

El seguro de salud en Colombia

¿COBERTURA UNIVERSAL?*

Jairo Restrepo Zea

Resumen

Este artículo está destinado a ilustrar los alcances de la ley 100 de 1993 en cuanto a la cobertura del seguro de salud. Se presentan los cambios más importantes en este aspecto, destacándose el aumento de la cobertura como un efecto automático de la reforma y su posterior estancamiento. Se concluye que la dinámica de la cobertura es dependiente del mercado de trabajo y de las políticas de ajuste fiscal, de manera que es muy difícil lograr la incorporación de más personas a la seguridad social si se mantiene la tendencia de una mayor informalidad de la población ocupada y se recortan o congelan los recursos para afiliarse y atender a la población pobre o, no se realizan ajustes sobre el sistema para facilitar una mayor afiliación y contar con otros mecanismos para garantizar la protección social en salud.

Palabras clave: Seguridad social, seguro de salud, empleo, cobertura de salud.

Abstract

This paper pretends to illustrate the reaches of the Law 100 of 1993 relating to the health insurance scope. Here, the most important changes in this aspect are shown, focusing the coverage growth as an automatic effect of the reform and its later stagnation. It is concluded that the dynamics of the scope is highly dependent on the labor market and fiscal adjustment policies, so that, it is very difficult to obtain the enrollment to the social security regime of more people if, on the one hand, the trend of an increasing informality of the employed population is sustained and if the resources for affiliating and taking care of the poor population are diminished or freed, or, on the other hand, adjustments on the system to facilitate a greater affiliation are not made in order to have other mechanisms that guarantee health social protection.

Key words: Social security, health insurance, employment and health services delivery.

* Algunos avances de este trabajo fueron publicados en las ediciones de junio y diciembre de 2001 del boletín del Observatorio de la Seguridad

Social, Grupo de economía de la salud, Universidad de Antioquia :

<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>



Introducción

La reforma a la seguridad social fue discutida y promulgada en Colombia en un marco social y político dominado por la tensión, por un lado, entre las aspiraciones y los principios consagrados en la Constitución de 1991, acerca del Estado social de derecho; y, por otro, las pretensiones del gobierno del presidente Gaviria en materia de apertura, liberalización y privatización, entre otras iniciativas que quedaron plasmadas en su plan de desarrollo *La revolución pacífica*. En medio de esta tensión, tal vez aún no resueltas diez años después, la seguridad social recibió como principios fundamentales los de universalidad, solidaridad y eficiencia, y se dio origen a la ley 100 de 1993 con el propósito de reformar los sistemas de pensiones, salud y riegos profesionales, además de propiciar una nueva mezcla de lo público y lo privado para la provisión y producción de los servicios involucrados en estos sistemas.

En el campo de la salud, en el ámbito macro adquirieron mucha importancia los principios de universalidad y solidaridad, de manera que se adoptó el seguro público de salud para cubrir a toda la población y, de este modo, garantizar el acceso a los servicios en todos los niveles de atención (Restrepo y Salazar, 2002). Es indudable que la meta de universalizar la cobertura del seguro de salud en el año 2000 fue algo sin precedentes en el contexto latinoamericano y en la historia de la política social en Colombia. Por su parte, el principio de eficiencia fue puesto en práctica remunerando a los administradores del seguro mediante una capitación, lo cual contribuye a contener el gasto agregado, promueve la inversión en salud y la atención de bajo costo; así como mediante una nueva forma de organización sectorial basada en la competencia (Restrepo, Arango y Casas, 2002).

Aunque en el país se ha logrado un cierto consenso acerca de la cobertura que alcanzó la seguridad social en salud, luego de cumplirse el período de desarrollo de la ley 100, se presentan diferencias importantes entre analistas y actores de la reforma, en cuanto a la interpretación de las cifras y las perspectivas de aumento de dicha cobertura. Por esta razón, resulta esencial propiciar una mayor discusión acerca de los alcances y las posibilidades de la estrategia de aseguramiento que se adoptó con la ley 100, de manera que se brinde claridad y orientación para la evaluación de la que constituye una de las políticas públicas más ambiciosas y complejas de las últimas décadas en Colombia.

Este artículo se inscribe en este propósito y busca articular la información sobre empleo con la correspondiente a la cobertura del seguro de salud, así como realizar una aproximación a la eficacia del seguro como facilidad para el acceso. Se concibe, entonces, que el acceso se refiere a la capacidad de las personas para buscar y obtener atención en salud, además de significar un proceso que comprende la necesidad, el deseo de atención, su búsqueda, inicio y continuación (Frenk, 1985); por tanto, en este proceso intervienen diversos determinantes que lo facilitan u obstaculizan, dentro de los cuales el seguro hace parte de la dotación de las personas para demandar servicios de salud. De tal modo, se diferencia el concepto de acceso, como un fin de la política pública, del correspondiente al seguro de salud, el cual es visto como un medio para dicho fin y hace parte entonces del acceso potencial (Aday y Andersen, 1974).

Además de mantener la diferencia entre el seguro de salud y el acceso a los servicios, el artículo está centrado en la cobertura del seguro, por lo que en las cifras sobre cobertura no se aborda la población sin seguro o, más específicamente, la población vincula-



da. En cambio, como una aproximación acerca del acceso real o utilización de servicios, teniendo en cuenta la tenencia o privación del seguro, se contrasta la situación que parece caracterizar a la población del país de acuerdo con su vinculación a la seguridad social.

El artículo consta de cinco secciones. En la primera, se presentan los resultados generales de la cobertura, destacando las diferencias que ofrecen los dos regímenes de la seguridad social en salud en cuanto al aporte realizado durante el período de desarrollo de la reforma; en la segunda, se analiza la relación entre empleo y seguridad social, con una exploración sobre las características de los cotizantes, la cobertura por tipo de empleo y la manera como las personas ocupadas se vinculan al sistema de seguridad social en salud; en la tercera, se hace una revisión sobre la cobertura obtenida a través del régimen subsidiado y el balance de los recursos creados para afiliar a la población pobre; en la cuarta, se trata de responder al interrogante ¿qué tan bueno ha sido el seguro? se presenta un ejercicio, basado en la Encuesta de calidad de vida de 1997, sobre el acceso a los servicios de salud y las razones de no asistencia según el régimen de la seguridad social; y en la quinta, se ofrecen unas conclusiones y se motivan varios puntos para continuar el análisis y la discusión.

1. Cobertura universal: del dicho al hecho

La ley 100 de 1993 adoptó el aseguramiento como estrategia para garantizar la protección social en salud a toda la población colombiana. La meta principal apuntaba al alcance de la cobertura universal en el año 2000, de manera que toda persona debería acreditar, a partir de ese año, su vinculación a la seguridad

social como garantía para recibir atención médica, bien fuera a través de su contribución obligatoria (*régimen contributivo*) o del subsidio público (*régimen subsidiado*).

Este propósito de universalidad presenta dos dimensiones que diferencian la reforma colombiana de la tendencia predominante en América Latina y marcan una cierta utopía sobre la cual se formuló la política consagrada en la ley 100. Por una parte, se quiso cubrir a toda la población con el seguro de salud, al tiempo que en los demás países continúa predominando la separación entre esta estrategia y el sistema de asistencia pública, cubriendo en el primer caso principalmente a la población ocupada y, en el segundo, al resto de la población o a grupos pobres y vulnerables¹. Por otra parte, se buscó brindar el mismo plan de salud a toda la población, mientras en los otros países se desarrolla la estrategia de paquetes básicos o servicios esenciales para la población pobre.

A partir de lo anterior, como la meta que se pretende evaluar en términos de su alcance real al concluir el período de desarrollo, si bien en el año 2001 se observan logros importantes en la cobertura, el escenario alcanzado resulta muy distante del planteado en la ley 100: la población cubierta es cercana a los 23 millones de personas, afiliadas al régimen contributivo o al subsidiado, lo cual representa un 53% de la población del país.

1 No obstante, la estrategia de un seguro de salud para los pobres resulta de interés en varios países y es promovida por organismos internacionales como el Banco Mundial; pueden mencionarse los casos de Perú, en donde se cuenta con la propuesta de adoptar un régimen subsidiado prácticamente igual al colombiano, como en México, en cuyo país se anunció la intención de contar con un seguro popular de salud. Además de estos casos, se destacan experiencias de microseguros en varios países, las cuales en su mayoría responden a iniciativas ciudadanas impulsadas o respaldadas por organizaciones no gubernamentales (OIT/OPS, 1999).



Estas cifras ciertamente contrastan con la situación de 1994, cuando la cobertura del seguro apenas superaba 20% de la población nacional y el número de personas cubiertas ascendía a 7.5 millones en el Instituto de Seguros Sociales, en el caso de los empleados del sector privado, o de las diferentes cajas y fondos de previsión para los empleados públicos² (Cuadro 1).

1.1 Los principales cambios en la cobertura

Las cifras precedentes indican que mientras en 1993, de cada cien colombianos veinte gozaban de la seguridad social en salud, para 1997 el número de afiliados se incrementó a 54, es decir, una ganancia de 34 personas por cada cien. Este cambio es ciertamente significativo y responde en forma directa y

Cuadro 1. Colombia: cobertura de la seguridad social en salud 1994, 1997 y 2001

Régimen contributivo		1994		1997	2001
		Sin cobertura familiar	Cobertura familiar**		
I.S.S	Cotizantes	4,277,342	4,277,342	3,488,388	2,175,680
	Beneficiarios	2,451,514	5,988,279	4,360,486	2,799,796
	Total	6,728,856	10,265,621	7,848,874	4,975,476
E.A.S*	Cotizantes	752,048	752,048	142,808	75,901
	Beneficiarios		1,052,867	199,931	110,202
	Total	752,048	1,804,915	342,739	186,103
EPS	Cotizantes	-	-	1,695,759	3,111,600
	Beneficiarios	-	-	2,846,229	4,972,658
	Total	-	-	4,541,988	8,084,258
Total	Cotizantes	5,029,390	5,029,390	5,326,956	5,363,181
	Beneficiarios	2,451,514	7,041,146	7,406,645	7,882,656
	Total**	7,480,904	12,070,536	12,733,601	13,245,837
	Cobertura (1)	19.8%	31.9%	32.4%	31.3%
	Cobertura (2)	34.3%	34.3%	35.1%	32.5%
	Cobertura (3)	31.4%	50.6%	50.4%	49.7%
Régimen subsidiado		1994	1996	1997	2001
EPS	Total beneficiarios		2,972,934	3,544,260	3,550,672
CCF	Total beneficiarios		1,160,460	1,543,038	2,093,782
ESS	Total beneficiarios		1,848,384	3,231,008	3,866,034
Total	Total beneficiarios		5,981,778	8,318,306	9,510,488
	Cobertura (4)		15.5%	21.2%	22.5%
	Cobertura (5)		41.9%	57.2%	59.8%
Cobertura total		7,480,904	18,052,314	21,051,907	22,756,325
Porcentaje		19.8%	47.4%	53.6%	53.8%

Notas: Cobertura (1) Población afiliada/Población total país. (2) Cotizantes/número de ocupados. (3) Población afiliada/Población (1- NBI). (4) Población afiliada/Población total país. (5) Población afiliada/Población NBI. (*) Para 1994, las entidades adaptadas al sistema son las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, que en el anterior sistema prestaban los servicios de salud a los empleados públicos. (**) Para 1994 se asumió un grupo familiar de 2.4. (***) No se tuvieron en cuenta Fuerza Armadas, magisterio y Ecopetrol. La información sobre cotizantes corresponde a población compensada, la que puede recibir servicios por estar activo al sistema.

Fuentes: Superintendencia Nacional de Salud, Boletines de Estadística; Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informe del Consejo 2000-2001. Encuesta de Calidad de Vida 1997; Estadísticas ISS 1994; DANE, estadísticas demográficas. Cálculos CIE.

2 Hay que tener en cuenta que como elemento del acceso potencial también se contaba con una oferta de servicios orientada a la atención de la población, con un criterio de asistencia pública; de igual modo, las

cajas de compensación familiar brindaban alguna atención a las familias de los trabajadores; y existían planes de medicina prepagada, demandados especialmente según el nivel de ingresos.



automática a las medidas dispuestas en la ley 100 para aumentar la cobertura en el corto plazo: por una parte, la generación de recursos nuevos para subsidiar la afiliación permitió hacer realidad la incorporación de personas de bajos ingresos a la seguridad social, y fue así como 61% de las personas que ingresaron al sistema entre 1995 y 1997 correspondían al régimen subsidiado; por otra parte, 39% restante eran integrantes del grupo familiar de quienes venían cotizando al sistema, para lo cual se dispuso un aumento del 7% al 11% como fuente para financiar el régimen contributivo.

Se nota entonces que los principales logros obedecen a la incorporación de población pobre al régimen subsidiado, cuando la cobertura logra mantenerse debido al aumento en el número de afiliados a este régimen, mientras en el régimen contributivo se presenta un descenso en la tasa. Además, se destaca que si bien la cobertura de la población ocupada con seguridad social en salud aumentó luego de la reforma, de 48.5% a 62.4% para las diez áreas metropolitanas entre 1992 y 1996 (Cuadro 2), esta ganancia de 13.9 puntos corresponde en 75% a la afiliación de ocupados al régimen subsidiado, en especial informales, y solamente 25% del aumento estuvo concentrado en la incorporación de empleados de microempresas e independientes, quienes además en muchos casos habrían hecho parte del régimen contributivo como beneficiarios de un familiar (López y Cardona, 1999).

2. Empleo y seguridad social

El régimen contributivo está destinado a brindar protección a las personas con capacidad de pago, quienes realizan una contribución equivalente al 12% de su ingreso base de cotización. Con estos recursos se financia el plan obligatorio de salud, POS, el cual

cubre al afiliado y a sus beneficiarios y, además, se aporta al financiamiento de la afiliación de población pobre al régimen subsidiado, destinando para esto un punto de los doce de la contribución (Restrepo y Salazar, 2002). Los cambios más importantes que se lograron a partir de la implantación del régimen contributivo fueron la ampliación de la cobertura al grupo familiar, como ya se mencionó, y la incorporación de los empleados del sector público que antes no cotizaban y hacían parte de una multiplicidad de organismos y sistemas de previsión, aunque se mantienen varios regímenes especiales entre los que se destacan los maestros y las fuerzas militares. Por otra parte, al eliminar el monopolio en el aseguramiento se dio paso a la conformación de un mercado en el cual ganarían participación las entidades promotoras de salud, EPS, privadas y se reduciría la del Instituto de Seguros Sociales (Cuadro 1).

2.1 El número de los cotizantes no creció

La incorporación de los empleados públicos y privados a la seguridad social, junto con la vinculación de sus familias, significó el paso de 6.7 millones de personas afiliadas al Instituto de Seguros Sociales en 1993, dentro de las cuales se encontraban 2.4 millones con cobertura familiar, a una población de 12.7 millones de afiliados al total de EPS en 1997 (Cuadro 1). A pesar de haber obtenido una mayor cobertura para las familias de la población trabajadora, se destaca que a través de las cotizaciones no se registró un aumento en el número de aportantes, o por lo menos éste ha sido marginal, y que luego del aumento de afiliados entre 1994 y 1997 la cobertura se ha reducido y lo que resulta preocupante para la sostenibilidad del régimen contributivo, es el número de beneficiarios al crecer a un ritmo mayor al de los cotizantes. En efecto, entre estos dos años el número de personas cubier-



tas aumentó en 70,2% (5,9% los cotizantes y 202% los beneficiarios), mientras entre 1997 y 2001 el cambio fue de 4% (0,7% los aportantes y 6,4% los beneficiarios).

El comportamiento del número de personas cubiertas, con un crecimiento moderado desde 1994 implica una reducción en las tasas de cobertura: los afiliados al régimen contributivo pasaron del 19,8% de la población total del país en 1994 al 32,4% en 1997, denotando con ello la incorporación del grupo familiar y teniendo en cuenta que ésta se brindaba a 18% de la población del Instituto de Seguros Sociales. En términos de la población ocupada, el número de cotizantes pasó del 34,3% en el primer año al 35,1% en el segundo. Por último, tomando como base la población no clasificada por el índice de necesidades básicas insatisfechas, NBI, la cobertura pasó del 31,4% al 50,4%. Estas tasas de cobertura se deterioran para el año 2001, y es así como se ubicaron en el 31,3% del total del país, 32,5% de la población ocupada y 49,7% de la población no pobre (Cuadro 1).

2.2 ¿Quiénes cotizan?

Los logros obtenidos hasta el momento invitan entonces a realizar una discusión sobre el futuro de la cobertura en el régimen contributivo, considerando la evolución del mercado de trabajo y su relación con la afiliación al régimen. En general, puede advertirse una inflexibilidad o baja respuesta de la afiliación ante cambios en el nivel de empleo, de manera que persiste el anclaje de la cobertura sobre el club de la población urbana y ocupada en sectores formales de la economía.

El comportamiento de la cobertura por tipo de empleo enseña, efectivamente, que en el país no se han superado las tasas de cobertura para las personas que trabajan en acti-

vidades o sectores informales: en el caso de las principales ciudades, para el grupo de los ocupados en estas actividades (asalariados de pequeñas empresas, jornalero o peón, cuenta propia, empleadas del servicio doméstico, entre otros) aún se mantienen coberturas inferiores al 50%, mientras la cobertura para los ocupados en actividades formales (empleos del gobierno y en empresas grandes y medianas) es superior al 85% (Cuadro 2).

2.3 Más empleo no significa mayor cobertura

Estas diferencias en la cobertura de la seguridad social, unidas a la tendencia en la generación de empleo de la última década, la cual se encuentra marcada por el aumento del empleo informal y mal remunerado (Weller, 2000), permiten afirmar que no se lograrán aumentos importantes en la afiliación en los próximos años. Aunque la reducción de la población afiliada durante la crisis podría llevar a pensar que una vez se consolide la recuperación de la economía se alcanzarán mayores niveles de cobertura, es importante insistir en que esta relación parece no ser simétrica, de manera que las dos variables se comportan en la misma dirección durante la crisis pero dicha relación es más débil o incluso podría invertirse en el período de recuperación.

La información disponible para el período 1998-2001 evidencia que no se presenta la relación simétrica entre empleo y cobertura. En efecto, el comportamiento de la economía entre marzo de 1998 y junio de 1999 estuvo marcado por una reducción en el número de ocupados. Del mismo modo, el número de cotizantes en este período se redujo, aunque en mayor proporción que la disminución de los ocupados. Sin embargo, a partir de junio de 1999 aumentan los ocupados y la relación se comporta de manera diferente, de modo que la dirección de ambas variables es contraria: los cotizantes con-



Cuadro 2. Cobertura del seguro de salud, 1992-2000
(Población ocupada según tipo de empleo, modo y régimen de afiliación
en diez áreas metropolitanas)

Tipos de empleo	Modos de afiliación								
	A través del trabajo					Otros modos *			
	1992	1994	1996	1998	2000	1996	1997 por régimen		
							subsid.	contrib.	Tot.
I. ASALARIADOS	66.7	69.7	70.7	71.2	70.1	75.4	7.0	72.6	79.7
a. Microempresas	33.0	39.3	41.6	48.3	47.3	49.3	13.6	42.8	56.4
b. Medianas y grandes	79.4	80.4	82.0	81.8	80.3	85.5	3.8	86.1	89.9
c. Empleo del gobierno	100.0	95.5	94.3	93.3	94.5	96.3	3.3	94.0	97.4
II. EMPLEOS INDEPENDIENTES	15.7	16.5	27.3	28.2	28.6	40.7	13.7	36.5	50.2
a. Cuenta propia	10.9	12.7	22.8	24.5	24.5	36.8	14.7	33.9	48.6
Cuenta propia informales	9.1	10.9	20.5	21.6	19.3	34.4	15.2	32.0	47.2
Profesores y técnicos independientes	31.8	33.7	50.0	52.4	50.3	65.6	1.5	81.2	82.7
b. Patronos	32.6	30.6	46.8	42.6	46.4	57.4	5.7	58.1	63.9
III OTROS EMPLEOS	11.3	12.0	26.0	27.0	28.3	35.2	14.6	28.9	43.6
Servicio doméstico	15.0	14.4	29.1	28.1	26.1	35.6	15.5	22.4	37.8
Ayudante familiar	7.5	8.2	15.0	7.4	6.2	34.0	13.1	40.8	53.9
Total	48.5	50.9	54.8	57.6	54.7	62.4	10.4	54.1	64.6

* Afiliación a la seguridad social, sin importar la vinculación mediante el trabajo, de modo que se tienen en cuenta, por ejemplo, las personas que pueden ingresar como beneficiarios de un familiar o del régimen subsidiado.

Fuente: López y Cardona (1999); Dane, Encuesta nacional de hogares, junio de 1998 y 2000; Encuesta de calidad de vida, oct-nov de 1997. Cálculos CIE-GES para 1998 y 2000.

tinúan disminuyendo y los ocupados aumentan (Gráfico 1) ¿Cómo explicar que la economía muestre señales de mejoramiento y ello no se refleje en un aumento directo de los aportantes al régimen contributivo?

Esta dinámica está explicada por el comportamiento del mercado de trabajo, en especial por el tipo que no permite la entrada directa de estas personas como cotizantes; más bien, las puede llevar a vincularse al sistema como beneficiarios, a permanecer por fuera de él o a buscar su ingreso mediante el régimen subsidiado³. Para el año 2000, por

cada cien nuevos ocupados en las siete áreas metropolitanas, 23 se incorporaron como asalariados y 77 lo hicieron como independientes (Cuadro 3).

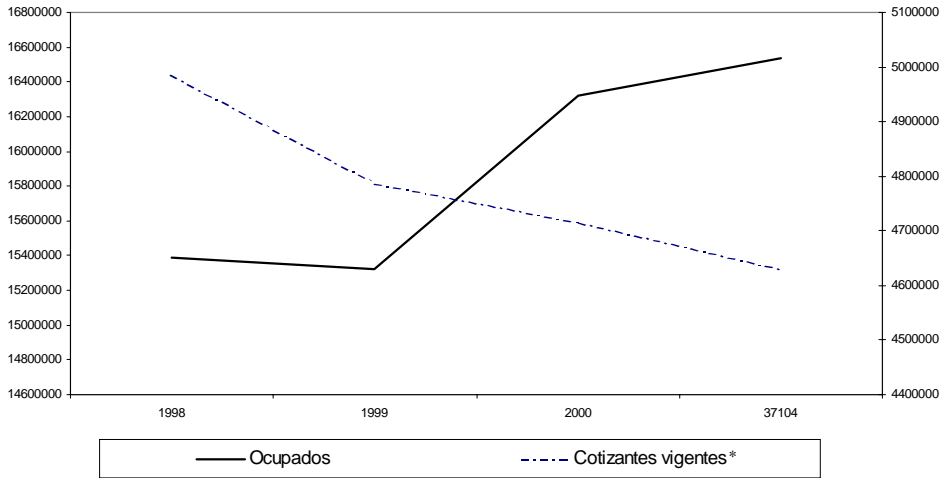
3. El seguro de salud subsidiado

Como ya se comentó, la falta de acceso a los servicios de salud se ha querido enfrentar en Colombia mediante la estrategia del aseguramiento. De acuerdo con la meta consagrada en la ley 100, en el sentido de que en el año 2000 toda la población estaría cubierta por el seguro de salud, desde 1996 se vienen incorporando personas y hogares al régimen subsidiado de salud, lo cual se hace

3 Las características de los nuevos empleos, en especial su carácter informal o independiente, la duración corta y una remuneración inferior al promedio en la economía, constituyen una barrera importante para ingresar a una EPS. En un análisis integral sobre este fenómeno, hay que considerar también las barreras impuestas por la legislación, al igual que los trámites administrativos y otras

trabas que pueden aplicar las EPS con efectos disuasivos sobre las personas que pretenden afiliarse.

Gráfico 1. Población ocupada y cotizantes a la seguridad social en salud, 1998-2001



* Cotizantes vigentes equivale al total de afiliados menos los duplicados y los morosos.

Fuente: Boletín de Estadística, Supersalud; Boletín de prensa ECH, Dane, Cálculos CIE-GES.

Cuadro 3. Colombia: estadísticas del mercado laboral. 1996-2000 (7 áreas metropolitanas)

	1996	1997	1998	1999	2000*
A. Empleos nuevos	84,033	259,512	130,968	215,350	40,210
Asalariados (%)	39.8%	57.0%			23.5%
Independientes (%)	50.1%	30.9%	86.3%	82.1%	76.5%
Otros nuevos (%)	10.1%	12.1%	13.7%	17.9%	
B. Menos empleos perdidos	-	-	124,756	179,693	10,025
Empleos nuevos netos (A-B)	84,033	259,512	6,212	35,657	30,185

Participación tipo de empleo	1996	1997	1998	1999	2000*
Asalariados	61.50	61.30	59.10	55.69	55.56
Independientes	33.10	33.00	34.90	37.69	38.02
Otros	5.40	5.70	6.00	6.62	6.35
Grado de informalidad del empleo	52.3	n.d	54.7	n.d	60.0

Nota: Asalariados: Obreros y empleados del gobierno y particulares. Independientes: Trabajador por cuenta propia y patrón o empleador. Otros: Empleado doméstico y trabajador familiar sin remuneración. * Septiembre 2000.

Fuente: Dane- Encuesta nacional de hogares. Cálculos CIE- GES.

mediante la contratación entre municipios y las administradoras del régimen subsidiado, ARS, para que éstas garanticen el suministro del plan obligatorio de salud subsidiado, POSS, y reciban de parte de los primeros la unidad de pago per cápita, UPC, que les permita sufragar los gastos de los servicios de

salud a que tiene derecho la población cubierta.

La adopción del seguro tiene importancia en tanto se busca aminorar la incertidumbre inherente a los mercados de salud, al garantizar la satisfacción de la demanda y al



ofrecer incentivos para contar con una oferta estable; al mismo tiempo, con el seguro se pretende eliminar la barrera financiera que representa la causa principal por la cual los pobres no acceden a los servicios de salud. De este modo, se espera que al disponer de recursos nuevos para afiliarse a la población subsidiada se amplíe la oferta en términos de mayor cercanía y adecuación a la demanda, así como de un conjunto de servicios y atenciones más amplio; y segundo, que la población revele su demanda a partir de la reducción de precios de los servicios que es provocada por el seguro y, en últimas, modifique su percepción sobre el sistema de salud para buscar atención con más facilidad y una creencia más positiva sobre los resultados de dicha atención (esquema de análisis propuesto por Aday y Andersen, 1980).

Los recursos dispuestos por la reforma de 1993 para financiar el régimen subsidiado, fueron muy importantes y están representados básicamente en la solidaridad proveniente del régimen contributivo, la asignación forzosa de transferencias que deben realizar los municipios para afiliarse a la población y los recursos del presupuesto nacional, aunque estos últimos han sido siempre menores a lo

ordenado en la ley 100 (Cuadro 4). En conjunto, a precios de 2001 los recursos nuevos representan un poco más de un billón de pesos en el año, unos 425 millones de dólares.

En forma consistente con este aumento de recursos, los cuales se ataron a la afiliación de la población a las ARS a partir de 1996 la cobertura evolucionó de manera positiva durante los primeros años; sin embargo, la tasa de crecimiento se ha reducido drásticamente, con tendencia al estancamiento en la afiliación debido al agotamiento de los nuevos recursos y a las restricciones para transformar los existentes al inicio de la reforma, lo cual se agrava por la modificación de los montos y el esquema de transferencias que establecieron el acto legislativo 01 de 2001 y la ley 715 del mismo año (Gráfico 2). Además es importante tener en cuenta que esta tasa de cobertura depende especialmente de la medición de pobreza que se adopte, de modo que de acuerdo con el índice de necesidades básicas insatisfechas la cobertura específica puede ascender al 60% de la población potencial, pero si se tiene en cuenta la línea de pobreza medida a través de los ingresos, entonces esta tasa puede bajar hasta 40% (Hernández y Vega, 2001).

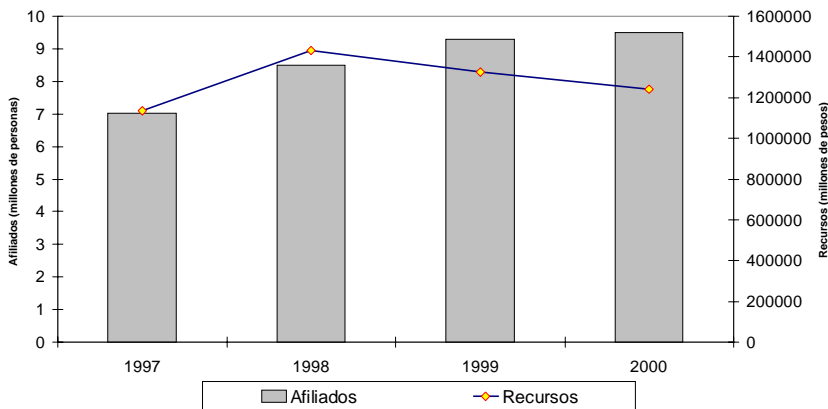
Cuadro 4. Colombia: principales fuentes de ingreso de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, 1994-2000 (millones de pesos corrientes)

Año	Punto de solidaridad	Cajas de compensación	Aportes del gobierno nacional				Deuda ley - real
			Ley 100	Ley 344	Real (\$)	Real (%)	
1994	32,592	27,114	59,706		48,500	81%	59,705
1995	198,920	36,558	235,478		70,000	30%	235,478
1996	201,454	45,069	248,522		84,678	34%	248,522
1997	254,358	52,373		127,180	0	0%	127,180
1998	310,107	53,286		77,527	70,239	23%	7,288
1999	384,051	59,897		96,013	52,885	14%	43,148
2000	363,757	n.d		90,939	96,600	27%	- 5,661

Notas: Para 1994-1997, el aporte legal es igual a la suma de las dos columnas. Para 1997-1999, el aporte legal es de un 50% del valor de la primera columna en el primer año y posteriormente del 25%. La deuda del primer período fue reconocida mediante fallo judicial; la del segundo no existe al desmontarse la ley 344. Para el año 2000 se toma el presupuesto definitivo.

Fuente: Informe del Consejo Nacional del Seguridad Social en Salud, 1997-1999. Cálculos CIE-GES.



Gráfico 2. Colombia: régimen subsidiado. Afiliados vs recursos, 1997-2000

Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes al Congreso

De todos modos, la cobertura lograda a través del régimen subsidiado ofrece un efecto sobresaliente en términos de distribución: para 20% más pobre de la población colombiana (el primer quintil de ingresos) la cobertura del seguro pasó de 4,3% en 1993 a 47,1% en 1997 (CNSSS, 2000:13), mientras que para 20% más rico (el último quintil) esta tasa pasó de 46,9% a 65,4% entre los dos años. Estas diferencias implicaron que mientras en 1993 el aseguramiento de los más ricos era 13,6 veces mayor que el de los pobres, para 1997 esta brecha se redujo a 1,86 veces⁴.

Estos efectos positivos también enseñan que el régimen subsidiado ejerce un papel de

4 De nuevo, es importante aclarar que estas proporciones y relaciones no resultan equivalentes a una mejora similar en el acceso o en la utilización de servicios. Con esta información solamente se conoce la cobertura del seguro de salud, reconociendo que si bien este mecanismo puede ofrecer una mayor facilidad para el acceso, el sistema de asistencia pública también brindaba protección a las personas más pobres. Además, entre 1997 y 2000 se habría presentado una reducción en la cobertura, con los efectos más notorios sobre la población pobre (Hernández y Vega, 2000).

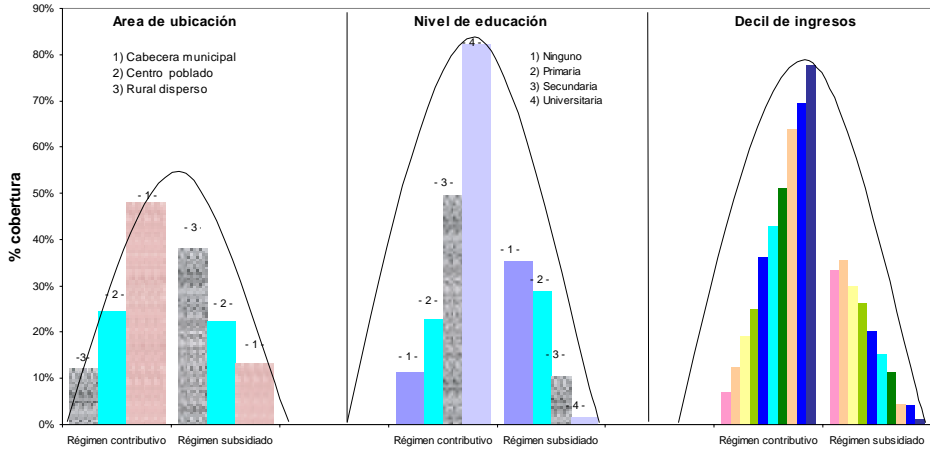
compensación frente a los alcances del régimen contributivo (gráficos 3 y 4): si se examina la cobertura del seguro por residencia de las familias, se encuentra que mientras éste se concentra en las zonas urbanas, el subsidiado tiene mayor presencia en las rurales; de igual manera, el régimen contributivo tiene mayor cobertura en las familias con niveles educativos más altos, mientras que el subsidiado cubre a las familias sin educación o con bajos niveles educativos.

4 ¿Qué tan bueno ha sido el seguro?

Frente a este panorama el cual ofrece resultados interesantes, en especial en cuanto a la población pobre cubierta por el seguro de salud, en realidad no existen esfuerzos sistemáticos para probar la eficacia de la estrategia de aseguramiento con relación a la eliminación de barreras al acceso. Una aproximación al tema enseña que “*las evidencias arrojadas ... no muestran un efecto claro de la reforma sobre la equidad en la utilización de los servicios ... además, se plantean dudas en cuanto a los efectos de las cuotas moderadoras y los copagos, los cuales... po-*



**Gráfico 3. Población afiliada a la seguridad social en salud 1997
(régimen contributivo y subsidiado por área de ubicación,
nivel de educación y decil de ingresos)**



Fuente: Encuesta de calidad de vida 1997. Cálculos CIE - GES.

drían estar restringiendo el acceso a los servicios más allá de lo deseado” (Céspedes y otros, 2000:157)⁵. Por su parte, otros estudios han sugerido que la adopción del seguro para los pobres no ha implicado un aumento significativo de la demanda por servicios de salud⁶.

Otro ejercicio preliminar, basado en la lectura de la Encuesta de calidad de vida de 1997 sugiere que ciertamente el seguro de salud facilita la utilización de servicios pero

que persisten barreras importantes que no se han resuelto para la población cubierta (Salazar, Restrepo, Rincón y Gómez, 2001). En el ejercicio se consideraron las diferencias, en cuanto al proceso de búsqueda y utilización de servicios, entre la población formal e informal y, para cada una de estas categorías, según su vinculación al sistema de seguridad social en salud (no cubiertos, afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado).

Dentro de las respuestas de la Encuesta que permiten analizar el problema planteado, se destaca en primer lugar que la búsqueda de servicios está influenciada por el tipo de empleo, como un determinante importante en la generación de ingresos y, además, del seguro que se posee. En efecto, entre las personas que manifestaron haber padecido alguna enfermedad en los treinta días previos a la Encuesta, se observa que la no asistencia a los servicios de salud fue del 7% para las personas clasificadas en el sector formal y de 31,4% para los informales. Por tipo de seguro, se observa que esta brecha entre formales e informales es más reduci-

5 Es importante reconocer el trabajo desarrollado por Tono (2000), en el que se analiza el acceso a los servicios de salud; sin embargo, los datos utilizados para caracterizar el uso de los servicios son de la Encuesta nacional de hogares de marzo de 1994 y el régimen subsidiado sólo es desarrollado a partir de 1996 por lo que no es posible probar la eficacia de la estrategia del aseguramiento en cuanto a la eliminación de las barreras al acceso para el régimen subsidiado, aunque sí ofrece conclusiones y enseñanzas muy importantes para abordar una medición de este estilo.

6 En Colombia se distinguen tres trabajos, basados principalmente en estudios de caso, que ofrecen una lectura sobre los efectos locales de la adopción del régimen subsidiado (Ruiz, 1999; Restrepo, 1998; Plaza, 1999).



da para quienes están afiliados al régimen contributivo, en el cual además se presenta el menor porcentaje de no asistencia; en cambio, para las personas del subsidiado y los no cubiertos la brecha es mayor y la no asistencia se vuelve más significativa, llegando hasta 38,7% en el caso de los informales no cubiertos para los subsidiados y 40% para los vinculados (Cuadro 5).

En segundo lugar, con base en esta población que no asistió a los servicios, se presentaron también diferencias relevantes en cuanto a las razones por las cuales no se dio dicha búsqueda. Para los contributivos, aunque existe una diferencia entre población formal e informal, la principal razón fue la consideración de que el caso era leve (necesidad percibida), mientras para las personas catalogadas como informales, tanto del régimen subsidiado como los no cubiertos, el motivo principal fue la falta de dinero (Cuadro 5).

4.1 Todavía hay barreras al acceso

Las razones para no utilizar los servicios se consideran barreras al acceso, las cuales pueden tener origen en la demanda o en la oferta. Con estos criterios, se clasificó la información proveniente de la Encuesta y se destaca entonces que predominan las barre-

ras originadas en las características de la población, mientras adquieren un menor peso las correspondientes a la organización de los servicios. Para los contributivos, por el lado de la oferta hay mayores quejas sobre la calidad de los servicios y esto es un criterio para no acudir a ellos; en cambio, por parte de la demanda predomina su percepción acerca de las necesidades y la predisposición a acudir a los servicios, principalmente en lo que se refiere a la falta de tiempo.

Las personas del régimen subsidiado, por su parte, siguen la misma estructura del caso anterior pero le dan un mayor peso al hecho de que el centro de atención queda lejos y, como ya se mencionó, la carencia de dinero es un factor sobresaliente. Por último, para la población no cubierta los factores de oferta constituyen la menor dificultad, mientras se destacan los de demanda y dentro de éstos es determinante la falta de dinero.

Conclusiones

La creación del sistema general de seguridad social en salud permitió un aumento significativo de la cobertura para la población colombiana que antes no contaba con este mecanismo de protección en salud y se encontraba cubierta por el sistema de asisten-

Cuadro 5: Razones para el no uso de los servicios de salud en Colombia, 1997

Barreras al acceso	Total		No cubiertos		Régimen contributivo		Régimen subsidiado	
	Formales	Informales	Formales	Informales	Formales	Informales	Formales	Informales
No uso de servicios	7.0%	31.4%	28.1%	38.7%	11.9%	17.2%	22.6%	36.4%
Razones de no uso								
I. Del lado de la oferta								
a. A la entrada (cercanía)	6.6%	4.2%	11.8%	3.3%	3.9%	3.3%	12.5%	5.9%
b. Al interior	13.5%	3.7%	5.9%	1.7%	17.6%	11.0%	0.0%	3.2%
c. Continuidad	6.3%	4.6%	0.0%	4.2%	3.9%	7.8%	0.0%	4.3%
II. Del lado de la demanda								
d. Predisposición	21.1%	15.4%	0.0%	14.0%	17.6%	22.2%	50.0%	13.8%
e. Dotación (ingresos)	5.3%	49.0%	23.5%	56.7%	0.0%	10.0%	0.0%	53.7%
f. Necesidad percibida	51.3%	23.1%	58.8%	20.7%	51.0%	37.8%	37.5%	19.1%

Nota: La clasificación de las barreras se hace de acuerdo con Aday y Andersen, 1980. a) El centro de atención queda lejos. b) No lo atendieron y muchos trámites para la cita. c) Ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto. d) No tuvo tiempo. Fuente: Encuesta de calidad de vida, ECV, módulo salud, 1997. Cálculos CIE-GES.



cia pública o, sencillamente, debía atender el gasto en salud con recursos propios. Tal es el caso del grupo de beneficiarios en el régimen contributivo y la población cubierta por el subsidio de salud, destacándose que el mayor número de personas que se incorporaron a la seguridad social lo hicieron a través del régimen subsidiado, mientras el número de cotizantes no ofreció cambios de importancia.

Sin embargo, el aumento en la cobertura apenas fue característica del período 1995-1997, y a partir de allí se ha presentado un estancamiento en el número de personas cubiertas; en consecuencia, se tiene una reducción en la tasa de cobertura, lo cual se manifiesta principalmente en un crecimiento más lento de la población afiliada al régimen subsidiado y en una reducción o estancamiento de los cotizantes al contributivo, acompañado de un aumento en los beneficiarios que dificulta el equilibrio financiero del sistema para los próximos años.

Aunque podría argumentarse que la crisis económica es la principal responsable de que la meta prácticamente se encuentre a mitad de camino al finalizar el período de desarrollo, es importante tener en cuenta, por una parte, que desde 1997, antes de la crisis, se tuvo un crecimiento muy bajo en el número de cotizantes y la afiliación al régimen subsidiado había registrado un crecimiento récord luego de la aplicación de los recursos nuevos; por otra, aún después de la crisis y a pesar de que la recuperación es bastante lenta, la generación de empleo no ha estado acompañada de un incremento en los cotizantes del régimen contributivo.

Lo anterior indica como punto de discusión fundamental de la política que habrá de enfrentar el gobierno (2002-2006), que es necesario preguntarse por la pertinencia del actual sistema de seguridad social frente al

panorama macroeconómico y las tendencias del mercado laboral. Sobre el particular, Amartya Sen propone *“tomar medidas bien pensadas para fomentar los cambios sociales, políticos y económicos capaces de transformar una previsión que infunde temor en una realidad constructiva”* (Sen, 2000), de manera que es necesario adaptar los sistemas de seguridad social a la realidad económica y social que enfrentan los países y moderar así la exclusión y la amenaza sobre la protección a la que se encuentran sometidos muchos grupos de población.

Dadas las condiciones de empleo que predominan en el país, las medidas de ajuste fiscal que se concretan a partir de la reforma al sistema de transferencias y la inminencia de una reforma laboral que profundice la flexibilidad, el futuro financiero y las posibilidades de aumentar la cobertura en ambos regímenes se encuentran muy comprometidos. Por una parte, el número de cotizantes seguirá estancado debido a la dinámica del empleo y a la regulación existente en materia de afiliación de los informales e independientes, y el equilibrio financiero en el régimen contributivo merece ser observado en función de la evolución de los salarios y el grupo de beneficiarios.

Por otra parte, en el régimen subsidiado se aprecia un agotamiento de las posibilidades de aumentar la cobertura en el marco del ajuste fiscal que vulnera los recursos del sector salud, a lo cual se adicionan las dificultades de acceso que presentan las personas no cubiertas, en particular las de escasos recursos (población vinculada), algo sobre lo cual no se tiene un diagnóstico claro en el país. Además de que el tamaño de esta población tiende a subvalorarse, de acuerdo con el criterio de necesidades básicas insatisfechas, su comportamiento en medio de la crisis sugiere crecimiento y el acceso a los servicios encuentra varias limitaciones de tipo financiero.



En cuanto a la búsqueda y utilización de servicios de la población beneficiaria del régimen subsidiado, se plantea la posibilidad de que la mayor utilización de los servicios de salud ha estado sujeta en gran medida a la afiliación, o lo que es lo mismo, el seguro de salud facilita la búsqueda y el inicio de la atención, pero la continuación sigue estando limitada por barreras financieras⁷. De otro lado, continúa existiendo un grupo de personas que a pesar de tener algún problema de salud no utiliza los servicios del sistema formal y no lo hace por falta de dinero; podría decirse, a partir de los resultados de la Encuesta de calidad de vida de 1997 y mientras no se cuente con un instrumento que permita caracterizar la situación más reciente, para 30% de la población pobre y vulnerable con seguro la estrategia no ha sido eficaz respecto a la eliminación de la barrera financiera.

Las opciones de políticas se pueden enmarcar en dos grandes grupos. En primer lugar, si se desea garantizar la cobertura universal de los servicios de salud, como objetivo fundamental del sistema, el país debe abordar el debate de ética social orientado a definir el uso de los recursos públicos par la atención de la salud. Se trata de buscar una solución al dilema entre un plan de beneficios amplio para un grupo limitado de población, o uno más limitado para el conjunto de la población. Esta definición implica resolver, en el debate público fundamentado, la tensión entre la salud como derecho y como bien económico, de mane-

ra que pueda dejarse claridad sobre el compromiso de los recursos públicos para la atención de las personas en los diferentes regímenes.

El desarrollo de esta primera opción, dentro de la cual pueden enmarcarse las reformas adelantadas en España y Brasil, implicaría un cambio estructural en el financiamiento y la administración del sistema, de modo que se sustituya total o parcialmente la cotización sobre la nómina por un impuesto general, o bien, se concentren todos los recursos en un agente encargado de realizar las contrataciones o pagos para garantizar la atención de toda la población. Sería una manera, tal vez la más simple, de buscar que el sistema de salud se adapte a la dinámica de la economía, y, de todos modos, habría que adoptar reglar muy precisas para motivar la eficiencia mediante compromisos de gestión entre el fondo público y los agentes prestadores.

Y, en segundo lugar, si se mantiene la estrategia del aseguramiento es necesario plantear esquemas alternativos o complementarios para permitir y financiar la afiliación de la población ocupada y, en general, de población con limitaciones en su capacidad de pago. El menú de opciones puede resultar más amplio en este caso (Beattie, 2000), al mismo tiempo que se permitiría una mayor creatividad, aunque a diferencia del caso anterior las alternativas planteadas para aumentar la cobertura del seguro pueden introducir nuevas complicaciones para el funcionamiento del sistema de seguridad social, y, en especial, tal vez no sea fácil resolver el problema de la exclusión.

De acuerdo con la reforma mexicana, podría introducirse una modificación en el esquema financiero del régimen contributivo con el fin de alentar el aumento de los cotizantes y, al mismo tiempo, crear incentivos para la generación de empleo. Esto

⁷ En un estudio reciente (Restrepo, Echeverri, Vásquez y Rodríguez, 2002), se aborda esta cuestión desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa, con información correspondiente al departamento de Antioquia, y se contrasta precisamente la legitimidad de que goza el régimen subsidiado con el hecho de acusar un acceso diferencial según el tipo de servicios y presionar un mayor gasto de las familias beneficiarias.



implicaría aplicar una cotización diferenciada según el salario de las personas, con un aporte importante de recursos del presupuesto nacional, lo cual parece bastante difícil al menos a mediano plazo.

En otro orden de propuestas, podrían desarrollarse esquemas de microseguros u otras modalidades de afiliación voluntaria, de

modo que se permitiera una pluralidad en la manera de atender la seguridad social, lo cual aumentaría la desigualdad en este frente. O, por último, podría buscarse la cofinanciación de las familias para su incorporación al sistema, requiriendo nuevos recursos para conceder subsidios y mantener la afiliación de toda la población a los dos regímenes de la seguridad social.

Referencias bibliográficas

- Aday, Ann; Andersen, Ronald, 1974. "A Theoretical Framework for the Study of Access to Medical Care", *Health Services Resesarch*, v. 9, no. 3, p. 208-220.
- Beattie, Roger. 2000. "Protección social para todos, pero ¿cómo?", *Revista Internacional del Trabajo*, v.119, no.2, p. 141-164.
- Céspedes, Juan Eduardo y otros, 2000. "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud", *Revista Salud Pública*, v. 2, no. 2, p. 145-164.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1998-2001, Informes del Consejo a las Comisiones Séptimas del Senado de la Republica y Cámara de Representantes, Bogotá, Ministerio de Salud.
- Frenk, Julio, 1985. "El concepto y medición de la accesibilidad", en: *Salud pública de México*, no. 27, p-438-453.
- Giedion, Úrsula; Wülner, Andrea, 1996. *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*, Bogotá, Fedesarrollo.
- Grupo de Economía de la Salud, 2001. *Observatorio de la Seguridad Social* (nos. 1, 2 y 3). Medellín, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.
- Harvard University School of public Health, 1996. *Report on Colombian Health Reform and proposed Master Implementation Plan*, Revised Draft Final Report, Bogotá.
- Henao, Martha; Rojas, Norberto; Parra, Aura, 1999. "El mercado laboral urbano y la informalidad en Colombia: evolución reciente", en: *Revista Planeación y Desarrollo*, v. 30, no. 2, abril-junio, p. 7-38.
- Hernández, Amparo; Vega, Román, 2001. "El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión", en: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, no. 1, noviembre, p. 48-73.
- López, Hugo; Cardona, Alonso, 1999. "Seguridad social en salud y alternativas para el sector informal y la microempresa", en: *Cuadernos del Cide*, no. 6, julio, p. 129-173.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT; Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 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.
- 1999a. "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe", México, Reunión regional tripartita, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999.
- 1999b. "Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en América Latina y el Caribe", México, Reunión regional tripartita, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999.
- Plaza, Beatriz; Barona, Ana, 1999. *Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano*, Bogotá D.C., Fundación Corona, Fedesarrollo.
- Restrepo, Jairo Humberto, 1998. "Monitoreo local de la reforma al sector salud en Colombia", en: *Coyuntura Social*, no. 18, mayo, p. 173-195.
- Restrepo, Jairo Humberto; Salazar, Verónica, 2002. "El seguro obligatorio de salud en Colombia: evolución y determinantes de la cobertura", en: *Coyuntura Social*, (en imprenta).
- Restrepo, Jairo Humberto; Arango, Mónica; Casas, Lina, 2002. "Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia", en: *Lecturas de Economía*, no. 56, enero-junio (en imprenta).
- Restrepo, Jairo Humberto; Echeverri, Esperanza; Vásquez, Johanna; Rodríguez, Sandra, 2002. "Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régi-



men subsidiado de salud en Antioquia. Informe de Investigación”, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.

Ruiz, Fernando, 1999. *Entorno, aseguramiento y acceso en el régimen subsidiado de salud en Colombia. Seis estudios de caso*, Bogotá, Fundación Corona, Universidad Javeriana.

Salazar, Verónica; Restrepo, Jairo; Rincón, Gloria; Gómez, Carlos, 2001. “Empleo y seguridad social en Colombia: la necesidad de replantear una relación que se diluye”, Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Salud Pública, Medellín, noviembre 11 al 15 de 2001 (<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>).

Sánchez, Fabio; Núñez, Jairo, 1999. “Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales: ¿quién se benefició del gasto público social en los noventa?”, en: *Coyuntura Social*, no. 21, noviembre, p. 123-164.

Sen, Amartya, 2000. “Trabajo y derechos”, en: *Revista Internacional del Trabajo*, v. 119, no. 2, p. 129-139.

Tono, Teresa, 2000. “Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos”, en: *Coyuntura Social*, no 23, noviembre, p. 143-167.

Weller, Jürgen. *Reformas económicas, crecimiento y empleo. Los mercados de trabajo en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económicas, Cepal.

Otros sitios de consulta:

<http://www.saludcolombia.com>

<http://www.minsalud.gov.co>

<http://www.paho.org>

<http://www.ilo.org>

<http://www.supersalud.gov.co>

