectivo a través del Fosyga. Ello emplearía el sistema de recaudo del sistema de salud, actual o mejorado, y por lo tanto no requeriría recurrir a las cesantías, a través de reformas del régimen laboral. Sin embargo, exigiría un aumento de las contribuciones o los subsidios o que la prima haga parte de la actual cotización y por lo tanto afecte los recursos dedicados a la prestación de los servicios de salud. Estos parecen ser impedimentos mayores en la actualidad. Pero ante la dificultad de reformar el régimen de cesantías, el canalizar el seguro de cotizaciones para salud a través del Fosyga sí debe ser una alternativa considerada muy seriamente.

Como se verá luego, la ventaja de incorporar el seguro de cotizaciones para salud dentro de un paquete de protección del ingreso laboral que extiende el actual auxilio de cesantías, sería precisamente que aquel podría financiarse sin aumento

de contribuciones. Y también se ofrece un sistema de recaudo y pago que ya está funcionando, a través de las administradoras de fondos de cesantías.

(T3) 5.2 Rediseño del sistema de cesantías

El sistema actual y los fondos de cesantías existentes podrían servir de base de mejoras que superaran las limitaciones que presentan, pero se requerirían seguros y subsidios complementarios:

- Se limitarían los retiros parciales para mantener un saldo usable solo cuando haya desempleo, sin importar su causa. Cada persona debería acumular un saldo para lograr un beneficio básico, que se emplearía antes de acudir a un seguro o fondo mutuo complementario y que se repondría al volver a emplearse. El saldo en la cuenta individual al final de la carrera laboral se utilizaría para pensiones. El beneficio básico cubriría un reemplazo parcial del salario promedio anterior, más las contribuciones para salud. En cuanto el sistema de pensiones se reorienta al de ahorro individual, no se requeriría seguro para las cotizaciones de pensiones.
- 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, dentro de límites. 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 emplearse, pagaría parte del préstamo suplementario.
- En caso que las cotizaciones efectuadas al sistema no permitan financiar completamente la prestación inicial, se recurriría a los demás recursos de la cuenta individual de cesantía, y solo 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, a 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 subcuenta 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.

La idea de emplear cuentas individuales para el subsidio al desempleo ya ha venido discutiéndose en varios países. La propuesta aquí esbozada debe bastante a la de René Cortázar (1995, pp. 5 -19) para Chile. En este país donde hay cuentas individuales de ahorro para pensiones, no se han aprovechado hasta el momento para protección a los cesantes. En este momento se debate en el Congreso chileno un proyecto con esta filosofía, pero con un diseño muy inferior al de Cortázar.

El esquema no tiene que ser necesariamente de ahorro, y de hecho ya hay numerosas propuestas en países avanzados, que emplean las cuentas individuales combinadas con seguros, para reducir los efectos indeseables de los seguros tradicionales de desempleo. En esta dirección se destacan los trabajos de M. Feldstein y D. Altman (1998) y M. Orzag y D. Snower (1997).

Las cuentas individuales, complementadas con esquemas de seguros que aumentan su eficiencia para repartir riesgos, pueden ser base de esquemas más amplios de protección social, que las emplean para múltiples propósitos, como se ha hecho acá para asegurar las cotizaciones para salud. Una reseña de esta idea se encuentra en S. Fölster (2000) y en M. Eichner et al (1996).

Finalmente, la implementación de este esquema enfrentaría dificultades por el lado de que habría expectativas exageradas respecto a su capacidad para enfrentar la situación actual de desempleo, y por lo bajo de los saldos actuales de cesantías y el uso como ingreso corriente que se le viene dando al auxilio en esta coyuntura. Pero se favorecería por el atractivo que ofrecería el seguro de cotizaciones para salud.

(T3) 5.3 Cuentas de ahorro individual

Como parte de programas de liberalización del mercado de la salud se han propuesto en otros países, las cuentas de ahorros para salud, sobre la base de experiencias de seguros financiados de esta manera (Ferrara P, 1995 y Tanner M, 1995).

Las cuentas de ahorro para salud se han propuesto como medida para corregir los incentivos perversos que encarecen la salud debido al desinterés de médicos u pacientes por controlar costos, dado que los seguros casi siempre y en su mayor parte los paga un tercero: el empleador o el fisco. Los individuos ahorran en cuentas exentas de impuestos (en Estados Unidos, como en los IRAs para pensiones). Con ello pueden pagar gastos médicos rutinarios. Y en vez de comprar costosas pólizas de seguros, podrían adquirir pólizas más baratas contra riesgos catastróficos para protegerse contra gastos médicos mayores.

La ventaja aducida sería que los trabajadores gastarían sus propios recursos para salud y por ello tendrían incentivos para controlar los costos, y ello estimularía la competencia por costos entre los proveedores, médicos y hospitales. Como los consumidores escogerían sobre la base de costo y calidad, los proveedores también competirían para minimizar costos y maximizar calidad, como en los mercados normales. Se argumenta además que el paciente y no el asegurador escogería la calidad, que se reduciría el número de los no asegurados porque quienes no reciben cobertura pagada por el empleador tendrían las mismas ventajas tributarias que solo tienen los segundos. Los fondos acumulados en las cuentas de ahorro para salud podrían ser empleados para pagar los seguros catastróficos durante los períodos de desempleo, así como para financiar seguros para cuidados de largo plazo y otros beneficios no provistos por la seguridad social en la época de jubilación²⁹.

Los argumentos en contra de confiar masivamente en el mecanismo de las cuentas de ahorro para salud han sido:

- El cuidado de la salud se ha vuelto complejo y los consumidores no pueden tomar las decisiones conscientes de costos. Esto puede ser particularmente serio en países en desarrollo, y de hecho hay experiencias negativas en este contexto.
- Se reduciría el gasto preventivo y aumentaría a la larga el gasto curativo.
- Las Cuentas atraerían los sanos y habría selección adversa que aumentaría el costo de los seguros tradicionales y de la seguridad social.
- También se teme que las cuentas sean regresivas por beneficiar a los más pudientes y eliminar componentes de solidaridad que pueda haber en los seguros, particularmente la seguridad social.

Si bien es cierto que hay algo de verdad en las objeciones, lo que importa es su significación empírica. Respecto a la regresividad, depende del esquema de impuestos y exenciones, o de la financiación particular de la seguridad social.

Otro argumento a favor de las cuentas de ahorro para salud, sería el que fortalecerían los incentivos para continuidad en la afiliación, porque los beneficios se asegurarían en la época de vejez y de retiro para quienes no acceden o no tienen incentivos fuertes para pensiones, como es el caso de los trabajadores independientes con capacidad de pago. El esquema de cuentas de ahorro para salud ofrece en últimas, una alternativa estructural diferente a la del sistema de aseguramiento obligatorio para salud cuando éste llegue a ser muy costoso, particularmente para lo que son la mayoría de los servicios prestados, y también

²⁹ Otra ventaja de las cuentas de ahorro para salud sería el que son portables.

plantea que el aseguramiento conviene es para el espectro de alto costo y baja probabilidad.

Cabe entonces preguntarse si la manera de atraer a los independientes con capacidad de pago al sistema de salud es a través del aseguramiento *forzoso*, o con *incentivos para el ahorro para salud* (complementado con seguro catastrófico sí obligatorio).

El esquema actual depende de las contribuciones de los independientes con capacidad de pago para los subsidios cruzados que son importantes para el sistema contributivo, en un contexto en el cual hay una mayoría asalariada con ingresos inferiores a los de estos independientes y el costo del plan obligatorio es bastante alto respecto al promedio de los aportes. Así es que una dificultad con la implantación de la *opción de cuentas de ahorro para salud* sería la de su efecto sobre la redistribución dentro del sistema contributivo, el cual no solo se limitaría a los independientes, sino que se constituiría como un incentivo en contra del empleo asalariado. Este efecto se magnifica por el alto costo de la UPC: un menor costo de ésta reduciría los incentivos para evasión y facilitaría la complementariedad entre esquemas de aseguramiento colectivo y de cuentas individuales de ahorro.

Por ahora valdría de todas maneras la pena analizar la posibilidad de que los independientes con capacidad de pago tengan la *opción de cuentas de ahorro para salud, frente al aseguramiento colectivo, y que aquella incluyera una contribución de solidaridad*.

(T1) B. PROPUESTAS DE AFILIACION, PAGO, RECAUDO Y CONTROL DE APORTES

(T2) 1. Afiliación

La ley 100 define a la entidad promotora de salud como la responsable de la afiliación y registro en el RC. Sin embargo, la descentralización de este proceso en las EPS, sin consulta automática con otras entidades aseguradoras, genera el riesgo de afiliaciones múltiples en el Sistema. Por otro lado, la forma como viene efectuándose el proceso de compensación sobre la base de archivos de afiliados compensados que tienen que reconfigurarse mes a mes en cada EPS sobre la base de las novedades de recaudo, genera extracostos en el procesamiento de información, aumenta el riesgo de la reaparición de registros múltiples e impide conocer el estado de las cuentas en mora de cada aportante y tener un manejo de cartera.

Para resolver en forma estructural estos problemas se propone la introducción del Número único de identificación personal, la conformación de un Banco único de afiliados del SGSSS, el Registro único de aportantes y retenedores del régimen contributivo, entre otros.

(T3) 1.1 Número único de identificación personal

Se propone considerar seriamente la posibilidad de introducir en el país el Número único de identificación personal (NIP), que se le otorgaría a todo residente en Colombia desde su nacimiento, nacionalización o residencia y que lo acompañaría toda la vida, substituyendo a otros documentos de identificación en el registro civil, como el número de registro civil, la tarjeta de identidad, la cédula de ciudadanía, la cédula de extranjería y otros; y que se constituiría en el número único de identificación para seguridad social. El principal usuario de este número único de identificación personal sería el sector salud, que dentro de la seguridad social es el único componente que tiene en la ley cobertura universal, y eventualmente, debe llegar a los 42 millones de colombianos y a los que existan en el futuro.

A falta de este NIP, la identificación de los usuarios actuales del Sistema de Salud adolece de grandes defectos: el registro civil de nacimiento es muy incompleto y demorado en su inscripción; la tarjeta de identidad ha sido suspendida en varios momentos y hay vacíos muy grandes en su cobertura para menores de edad; muchos mayores de edad no poseen cédula de ciudadanía, especialmente en las zonas rurales; los números utilizados en estos diferentes sistemas de identificación no son únicos y se repiten entre sistemas, sistemas particulares de identificación por sectores o programas sociales no garantizan unicidad de la identificación, ni permiten su comparación con otros sistemas.

Se estima que cualquiera que sea el costo social de esta propuesta, sus beneficios sociales serán siempre muy superiores, ante la ineficiencia y falta de focalización de los programas sociales que su ausencia le está generando al país.

(T3) 1.2 Registro único de aportantes y retenedores

La primera propuesta para hacer frente a los problemas identificados al interior del sector salud es la creación y mantenimiento de un Registro único de aportantes y retenedores del régimen contributivo, que sea la base para la fiscalización del recaudo.

La propuesta tiene los siguientes elementos:

- Todo aportante o retenedor de aportes para el RC del SGSSS debe inscribirse en un Registro único de aportantes y retenedores del RC. Este registro debe actualizarse periódicamente.
- Pueden ser aportantes o retenedores de aportes las personas naturales o jurídicas que suscriban contratos de trabajo o contratos de prestación de servicios personales.

(T3) 1.3 Banco único de afiliados al Sistema

Uno de los principales insumos y sobre el cual operan los procesos de pago y recaudo de aportes en el régimen contributivo, así como el referente a la compensación es el relacionado con la información de las personas afiliadas al Sistema.

Al respecto el Administrador fiduciario de los recursos del Fosyga tiene la obligación de consolidar la base de datos de todas las personas que, a través de las diferentes aseguradoras: EPS y otras empresas obligadas a compensar, han sido vinculadas al Sistema.

Para el sistema de salud, en términos de información, cada una de las personas afiliadas se comporta como un registro único. La composición de cada registro de información debe ser el resultado del establecimiento de un conjunto armónico de datos, conjunto cuyas condiciones se establecen de acuerdo con las múltiples relaciones existentes con otros registros de información.

En la actualidad los registros de información que componen la base de datos de los afiliados al Sistema, aunque en su estructura se han establecido de manera clara, no incluyen un modelo de datos donde se separen claramente los grupos de registros y sus relaciones estableciendo de manera precisa un esquema de entidad-relación que impida la conformación de registros múltiples.

El Banco único de afiliados del SGSSS que se propone, deberá tener una depuración y mantenimiento continuos, utilizarse como instancia previa al registro como afiliado de una EPS para validar dicho registro mediante el cruce con otros aseguradores y que sea la base para la realización del proceso de compensación.

La depuración de este archivo maestro implica confirmar en el momento de ingreso al Sistema y periódicamente la sobrevivencia de la persona con datos de la Registraduría Nacional (verificar que no esté muerto) y terminar el proceso de eliminar los registros múltiples de afiliados heredados del pasado. El mantenimiento implica incorporar mensualmente las novedades de entrada y salida de afiliados al Sistema, los cambios de residencia de los afiliados, los

traslados desde y hacia otra administradora y los cambios en el tipo de afiliación de la persona (cotizante, beneficiario o adicional), el estatus de cotizante (dependiente, pensionado o independiente), y el estado de afiliación (activo, inactivo), sobre la base de las novedades reportadas por las EPS.

La única fuente de información oficial válida sobre afiliados al SGSSS, sería el Banco único de afiliados al SGSSS, a medicina prepagada y a pólizas de hospitalización y cirugía, con archivos diferentes de afiliados según el tipo de asegurador: régimen contributivo, régimen subsidiado, regímenes de excepción, medicina prepagada y pólizas de hospitalización y cirugía.

(T2) 2. Ajustes al proceso de recaudo

Según la ley 100 el recaudo de las cotizaciones en el régimen contributivo es responsabilidad del SGSSS-Fosyga, quien delegará en lo pertinente esta función en las EPS, manteniendo que las cotizaciones que recaudan las EPS pertenecen al SGSSS. Sin embargo, como se indicó anteriormente, las EPS no tienen suficientes incentivos para recaudar el pago íntegro de las cotizaciones obligatorias, ya que sus ingresos dependen del crecimiento de sus afiliados y del pago oportuno de sus obligaciones para obtener el reconocimiento de UPC, pero no de la integridad del pago, el cual sólo afecta los recursos globales del Sistema. Para las EPS sus cotizantes son más unos clientes que unos contribuyentes; cualquier intento individual de controlar el pago íntegro puede significarles la migración de sus afiliados hacia otras EPS más permisivas.

Por otro lado, la dispersión de la información sobre el recaudo del sistema dificulta el control de la evasión y elusión de aportes por las siguientes razones:

- La libertad de elección del cotizante, aunada a la dispersión del recaudo por EPS, dificulta consolidar la información por aportante, que debe ser el verdadero sujeto para el control de la integridad de los aportes.
- Con la descentralización en las EPS, la información del recaudo global sólo se puede consolidar después de un complejo y desvertebrado proceso de reporte de información desagregada a través de las declaraciones mensuales de giro y compensación que las EPS deben presentar al Fosyga por mes de causación.
- La permanencia de saldos no conciliados y no legalizados en manos de las EPS, agrava el problema anterior.
- Las EPS han venido manejando sus propias cajas en algunos lugares para el recaudo de aportes, lo que dificulta su control.

- Los sistemas de información del recaudo utilizados en la actualidad no manejan adecuadamente el caso de empleos múltiples o fuentes múltiples de IBC, porque no parten de una concepción lógica de entidad-relación (aportante-cotizante), que frente a esta situación implica que un cotizante puede tener varios aportantes, incluido él mismo como trabajador independiente. Parte del problema de multiafiliación y multicompensación proviene de este hecho, ya que el archivo de recaudo lógicamente es un archivo de transacciones aportante-cotizante y, por lo tanto debe contener registros múltiples por cotizante, cuando éste tiene múltiples empleos o fuentes de ingreso.
- La autoliquidación de aportes para cotizantes dependientes y servidores públicos, que entrega mensualmente el empleador o aportante con el pago de aportes, genera un volumen excesivo de información que se repite mensualmente, que no sólo no se utiliza para su finalidad, que es el control de la integridad del pago, sino que dificulta la compensación y la validación de derechos, por el gran volumen de información innecesaria que hay que procesar mensualmente.
- Al no tener interés en el recaudo, las EPS no están aplicando correctamente el modelo de presunción de ingresos para independientes, generando evasión o elusión de aportes al aceptar en forma generalizada la afiliación sobre el mínimo IBC presuntivo de 2 SMLV, para independientes que tienen ingresos reales muchos mayores.
- Las EPS no tienen incentivos para recuperar cartera morosa

Frente a esta problemática es necesario reestructurar los procesos de recaudo y mejorar su eficiencia interna, con el objeto de hacer economías en el procesamiento de información y aprovechar las economías de escala de algunos procesos para reducir costos, facilitar los procesos de fiscalización y control de aportes para reducir los niveles de evasión y elusión y aumentar la base tributaria de las cotizaciones, para lograr mayores niveles de equidad.

En esta dirección se propone modificar el artículo 156 de la ley 100 para permitir en el futuro, si se considera conveniente para el Sistema y si las condiciones operativas y de sistemas de información lo permiten, que el Fosyga organice un esquema de recaudo centralizado sobre la base de una autoliquidación unificada de aportes, que le simplifique el proceso de pago a los aportantes, permita tener información consolidada y oportuna del recaudo efectivo del Sistema y facilite su fiscalización.

Mientras se dan estas condiciones, se propone mantener la delegación del recaudo en las EPS, en cuentas de recaudo bajo el control del SGSSS-Fosyga y

avanzar en una serie de direcciones para simplificar el proceso, reducir costos de los sistemas de información, tener una visión más integral de los aportes para la seguridad social en salud, teniendo en cuenta la posibilidad de múltiples empleos, hacer más ágil y eficiente el proceso de validación de derechos, lograr mas estabilidad en la afiliación de los cotizantes y sus familias, reducir los niveles de evasión y elusión y facilitar la fiscalización del pago integro y oportuno de los aportes al Sistema.

Para ello se proponen las siguientes modificaciones e innovaciones a los procesos de recaudo:

- Simplificar la autoliquidación de aportes para cotizantes dependientes y servidores públicos, a través de un proceso por etapas, que terminaría en una autoliquidación unificada por aportante.
- Introducir descuentos sobre contratos de prestación de servicios personales u honorarios para contratistas con suficiente capacidad de pago.
- Introducir la facturación mensual de independientes sobre la base de un IBC presuntivo, y exigir su obligatoria aplicación.
- En el largo plazo, centralizar el recaudo en cuentas únicas del sistema y encargar del proceso de manejo de archivos de recaudo a la Central única de afiliación y recaudo.

(T3) 2.1 Autoliquidación simplificada de aportes

En el caso de trabajadores dependientes y servidores públicos el recaudo se lleva a cabo a través de la presentación mensual por parte del empleador o aportante, de una autoliquidación de aportes con pago que incorpora una liquidación detallada por cotizante, donde se reportan las novedades permanentes de afiliación (ingreso, retiro, traslado de o hacia otra administradora); las novedades permanentes o transitorias que afectan el IBC mensual (cambio en el salario básico, suspensión del trabajo y licencia no remunerada, vacaciones y días cotizados en el mes); las incapacidades y licencias de maternidad, el salario básico, la variación del salario o salario variable, el IBC, la cotización obligatoria, el valor de las incapacidades y licencias de maternidad pagadas, con su respectivo número de autorización, y la UPC Adicional pagada por beneficiarios que no forman parte del núcleo familiar, pero dependen del cotizante. Esto genera un volumen grande de información, mucha de la cual se repite mes a mes y que tiene que ser capturada y procesada mensualmente por cada EPS, para ser incorporada en los archivos de afiliados compensados y reportada al administrador

fiduciario de Fosyga, como soporte de la declaración de giro y compensación. Parte importante de la propuesta es la simplificación y agilización del reporte de novedades que se requiere para la operación del Sistema y la separación de aquellas que se usan para fiscalización y control posterior, como se discute a continuación.

(T4) a. Escenarios alternativos de reestructuración

En la propuesta se han examinado varios escenarios alternativos de reestructuración del proceso de autoliquidación de aportes, sobre la base de la existencia del Banco único de afiliados del Sistema.

Frente a la autoliquidación desagregada por EPS existente se propone como opción alternativa una autoliquidación unificada por aportante, que sólo es compatible con un Sistema de recaudo unificado en Cuentas únicas de recaudo del Sistema.

Frente a la autoliquidación basada en el IBC mensual, que requiere un reporte mensual de novedades de IBC como la que existe, se propone como opción alternativa una autoliquidación anual detallada, sobre la base del total de salarios pagados en el año, acompañada de autoliquidaciones mensuales de avance simplificadas, basadas en un IBC presuntivo que se reportaría una vez al año, cuyo pago oportuno sea la condición para la validación de derechos y cuyos avances pueden ser descontados de la declaración anual.

Los cambios en las bases de liquidación y en el tipo y forma de la autoliquidación de aportes, introducen a su vez, la necesidad de modificar el proceso de compensación. En el caso de la autoliquidación unificada por aportante, en que todo el recaudo se hace en cuentas únicas del Sistema, podría desaparecer como tal la declaración de giro y compensación y dar paso a un proceso centralizado de compensación y giro, a través del cual el administrador fiduciario de los recursos de Fosyga, sobre la base del recaudo por aportante y del cruce con el Banco único de afiliados, puede establecer el archivo de afiliados activos que pueden ser compensados en el mes, agrupados por bloques de aportantes y girar a cada EPS las UPC que le corresponden. Estos giros a su vez, y dependiendo del tiempo que pueda tomar el cierre del proceso de compensación mensual, pueden hacerse sobre la base de anticipos y un pago final, o de un pago único al cierre del proceso de compensación.

Con la introducción de descuentos sobre contratos de servicios personales, que se discuten más adelante, la autoliquidación de aportes debe dar paso a una autoliquidación de aportes y descuentos, donde se identifique una sección de

aportes de cotizantes dependientes, una sección de aportes de adicionales (UPC) y una sección de descuentos sobre contratos de servicios personales.

El Cuadro 5.2 resume las diferentes alternativas que pueden surgir al combinar estas diferentes opciones de subprocesos de autoliquidación, pago de aportes y compensación para el caso de los cotizantes dependientes. Con la combinación de factores planteados, surgen ocho alternativas que son internamente coherentes.

En todos los casos, las novedades generadas en la propia EPS no se reportarían, las novedades de afiliación se reportarían en el momento en que ocurran y las novedades que sólo se utilizan como soportes para la fiscalización del recaudo no se reportan sino ante algún requerimiento de la autoridad competente. En estas condiciones la única novedad, diferente a los aportes y pagos realizados, que es necesario reportar con la autoliquidación de aportes es el IBC.

Si se mantiene el IBC mensual como base de cotización, es necesario reportarlo mensualmente como anexo o reporte, previo o coincidente con el pago, y enviarlo por cualquier medio.

Si se adopta el IBC anual como base de cotización, es necesario reportar sólo una vez al año el IBC promedio de todos los cotizantes dependientes: en enero para los vinculados con contrato de trabajo y que pasan al año siguiente y mensualmente como novedad sólo para los nuevos ingresos del mes.

Cuadro 5.2 Escenarios alternativos de autoliquidación, pago de aportes y compensación

Base de liquidación	Tipo de autoliquidación y pago de aportes	Forma de autoliquidación	Compensación	Forma de pago a la entidad obligada a compensar	Alternativa N°
IBC mensual	Por EPS	Mensual con novedades de IBC	DGC única mensual	Anticipos durante el mes y un pago final mensual	1
				Único pago mensual	2
	Unificada por aportante	Mensual con novedades de IBC	Proceso centralizado de compensación mensual	Anticipos durante el mes y un pago final mensual	3
				Único pago mensual	4
IBC promedio anual + IBC presuntivo mensual	Por EPS	Anual detallada + mensual simplificada	Recaudo anual unificado y no compensado (Fosyga) + DGC única mensual para validación de derechos	Anticipos durante el mes y un pago final mensual.	5
				Único pago mensual.	6
	Unificada por aportante	Anual detallada + mensual simplificada	Recaudo anual unificado y no compensado (Fosyga) + proceso centralizado de compensación mensual para validación de derechos.	Anticipos durante el mes y un pago final mensual.	7
				Único pago mensual.	8

Estrategia Recomendada: Escenario Actual – Escenario 1 – Escenario 2 – Escenario 6 – Escenario 8.

(T4) b. Reporte de novedades

Las novedades reportadas actualmente en el Formulario de autoliquidación de aportes son en gran parte redundantes o innecesarias para la operación y su procesamiento tiene altos costos para el Sistema, o sirven para la fiscalización del recaudo, que debe ser posterior y no inmediata. En consecuencia, se proponen varias medidas para simplificar los flujos de información que deben reportarse mensualmente al sistema en la autoliquidación de aportes.

La más importante de ellas es la conformación de un Banco único de afiliados, ya discutido anteriormente, donde se reportarían las novedades permanentes de afiliación (ingreso, retiro y traslado de o hacia otra administradora) informadas por el empleador a la EPS en el momento en que ocurren. Esto hace innecesario reportarlas otra vez con la autoliquidación de aportes mensual.

Las novedades de incapacidades y licencias de maternidad, con su respectivo número de autorización, las conoce la EPS; por lo tanto no es tampoco necesario reportarlas nuevamente en la autoliquidación mensual; basta con reportar los valores pagados al cotizante por este concepto.

Las otras novedades, permanentes o transitorias que afectan el IBC mensual (cambio en el salario básico, salario variable, suspensión del trabajo y licencia no remunerada, vacaciones y días cotizados en el mes), explican el cambio en el IBC pero no lo validan mientras no se fiscalice la veracidad de lo declarado. Como es imposible verificar esto sin una inspección a las nóminas de las empresas, se propone que se exija a los aportantes mantener esta información disponible y reportarla sólo en caso de algún requerimiento. Esto simplifica el flujo de información a través del Sistema. La eliminación del reporte de días trabajados implica una revisión exhaustiva de las normas de recaudo y compensación, que utilizan esta variable para algún cálculo y sustituir estos procedimientos por otros que no la requieran.

En síntesis, como ya se indicó anteriormente, la única novedad diferente a los pagos realizados que hay que reportar con la autoliquidación de aportes es el IBC. Con esta simplificación el recaudo comenzaría a operar sobre la base de la buena fe del declarante, lo cual tiene sentido si se establece una fiscalización y control posterior eficaz y creíble, que produzca un efecto importante de disuasión de conductas evasivas o elusivas.

(T4) c. Base de liquidación de aportes

Una de las variables críticas para la operación del Sistema, que es necesario revisar para poder simplificar el reporte de novedades, es la periodicidad con la cual se debe actualizar el ingreso base de cotización para la liquidación del pago de aportes y para la validación de derechos. Estas dos aplicaciones no necesariamente deben coincidir en el tiempo.

Se propone considerar dos opciones alternativas para definir las bases de liquidación para el pago de los aportes en el régimen contributivo en salud: i) Continuar con la base del IBC mensual, pero simplificando la autoliquidación detallada de aportes, reportando únicamente la información estrictamente requerida para la operación como anexo a la declaración; y ii) Definir como base de liquidación el IBC anual, con una autoliquidación anual de aportes detallada, acompañada de autoliquidaciones mensuales simplificadas.

(T3) 2.2 Descuentos contratos prestación de servicios personales

La ley 100 establece en el artículo 204 que para efectos de cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno nacional reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas, la región de operación, y el patrimonio de los individuos. Así mismo, la periodicidad de las cotizaciones para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad y periodicidad de sus ingresos.

De todos son conocidas, las dificultades para aproximarse de una manera equitativa al ingreso real laboral de los trabajadores independientes, a través de un modelo de presunción de ingresos, cualquiera que sea su grado de complejidad, ya que este ingreso real no solo depende de las características del individuo y de su ubicación en los mercados de bienes y servicios, que pueden ser variables de fácil observación, sino de las oportunidades reales que tiene de obtener ingresos brutos por la venta de esos bienes y servicios y de los costos en que tiene que incurrir para obtener un ingreso neto que pueda considerarse como su ingreso laboral personal para servir de base de cotización, que son variables que sólo se pueden observar con un alto costo de recolección de información. Esta problemática se agrava por la poca estabilidad y periodicidad de estos ingresos.

Lo anterior significa que un modelo de presunción de ingresos debe establecer unos pisos relativamente bajos para reducir la inequidad frente a trabajadores independientes cuyo ingreso real está por debajo del ingreso presuntivo; pero si estos pisos se bajan demasiado se genera una importante elusión de aportes de las personas cuyo ingreso real está muy por encima de dichos pisos.

Frente a la elusión de aportes de trabajadores independientes con ingresos reales superiores a los pisos mínimos establecidos por el modelo de presunción de ingresos, no existe ningún instrumento. El problema se agrava por la falta de incentivos que tienen las EPS para aplicar el modelo de presunción de ingresos e incurrir en los costos de la validación de la información reportada para su cálculo, ya que sus ingresos dependen de las UPC que puedan compensar y no del recaudo efectivo. Esto ha dado como resultado una muy baja aplicación del modelo de presunción de ingresos para la afiliación de independientes, en parte a través de la acción perversa de los promotores de venta del POS, contratados por las EPS del RC, quienes promueven la afiliación sobre la base del IBC mínimo para cotizar de 2 SMLV, con lo cual las EPS maximizan el total de afiliados y por lo tanto su ingreso en UPC.

Ante la problemática anteriormente descrita, se propone incorporar el ingreso real de contratos de servicios personales u honorarios en el cálculo del IBC de los cotizantes que reciben ingresos por este concepto por parte de personas jurídicas de naturaleza pública o privada; y de establecer un descuento del 6% sobre los pagos de estos contratos, que debe ser retenido por la empresa o entidad aportante y girado a la EPS donde esté afiliado el trabajador en las mismas fechas y condiciones en que se giran los aportes del personal con contrato de trabajo.

Si el contratista, como persona natural, es a su vez subcontratista de terceras personas, como es común en la industria de la construcción y en los profesionales independientes, éste debe inscribirse en Cámara de Comercio como empresa unipersonal para poder contratar y se convierte a su vez en retenedor de los descuentos para seguridad social de los pagos realizados a las personas subcontratadas, sometiéndose a las mismas normas que tiene que seguir un contratista principal.

Los descuentos se deben realizar sobre todos los pagos mensuales que superen los dos (2) SMLV. Esto con el objeto de limitar el alcance de los descuentos, para excluir pagos menores que cubren un gran volumen de transacciones en la economía en este segmento de contratos de servicios personales, de muy difícil fiscalización.

Este ejercicio implica hacer una presunción sobre la parte del ingreso bruto recibido a través de contratos de servicios personales u honorarios, que constituye ingreso laboral neto para el beneficiario y por lo tanto se constituye en IBC para los aportes a salud dentro del régimen contributivo.

El cálculo real de la parte del ingreso bruto de contratos de servicios personales u honorarios que le queda como ingreso neto al contratista después de gastos implica conocer el PyG del contratista como empresa unipersonal, lo cual tendría costos de recolección y verificación de información muy altos frente al recaudo que

se podría obtener a través de los descuentos. Es por lo tanto, necesario hacer una presunción simple sobre esta proporción, que reduzca costos de recolección de información. Frente a la incertidumbre asociada con la gran variabilidad que puede tener este parámetro en el universo de contratistas, se propone adoptar el criterio incorporado en el Artículo 87 del Estatuto Tributario de que el ingreso gravable puede reducirse hasta el 50% del ingreso bruto en el caso de contratos de servicios personales, y que ha sido utilizado por la Dian para la retención en la fuente de ingresos de independientes³⁰. En estas condiciones el IBC para los descuentos de contratistas sería:

$$\text{IBCC} = \text{Ingreso bruto}/2$$

Y el descuento sobre todo pago mensual de contratos por encima de 2 SMLV para la seguridad social en salud sería:

$$D = 0.12 * \text{IBCC} = 0.06 * \text{Ingreso bruto}$$

Es decir, el descuento debe ser 6% de todos los pagos que le realicen por encima de 2 SMLV y con esta tasa los descuentos cubrirían el 100% de la cotización debida por esta fuente de ingresos.

La introducción de descuentos sobre los pagos de contratos de prestación de servicios u honorarios a contratistas afecta a los cotizantes inscritos como asalariados, que pueden tener múltiples empleos y por ende múltiples fuentes de ingreso laboral, a los cotizantes inscritos como independientes, es decir, que sólo reportan ingresos como independientes y a los afiliados inscritos como beneficiarios o adicionales, que tienen alguna capacidad de pago. En el primer caso, estos descuentos permiten hacer frente a la evasión por no reporte de ingresos adicionales al salario; en el segundo caso hace frente a la elusión originada en el cobro sobre la base de un ingreso presuntivo que puede ser inferior al ingreso real de la persona y en el tercer caso hacer frente a la evasión o elusión originada en falsedad en el tipo de afiliación, en el subconjunto de beneficiarios que demuestren a través de los descuentos de contratos que tienen ingresos suficientes para afiliarse como cotizantes.

(T3) 2.3 Facturación mensual de independientes

³⁰ Este valor es consistente con un modelo de empresa unipersonal en que se supone que el contratista tiene un multiplicador de gastos indirectos de 1.4 sobre el ingreso neto que le queda como ingreso laboral y que el IBC es el 70% de este ingreso laboral, para homologarlo con el salario integral, donde se reconoce un 30% para cubrir los costos de las prestaciones sociales no gravables. En estas condiciones el ingreso base de cotización sería: $\text{IBC} = 0.7 * (\text{Ingreso bruto}/1.4)$; es decir, $\text{IBC} = \text{Ingreso bruto}/2$.

Para los afiliados inscritos como cotizantes independientes en el RC se propone introducir la facturación sobre la base del IBC presuntivo. Este IBC se debe ajustar anualmente sobre la base de la información reportada en el Formulario de inscripción de independientes y del aumento del salario mínimo legal (SMLV) y tiene validez para el año completo. El pago íntegro y oportuno de esta factura mensual da derecho a los servicios de salud incorporados en el POS.

La factura mensual de cotizantes independientes sería:

$$F = 0.12 * IBCP$$

(T3) 2.4 Central única de afiliación y recaudo

En el escenario de Autoliquidación unificada por aportante, el recaudo tiene que ser centralizado en cuentas únicas del sistema, que tienen que ser administradas por el SGSSS y vigiladas por la Superintendencia nacional de salud.

En los escenarios anteriormente expuestos para afiliación y en el escenario de Recaudo unificado se propone la creación de una Central única de afiliación y recaudo, que administre tanto el Banco único de afiliados oficial (conformación, depuración y mantenimiento), como el recaudo del régimen contributivo, y sobre la base de la administración de esta información, autorice nuevas afiliaciones o traslados entre aseguradoras dentro de dicho régimen, y lleve a cabo centralizadamente el proceso de giro y compensación.

En este escenario, las EPS y otras entidades obligadas a compensar, no tendrían funciones de recaudo, ni tendrían que presentar mensualmente declaración de giro y compensación, sólo tendrían que enviar mensualmente o en el momento de su ocurrencia las novedades de afiliación que se presenten.

La Central única de afiliación y recaudo realizaría todos los cruces necesarios para garantizar unicidad de los registros de afiliados, su depuración y consistencia con otras bases de datos, la integridad, autenticidad y oportunidad de todos los conjuntos de información que administre y prepararía todos los soportes detallados del proceso de giro y compensación mensual.

(T2) 3. Reestructuración del proceso de compensación

Como se indicó anteriormente, el mecanismo de compensación entre afiliados a las distintas entidades promotoras de salud, a través del Fosyga, tiene como propósito central garantizar la solidaridad y equidad dentro del Sistema general de seguridad social en salud, evitando la selección adversa de la población por su

nivel de ingresos, sexo o edad, posibilitando la libre escogencia de EPS por parte de los afiliados y la libre competencia entre ellas, promoviéndose además, la calidad en la prestación de los servicios de salud.

La reestructuración propuesta busca cumplir cabalmente con los objetivos que originaron el establecimiento del proceso de compensación dentro del SGSSS, diseñando un mecanismo de compensación efectivo a partir de un proceso fácil de recaudo y pago de los aportes de los afiliados, posibilitando su identificación, vigilancia y control, así como la imposición de sanciones cuando haya lugar a ellas.

La reestructuración de los procesos de liquidación, pago y recaudo de las cotizaciones obligatorias en el régimen contributivo, implica un rediseño del proceso de compensación, de los sistemas de información que lo soportan y del papel de las diferentes instituciones y agentes que participan en él. En tal sentido, se plantea una propuesta integral para mejorar y agilizar los flujos de fondos, facilitar su fiscalización, reducir los niveles de evasión y elusión de aportes y reducir los costos de procesamiento de información.

La esencia del proceso de compensación en el RC es el reconocimiento y pago a las EPS y otras entidades obligadas a compensar de los costos del aseguramiento, medidos en UPC, de todos aquellos afiliados que hayan pagado íntegra y oportunamente las cotizaciones obligatorias para salud. El pago se financia con los recursos provenientes del recaudo de las cotizaciones obligatorias, independientemente de si dicho recaudo está centralizado en el Sistema o desagregado por EPS. Si los recursos disponibles no son suficientes, el Fosyga (Sistema) está autorizado para suscribir créditos con el sistema bancario en caso de que se presenten problemas de liquidez al momento de hacer la compensación. Si estos problemas persisten el CNSSS debe redefinir los parámetros de diseño del Sistema, disminuyendo la cobertura del POS, disminuyendo la UPC, o aumentando las tasas de cotización, dentro de los límites permitidos; o debe tomar medidas para reducir los niveles de evasión y elusión mediante políticas de fiscalización y control de aportes más efectivas. Las bases de cotización, los plazos, los mecanismos de liquidación y pago de aportes, el diseño de los sistemas de información y reporte de novedades que se implanten y los aspectos institucionales de quien hace qué, son insustanciales para este núcleo central del diseño lógico del proceso.

El núcleo central del proceso es un problema de optimización del diseño de sistemas de información, para garantizar información confiable y oportuna sobre los derechos al aseguramiento en salud de los afiliados, adquiridos a través del pago íntegro y oportuno de los aportes obligatorios. En esa dirección se orienta la propuesta de mejoramiento de este proceso.

Con el fin de optimizar y homogenizar la información que se requiere para el proceso de compensación, se propone la conformación de dos estructuras informáticas primordiales: información de afiliación e información de recaudo. La primera de estas estructuras se refiere a los datos requeridos para identificar a los afiliados cotizantes, relacionarlos con su grupo familiar y con los adicionales que tienen registrados, con todas las características requeridas para el cálculo de la UPC que les corresponde (edad, sexo y lugar de residencia habitual). La segunda, es la información que relaciona a los cotizantes que han pagado aportes, presentes, pasados o futuros para salud durante el mes de compensación, ya sea en bloque, a través de la autoliquidación de aportes o individualmente a través de la facturación, en el caso de independientes.

Una de las innovaciones del proceso de compensación propuesto es que todos los pagos de aportes realizados durante el mes de compensación se incluyan en una única declaración de giro y compensación mensual; es decir, esta liquidación sería por el método de caja y no de causación y habría para cada cotizante un registro por cada mes de causación o validación donde haya habido algún pago de aportes. La segunda innovación es que el proceso de compensación mensual reconocería UPC por todos los períodos de causación o validación que se paguen en el mes de compensación y estos podrían ser presentes, pasados o futuros si se paga oportunamente el mes corriente, se validan los derechos al servicio para ese mes; si se pagan extemporáneamente vigencias atrasadas, la EPS tiene derecho a recibir en ese momento las UPC por esas vigencias; si se pagan vigencias futuras, la EPS debe acreditar los derechos al servicio por esas vigencias futuras y no puede volver a compensar al cotizante y su grupo familiar en esas vigencias. Una tercera innovación es la introducción de descuentos a contratistas por pagos sobre contratos de servicios temporales, que en un escenario de recaudo descentralizado por EPS, exige reportar esos descuentos y girarlos integralmente con la declaración de giro y compensación a la Subcuenta de Compensación de Fosyga.

Todas las EPS y otras entidades adaptadas obligadas a compensar deberán presentar mensualmente ante el Administrador Fiduciario de los recursos del Fosyga una declaración de giro y compensación, así como los anexos técnicos que la soportan.

(T2) 4. Fiscalización del recaudo

Las propuestas se orientan a institucionalizar un procedimiento de control permanente que se incorpore en la estructura del sistema de recaudo, para garantizar un adecuado nivel de cumplimiento del pago de los aportes, lo cual

debe traducirse en una disminución de los índices de evasión y de elusión que se revelan actualmente.

Es conveniente advertir que se entiende por fiscalización, el ámbito de control sobre los aportantes, que generalmente opera como un mecanismo de control posterior al recaudo para garantizar que se ha recaudado el aporte total, incluye la aplicación de las sanciones previstas por el incumplimiento y debe ser ejercido por la entidad pública que tenga a su cargo, la competencia de controlar estos aportes.

La actuaciones de fiscalización y cobro de los aportes no pagados se confunden por cuanto la autoliquidación siempre se presenta con pago, de forma que no existe en estricto sentido una suma por cobrar. Quien no tiene recursos para pagar el aporte simplemente no presenta la autoliquidación y entonces, el cobro implica una acción de fiscalización que debe igualmente determinar el valor a pagar, sea porque el aportante la reconoce o por acciones oficiales de determinación del valor a pagar.

(T3) 4.1 Declaración anual de aportes

Dado que actualmente no existe fiscalización, más que esporádicas acciones de algunas EPS o eventuales mecanismos de cobro, es necesario diseñar dentro de la estructura del SGSSS un mecanismo de control permanente.

Este mecanismo no debe alterar uno de los objetivos más reconocidos del SGGG que es la fluidez de los recursos, por tal razón, se propone que se establezca la obligación para los aportantes de presentar una declaración anual de aportes, que debe ser el compendio de las autoliquidaciones mensuales, pero con una información de soporte más específica que tiene el propósito de consolidar la información anual y utilizarla para fines de control posterior, con las herramientas de los sistemas de información y la aplicación de las sanciones. Esta declaración puede ser presentada en medios magnéticos por los grandes aportantes (según definición que debe determinarse en función de intereses y capacidad del sistema de información) con un resumen en papel muy agregado que serviría para garantizar un control universal y que estaría atado a la deducción de los salarios y eventualmente, de los pagos por servicios si se establece la retención sobre ellos.

Esta declaración permitiría que las autoliquidaciones mensuales o bien se conviertan en facturas (si se propone la estandarización anual o semestral del IBC) o que se conviertan esencialmente en instrumentos de pago (esto requiere que el mecanismo de control sobre pagos individuales para compensación y acreditación de derechos se modifique con base en las propuestas discutidas.

base de información de afiliados y pagos). En forma complementaria, también permitirá que se construya un padrón de aportantes que constituiría la principal herramienta de control de los pagos.

Esta declaración puede incorporar no solo los pagos por salud sino también por pensiones y riesgos profesionales y aún más los demás aportes parafiscales (Sena, cajas de compensación y el ICBF), con lo cual se lograría una economía de escala que mejoraría significativamente el control de los aportes.

El contenido de la declaración debe tener básicamente tres partes, una general de identificación y ubicación del aportante, una segunda de identificación de los aportes realizados y el IBC de cada afiliado, con sus beneficiarios, y una tercera en la cual se liquidan los aportes anuales, con base en la consolidación de los pagos mensuales y la firma del declarante y del revisor fiscal para que pueda constituirse en un título y que genere responsabilidades para el declarante y el revisor fiscal.

Esta declaración es el mecanismo mediante el cual se puede estructurar un procedimiento de control posterior que genere riesgos para el aportante por eventuales incumplimientos y será el objeto alrededor del cual gira este proceso de control posterior.

(T3) 4.2 Obligaciones y sanciones a los aportantes

Es necesario entonces que además del pago de los aportes se establezcan otras obligaciones para los aportantes, para configurar una eficiente estructura de control.

Estas obligaciones serían, en primer lugar la autoliquidación mensual, como mecanismo de pago, que puede trocarse en una factura si se resuelven los problemas de estandarizar el IBC y de una base de afiliados y pagos que no dependa en detalle de la información reportada mensualmente.

En segundo lugar, la declaración anual que se indica en el anterior numeral.

En tercer lugar, establecer obligaciones específicas de registrar y contabilizar estas obligaciones con sus respectivos soportes para fines de control posterior

En cuarto lugar, la obligación de efectuar la retención, si se incorpora esta nueva obligación, con sus responsabilidades de retener, certificar, declarar y pagar la retención.

Por último, la obligación de informar, sea de manera general a través de las declaraciones y autoliquidaciones o sea de manera específica para fines de control, según los programas que se lleven a cabo.

Estas obligaciones deben establecerse de manera clara, con los detalles que se requieran para garantizar que efectivamente constituyan instrumentos de control, que la información será utilizada conforme a la capacidad del sistema y que su incumplimiento pueda ser objeto de sanciones.

Para garantizar que efectivamente las obligaciones indicadas se cumplan, es necesario que la norma establezca un régimen de sanciones para que los aportantes, que deben graduarse en función del grado de incumplimiento y que deben prever mecanismos de autocorrección.

Las sanciones en realidad constituyen poderosos instrumentos de control si se utilizan como parte de las estrategias de fiscalización. La identificación de las infracciones y el régimen de sanciones y sus cuantías deben determinarse en cuanto se identifiquen las obligaciones de los aportantes.

(T4) a. Control de obligaciones y aplicación de sanciones a aportantes

Para que las obligaciones, específicamente el pago total y oportuno, puedan ser controladas y para que las sanciones puedan aplicarse efectivamente, se requiere establecer un procedimiento de control que combine las etapas del proceso como tal a partir de la autoliquidación mensual como de la declaración anual que permita determinar un mayor valor de los aportes liquidados, las sanciones y los intereses correspondientes.

Este procedimiento debe establecer claramente las competencias y facultades de control de las entidades que tengan la función de fiscalizar y cobrar y los derechos y garantías de los aportantes durante el proceso para que puedan discutir y debatir los argumentos y pruebas con base en las cuales se les pretenda cobrar un mayor aporte.

Este procedimiento nunca se ha establecido y aunque existió una remisión general al Estatuto Tributario, es necesario diseñar un procedimiento específico acorde con la naturaleza de esta cotización, sus competencias y los obligados a pagar.

(T4) b. Retención a los aportantes

La retención como mecanismo de cobro anticipado del aporte, total o parcial, constituye una herramienta de enorme eficiencia con muy productivos resultados en el sistema tributario colombiano.

En particular esta sería una herramienta de control ideal para los aportes de los trabajadores independientes que prestan servicios a personas jurídicas de derecho público y privado, que en general tienen capacidad de pago y tiene las características para pertenecer al régimen contributivo. Mediante este mecanismo, la entidad pública o privada sustituiría en la obligación de pago al trabajador independiente, reduciendo el universo a controlar y asegurando el aporte en el momento del pago.

Será necesario, sin embargo, efectuar ajustes al actual recaudo de los trabajadores independientes, tales como la fórmula de presunción que no tiene en cuenta el ingreso real, definir el periodo de la cotización, establecer una IBC equitativo y una tarifa que constituye el valor del aporte definitivo. Igualmente, es necesario prever mecanismos para que se respete el tope máximo de cotización actualmente en veinte salarios mínimos y la forma de imputar las retenciones efectuadas, lo cual implica definir un periodo de cotización.

La retención constituye una obligación para las personas jurídicas, públicas y privadas, que efectúen pagos a trabajadores independientes, que constituyan ingreso sujeto a la cotización y en tal razón deben retener, declarar y pagar dicha retención, so pena de responder solidariamente por la cotización no retenida y de las demás sanciones que se establezcan.

(T4) c. Procedimiento de cobro a los aportantes

Como ya se indicó, no existe una clara diferencia actualmente entre procedimientos de fiscalización y de cobro. En realidad, actualmente, durante los seis primeros meses que un afiliado no paga el aporte se suspende su afiliación y técnicamente estaría en mora. Sin embargo, el Sistema no tiene información sobre la situación, si el afiliado ha dejado de percibir ingresos o simplemente, al aportante ha dejado de pagar.

La competencia de cobro en los primeros seis meses es de la EPS, pero las acciones de cobro implican una actitud coactiva que no les conviene con sus clientes. Puede mejorarse el incentivo para que efectúen acciones de cobro, identificar si la cartera que se genera en los seis meses es real y establecer criterios para aprovisionar y castigar la cartera y aun para que existan documentos y procedimientos de cobro más efectivos.

Es necesario establecer el valor jurídico de las autoliquidaciones, de la declaración anual y establecer presunciones que puedan servir para efectuar acciones de cobro persuasivo. Adicionalmente, el proceso de cobro debe contemplar herramientas legales para utilizarlas, como la indexación de las deudas, la constitución del título, la liquidación automática de intereses y las reglas de imputación de los pagos. Así mismo, adoptar el proceso de cobro y de responsabilidad solidaria de los impuestos para las distintas hipótesis de cartera que pueden presentarse.

(T3) 4.3 Competencia de control de los aportes

Este es uno de los puntos más débiles del control de los aportes al SGSSS, pues dado el diseño actual, la responsabilidad se diluye entre las diferentes EPS y además de no tener interés en realizar acciones de fiscalización, ni de contar con herramientas de control efectivo, no existe una entidad que tenga la responsabilidad institucional para velar por el recaudo total de los aportes.

Aunque las normas actuales permiten inferir que la competencia es de la Superintendencia Nacional de Salud, su limitada capacidad operativa, las otras funciones a su cargo, las precariedades técnicas para hacer un control efectivo, conducen a reconocer que esta es una de las limitaciones más evidentes del sistema actual que explica de manera sustancial el alto índice de evasión.

Por tal razón y aprovechando las facultades otorgadas por la ley 715 de 2001 para definir la estructura y las funciones de la entidad que ejerza el control, vigilancia y control de los aportes de salud y para organizar el sistema de control vigilancia y control del sector, definir con precisión estas competencia y las atribuciones que tendría.

Una obligación de carácter tributario que no tenga una entidad responsable de exigir su cumplimiento, se traduce en un incumplimiento generalizado y por ende, en una evasión tolerada, dado que el comportamiento de los aportantes opera bajo el esquema de un bajo riesgo. Por lo tanto, la competencia, la estructura y las funciones específicas de control sobre aportantes, constituye una herramienta esencial para el control.

En este sentido, será muy importante la posibilidad de descentralizar el control para efectos de tener un mayor grado de cobertura, siempre que se delimiten bien las competencias y que exista una dependencia del nivel nacional con capacidad de controlar las acciones regionales.

Considerando que actualmente no existe una entidad con capacidad de ejercer el control universal sobre los aportes y que cualquier fórmula implica un costo institucional cuya viabilidad a corto plazo es poco probable, se recomienda que se establezca una responsabilidad de la Dian para tales fines. Esta responsabilidad puede ser asignada por la propia ley, como una forma de optimizar los escasos recursos de control del Estado y dada la naturaleza pública de las contribuciones de salud. La otra fórmula sería manteniendo esta responsabilidad en la Superintendencia Nacional de Salud, pero permitiendo que mediante convenio con la DIAN se puedan establecer programas de cobro y fiscalización, aprovechando que tiene la infraestructura técnica y humana y la experiencia suficiente para garantizar resultados en el control de la evasión.

Este mecanismo implicaría que los resultados de gestión en el cobro y la fiscalización cubran los costos de estos programas, dadas las limitaciones para cualquier otra forma institucional, teniendo presente que el control de la evasión requiere sin duda alguna una inversión en administración. Los costos de estos programas deben ser determinados con criterios de costo beneficio, para garantizar su efectividad para el sistema.

La Dian puede prestar este tipo de servicios y lo hace de manera individual con las diferentes EPS (actualmente el ISS). En este caso, se trataría de un convenio general con el universo de las EPS; pues el control individual constituye un incentivo a la desafiliación. En todo caso, los términos y costos deben ser evaluados bajo esta perspectiva, con la combinación de tener una infraestructura en las EPS, de considerar que actualmente la Dian tiene la competencia para ejercer control sobre los aportes parafiscales, entre ellos el de salud y que se daría una economía de escala, pues es necesario focalizar el control de fiscalización.

(T3) 4.4 Políticas de fiscalización

Es indispensable que se defina una política de fiscalización, pues como cualquier estrategia debe utilizarse selectivamente por razones de costos y dada la magnitud del universo a controlar. Esta política requiere por tanto, una entidad responsable del control, que asuma efectivamente su responsabilidad.

Dos factores a título de ejemplo deben ser definidos. El primero, que es necesario focalizar las acciones de fiscalización por razones de eficiencia, dado no solamente el tamaño de la población a controlar, sino también la particular naturaleza de esta contribución. En efecto, la cotización individual cubre los servicios que se reconocen a la unidad familiar con un diseño redistributivo, de forma que los aportes de los afiliados de bajos recursos y con familias numerosas, reciben más de lo que pagan por cotización. En consecuencia, es necesario

identifica prioritariamente, los segmentos de aportantes con mayor capacidad de pago que permitan optimizar el uso de los escasos recursos de control.

Por lo anterior, el segundo factor exige segmentar el universo de aportantes para orientar las acciones de fiscalización. Se pueden dividir en cuatro diferentes grupos que exigen distintas formas de control, en función del tamaño y de los índices de evasión.

En primer lugar, estarían los grandes aportantes, que son las entidades públicas de todos los niveles y las personas jurídicas que se califiquen como grandes aportantes. En este segmento deben concentrarse los volúmenes de recaudo más importantes y el mecanismo de control debe ser a través de las autoliquidaciones mensuales y las declaraciones anuales. La Dian es la entidad ideal para realizar este tipo de control, que de hecho ya efectúa con sus grandes contribuyentes, donde se encuentra concentrado aproximadamente el 75% del recaudo de esa entidad.

En segundo lugar, se encuentran los demás patronos privados, sociedades o personas naturales, para quienes se debe establecer una estandarización de su IBC, en orden a permitir que se cobre mediante una factura, que se combine con un ajuste semestral o anual, que reconozca los cambios del IBC y cualquier otra variación que afecte los aportes y que defina el nuevo IBC para el siguiente periodo.

En tercer lugar, estarían los trabajadores independientes que prestan servicios a entidades públicas y personas jurídicas, para los cuales el mecanismo ideal sería la retención en la fuente, como forma de recaudar el total de la contribución. Este sería un instrumento de control a la evasión en este universo que concentra un importante monto de recursos que no recauda el sistema.

Por último, estarían los trabajadores independientes del sector informal, el grupo más heterogéneo, diseminado y de poca productividad en términos de recaudo para el Sistema. Aquí, es necesario plantear con pragmatismo, que debe ser la última prioridad y a partir de la presunción anual facturar el monto mensual, sin pensar en despliegue de recursos de fiscalización importantes en este segmento, por los altos costos que representaría, mientras se definen algunas otras opciones como una forma de régimen simplificado o medidas que se comentan el capítulo de subsidios parciales.

Por otra parte, es necesario diferenciar los instrumentos y las estrategias de fiscalización, dependiendo de la modalidad de evasión de que se trate, según las estimaciones de evasión en cada una de ellas. Esto es, diseñar programas de control para los no afiliados, no presentan la autoliquidación o declaración anual, los que subvalúan la base, quienes no pagan; para definir políticas racionales

teniendo en cuenta el uso de los recursos y la evaluación costo beneficio, en términos de recaudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acs G, Blumber L, 2001, How a Changing Workforce Affects Employer Sponsored Health Insurance, Health Affairs Vol 20, No 1.

Acosta O, Pilar E Esguerra, Nigrini M, 2000. Sistema De Seguridad Social En Salud Principales Costos Sobre Las IPS, mimeo, Fundación Shaio-Fedesarrollo. Bogotá, Colombia. Noviembre.

Asfaw, A. Jüting, J, Mutual Health Insurance (MHI): A viable Solution to Increase Access to Health Care? An Ethiopian Case Study.

Atim, C. 1998, Contribution of Mutual Health Organizations to Financing, Delivery, and Access to Health Care. Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries. Technical Report No. 18. Partnerships for Health Reform.

Ayala, U., Acosta, O., Ortiz, A. 2001. Escenarios de proyección del Sistema general de seguridad social hasta el año 2010. Fedesarrollo.

Barer, M. Getzen, T, Stoddart, G. 1998. Health, Health Care and Health Economics. Perspective on Distribution.

Banco Mundial. Agosto 1999. Argentina-Health Insurance for the Poor. Informe de Proyecto ARPE63388, Banco Mundial.

Banco Mundial. Septiembre 1998. Argentina – Health Insurance Technical... Informe de Proyecto ARPE53704, Banco Mundial.

Banco Mundial. Mayo 1995. Argentina-Health Insurance Reform Project. Informe de Proyecto ARPA40909, Banco Mundial.

Banco Mundial. Septiembre 1999. Argentina-Public Health Surveillance and Disease Control Project. Informe de Proyecto ARPE55482, Banco Mundial.

Banco Mundial. Abril 1999. Argentina-Social and Fiscal National... Identification System APL. Informe de Proyecto ARPA55461, Banco Mundial.

Banco Mundial. Diciembre 1996. Argentina-National Pension Administration... Technical Assistance. Informe de Proyecto ARPA46821, Banco Mundial.

Banco Mundial. Marzo 1997. Argentina-Provincial Pension... Reform Adjustment Loan. Informe de Proyecto ARPE4445, Banco Mundial.

Barnum, H. Y J. Kutzin. 1992. Public Hospitals in Developing Countries. Oxford University Press.

Bennet, S., Creese, A. and Monsach, R. 1997, Health insurance for the non-formal sector.

Bennet, S., Creese, A. and Monsach, R. Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment.

Bertranou, Fabio. Are Market-Oriented Health Insurance Reforms Possible in Latin America? The Cases of Argentina, Chile and Colombia, Universidad Nacional de Cuyo

Bertranou, Fabio. Health Care Services Utilization and Health Insurance Coverage: Evidence from Argentina, Department of Economics, University of Pittsburgh y Universidad Nacional de Cuyo

Bertranou, Fabio M., Are Market-Oriented Health Insurance Reforms Possible in Latin America? The Cases of Argentina, Chile and Colombia

Brenes, José Rafael. Cobertura contributiva y estimación de la evasión de contribuciones a la seguridad social en Costa Rica, CEPAL – PNUD. Serie Política Fiscal N° 52, Abril de 1994.

Caja Costarricense del Seguro Social, 2000. Caja Costarricense del Seguro Social (sitio web).

Cercone, James. 2000. Experiencias en control contributivo a la Seguridad Social en Costa Rica, Comunicación personal.

Chinitz, D., Cohen, J. 1998. Governments and Health Systems. Implications of Differing Involvements

Cortázar René, 1995. Hacia un nuevo diseño de sistemas de protección a cesantes”, Colección Estudios CIEPLAN, Marzo de 1995.

Covarrubias, A. 2000. El Sistema de salud chileno en cifras. En: Revista Perspectivas (Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile), vol 4, No. 1, pp. 141-151

Coyuntural Social, Noviembre 2000, Fedesarrollo, Bogotá Colombia. .

Cutler David, Gruber J, 1995, Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance, Mimeo Harvard University.

Dror, D. Jaquier C, 2001. Micro-Insurance: Extending Health Insurance to the Excluded.

Durán, Viviana. Diciembre de 1993. La Evasión en el Sistema de Seguridad Social Argentino, CEPAL – PNUD. Serie Política Fiscal N° 50.

Econometría (1999) 'Determinación de la Magnitud y Características de la Evasión y Elusión en el SGSSS y sus Implicaciones para el Desarrollo del Sistema en el Distrito Capital' Bogotá, diciembre 20 de 1999.

Edwards S, Edwards Cox A., 1999, Social Security Reform and the Labor Markets: The Case of Chile, at:www.anderson.ucla.edu/faculty/sebastian.edwards/draft3.pdf

Eichner M et al, 1996. "Insurance or self insurance? Variation, persistence, and individual health accounts, NBER working paper 5640, 1996.

Feldstein M y Altman D, 1998. Unemployment insurance savings accounts, NBER working Paper 6860, 1998.

Fleury, S. Comparative Analysis Of Health Care Reform In Argentina, Brazil And Mexico.

Ferrara, P J, 1995. Medical Savings Accounts at Work: More than a Theory, Policy Analysis N. 220, Cato Institute, Marzo 14 de 1995.

Fölster, S, 2000. "An evaluation of social insurance savings accounts", Swedish Research Institute of Trade, Junio de 2000.

Forastieri, V. Improvement of Working Conditions and Environment in the Informal Sector Through Safety and Health Measures.

GAO Reports, 1994, Urban Institute, at: www.unclefed.com/GAOReports/gao94-99.html

Giedion U, Lopez A, Noviembre 2000, Evaluación De La Transformación De Subsidios De Oferta A Demanda, 1994-2000, mimeo, Programa de Apoyo a la Reforma - Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia.

Giedion U, López H, Marulanda J., Noviembre 2000. Desarrollo Institucional en el Sector de la Salud en Bogotá, Coyuntura Social, Bogotá, Colombia.

Gumber, A., Kulkarni V. September 30, 2000. Health Insurance for Informal Sector. Case Study of Gujarat. Economic and Political Weekly.

Güendell, Ludwig y Juan Diego Trejos, Enero de 1994. Reformas recientes en el sistema de salud de Costa Rica, CEPAL – PNUD. Serie Reformas de Política Pública N° 18.

Gruber J, Poterba J, 1993, Tax Incentives and the Decision to Purchase Health Insurance: Evidence from the Self Employed, Working Paper No. 4435, NBER, Cambridge Ma,.

Hecht, Robert et. al, Mayo 1997. Argentina. Facing the Challenge of Health Insurance Reform, Banco Mundial.

International Labor Office, 2000. Health Micro-insurance. A Compendium. Working Paper, September 2000.

Kahn Ch., Pollack R, 2001. Building a consensus for expanding health coverage, Health Affairs Vol. 20, No. 1

Kahn III, C., Pollack, R. 2001. Health Affairs. Building a Consensus for Expanding Health Coverage, Volume 20, Number 1.

Komolafe, F, 1999. African Governments Plan social Security Scheme for Informal Sector. Special issue on informal sector. International Social Security Scheme for Informal Sector Review, Vol 52, No. 1.

James, C., Schoiher C. La Burla al Sistema de Salud Público. Crónica Nacional en La tercera en internet: www.tercera.cl/diario/1997/05/26/15.html

Lloyd – Serlock, Peter. Failing the Needy: Public Social Spending in Latin America, Journal of International Development N° 12, p. 101 – 119, 2000.

Macías, Osvaldo y Jorge Tarzuján. Origen y Magnitud de la Evasión en el Sistema de Pensiones Chileno Derivado de la Capitalización

Madden C, Cheadle A, Diehr P et alia, 1995, Voluntary Public Health Insurance for Low-Income Families: The Decision to Enroll, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol 20, No. 4, Winter 1995 ,p.955-972

Madden, C., Cheadle, A., Diehr, P., Martin, D. Patrick, D Skillman, S. Voluntary Public Health Insurance for Low – Income Families: The decision to Enroll.

Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdo 190 de 2001. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud, Universidad de Harvard, 1995. Plan Maestro de Implementación de la Reforma. Colombia, 1995.

Ministerio de Salud de Costa Rica. 2000. Reforma del Sector Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica (sitio web).

Moffit R and Wolfe, B, 1993, Medicaid, Welfare Dependency And Work: Is There A Causal Link Health Care Financing Review 15(1), 123-133.

Montoya, Silvia y Jorge Colina. La Reforma de OS en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes, IERAL de Fundación Mediterránea

Montoya, Silvia et. Al. La Reforma de OS en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CIID) N° 93-8758 y Banco Interamericano de Desarrollo (IDB/BID). N° TC-93-04-39-6.

Morales Luis Gonzalo, SDS, 1999. Alternativas de subsidios parciales para el aseguramiento de los trabajadores independientes y del sector informal de bajos ingresos en Santafé de Bogotá, póliza ampliada de salud P.A.S. Mimeo, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia.

OECD - Organizations for Economic Co-operation and Development. 1993. OECD Health Systems. Facts and Trends 1960 – 1991, Volume I. Health Policy Studies N°3.

OECD - Organizations for Economic Co-operation and Development. 1993. OECD Health Systems. The Socio-economic Environment Statistical References, Volume II. Health Policy Studies No 3.

OECD - Organizations for Economic Co-operation and Development. 1994. Health Quality and Choice. Health Policy Studies No 4.

OECD - Organizations for Economic Co-operation and Development. 1995. New Directions in Health Care Policy. Health Policy Studies No 7.

OECD - Organizations for Economic Co-operation and Development. 1996. Health Care Reform. The Will to Change. Health Policy Studies No 8.

Oluwa Ogunbekun, I, Health Insurance: A viable Approach to Financing Health Care in Nigeria?, at: www.jsi.com/intl/init/inspap.htm

Organización Mundial de la Salud. 1997. European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. Who Regional Publications, European Series, No72.

Orzag M y Snower D, 1997. From unemployment benefits to unemployment accounts, Birbeck College, 1997

Plaza B., Bloom E, Giedion U., Morales L, 1998. La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud en Colombia, Fundación Corona, Bogotá, Colombia.

Ron, A., Abel-Smith, B., Tamburi, B. 1990. Health Insurance in Developing Countries. The Social Security Approach.

Sander, C. Microinsurance: A New Instrument for Social protection. Note from the ILO workshop on Microinsurance: A New instrument for Social Protection (Dar es Salam 11-13 July 2000)

Servicio de Salud de Colombia, 2000. Proyecto de Ley No. 089 de 2000. CAMARA. En: www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/altocostopley.htm

Shaw, P., Griffin, C. 1995. Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through User Fees and Insurance. The World Bank publications.

Swartz K, 1988, The Demand for Self-Pay Health Insurance: An Empirical Investigation. Unpublished, June 1988;

Swartz K, 1989, Characteristics of Workers Without Employer-Group Health Insurance. In: Trends in Health Benefits.

Soriano, M. 1998, Seguro de Salud para la familia del régimen voluntario del Seguro Social. En: Visión contable, Número 22, Enero 1998.

Supakankunti, S. 1997, Future Prospects of Voluntary Health Insurance in Thailand. Research Paper No. 130

Tafari, Roberto. Montoya. Julio de 1997. Reforma al Sector Salud en Argentina, CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 53.

Tanner M, 1995. Medical Savings Accounts: answering the Critics, Policy Analysis, no. 228, Mayo 25 de 1995, Cato Institute. Disponible en www.Cato.org.

Tanzi, Vito y Partho Shome. Tax Evasion: Causes, Estimation Methods and Penalties. A Focus on Latin America, CEPAL – PNUD. Serie Política Fiscal N° 38, Noviembre de 1993.

Thomas, K. 1994. Are subsidies Enough to Encourage the Uninsured to Purchase Health Insurance? An Analysis of Underlying Behavior.

Thomas, K, 1995, Are Subsidies Enough To Encourage The Uninsured To Purchase Health Insurance, Inquiry, 31(4):415-424

Thorpe, K. 1997. Strategies for Providing Health Insurance for the Uninsured. Projected Federal costs and Number of Newly Insured.

Thorpe K, Incremental Strategies for Providing Health Insurance for the Uninsured, JAMA, July 23/30 Vol 278, No. 4.

Valiño Castro, Aurelia. El Seguro Médico Público en la OCDE y la UE: Características y Tendencias, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Complutense de Madrid. Documento de Trabajo 9711.

Van Ginneken, W. 1997, Social Security for the informal sector: Investigating the feasibility of pilot projects in Benin, India, El Salvador and Tanzania.

Van Ginneken, W.1998, Social Security for the voiceless majority. Case study of developing countries.

Weil A, 2001, Increments Toward What?, Health Affairs, Vol 20, No.1.

Weil, A. 2001. Health Affairs. Increments Toward What?, Volume 20, Number 1.

WHO, 1997. European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies, WHO Regional Publications, European Series No. 72, Geneva, Switzerland.

Yelowitz A. 1995. The Medicaid Notch: Labor Supply and Welfare Participation: Evidence from Eligibility Expansions, UCLA, 1995, Working Paper 738.

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1 Principales determinantes de la demanda por aseguramiento	17
Cuadro 1.2 Errores tipo I y II en los sistemas de seguridad social en salud	31
Cuadro 1.3 Evasión y elusión de afiliación y pago.....	31
Cuadro 2.1. Afiliación a la seguridad social en salud - Registros 1997–2001 (Miles).....	45
Cuadro 2.2 Cobertura seguridad social salud según encuestas hogares 1997–2000 (Miles)	47
Cuadro 2.3 Evolución del empleo y desempleo a nivel nacional 1997-2000 (Miles).....	48
Cuadro 2.4 Ingreso máximo familiar por deciles población hogares - Nacional 1997 y 2000 (SMLV*)	49
Cuadro 2.5 Cobertura seguridad social en salud PET por actividad principal 2000.....	50
Cuadro 2.6 Cobertura seguridad social salud población ocupada por posición ocupacional 2000 .	51
Cuadro 2.7 Distribución población ocupada afiliada por tipo de régimen según posición ocupacional - 2000.....	52
Cuadro 2.8 Afiliados al régimen contributivo según tipo de afiliación - 2000	52
Cuadro 2.9 Población que declara doble afiliación a seguridad social en salud 2000	52
Cuadro 2.10 Cobertura seguridad social según fuentes 1997– 2000 - (Miles)	54
Cuadro 2.11 Relación población ocupada con ingresos laborales con el Sistema por pobreza estructural y coyuntural - 2000 (Miles)	62
Cuadro 2.12 Relación población con el Sistema por niveles de pobreza estructural y coyuntural- 2000 (Miles).....	63
Cuadro 2.13 Porcentaje población según relación con el Sistema que tuvo problema de salud en los últimos 15 días - Total nacional – 2000	65
Cuadro 2.14 Porcentaje subsidio público a no afiliados en hospitales públicos por nivel Sisbén....	70
Cuadro 2.15 Modelo logit probabilidad de ser pobre (Sisbén 1-2) - 2000	73
Cuadro 2.16 Modelo Logit probabilidad de pertenecer a nivel Sisbén 3, dado que no es pobre - 2000	75
Cuadro 2.17 Modelo Logit probabilidad de ser cotizante - población asalariada elegible RC – 2000	76
Cuadro 2.18 Modelo Logit probabilidad de ser cotizante población ocupada no asalariada elegible para RC 2000	79
Cuadro 2.19 Evasión y elusión al régimen contributivo - 2000.....	82
Cuadro 2.20 Balance financiero régimen contributivo - Estimaciones año 2000	84
Cuadro 2.21 Sensibilidad a base imponible 2000 - Cambios en tasa de cotización	85
Cuadro 2.22 Sensibilidad a valor de UPC 2000 - Cambios en tasa de cotización	86
Cuadro 2.23 Balance financiero régimen contributivo - Escenario potencial	86
Cuadro 2.24 Balance financiero régimen contributivo - Escenario potencial regímenes de excepción	88
Cuadro 2.25 Balance financiero régimen contributivo - Escenario potencial con regímenes de excepción.....	88
Cuadro 3.1 Ingresos y egresos de una EPS.....	91
Cuadro 4.1 Algunos países europeos agrupados según sistema de financiamiento salud	108
Cuadro 4.2 Easi según tipo de cobertura de servicios	119
Cuadro 4.3 Organización que maneja los fondos.....	120
Cuadro 4.4 Easi por tipo de unidad de afiliación.....	121
Cuadro 4.5 Financiamiento del sistema de salud alemán (%).....	131
Cuadro 4.6 Distribución de la población por sistema provisional de salud.....	137
Cuadro 5.1 Cálculos población sándwich en diversos escenarios de política (Miles).....	145
Cuadro 5.2 Escenarios alternativos de autoliquidación, pago de aportes y compensación.....	170

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.1 Sistema de salud colombiano.....	13
Gráfico 1.2 Transición del financiamiento de los hospitales públicos.....	15
Gráfico 1.3 Decisión de evasión afiliación o cotización en condiciones de certidumbre.....	18
Gráfico 1.4 Efecto cotización de salud en mercados de trabajo formal o informal.....	27
Gráfico 1.5 Esquema conceptual simplificado seguridad social en salud.....	30
Gráfico 2.1 Crecimiento económico.....	48
Gráfico 2.2 Relación población con el Sistema por deciles distribución ingreso familiar-Total nacional.....	55
Gráfico 2.3 Flujo población ocupada y con ingresos laborales en el Sistema - Encuesta hogares 2000.....	60
Gráfico 2.4 Metodología para el cálculo de la evasión y elusión.....	81
Gráfico 3.1 Principales agentes y flujos en régimen contributivo.....	90
Gráfico 3.2 Ajuste del POS a la UPC como círculo vicioso.....	93
Gráfico 4.1 Sistema de salud dominicano con la reforma de 2001.....	116
Gráfico 4.2 Sistema de salud alemán.....	129
Gráfico 4.3 Esquema general de financiamiento sistema alemán.....	130
Gráfico 4.4 Esquema de cotización a las OS.....	134