

Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007*

Jairo Humberto Restrepo**
Aurelio Mejía***

–Introducción. –I. Consideraciones sobre el equilibrio financiero del sistema de seguridad social en salud. –A. El régimen contributivo. –B. Régimen subsidiado.
–II. La UPC en el régimen contributivo. –III. La UPC en el régimen subsidiado.
–IV. Discusión y conclusiones. –Referencias bibliográficas.

Primera versión recibida en mayo de 2007; versión final aceptada en julio de 2007

Resumen: la unidad de pago por capitación –UPC– es la prima del seguro en el sistema de seguridad social en salud de Colombia, y constituye la principal variable del mercado regulado del que hacen parte los agentes administradores del seguro y los prestadores de servicios. En el régimen contributivo, el comportamiento de la UPC ha estado asociado a la dinámica de los ingresos netos para financiar la atención de la población, con menores consideraciones sobre el costo del plan de beneficios. En el régimen subsidiado, el ajuste de la UPC ha tenido en cuenta en mayor medida los gastos de atención, reconociendo en particular el incremento en la demanda por atenciones costosas. Los saldos acumulados en

ambos regímenes permitirían considerar la ampliación del plan de beneficios o de la cobertura, previa definición del saldo óptimo para atender contingencias.

Palabras clave: unidad de pago por capitación, seguro de salud, sistema de seguridad social en salud, prima del seguro.

Abstract: Capitation payment (UPC for its name in spanish *unidad de pago por capitación*) is the insurance premium of Colombia social security system in health and it constitutes the main variable of the regulated market. For the contributive regime, UPC has been associated to the dynamic of net income available to finance

* Este artículo es un producto de la línea de investigación sobre seguridad social y reforma del Grupo de Economía de la Salud (GES), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Los autores agradecen los comentarios y sugerencias de los demás integrantes del GES.

** Profesor Titular e investigador del Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Coordinador del Grupo de Economía de la Salud. Dirección electrónica: jairo@udea.edu.co.

*** Economista. Pasantía en investigación en el Grupo de Economía de la Salud, programa Jóvenes Investigadores de Colciencias. Dirección electrónica: aemejia@udea.edu.co.

the health plan, leaving few considerations on the cost of the compulsory health insurance plan. For the subsidized regime, the adjustment of UPC has taken into account the costs of healthcare, particularly the increasing demand for costly treatments. The resources accumulated in the contributive and subsidized regime could permit an increase in the health coverage rate or in the health plan, after considering the optimum level to attend contingencies.

Key words: Capitation payment, health insurance, social security system in health, insurance premium.

Résumé: l'unité de paiement par capitation –UPC– est la prime d'assurance maladie dans le système de sécurité sociale en Colombie. Elle constitue la variable principale du marché de la santé, lequel est composé par l'administration de l'assurance maladie et par ses partenaires. Dans le régime contributif de l'assurance maladie, le comportement de l'UPC a été associé à la dynamique des recettes nettes, lesquelles permettent de financer les services de santé de la population, en tenant compte des considérations moindres sur le coût du plan de bénéfiques. Dans le régime subventionné, l'ajustement de l'UPC tient compte dans une plus grande mesure des frais de santé, en tenant compte également l'accroissement de la demande par les services de santé les plus coûteux. Les soldes accumulés dans les deux régimes permettent d'étendre le plan de bénéfiques une fois a été défini le concept de solde optimal contingent.

Mots clef: unité de paiement par capitation, assurance de santé, système de sécurité sociale en santé, prime d'assurance.

Clasificación JEL: I18, G22, G32.

Introducción

Dentro de las características que diferencian a los mercados de salud del modelo de competencia perfecta se encuentra la incertidumbre asociada a la enfermedad, lo cual da lugar a la formación de mercados contingentes (Varian, 2007). La incertidumbre se expresa en el desconocimiento del estado de salud futuro y el impacto que trae la enfermedad sobre el ingreso de las familias, tanto por la merma de ingresos debida a la inasistencia al trabajo como por los gastos necesarios para la recuperación de la salud, que en muchos casos puede ocasionar la ruina de la familia. Así que bajo las condiciones de mercado muchas personas quedarían privadas de la atención médica, pues los gastos necesarios pueden superar sus ingresos corrientes o incluso el patrimonio, pero además existirían pocos incentivos para el desarrollo de la oferta de servicios debido precisamente al hecho de no tener seguridad sobre el pago por las atenciones (OIT y OPS/OMS, 1999). En consecuencia, como lo planteó Kenneth Arrow (1963), a partir de los teoremas fundamentales del bienestar se advierte que la provisión de los servicios de salud requiere de mecanismos diferentes al mercado, como la acción colectiva o la coerción del Estado vía impuestos y provisión pública.

El seguro de salud busca entonces solucionar el problema de la incertidumbre financiera mediante la protección individual frente a los gastos de atención médica y la conservación de los ingresos, además de generar incentivos para la formación de una oferta de servicios más adecuada a las necesidades. La prima del seguro constituye el precio equivalente a una cobertura de riesgos elegida por los consumidores, y

la suma de las primas pagadas por todos los tomadores del seguro debe ser igual o superior al monto necesario para cubrir los gastos de atención de quienes se enferman en un período determinado. De este modo, el gasto en salud se desplaza del individuo a la compañía de seguros, la cual diluye el riesgo entre grupos grandes y busca que el monto de las primas sea igual al gasto en salud del grupo (Folland; Goodman y Stano, 2007; Cutler y Zeckhauser, 2000).

Aunque a partir del propio mercado surge una solución a la problemática derivada de la incertidumbre, lo cual puede encontrarse en la historia del seguro privado de Estados Unidos, es importante tener en cuenta que este seguro también presenta dificultades que se derivan de otras características de los mercados de salud, particularmente las asimetrías de información, la existencia de bienes públicos, las externalidades y las consideraciones sobre equidad (Stiglitz, 2003). Dentro de los problemas relativos a la eficiencia se destacan la selección adversa y el riesgo moral, que amenazan la sostenibilidad del seguro e implican gastos excesivos, ante los cuales se establecen relaciones de agencia que buscan el perfeccionamiento de unos contratos para compartir los riesgos entre el asegurador y el asegurado y no eliminar el precio como mecanismo de contención en el intercambio de bienes y servicios de atención médica. Un problema adicional es la selección de riesgos, que implica la aceptación de únicamente aquellas personas que ofrecen menor peligrosidad, evitando la cobertura de ciertos grupos de población o individuos que podrían originar desequilibrios financieros debido a una mayor probabilidad de uso de servicios. Pero los problemas de equidad, que

bien pueden surgir del desarrollo mismo del mercado de seguros al excluir o brindar una cobertura insuficiente a las personas de menores ingresos y mayores riesgos, necesariamente requieren de soluciones públicas como los subsidios o la regulación de los contratos de seguros.

Una solución de no mercado a la problemática anterior está representada en la seguridad social que tuvo su origen en Europa, más concretamente en la Alemania de Bismarck y la Inglaterra de Beveridge (González, 2002). Se tiene así una alternativa de carácter estatal para brindar protección a las personas contra las pérdidas financieras ocasionadas por la enfermedad, de modo que el seguro adquiere el carácter de bien preferente y, por tanto, la afiliación se hace obligatoria para garantizar la solidaridad y evitar la selección adversa, pero también se deben enfrentar dificultades como el riesgo moral y problemas de eficiencia característicos del sector público.

En el caso colombiano, el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– ofrece un híbrido entre lo que puede ser un sistema de seguridad social de tradición europea, con la pretensión de brindar cobertura a toda la población con el mismo tipo de seguro, y un sistema en el que predominan principios de mercado como el norteamericano, al propender por la competencia en la administración del seguro y la prestación de servicios. En otras palabras, el sistema colombiano es socialdemócrata a nivel macro y neoliberal a nivel micro, y esta tensión se ve reflejada diariamente en la discusión acerca de la salud como derecho y los servicios de salud como actividad mercantil.

En este artículo se abordan los principales resultados que ofrece el sistema colombiano en los dos niveles enunciados anteriormente, así que de un lado se examina su financiación y la evolución de los principales recursos para garantizar la cobertura, y, del otro, se presenta un análisis sobre el comportamiento de la prima del seguro, la unidad de pago por capitación –UPC–, durante el período 1996–2007. En la primera parte se presentan unas consideraciones sobre el equilibrio financiero, en la segunda se analiza la evolución real y los factores que determinan el ajuste de la UPC en el régimen contributivo, en la tercera se realiza el análisis para el régimen subsidiado, y en la cuarta se presentan la discusión y conclusiones.

I. Consideraciones sobre el equilibrio financiero del sistema de seguridad social en salud

El sistema de seguridad social en salud, adoptado en Colombia mediante la Ley 100 de 1993, busca que todos los habitantes del país estén cubiertos por un seguro de salud, solidario y obligatorio (bien preferente). Los afiliados corresponden, por un lado, a las personas con capacidad de pago (asalariados, independientes con cierto nivel de ingresos y pensionados, entre otras categorías), quienes reciben beneficios en especie representados por el conjunto de atenciones y medicamentos del plan obligatorio de salud –POS– y reconocimientos en dinero para cubrir incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, beneficios que constituyen una contraprestación a la cotización mensual que deben realizar para financiar la cobertura familiar de esta población. Se tiene así

el régimen contributivo, financiado con el 11% del ingreso base de cotización de estas personas, a cuyo monto se adiciona un aporte también proporcional al ingreso (1% a partir de 1994 y 1,5% a partir de 2007) para contribuir al financiamiento del régimen subsidiado, conformado por las familias sin capacidad de pago que reciben la afiliación gratuita y gozan de los beneficios en especie que hacen parte de un POS inferior al anterior.

El seguro es ofrecido en un mercado de competencia regulada en el que participan las entidades promotoras de salud –EPS– en calidad de administradoras del mismo, las cuales son elegidas por los afiliados. Estas entidades reciben del sistema el valor de la UPC, el cual se aproxima al concepto de prima del seguro, que se complementa con ciertos pagos de bolsillo realizados por los usuarios al momento de recibir atención médica (copagos y cuotas moderadoras). Concretamente, las EPS garantizan la cobertura de los servicios comprendidos en el POS (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) mediante contratación con las instituciones prestadoras de servicios –IPS–.

A partir de este esbozo se pueden destacar varios aspectos del sistema colombiano que lo hacen atractivo en tanto busca solucionar o evitar problemas típicos del seguro privado de salud (Restrepo, 2006). En primer lugar, dentro del régimen contributivo opera la solidaridad en cuanto las personas cotizan según su capacidad de pago (el ingreso) y reciben beneficios que dependen de sus necesidades (UPC de los integrantes del grupo familiar); en segundo lugar, además de buscar la solidaridad entre los cotizantes, el sistema obliga a éstos a

realizar una contribución adicional para la población del régimen subsidiado; en tercer lugar, aunque persiste una diferencia en el POS para la población del régimen contributivo y la subsidiada, se mantiene la pretensión de igualar los planes, pero además, al interior de cada régimen el plan es igual para todos, de modo que se busca evitar la discriminación de riesgos, y en cuarto lugar, la UPC es calculada teniendo en cuenta diferencias por grupos de población (edad, género y ubicación geográfica), lo cual indica reconocer que la demanda de servicios de salud varía según estas variables, y esto permite contrarrestar en cierta forma la selección adversa y la selección de riesgos.

A. El régimen contributivo

El análisis del equilibrio financiero para el régimen contributivo se realiza en dos dimensiones: una centrada en el balance de la compensación de ingresos y gastos entre las EPS, y otra, que toma el saldo de la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga–. En cuanto a la primera, la compensación equivale a la solidaridad en el régimen contributivo, la cual se obtiene de la diferencia entre los recaudos por cotizaciones netas para el POS (11% del ingreso base de cotización menos las retenciones que deben realizar las EPS para el pago de las incapacidades por enfermedad general, 0,25%, y para financiar los programas y actividades de promoción y prevención, 0,41%) y los

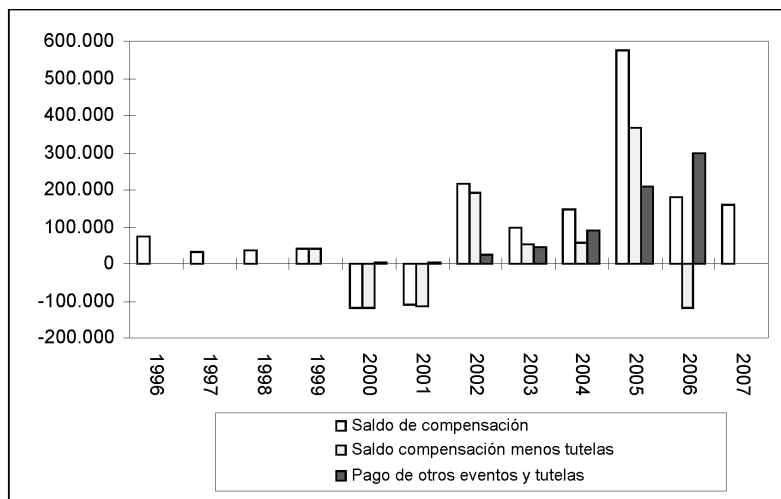
reconocimientos de la UPC a las EPS, permitiendo que las EPS con superávit giren los recursos excedentes, mientras las EPS deficitarias soliciten reembolso para terminar de cubrir el monto requerido de UPC.

El Gráfico 1 muestra el resultado de la compensación entre 1996 y 2007 (barra blanca).¹ Se observa, para los primeros cuatro años, un saldo positivo; luego, posterior a la crisis económica, se presentaron saldos negativos en 2000 y 2001 que prácticamente absorbieron los excedentes de las vigencias anteriores. A partir de 2002 el saldo es positivo, destacándose los resultados de ese año y 2005. En general, para todo el período de análisis se alcanza un saldo promedio que asciende a \$101.947 millones de pesos de 2006, así que en el largo plazo la compensación muestra que el régimen contributivo es sostenible bajo las condiciones imperantes en cuanto a evolución de los ingresos salariales y monto de la UPC.

Se ha encontrado que el comportamiento de la compensación es similar al del Producto Interno Bruto –PIB–, considerando un rezago en esta variable (GES, 2006) (Gráfico 2), aunque durante la recesión el saldo respondió de manera acelerada a la caída del PIB y, al parecer, con la recuperación económica se ha obtenido una respuesta más lenta. Sin embargo, la situación de 2005 resulta excepcional y parece ser el resultado de unas medidas tomadas para

1 Nuestro cálculo de la compensación toma hasta 2002 la diferencia entre el superávit de recaudo UPC y el pago por déficit en el proceso de compensación, según los reportes oficiales del Fosyga que por cierto solamente contabilizaban los recursos efectivamente girados por las EPS o que éstas pedían reembolsar. A partir de 2003, una vez que la presentación del presupuesto del Fosyga diferencia entre recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos, tomamos la diferencia entre recaudos y compromisos del primer concepto. Aunque se espera que esta diferencia para el segundo concepto sea de cero, lo cierto es que siempre hay un saldo.

Gráfico 1
Colombia: saldo de compensación y pago de otros eventos y tutelas en el régimen contributivo de salud, 1996-2007 (millones de pesos)



Fuente: Informes del CNSSS y Ministerio de la Protección Social, 2007

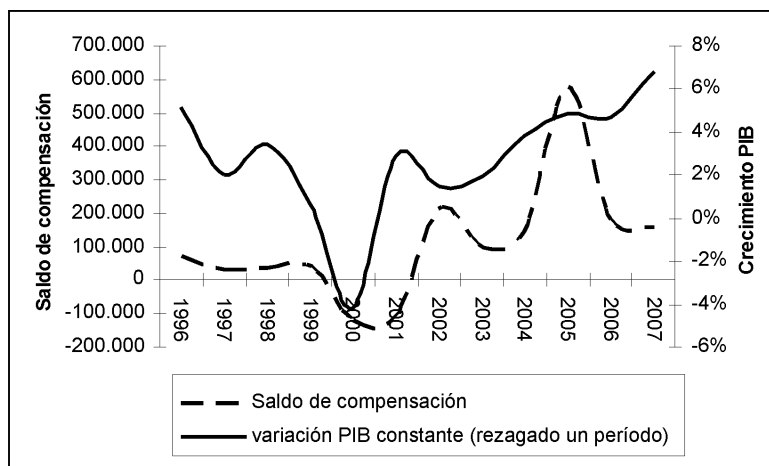
ajustar los procedimientos involucrados en la compensación (Decreto 4450 del 30 de noviembre de 2005). Esta posible asimetría puede explicarse a partir de la rigidez del mercado laboral, ya que después de la recesión la capacidad para generar más empleo y de mejor calidad no se ajustó a la dinámica de la economía (Duarte y Pérez, 2007), de modo que la recaudación de ingresos por el régimen contributivo lleva un ritmo de crecimiento inferior al del PIB.

A partir del ejercicio de compensación entre EPS, cuyo saldo constituye un ingreso del Fosyga, se adicionan otros ingresos y se restan gastos diferentes a la UPC a cargo del Fosyga (Tabla 1), como las licencias de maternidad y paternidad, los pagos ordenados por la justicia mediante fallos de tutela que ordenan la cobertura de servicios o medicamentos no incluidos en el POS, y los recobros que realizan las EPS para

cubrir las autorizaciones de sus comités técnico científicos, lo que también implica reconocer atenciones o medicamentos no cubiertos por el POS. De esta manera, se obtiene el saldo final de la cuenta de compensación del Fosyga.

La cuenta de compensación en 2006, según el informe oficial (Ministerio de la Protección Social, 2007), registró un recaudo de \$7,78 billones, monto originado en los aportes de los cotizantes a EPS (7,3 millones en diciembre de 2006), los aportes de los regímenes especiales –empleados oficiales no afiliados a EPS pero que deben compensar al sistema– y los rendimientos financieros de la cuenta. En cuanto a los gastos, se presentó una ejecución de \$6,97 billones representados en el reconocimiento de la UPC para 16 millones de afiliados, el pago por recobros de medicamentos y fallos de tutela (Tabla 1).

Gráfico 2
Colombia: saldo de compensación en el régimen contributivo de salud
(millones de pesos) y crecimiento PIB, 1996-2007



Fuente: Informes del CNSSS; Ministerio de la Protección Social, 2007; Banco de la República, 2007.

Tabla 1
Colombia: ejecución de ingresos y gastos de la subcuenta de compensación, 2006

A. Ingresos	
1. Recaudo proceso de compensación UPC – Sin situación de fondos	\$ 5.295.613
2. Recaudo proceso de compensación UPC – Con situación de fondos	\$ 1.538.640
3. Recaudo régimen de excepción	\$ 163.961
4. Rendimientos financieros inversiones	\$ 108.804
5. Excedentes financieros vigencia 2005	\$ 644.869
6. Otros ingresos	\$ 26.489
Total	\$ 7.778.376
B. Gastos	
7. Proceso compensación apropiación directa	\$ 5.030.762
8. Déficit proceso compensación - Fosyga	\$ 1.358.995
9. Otros eventos y fallos de tutela	\$ 299.173
10. Otros gastos (incapacidades por enfermedad general, licencias de maternidad y paternidad, ente otros)	\$ 282.823
Total	\$ 6.971.753
Saldo de compensación (2-8)	\$ 179.645
Saldo de la cuenta de compensación (A-B)	\$ 806.623

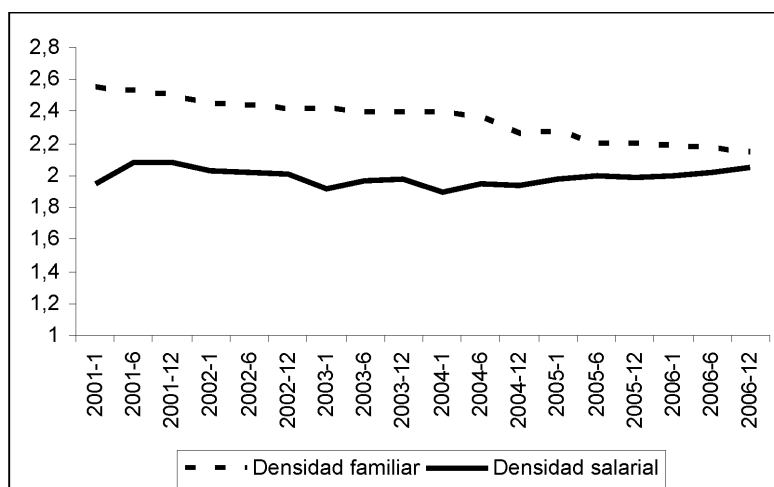
Fuente: Informe del CNSSS 2006 y Ministerio de la Protección Social, 2007.

Al comparar el saldo del ejercicio de compensación con el saldo de la cuenta de compensación se debe precisar que pese al resultado positivo del primero, al descontar los pagos por tutelas y recobros éste se reduce e incluso puede hacerse negativo. Estas obligaciones han aumentado de manera sostenida, ya que mientras en 2001 ascendían a \$4.884 millones, en 2006 alcanzaron los \$299.173 millones y ejercen una fuerte presión sobre los excedentes acumulados de la compensación, así que han pasado de representar un 0,9% del gasto de la UPC en 2003 al 4,7% en 2006 (Gráfico 1).

Además de la UPC, otras dos variables determinantes del saldo de compensación

son la densidad familiar (DF) y la densidad salarial (DS).² La primera variable es determinante en cuanto establece el número de UPC que debe reconocerse por cada cotizante, así que un incremento de ella indica mayores gastos. Por su parte, la segunda indica la evolución de los ingresos. Para el caso de la densidad familiar, durante el período de crisis económica (1998 a 2000), el indicador presentó una tendencia al alza y desde entonces se ha reducido hasta ubicarse en 2,14 en 2006 (Gráfico 3). Este comportamiento puede explicarse, entre otros motivos, por la depuración de bases de datos en todas las entidades y la implementación de los decretos 1703 y 2400 del 2002, así como por el resultado de las condiciones del empleo, lo que ha

Gráfico 3
Colombia: densidad familiar y densidad salarial en el sistema de seguridad social en salud, 2001-2006



Fuente: PARS, 2005.

2 La densidad familiar representa el número de afiliados por cotizante y se expresa como (total afiliados)/(total cotizantes). La densidad salarial equivale al promedio de salarios sobre el cual hace su aporte el cotizante y se expresa como [(ingreso base cotización)/(total cotizantes)]/(salario mínimo).

implicado un mayor número de hogares en donde hay varios cotizantes del sistema (GES, 2006; Castaño, 2004). La evolución de la densidad familiar está acorde con el presentado por el saldo de compensación: para el período en que es alta, el superávit en el saldo de compensación es bajo o se obtiene déficit; mientras a medida que el indicador desciende el superávit se hace más amplio. Por su parte, en cuanto a la densidad salarial, su comportamiento ha sido relativamente estable a partir de 2001 (Gráfico 3). Aunque los cambios anuales en las variables son del orden de centésimas, éstos tienen un impacto marcado sobre el saldo, ya que “un cambio en una centésima (0,01) de estos indicadores genera un cambio entre 20.000 y 25.000 millones de pesos” (Castaño, 2004).

En suma, como resultado del comportamiento de la compensación se ha logrado un acumulado de \$1,22 billones (cifras de 2006) en la historia del régimen contributivo. Precisamente, la subcuenta de compensación del Fosyga presentaba recursos consolidados por valor de \$1,4 billones en diciembre de 2005, los cuales estaban distribuidos entre títulos emitidos con respaldo de la Nación (Títulos Deuda Pública Interna –TES–, Bonos Fogafín y Findeter) y bonos de establecimientos bancarios.

B. Régimen subsidiado

En el régimen subsidiado los recursos son tanto de origen fiscal, en especial los correspondientes al sistema general de participaciones, como parafiscal (aportes de solidaridad del régimen contributivo y las cajas de compensación familiar), y son administrados por las direcciones locales

de salud para contratar con las EPS la afiliación de la población seleccionada. Se destaca, a diferencia del contributivo, que en el régimen subsidiado sólo se reconocen diferencias en la UPC según la región, de manera que no se tienen en cuenta variables tan importantes para estimar el gasto en salud como la edad y el género. Además, basados en el argumento de que no pueden darse barreras al acceso, en particular para la población sin capacidad de pago, en este régimen no se cobran cuotas moderadoras pero sí los copagos, con la excepción consagrada en la Ley 1122 de 2007 para las personas del nivel 1 del Sisbén (Tabla 2).

El análisis sobre las cuestiones financieras de este régimen se concentra en las fuentes de financiación, pues su dinámica es diferente a la del contributivo ya que acá no existe la compensación como un saldo entre ingresos y egresos y no hay cotizaciones del grupo de los beneficiarios. En este caso se observa, con la excepción del año 2000, un continuo crecimiento de los recursos, lo que ha permitido una mayor cobertura, de 8,5 millones en 1998 a 20,1 millones en 2006 según el informe del Ministerio de la Protección Social (2007). De manera similar a lo que sucede con el saldo de la cuenta de compensación en el régimen contributivo, aunque con mayor correspondencia en el tiempo a los hechos de la crisis económica, los recursos en el régimen subsidiado presentaron un estancamiento entre 1998 y 1999 y una reducción en 2000, y posteriormente han crecido en forma sostenida, llegando a superar los 3 billones de pesos en 2006, lo cual corresponde a la dinámica de sus dos principales fuentes: la solidaridad proveniente del régimen contributivo, con el aumento del 50% a partir de la Ley 1122, y el sistema

Tabla 2
Colombia: pagos compartidos en el sistema general de seguridad social en salud

Cuotas moderadoras	Régimen contributivo		
	% del salario mínimo diario	Valor en 2007	
Nivel 1	11,7%	\$1.700	
Nivel 2	46,1%	\$6.700	
Nivel 3	121,5%	\$17.600	

Copagos	Valor por evento	Valor límite	Valor máximo anual
		(% del s.m.m.l.v)	(% del s.m.m.l.v)
Nivel 1	11,50%	28,7%	57,5%
Nivel 2	17,3%	115%	230%
Nivel 3	23%	230%	460%

Copagos	Régimen subsidiado
Indígenas, indígenas y desplazados	No se cobran copagos.
SISBEN 1	No se cobran copagos (a partir de Ley 1122 de 2007).
SISBEN 2	El copago máximo es del 10%. El valor límite es el 50% y el valor máximo el 100%.

Nota: las cuotas moderadoras se calculan con base en el salario mínimo diario y su monto debe ser pagado por cualquier afiliado del régimen contributivo (cotizantes o beneficiarios) cada que utilice servicios ambulatorios o de entrada al sistema, tales como: consulta médica general y especializada, consulta odontológica, exámenes de laboratorio y medicamentos. Los copagos se calculan inicialmente como el porcentaje del valor de atenciones hospitalarias o procedimientos médicos que deben cancelar solamente los beneficiarios, así que los cotizantes están excluidos; sin embargo, existe un valor límite que corresponde al máximo cobro por un mismo evento, como una proporción del salario mínimo mensual, y también se tiene un valor máximo, monto por año calendario permitido por concepto de copagos y expresado también como un porcentaje del salario mínimo mensual (en 2007 asciende a \$433.700 pesos, que equivalen a US\$215 aproximadamente). En el régimen contributivo, el nivel 1 corresponde a población con ingresos inferiores a dos salarios mínimos mensuales; el nivel 2, entre dos y cinco salarios mínimos, y el nivel 3 más de cinco.

Fuente: Acuerdo 260 del CNSSS.

general de participaciones, cuyos recursos además de obtener aumentos reales cada año incrementan su destinación para el régimen subsidiado, desde cerca del 50% del monto destinado a salud en 2006 al 65% en 2009.

Un asunto que ha merecido gran atención en cuanto al financiamiento del régimen subsidiado se refiere al aporte del gobierno

nacional, el cual fue planteado en la Ley 100 de 1993 como un monto igual al aporte de solidaridad del régimen contributivo, aunque sobre el particular hay diferencias en su interpretación y evolución (Restrepo y Sánchez, 2007). En realidad, los aportes reales, en proporción a la obligación legal, estuvieron entre 1994 y 1996 por el orden del 30%, y fue así como la Corte Cons-

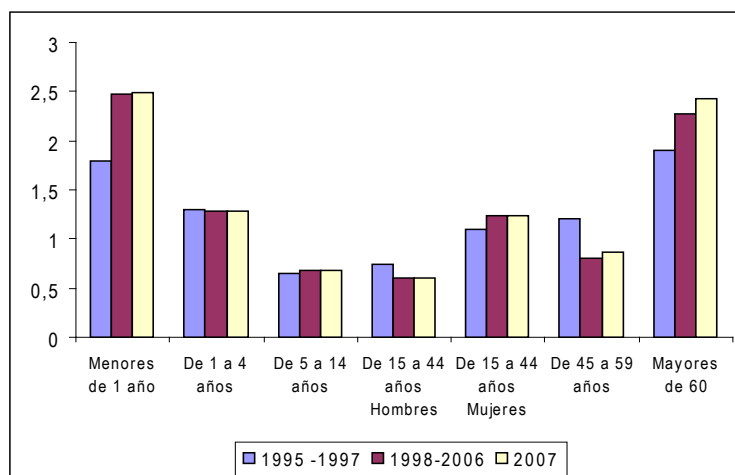
titucional condenó a la Nación a efectuar un plan de pagos para saldar una deuda de \$531.314 millones en 1997. Pero además, temiendo tal vez la imposibilidad de dar continuidad al esquema del paripassu (un peso del gobierno por cada peso que aportara el régimen contributivo), la Ley 344 de 1996 buscó establecer un piso más bajo, así que a partir de 1997 el aporte legal podría llegar a ser igual a la mitad del punto de solidaridad del régimen contributivo, y a partir de 1998 no podría ser inferior a un cuarto de punto. Luego de declarar esta medida como inexequible, la Ley 715 de 2001 fijó los aportes gubernamentales en el 25% del punto de solidaridad, pero en 2004 también se declaró inexequible. En 2007, con la expedición de la Ley 1122, el aporte gubernamental se fijó en \$286.953 millones para 2007, con un incremento anual de por lo menos 1% en términos reales, lo que significa un monto cercano al 20% del aporte del régimen contributivo.

II. La UPC en el régimen contributivo

Con la UPC del régimen contributivo se busca cubrir los costos de prestación del POS, a cuyos recursos se suman las cuotas moderadoras y los copagos. El monto anual de la UPC es definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS–, pero a partir de la Ley 1122 de 2007 dicha función pasará a manos de la Comisión de Regulación en Salud –CRES–.

En sus orígenes, 1995, se estableció el valor anual de la UPC en un monto similar a un salario mínimo mensual, con unos factores de ajuste según tres variables esenciales (edad, género y ubicación geográfica). En cuanto a la edad y el género, en el Gráfico 4 se ilustra la ponderación para cada grupo. En 2007, con el fin de reconocer una estructura de costos que ayude a controlar

Gráfico 4
Colombia: evolución de las ponderaciones de la UPC en el régimen contributivo, 1995-2007



Fuente: Acuerdos del CNSSS 1995-2007.

fenómenos como la selección adversa y la selección de riesgos, se modificaron los factores de ajuste correspondientes a cada uno de los grupos de población, que habían permanecido constantes desde 1998. En particular, en reconocimiento a los mayores gastos derivados de la atención a la infancia y a la población de mayor edad, se establecieron incrementos por encima del 4,5% promedio para los menores de un año (5,5%), y las personas mayores de 45 años (9%), y, mediante el Acuerdo 360 de marzo de 2007 del CNSSS, se incrementaron nuevamente las ponderaciones para las personas mayores de 45 años en 2%. Respecto a la ubicación geográfica, en consideración a la menor densidad demográfica en ciertos territorios, se reconoce un recargo del 20% para la población afiliada en Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá, exceptuando las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus áreas de influencia, en las cuales se aplica la UPC del resto del país.

Una mirada sobre la evolución de la UPC entre 1996 y 2007 enseña lo siguiente: entre 1996 y 2000 la actualización de la UPC fue idéntica al incremento del salario mínimo, tomado como indicador del comportamiento de las cotizaciones, lo cual estuvo acompañado de un saldo positivo en la compensación. Se ha sugerido entonces que en este período se definió el aumento de la UPC según la disponibilidad de recursos, y de alguna manera se volvió costumbre que ésta era determinada por los ingresos y más exactamente por la variación del salario mínimo (Restrepo y Rodríguez, 2005). De igual modo, y en

forma consecuente con el cambio de signo en el saldo de la compensación durante 2001 y 2002, la UPC se actualizó buscando la conservación del equilibrio, pero para lograrlo su crecimiento fue inferior al del salario mínimo y al de la inflación general. Por último, entre 2004 y 2007 se definió un incremento superior a la inflación y aún inferior al aumento del salario mínimo, lo cual estuvo asociado a la recuperación del equilibrio financiero y la ampliación del POS. Se aprecia entonces que el salario mínimo, en el marco de la reforma laboral, perdió poder como indicador y más bien adquiere relevancia definitiva el equilibrio de la compensación.

En cuanto a la evolución real de la UPC en el régimen contributivo, según el índice de precios al consumidor-IPC-, después de la reducción en términos reales que se presentó durante 2002 y 2003, el monto definido por Acuerdo para la UPC ha crecido 1,1% en 2004 y 2005, y 1,3% en 2006. En 2007, si se tiene en cuenta el cambio en las ponderaciones para los diferentes grupos de edad, el incremento total de la UPC con respecto al valor de 2006 ascendería al 6,1%, es decir, un aumento cercano al 2% al descontar la inflación esperada para 2007, aunque dicho incremento sólo se mantendría en la medida que se cumpla la meta de inflación. Además, si se compara el valor de la UPC establecido por Acuerdo con el que resulta de los pagos o reconocimientos efectivos a las EPS (pagos totales por UPC dividido entre la población afiliada), la diferencia continúa en aumento y es así como pasó del 3,5% en 2006 al 5,3% en 2007, es decir, que si bien se define una UPC de \$404.215, en realidad al dividir los pagos del POS entre la población beneficiaria ésta asciende a por lo menos \$425.000.

Por último, el comportamiento de la UPC frente a los costos de prestación de los servicios del POS, esto es, lo que las EPS pagan a las IPS con las cuales contratan, enseña que si bien existe un saldo positivo que ofrece un margen de rentabilidad incluso después de descontar los gastos de administración, este margen se ha reducido en los últimos años debido a un incremento del gasto médico. En efecto, al inicio del régimen contributivo se esperaba un margen bruto del 15%, y pese a que en los años anteriores la cifra alcanzada se ha ubicado en torno a este promedio, un estudio reciente de las propias EPS señala que este porcentaje descendió de 15,4% en 2002 a 12,8% en 2006 (Díaz-Granados, 2007).

III. La UPC en el régimen subsidiado

La definición de la UPC subsidiada, que también corresponde al CNSSS, inicialmente fue de un 50% de la UPC del régimen contributivo, con el objetivo de aproximarla paulatinamente a esta última, aunque este propósito aún no se alcanza. A diferencia del régimen contributivo, la UPC subsidiada no se ajusta por edad o género, pero se reconoce un recargo de cerca del 19% para la población afiliada en los territorios de menor densidad demográfica en donde aplica el recargo para el régimen contributivo. De manera particular, a la UPC subsidiada se adiciona una prima del 2% para los afiliados en Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad, reconociendo la presión de los costos debida a la mayor siniestralidad que se presenta en estas ciudades respecto del

resto de municipios y a la mayor frecuencia de uso de los servicios.

Por otra parte, se cuenta con el esquema de subsidios parciales, mediante el cual se busca brindar protección a población candidata al régimen subsidiado (en especial del nivel 3 del Sisben) con un plan de beneficios más limitado y concentrado en eventos de alto costo. Para 2007 se fijó un valor equivalente al 42% de la UPC subsidiada para Bogotá, Cali y Medellín, del 40,7% para Barranquilla y del 39,5% para los demás municipios. Es importante resaltar que la Ley 1122 de 2007 formalizó este esquema y definió un valor mínimo del 50% de la UPC subsidiada, así que seguramente se producirá un ajuste durante el año.

En sus primeros años de operación la UPC subsidiada tuvo un comportamiento idéntico al del salario mínimo, pero a partir de 1999 se ha buscado reconocer el equilibrio entre la UPC y el valor del POS, como ocurrió en ese año en el que no hubo incremento por considerarse que su monto era apropiado, y como sigue ocurriendo en los últimos años al reconocer las presiones derivadas principalmente de la demanda por atenciones de alto costo, por lo que su incremento ha sido superior a la evolución del IPC total y en varias ocasiones al de la UPC del régimen contributivo.

Podría decirse entonces que en 1999 comenzó un nuevo período para el régimen subsidiado, al poner a prueba la búsqueda de equilibrio entre UPC y POS y buscar una administración más eficiente de parte de las EPS. De tal manera, a la restricción marcada en ese año se siguieron aumentos importantes en la cobertura, varios ajustes hacia arriba en la UPC y algunas normas para reducir el margen de intermediación,

a lo que se agrega la depuración del mercado con la salida de grandes agentes que buscaban fin de lucro y la agrupación de otros más pequeños que debían mostrar un mínimo de afiliados (Restrepo; Arango y Casas, 2002; Restrepo; Rodríguez, y Vásquez, 2002).

De lo anterior se desprende que en el régimen subsidiado ha existido una mayor coherencia entre la definición de la UPC y el valor del POS, a tal punto que en la actualidad la diferencia entre ambas podría incluso ser negativa y esto llevaría a mantener aumentos reales de la UPC o, en sentido extremo, a revisar el contenido del POS. Esta situación puede ser ilustrada en términos de la naturaleza de un seguro, en este caso de la cobertura de servicios de salud ofrecida a la población más pobre y vulnerable, la cual señala que al inicio de su creación el seguro ofrece una buena rentabilidad pero con el paso del tiempo ésta se pierde y puede llevar a la desaparición del seguro o a su redefinición total. En efecto, como se estimó en el trabajo de Restrepo *et al.* (2002b), el margen de rentabilidad bruta de las ARS, expresado en términos de ingresos por UPC menos gastos en servicios de salud, pasó de niveles superiores al 50% hasta el 12% en el período 1996-2001, y en la actualidad las entidades afiliadas a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-ACEMI- reportan un gasto del 93% de los ingresos en gasto médico, cifra que se mantiene entre 2004 y 2005 (Díaz-Granados, 2007).

Los resultados sugeridos anteriormente son consistentes con la dinámica que ha tenido el mercado de las EPS del régimen subsidiado, tanto por la salida de agentes

que perseguían un fin de lucro y que no se enfrentaron a barreras normativas para abandonar el régimen subsidiado, de manera que la rentabilidad de los primeros años fue apropiada privadamente, como por la regulación que se ha establecido para aumentar su tamaño y controlar el margen de intermediación, así como por la declaración de las EPS del régimen subsidiado que han permanecido en el mercado, en el sentido de que su permanencia está justificada por el gasto de reservas de períodos anteriores, pero señalan la necesidad de ajustes importantes para su continuidad.

IV. Discusión y conclusiones

Este artículo ofrece una mirada global sobre lo que ha sido la experiencia colombiana en cuanto a la financiación del seguro solidario de salud implantado a partir de 1995. Además de dar cuenta del diseño de la función financiera del sistema de seguridad social, se presenta un análisis acerca de su evolución en un período que puede ser reconocido como de largo plazo, así que se combinan aspectos estructurales y de coyuntura, ofreciendo una metodología para el seguimiento permanente del equilibrio financiero del sistema y el comportamiento de la UPC o prima del seguro. A partir de esta mirada, se proponen cuatro temas sobre los cuales conviene ampliar la discusión y adelantar análisis e investigaciones que generen mayor conocimiento.

La UPC como prima del seguro

La conformación y el desempeño del sistema de seguridad social en salud de Colombia enseña varias dificultades, para hacer realidad la cobertura universal, en tanto no se logra garantizar el mismo plan

de beneficios a toda la población. Como parte de esta problemática, se mantiene una separación o fragmentación entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, de manera que mientras en el primero se acepta más fácilmente la existencia de una prima ajustada por riesgos, en el segundo la discusión es más compleja por cuanto no se reconocen diferencias en la UPC basadas en características de los individuos, como la edad y el género, y solamente se asumen mayores gastos debidos a la baja densidad demográfica.

Ahora bien, como lo han sugerido varios estudios, la existencia del seguro ofrece garantías a la población para acceder a tratamientos y medicamentos que bajo otras condiciones sería más difícil o imposible, así que se cumple el propósito por el cual se crea el seguro. Por su parte, aunque existen menores evidencias documentadas, la oferta de servicios ha registrado avances importantes principalmente en las ciudades, con énfasis en el desarrollo hospitalario y la adopción de tecnologías cuyo funcionamiento se hace sostenible por los recursos apropiados a partir del seguro obligatorio.

Estos hechos permiten sugerir una tendencia creciente del gasto en salud, lo cual se ha visto reflejado en parte en la evolución de la UPC al efectuarse ajustes de ésta hacia arriba a través de hechos como la ampliación del POS, el reconocimiento del mayor gasto médico, en particular por la presión que ejercen las enfermedades de alto costo. Sin embargo, se plantea como hipótesis que la UPC no se ha ajustado al mismo ritmo del incremento del gasto en salud, así que en ambos regímenes, pero especialmente en el subsidiado, es necesario revisar este

balance y evitar así que el ajuste se dé a través de barreras en el acceso, deterioro en la calidad de los servicios o deterioro de las condiciones del recurso humano de salud y en general de los prestadores de servicios.

Además de lo anterior, es importante reconocer que por fuera de la UPC está creciendo un gasto paralelo que ya supera el 4,7% del gasto de la UPC en el régimen contributivo. Se trata de los gastos ordenados invocando el derecho a la salud, y que algunos han planteado pueden favorecer en mayor medida a los proveedores de tecnología médica y medicamentos cuyo costo efectividad no está probado (Pinto y Castellanos, 2004).

Cabe preguntarse entonces por la capacidad con que debe contar el país para el cálculo del riesgo y ajustar la prima en función del gasto, además de discutir tres aspectos esenciales: primero, ¿cuáles son los beneficios y derechos para la población?, brindando cobertura y garantizando que el seguro se comporte como bien preferente, pero garantizando claridad y seguridad jurídica; segundo, la necesidad de regular o proveer un reaseguro que impida la selección adversa en contra de algunas EPS, así que éste debería convertirse en un seguro obligatorio con una cuenta especial en el Fosyga, propuesta que fue discutida en el marco de la aprobación de la Ley 1122 de 2007 pero no prosperó, y tercero, el control que debe darse sobre los prestadores y la adopción de tecnología, pues en la discusión sobre el aumento del gasto en salud quedan inquietudes si realmente se protegen derechos de pacientes o se garantiza la rentabilidad de ciertos negocios de provisión de servicios.

En resumen, se trata de ofrecer documentación y adelantar un gran debate público sobre *qué tanto es falta de POS y qué tanto aguanta la UPC*, pero además, *quién se beneficia realmente*. Estas preguntas tienen relevancia en el marco de la discusión mundial sobre las prioridades en salud y los retos en cuanto al gasto y las implicaciones macroeconómicas que se derivan del financiamiento de los sistemas de salud y la eficiencia de éstos (Savedoff, 2007; OMS, 2001; GES, 2005).

Balance macro

El saldo acumulado de la cuenta de compensación del Fosyga indica la posibilidad de realizar un ajuste en los gastos permanentes mediante la ampliación del POS, aunque debe evaluarse el saldo óptimo que requiere la cuenta para atender contingencias. Sin embargo, es importante conservar la preocupación acerca del efecto que sobre los recursos disponibles para el régimen contributivo trae consigo el cobro por la vía de tutelas. Además, para realizar un ejercicio de programación financiera más ajustado a la realidad, es conveniente establecer la UPC según el monto que en realidad se está reconociendo. Los aumentos recientes de los recursos para el financiamiento del régimen contributivo han permitido expandir la capacidad de gasto de las EPS, con argumentos como facilitar mejores condiciones contractuales entre EPS, IPS y profesionales, o, como sería la novedad en 2007, reconocer la demanda real de grupos específicos de población, en especial el reconocimiento de un mayor incremento real para los menores de un año y los grupos de 45–59 y mayores de 60 años.

Con relación a los recursos, en el régimen subsidiado también se presenta un saldo de recursos que permitiría la ampliación del plan o de la población afiliada. Sobre este asunto, el 16 de mayo de 2007 el Consejo de Estado determinó que la totalidad de los excedentes financieros de la subcuenta de solidaridad del Fosyga y sus respectivos rendimientos, que a 31 de diciembre de 2005 ascendían a \$1,4 billones de pesos, fueran invertidos en ampliación de la cobertura en salud del régimen subsidiado.

Balance micro: ¿es suficiente la UPC para financiar el POS?

Sobre esta inquietud, de la cual ya se hicieron algunos planteamientos, conviene tener en cuenta dos aproximaciones. La primera consiste en analizar el comportamiento real de la UPC, ante lo cual se observa que entre 1995 y 2007 en el régimen contributivo se ha presentado un incremento real del 16,5%, mientras que en el régimen subsidiado el aumento es de 5,8%. Ahora bien, si se hace el cálculo a partir del IPC salud, se tendría una reducción real de la UPC: 7,7% en el régimen contributivo y 16,2% en el subsidiado. No obstante, no se pueden extraer conclusiones precisas sobre la suficiencia de la UPC frente al costo del POS, debido a la escasez de información estadística apropiada y a la diferencia entre la canasta de bienes y servicios empleados para calcular el IPC salud y los incluidos en el POS, pero en todo caso es una referencia importante que además justifica la necesidad de contar con un índice propio para hacer seguimiento sobre el comportamiento del uso de servicios y el costo de éstos para las EPS.

Una segunda aproximación puede darse a partir de los estados de resultados de las EPS (GES, 2006). Sobre el particular, aunque en los dos últimos años se ha presentado un deterioro, históricamente ha existido un margen aceptable entre los ingresos operacionales (básicamente la UPC) y el gasto en servicio de salud (el POS), de manera que las EPS adquieren rentabilidad sobre sus ingresos y ésta es más destacada sobre el patrimonio, mostrando la suficiencia de los recursos para atender la demanda de servicios. No obstante, los pagos por medicamentos no POS y fallos de tutela son una fuerte presión sobre el gasto que pone en peligro la prestación de los servicios.

En el caso del régimen subsidiado, consistente con la evolución de la UPC, en los últimos años se ha reconocido un desbalance creciente entre la UPC y el valor del POS. Se espera que la ampliación de cobertura, al incorporar un número importante de personas que en principio poseen un mejor estado de salud en comparación con los que se encuentran afiliados (Ramírez *et al.*, 2005), se dé una mayor dilución de riesgos y por tanto la diferencia entre la UPC subsidiada y el gasto en salud se mejore un poco al menos en el corto plazo.

Regulación y dirección del sistema

Para terminar, conviene también ambientar la discusión sobre la manera como deberá asumirse a futuro la definición de la UPC y la administración de los recursos del sistema. La Ley 1122 de 2007 introduce

cambios de importancia en cuanto a la institucionalidad del sistema y es así como al crear la Comisión de Regulación en Salud le da a este organismo mayor autonomía e independencia que al CNSSS, con personería jurídica, presupuesto propio, la designación de cinco expertos de dedicación exclusiva y la adopción de una secretaría técnica, entre varias características. Así que se espera que la Comisión institucionalice el seguimiento a la información del gasto en salud y los costos de los servicios del POS, y cuente con criterios más técnicos para definir el aumento anual de la UPC.

Ahora bien, un hecho que podría ir en contravía de la autonomía consagrada a la Comisión se refiere al hecho de que la administración del Fosyga, y por tanto las consideraciones sobre el presupuesto del sistema (el cual es cercano al 3% del PIB), se desprenden del CNSSS y al parecer serán asumidas directamente por el Ministerio de la Protección Social. Si bien se había recomendado resolver la multiplicidad de objetivos a cargo del CNSSS (Restrepo, 2007), lo cierto es que se requiere mayor transparencia y debate sobre el tema presupuestal y éste puede quedar diluido si desaparece el carácter colegiado de su aprobación y manejo. Además, la Comisión se enfrentaría a restricciones externas, como las que pudieran imponer los Ministerios sobre disponibilidad o desembolso de recursos, frente a las cuales se vería limitada para definir una UPC y otras medidas más acordes a la realidad del país o lo que indiquen sus estudios técnicos.

Referencias bibliográficas

- ARROW, Kenneth (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review*, Vol. 53, No. 5, pp. 941-973.
- BANCO DE LA REPÚBLICA (2007). "PIB grandes ramas de actividad económica a precios constantes de 1994. Trimestral desde 1995. (Variaciones % anuales)". Disponible en: http://www.banrep.gov.co/estad/dsbb/srea1_005.xls. Fecha de acceso: septiembre de 2007.
- CASTAÑO, Ramón Abel (2004). *Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del pos y/o de la UPC*. Bogotá, Fundación Corona.
- CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –CNSSS–. Acuerdos del CNSSS. Disponibles en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=14542&IDCompany=3>. Fecha de acceso: septiembre de 2007.
- CUBILLOS, Leonardo (2005). "Evaluación de tecnologías en salud: aplicaciones y recomendaciones en el sistema de seguridad social en salud colombiano". [Artículo en Internet] Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16192DocumentNo4236.PDF. Fecha de acceso: septiembre de 2007.
- CUTLER, David y ZECKHAUSER, Richard (2000). "The Anatomy of Health Insurance". En: Culyer, A. and Newhouse, J. (eds). *Handbook of Health Economics*. Vol. 1A. Amsterdam, Elsevier Science.
- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA –DANE–. Estadísticas IPC. Disponibles en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=32&id=28&Itemid=140. Fecha de acceso: marzo de 2007.
- DÍAZ-GRANADOS ORTIZ, Juan Manuel (2007). "Visión general de la salud en Colombia. Participación del sector Privado y Cooperativo". Presentación realizada en el foro: *El sistema de Salud de Colombia frente a experiencias internacionales*. Bogotá, 8 de junio de 2007. Disponible en: <http://www.acemi.org.co/images/stories/Publicaciones/Foro/presentacionjmdg.ppt>. Fecha de acceso: agosto de 2007.
- DUARTE, Leonardo y PÉREZ, Francisco (2007). "La paradoja del crecimiento económico sin empleo". Documentos técnicos sobre mercado laboral, DANE. [Artículo en Internet] Disponible en: www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/doc_tecnico.pdf. Fecha de acceso: octubre de 2007.
- FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen y STANO, Miron (2007). *Economics of Health and Health Care*. 5ª ed. New Jersey, Prentice Hall.
- GONZÁLEZ, Jorge Iván (2002). "Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, No. 2, pp. 18-24.
- GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD –GES– (2006). "Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996 – 2005". *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 13, pp. 1-9.

- _____ (2005). “Macroeconomía y Salud en Colombia”. *Observatorio de la Seguridad Social*, No. 11, pp. 1-22.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2007). *Informe de actividades 2006-2007*. Bogotá, Ministerio de la Protección Social.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO –OIT–; Organización Panamericana de la Salud –OPS/OMS– (1999). “Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe”. México, Reunión regional tripartita, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999. Disponible en <http://www.ilo.org/public/english/protec-tion/socsec/step/download/36p1.pdf>. Fecha de acceso: septiembre de 2007.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico*. Ginebra, OMS.
- PINTO, Diana y CASTELLANOS, María Isabel (2004). “En el Sistema general de seguridad social colombiano caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 3, No. 7, pp.40-61.
- PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD –PARS– (2005). “Balance global de compensación y ajuste de la UPC 2005-2006”. [Documento en Internet] Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16192DocumentNo4234.PDF Acceso: septiembre de 2007.
- RAMIREZ, Manuel; ZAMBRANO, Andrés; YEPES, Francisco José; GUERRA, José y RIVERA, David (2005). “Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida”. *Borradores de investigación*, No. 72, Facultad de Economía, Universidad del Rosario.
- RESTREPO, Jairo (2005). “Aspectos financieros sobre los servicios y el seguro de salud”. En: Blanco, Jorge y Maya, José. *Fundamentos de salud pública. Tomo II: Administración de Servicios de Salud*. 2ª ed. Medellín, Corporación para Investigaciones Biológicas.
- _____ (2006). “Instituciones y mercados de salud en Colombia”. En: Ham, Roberto y Ramírez, Berenice (eds). *Efectos económicos de los sistemas de pensiones*. México D.F., El Colegio de la Frontera Norte y Plaza y Valdés editores.
- _____ (2007). “Experiencia Regulatoria del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”. Ponencia presentada en el *Simposio sobre Instituciones y Procesos Regulatorios en el Sector Salud*, Asociación Colombiana de Economía de la Salud –Acoes–, Bogotá, 26 de Junio de 2007. Disponible en: <http://www.acoes.org.co/pdf/Jairo%20Humberto%20Restrepo.pdf>
- RESTREPO, Jairo y RODRÍGUEZ, Sandra (2005). “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia”. *Revista de Economía Institucional*, Vol.7, No.12, pp.165-190.
- RESTREPO, Jairo y SÁNCHEZ, Laura (2007). “Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993-2007”. *Estudios de la seguridad social*, No. 100 (en prensa).

- RESTREPO, Jairo; ARANGO, Mónica y CASAS, Lina (2002). "Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia". *Lecturas de Economía*, No. 56.
- RESTREPO, Jairo; ECHEVERRI, Esperanza; VÁSQUEZ, Johanna y RODRÍGUEZ, Sandra (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Medellín, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.
- RESTREPO, Jairo; RODRÍGUEZ, Sandra y VÁSQUEZ, Johanna (2002b). "Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud: entorno nacional y el caso de Antioquia". *Revista Nuevos Tiempos*, Vol. 10 No. 1.
- SAVEDOFF, William (2007). "What Should A Country Spend On Health Care?". *Health Affairs*, Vol. 26, No. 4, pp. 962-970.
- STIGLITZ, Joseph (2003). *La Economía del Sector Público*. 3ª edición. Barcelona, Antoni Bosch editor.
- VARIAN, Hal (2007). "Capítulo 12: La incertidumbre". En: Varian, Hal. *Microeconomía intermedia*. 7ª edición. Barcelona, Antoni Bosch editor.