

## **Comentarios al Proyecto de ley ordinaria salud**

### **Proyecto 01 / 2010 y otros acumulados**

#### **(ponencia para segundo debate)**

### **“Por el cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones”**

**Félix León Martínez M.**

**Presidente FEDESALUD**

El Gobierno, con el apoyo de su bancada en el Congreso, pretende solucionar los problemas financieros del Régimen Contributivo así como aumentar la cobertura del Régimen Subsidiado, e igualar los Planes de Beneficios de los dos regímenes, raspando la olla de los departamentos y municipios, sin un solo peso de esfuerzo fiscal de la nación, aumentando la crisis de financiamiento de los hospitales del país, es decir, siguiendo la misma línea del Gobierno anterior.

- 1- Para financiar el Régimen Contributivo se terminará el aporte de solidaridad al Régimen Subsidiado, hasta el total de los 1.5 puntos de los aportes de los trabajadores, es decir aproximadamente 1.600.000 millones. Esto equivale a los recobros al FOSYGA por tutelas y Comités Técnico Científicos que tiene descompensada la Cuenta de Compensación. Por ello aunque la redacción señala:

“El Proyecto de Ley dispone que hasta el 1.5% de la contribución de los empleadores y trabajadores que se utilizaba para financiar el Régimen Subsidiado se destinará a financiar la subcuenta de compensación del FOSYGA. Lo anterior implicaría que a partir de 2011 se podrán distribuir cerca de \$1.5 billones de pesos entre el pago de las obligaciones del Régimen Contributivo y del Subsidiado según las necesidades financieras de cada uno de éstos.”

En la práctica la totalidad de estos recursos dejará de ser girado al Régimen Subsidiado.

- 2- Para compensar estos recursos que pierde el Régimen Subsidiado se propone:
  - a. Aumentar del 24,5 al 27,5% la participación de salud en el SGP, es decir 3 puntos que se le quitan a los municipios del 11,6 que disponían para propósito general. Estos 3 puntos equivalen a 690.000 millones en el año 2010 (los recursos totales de salud pasan de 5.639.000 millones a 6.335.000 millones), pero aún no se pueden aplicar al Régimen Subsidiado pues tienen que

distribuirse previamente en las tres partidas tradicionales, subsidios a la demanda, subsidios a la oferta y salud pública, y las nuevas de este proyecto de ley, la Atención primaria y el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud –FONSAET-.

- b. El proyecto de ley asigna 1/3 de los recursos transferidos de Propósito General de los municipios a Salud para la Atención primaria. Es decir que de los nuevos recursos por 690.545 millones, 230.182 irán para este nuevo rubro. También se descontarán 34.527 millones para el FONSAET, los dos valores se descuentan antes de repartir los recursos de salud en los tres rubros clásicos, régimen subsidiado, oferta y salud pública. Descontados los dos rubros restan 6.065.291 millones para la distribución señalada.
- c. Se aumenta del 65 al 80% el porcentaje de las participaciones en salud que se destinarán a subsidios a la demanda. La ley 1393 había aumentado este porcentaje del 50 al 65% hace apenas 5 meses y el Congreso dejado en claro que “este porcentaje no podrá ser aumentado” pues ponía en riesgo la financiación de los servicios no POS de los afiliados, la población no afiliada y las enfermedades huérfanas, las cuales según la Ley 1392 se financiarán con estos recursos. El incremento supondría **1.187 millones a pesos de 2010 para el año 2015.**

Las consecuencia de retirar primero los recursos de Atención primaria y el FONSAET y posteriormente pasar 15 puntos de los recursos restantes al Régimen Subsidiado son la disminución de recursos para la financiación de los servicios no POS de los afiliados al Régimen Subsidiado, la población no afiliada y las enfermedades huérfanas, vía oferta, en un 57%, es decir 803.335 millones de 2010 (se reducen los recursos de oferta de 1.410 millones a 607.000 millones).

Es preciso señalar que de los 607.000 millones (el 10% restante) que quedarían para oferta en recursos del año 2010, 365.000 millones son retenidos para el pago de los aportes patronales, con lo que los recursos de oferta que se girarían por parte del SGP a todos los hospitales de departamentos y municipios descentralizados se reducirían a 242.000 millones de pesos. Este sería todo el recurso efectivo que sería girado a la totalidad de los hospitales del país, tan sólo el 3, 82% de las participaciones de salud y no el 10% o, lo que es igual, únicamente el 1,05% del total del SGP.

Ahora bien, si dividimos los 1,187 billones, que serían los recursos nuevos más importantes del Régimen Subsidiado procedentes de la reasignación de las participaciones por 22.000.000 de afiliados aproximados de este Régimen, significaría una disponibilidad de recursos de apenas 54.000 pesos adicionales por afiliado, lo que es a todas luces insuficiente para igualar la actual diferencia

entre los POS, lo que hace suponer que no será posible igualar los planes de beneficios con estos recursos.

La diferencia entre la UPC del Régimen Subsidiado para 2010, establecida en 281.837 pesos y 485,013 (valor de la UPC nominal del Régimen Contributivo), o bien 530,459 (valor de la UPC real pagada según ponderadores de edad y zonas), alcanza 203.776 pesos en el primer caso y 249,222 pesos en el segundo, sin contar que el Régimen Contributivo recibe adicionalmente otros 19.055 pesos per cápita por promoción y prevención, lo que aumentaría la diferencia a 268.222 pesos). De tal diferencia esta transformación de recursos apenas conseguiría el 20%. Es imposible creer por tanto que sea posible la igualación de los POS y que no se requieran recursos en los hospitales ni para atender los servicios no POS ni para la población que resta por afiliar. Esto, aparte de las enfermedades huérfanas.

- d. En tercer lugar se propone que aumente la transformación de rentas cedidas para financiar el Régimen Subsidiado, desde el 45% establecido en la Ley 1393 hasta un 50%, lo que equivaldría aproximadamente al 5% de 1.5 billones, si tenemos en cuenta los incrementos de la Ley 1393. Esto restaría de los recursos con que cuentan los departamentos y distritos para financiar los hospitales públicos, aumentados en la Ley 1393 con los nuevos impuestos, aproximadamente **75.000 millones más**. Cabe recordar que el 35% de las rentas cedidas están destinadas por Ley a cubrir el pasivo prestacional, por lo cual quedaría para el financiamiento de los hospitales y de las secretarías de salud departamentales tan sólo el 15% de las rentas cedidas.
- e. En cuarto lugar se aumenta la proporción que las Cajas de Compensación Familiar destinarán al Régimen Subsidiado, que ahora será de 0,25 puntos de los parafiscales que reciben estas entidades. Esto significa aproximadamente **200.000 millones de pesos nuevos** para el Régimen Subsidiado.
- f. En quinto lugar se mencionan otros recursos de menor cuantía y difíciles de precisar, pero en todo caso, no queda claro de donde resultan convertidos los 275.000 millones señalados con anterioridad en los 600.000 millones nuevos para el Régimen Subsidiado de los que habla la exposición de motivos.

En resumen, se observa un retiro posible de recursos para el Régimen Subsidiado de 1.6 billones, que se compensaría con 426.000 millones quitados a los municipios de las participaciones de propósito general, y 803.000 millones quitados a los hospitales de las partidas de oferta para los departamentos, distritos y municipios descentralizados, 200.000 millones más que se les quitan a las Cajas de Compensación familiar y con 75.000 millones que también se quitan a hospitales y servicios de salud departamentales de las Rentas Cedidas.

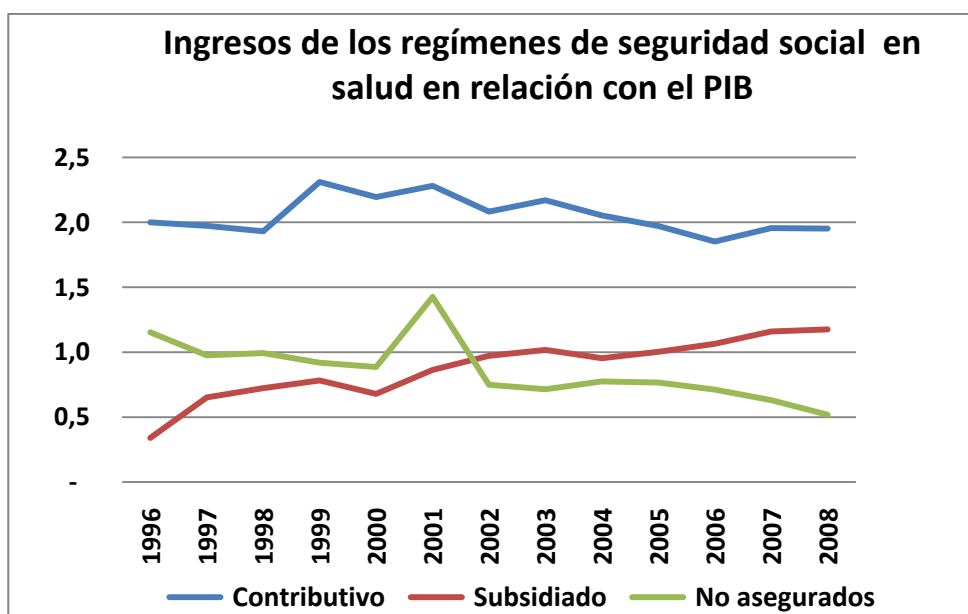
Las cuentas que se presentaron en la exposición de motivos para el primer debate no eran aceptables, pues para ocultar el saldo negativo del proyecto, se incluyeron en los cálculos recursos de la Ley 1393, se presentaron excedentes de cuentas para un año, o recursos adicionales improbables de PGN para otro, de modo que no muestran el balance real en términos de los recursos que se le quitan al Régimen Subsidiado en esta ley con los que aporta esta misma ley.

Como estos recursos que el proyecto de ley propone asignar para el Régimen Subsidiado, no se compensan los que se retirarían de solidaridad del Contributivo, no cabe posibilidad alguna de igualar los planes de beneficios o se reducen de forma importante las expectativas dejadas por la Ley 1393. Esto sin contar que se quitan los recursos destinados a la atención de las enfermedades huérfanas, establecidos en la Ley 1392.

### **Algunas consideraciones sobre la exposición de motivos de la ponencia radicada el viernes 12 de noviembre para primer debate en las Comisiones Conjuntas de Senado y Cámara**

En primer lugar se plantea que “...el gasto total en salud como porcentaje del PIB es cercano al 6.5%, el gasto público destinado al sector salud es uno de los más altos de la región, alcanzando el 5.1% en 2007”.

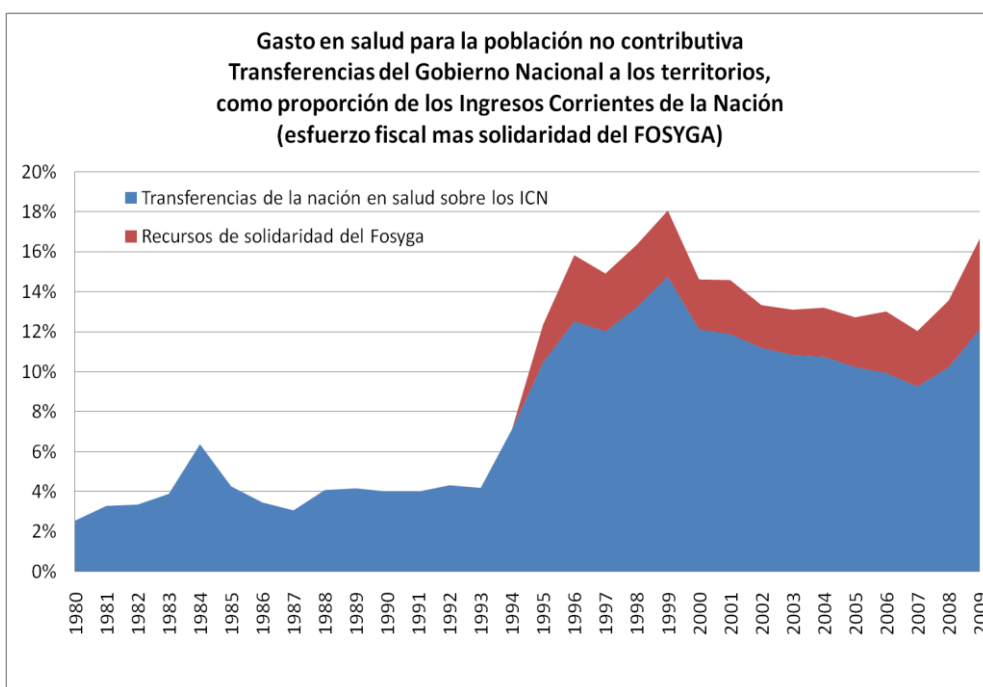
Cabe recordar que el total dispuesto para la atención de la población pobre, mediante subsidios de oferta y demanda apenas supera el 1,5% del PIB según una investigación del Grupo de Protección Social de la la Universidad Santo Tomás



Fuente: Investigación Financiamento y Segmentación en el SGSSS en Salud. Grupo de Protección Social, Universidad Santo Tomás

Se señala igualmente que “los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados a salud han venido incrementado de manera acelerada. Incluso, es claro que en este periodo, el gasto público en salud se ha multiplicado por cuatro”.

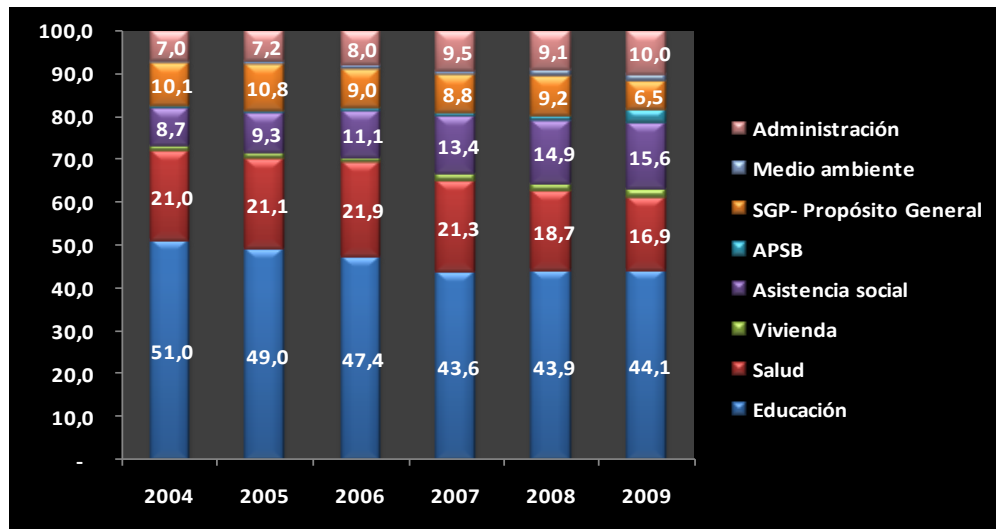
No son las mismas cifras que muestran estudios independientes como el del Observatorio de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional, que muestran que el esfuerzo de la nación después de un incremento importante en función de la Constitución de 1991, entre 1993 y 1999, se ha reduciendo significativamente desde entonces.



Fuente: Financiamiento y equidad en el SGSSS. Observatorio de Protección Social, CID, Universidad Nacional de Colombia.

Tampoco es cierto lo señalado para los últimos años, según la Contraloría General de la República, que señala una disminución de la participación de Salud en el gasto social desde un 21% en 2004 hasta un 16,9 en 2009, disminución que coincide con el aumento de la participación de la Asistencia social, especialmente del programa Familias en Acción.

## Gasto Público Social. Componentes



Fuente: Gasto Social: Contraloría General de la República

Posteriormente se plantea que el gasto privado de bolsillo en salud en el país es el más bajo de la región (como proporción de todo el gasto en salud), lo que si bien refleja la significativa dependencia del sistema de salud colombiano de los recursos públicos, que son muy cuantiosos, muestra que la implementación del SGSSS ha ayudado a reducir el impacto de choques exógenos de salud especialmente sobre la población más pobre. La reducción del gasto de bolsillo en salud ha sido particularmente significativa en el caso de las hospitalizaciones y en la compra de medicamentos.

## Recursos y poblaciones cubiertas a 2009

	Recursos		Poblaciones	
	Millones \$	%	No.	%
Régimen contributivo	12.860.667,7	36,9	17.290.000	38,4
Régimen subsidiado	6.649.880,1	19,1	23.805.000	52,9
Población pobre no afiliada (PPNA)	2.055.000,0	5,9	2.656.122	5,9
<b>Subtotal regímenes L. 100</b>	<b>21.565.547,8</b>	<b>61,9</b>	<b>43.751.122</b>	<b>97,3</b>
Regímenes exceptuados	2.640.702,9	7,6	1.226.878	2,7
<b>Subtotal SGSSS</b>	<b>24.206.250,7</b>	<b>69,5</b>	<b>44.978.000</b>	<b>100,0</b>
Seguros privados (incluye MPP)	2.544.669,1	7,3		
Gasto de bolsillo (hogares)	8.080.730,3	23,2		
<b>Totales</b>	<b>34.831.650,1</b>	<b>100,0</b>		

Fuente: Ramírez J (2010) con base en MPS, DNP y DANE ECV-2008

La gran disminución del gasto de bolsillo de la que se hace alarde tiene base en las cuentas nacionales de salud 1993-2003, pero su mismo autor Gilberto Barón y otros estudiosos como Jaime Ramírez señalan hoy el error de estimación que obedeció a la Encuesta de Calidad de Vida del 2003 y ubican dicho gasto en un 23% del total del gasto.

Más adelante se señala que “A pesar de los esfuerzos para su mejoramiento por parte del Gobierno nacional, persiste una enorme debilidad institucional en la gran mayoría de los municipios, así como falta de capacidad técnica para el manejo de los procesos del Régimen Subsidiado”

Y agrega que “Un estudio de la Universidad Nacional identificó como principal determinante de esta problemática la capacidad de los entes territoriales de gestionar los procesos del Régimen Subsidiado<sup>1</sup>. También sugirió que los municipios no cuentan con la capacidad tecnológica, ni recursos humanos capacitados para la administración de los procesos asociados a la operación del Régimen Subsidiado. Como consecuencia, el flujo de los recursos en el Sistema presenta múltiples dificultades que afectan el acceso de las personas de bajos recursos. Frente a esta situación, este Proyecto de Ley establece diferentes medidas que buscan hacer más eficiente la administración del Régimen Subsidiado con el objetivo de mejorar el acceso de la población más pobre a los servicios de salud.

Es preciso señalar que el estudio de la Universidad Nacional mostraba la debilidad de los municipios en todos los aspectos del Régimen Subsidiado y especialmente en la contratación de las Administradoras del Régimen Subsidiado, que no garantizaban los servicios adecuados a su población, debilidad que no se soluciona girándoles los recursos directamente a las EPS. Adicionalmente señalaba el estudio que los recursos girados con más tardanza eran siempre los del FOSYGA.

Dentro de estas medidas, se establece en el proyecto de ley “que el Gobierno Nacional sea el responsable de la administración de los recursos financieros del Régimen Subsidiado, con el fin de evitar su tortuoso tránsito entre entidades y resolver así una de las principales dificultades del sistema”.

Los intentos sucesivos de recoger los recursos de los municipios, las participaciones sobre los ingresos de la Nación que les entregó la Constitución de 1991, para entregárselos directamente a las EPS del Régimen Subsidiado, en los decretos de la Emergencia Social y después en la Ley 1393 y en el presente proyecto, configuran el entierro de pobre de la descentralización en Colombia.

---

<sup>1</sup> **Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado** (Segunda edición). Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. Impreso Ediciones. Bogotá, 2007

En la Ley 1393 se le da a esta recentralización el absurdo nombre de “giro sin situación de fondos”, curiosa figura del lenguaje que contradice el mismo principio de un giro, que es la situación de fondos. En realidad se trata simplemente de asignaciones presupuestales sin entregar los recursos, es decir de simple y llano centralismo, que contradice el principio de la Constitución de 1991. En los años del centralismo, previos a las reformas constitucionales que establecieron la descentralización, (1986 y 1991), el Gobierno no sólo establecía presupuestos específicos para los territorios, sino que los giraba efectivamente, lo que ahora no hará.

Si el Gobierno central escoge las EPS en cada región, administra los recursos y no permite que el municipio decida sobre ningún asunto ¿Para qué hacen firmar contratos a los alcaldes? ¿Acaso para que después respondan por los pésimos servicios de la mayoría de estas entidades, que se dedican apenas a transferir el riesgo a las IPS, sin realizar ninguna gestión, ni garantizar calidad alguna? ¿O para que respondan por los muy conocidos robos y desfalcos de algunas de ellas, con participación de políticos e incluso de grupos armados?

Además de quitarle a los municipios la totalidad de los recursos de salud, en este proyecto se les expropia un 3% del 11,6% de las participaciones de propósito general (es decir un 26%), únicas sobre las que la administración municipal puede decidir como asignar frente a mil necesidades y responsabilidades de sus comunidades. Para que los actuales alcaldes no objeten semejante recorte, se reparte en 1,5 para 2.011 y 1,5 para 2.012.

Finalmente se señala que “El Proyecto modifica el esquema de financiación tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, e introduce un mecanismo que permite distribuir los recursos entre ambos regímenes según las necesidades de financiación.”

“Adicionalmente, en la medida en que se simplifique la estructura financiera del sistema, se estarían reduciendo las distorsiones del mercado laboral provenientes de los impuestos a la nómina. En efecto, las contribuciones solidarias a salud y pensiones junto con las cargas parafiscales son percibidas como impuestos puros por los individuos y las empresas en la medida en que no se traducen en un beneficio directo para ellos.”

“De tal forma, el cambio en el uso de estos recursos tendría un mayor impacto si se tiene en cuenta que, según cálculos econométricos, una disminución del 1% en los impuestos puros generaría un incremento de la formalidad de 0.9% al aumentar la cantidad de empleo asalariado relativo al cuenta propia (informal) y por esta vía incrementar la cantidad de cotizantes dentro del sistema.”

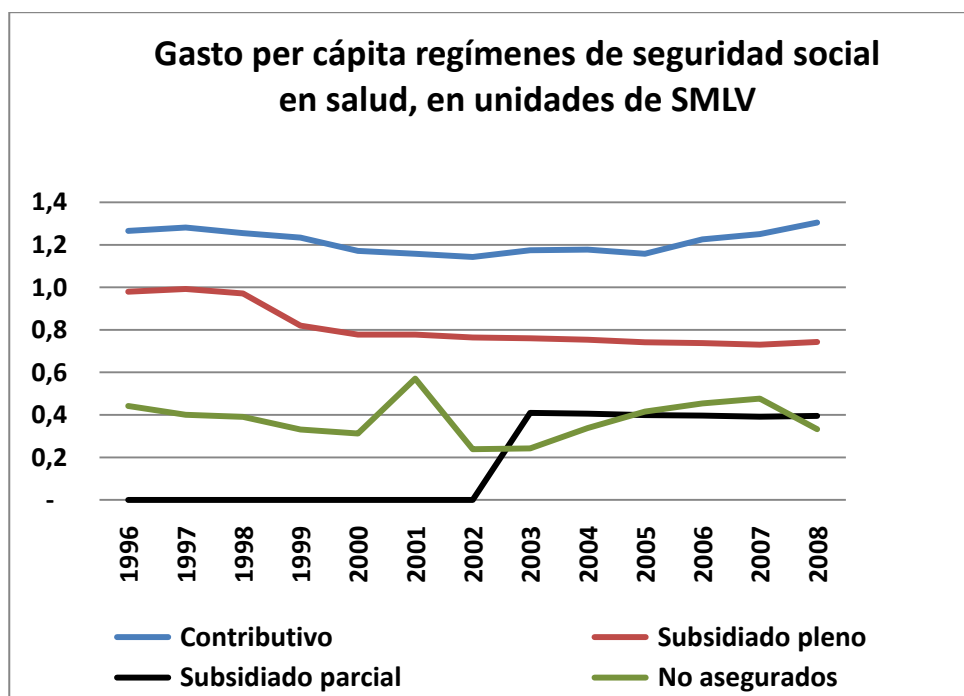
Resulta difícil creer que, sin reducir en lo más mínimo la cotización, solamente cuando patronos y trabajadores sepan que el punto y medio que era destinado al Régimen Subsidiado se quedará para financiar el Régimen Contributivo y evitar el desangre del



FOSYGA, correrán a formalizar los empleos.

La solidaridad vertical entre los dos regímenes es definida entonces en el proyecto de Ley como un impuesto puro que debe desaparecer pues “distorsiona el mercado laboral”. Suponemos que el siguiente paso desde esta perspectiva será suprimir la solidaridad entre quienes tienen más ingresos y quienes tienen menos al interior del Régimen Contributivo, reduciendo los aportes y concediendo tan sólo un Plan Básico y lo que pase de allí lo financiará cada quien con sus recursos, como se propuso en el Emergencia Social.

La verdad es que los dos regímenes han venido tomando distancia, como lo demuestra el estudio citado de la Universidad Santo Tomás, y con estas medidas aumentará las diferencias en el financiamiento per cápita de uno y otro régimen, así como la inequidad en nuestro país, inequidad en la que ya alcanzamos uno de los primeros lugares entre los países del mundo.



Fuente: Investigación Financiamiento y Segmentación en el SGSSS en Salud.  
Grupo de Protección Social, Universidad Santo Tomás

Por último, el proyecto parece proponer que los municipios se van a encargar de la Atención primaria a través del desarrollo que establece la Ley (con el 60% de los recursos de salud pública de los propios municipios más un tercio de los recursos de propósito general que pasan a salud) mientras las EPS del Régimen Subsidiado van a seguir recibiendo los recursos para el aseguramiento en el primer nivel de atención (que incluye la mayoría de las atenciones correspondientes a la estrategia de atención primaria), pero sin necesidad de prestar dichos servicios.

CIFRAS PONENCIA SEGUNDO DEBATE REFORMA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

2010  
SGP 11/12  
21.100.000

2010  
SGP 12/12  
23.018.181,82

Salud %	Total Salud	Descontando Atención primaria	Descontando FONSAET	Subsidiado %		No afiliados, no POS, Huerfanos y prestacional		Salud Pública	
24,5%	5.639.455			65%	3.665.645	25%	1.409.864	10%	563.945
27,5%	<b>6.330.000</b>	<b>6.099.818</b>	<b>6.065.291</b>	<b>80%</b>	4.852.233	<b>10%</b>	<b>606.529</b>	<b>10%</b>	<b>606.529</b>
<b>Incremento</b>	690.545	460.364	425.836		1.186.587		<b>-803.335</b>		<b>42.584</b>
	<b>112,2%</b>				<b>32,4%</b>		<b>-57,0%</b>		<b>7,6%</b>
aportes patronales							365.000		
					per cápita incremento		Recursos restantes		
					53.936		241.529		

Atención primaria                      **230.182**  
FONSAET                                      **34.527**