

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Facultad de Ciencias Económicas
Centro de Investigaciones para el Desarrollo



1

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá

Gastos de Bolsillo y Disminución de los Recursos Nacionales para la
Financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud en Bogotá

Bogotá, Diciembre de 2009

GASTOS DE BOLSILLO Y DISMINUCIÓN DE LOS RECURSOS NACIONALES PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN BOGOTÁ

Oscar Rodríguez Salazar*.

Los modelos de Protección Social son ante todo decisiones políticas asociadas al compromiso del Estado, de las fuerzas parlamentarias para optar por una forma de proteger a la sociedad, obviamente es una decisión política la forma de financiación de un sistema de salud. En Colombia la manera de allanar recursos para la prestación del servicio de salud quedo plasmada con la expedición de la Ley 100 de 1993. Esta norma reformo el sistema de salud e hizo parte del paquete de medidas catalogadas como medidas promercado implementadas en el último decenio del siglo XX, que busco ampliar la cobertura de afiliación, mejorar el acceso y por vía la competencia alcanzar mayor calidad en la prestación de los servicios de salud. Con miras a justificar las transformaciones en la política económica, e instaurar un modelo en el que el mercado se convierta en el organizador de la sociedad, la concepción que se impone: promover reformas a favor del mercado, subraya que el objetivo de la política económica es garantizar los equilibrios macroeconómicos, en especial el equilibrio fiscal.

El enfoque del conjunto las transformaciones de las políticas de ajuste (apertura, reforma laboral, financiera, fiscal), y -en armonía con el discurso ultra liberal-, los sistemas de seguridad social se privatizaron o se le dio al capital privado una parte significativa en la prestación de los servicios. Tal es el caso del sistema pensional desarrollado en Chile durante la dictadura de Pinochet fue el modelo a seguir por una gran parte de países del continente: Colombia, Argentina, Perú, México, Uruguay entre otros.

En materia de salud y Riesgos profesionales, además de darle una mayor participación al capital privado en la provisión de servicios, se separaron los dos negocios y se presentó una ruptura en su complementariedad. La búsqueda de equilibrios macroeconómicos y la reducción del déficit fiscal fueron las directrices de las transformaciones de los sistemas de seguridad social. Las sugerencias que en materia de salud dio el Banco Mundial partieron de modificar el financiamiento: reducir la responsabilidad del Estado para los tipos de servicios de salud que proporciona pocos beneficios a toda la sociedad (a diferencia de pocos beneficios directos a los usuarios del servicio) y disponer de más recursos gubernamentales (o públicos) para pagar los servicios que proporcionaban muchos beneficios a la sociedad en su totalidad” [Banco Mundial 1990: 2].

* Oscar Rodríguez Salazar. Profesor Titular Universidad Nacional. Director Grupo de Protección Social. Una primera versión de este artículo fue publicada en la Revista de la Contraloría de Bogotá D.E. Bogotá Económica Noviembre del 2009 en el número 2 con el título Proyecto político y Financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud. Al presente ensayo se le adiciono lo correspondiente a la financiación del sistema de salud en Bogotá y a los gastos de bolsillo que tienen los capitalinos para mantener un buen estado de salud.

El sistema de salud en Colombia tiene dos componentes contruidos sobre el aseguramiento: el régimen contributivo que funciona por aportes (12.5% sobre el monto salarial, cancelado en dos tercera parte por el patrón y una tercera parte por trabajador), el régimen subsidiado o de salud para pobres (que funciona con subsidios a la demanda) financiado con aportes fiscales y recursos denominados para fiscales (un 1% de los salarios de aquellos trabajadores que devenguen más de cuatro salarios mínimos). Al determinar un paquete de servicios al cual tienen acceso los ciudadanos y prescribir que los catalogados como pobres sólo tienen derecho a la mitad de los servicios del sector formal de la economía, la protección social se acerca a la lógica de mercado. Esto es desvirtuar que la dimensión aseguradora tiene una función de desmercantilización de las prestaciones sociales y, por el contrario, ajustar estas últimas a los intercambios de tipo mercantil o exigir vía, seguros complementarios, un mayor esfuerzo del beneficiario [Gosta Esping-Anderson 1999].

Una de las funciones principales que la Ley 100 de 1993 le asignó al Estado fue la rectoría del sistema. La reforma estuvo acompañada de un proceso de descentralización que transfirió recursos financieros de la nación a los niveles territoriales, fortaleció políticamente los niveles subnacionales del gobierno y trasladó a los niveles locales la administración de los servicios. En el marco del proceso de descentralización los entes departamentales serían los responsables de cumplir las funciones de IVC a nivel territorial (Ley 60 y Ley 715 del 2001); la superintendencia de salud debía desempeñar un papel de primer orden en este nuevo modelo institucional¹.

Con la expedición de la Ley 1122 del 2007 se intenta hacer algunos ajustes al sistema heredado de la Ley 100 de 1993 dentro de un nuevo modelo conceptual conocido como Manejo Social del Riesgo (MSR)². Esta nueva norma intenta ajustar: “aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las

1 La corriente neoclásica bajo su modalidad neo institucional plantean que las “fallas de Estado” legitima una reducción de la intervención gubernamental. Para Stern [1989] se justifica una disminución de las funciones del Estado por cuanto: los individuos están más capacitados que el gobierno para conocer sus preferencias; la planificación puede conducir a peores errores que los que comete el mercado; la planificación hace rígidas las decisiones privadas; los controles gubernamentales pueden frenar la iniciativa privada por los numerosos obstáculos burocráticos; las organizaciones y los individuos requieren de estímulos para trabajar; para innovar, controlar los costos; estos incentivos de mercado son difícilmente transportables a las empresas públicas.

2 El MSR tiene un componente de lucha contra la pobreza. Dos políticas se diseñan a partir de este programa de investigación: sistema de seguridad social en salud y transferencias condicionadas. Dos componentes son comunes en estas políticas: la renuncia a la universalización de los sistemas de protección social y el fortalecimiento de los procesos de focalización tratando en los que se selecciona qué pobres ameritan ser protegidos y cuáles quedan excluidos de la protección. En segundo lugar, su sustento en los subsidios a la demanda, la descentralización y una protección social brindada desde el mercado, lo que repercute en fragmentación social y debilitamiento de la cohesión social [Rodríguez Salazar 2009].

funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”³.

La nueva reforma tiene como uno de sus propósitos solucionar las dificultades del funcionamiento RS y al acentuado desprestigio de la calidad del servicio de salud (los llamados paseos de la muerte divulgados por los medios de comunicación) que están recibiendo los colombianos y por la gran “militancia del Régimen Subsidiado”: en algunas ocasiones a la insurgencia armada, en otras oportunidades a las fuerzas paramilitares, en la mayoría de las veces a servido a la reproducción de prácticas clientelistas y en la apropiación privada de los recursos destinados a garantizar la atención en salud de la población pobre. Otra meta fijada en la nueva reforma es la de acopiar nuevos recursos para el sistema de salud subsidiado, a partir de las contribuciones obrero patronales, cambiar las instituciones de regulación del sistema, y modificar tangencialmente las políticas sobre salud pública tratando de lograr una mayor integración con el sistema de salud basado sobre el aseguramiento.

Uno de los problemas que intenta resolver la nueva Ley es el de la función regulatoria que se manifiesto en el desvío de los recursos que en muchas localidades afectó al financiamiento del régimen subsidiado. La crisis política que se desato a partir del acervo probatorio que allano la Corte Suprema de Justicia y que condujo a privar de la libertad a un buen número de congresistas, las noticias registradas por la prensa, la confesión de algunos paramilitares (Jorge 40) acerca de la forma como se distribuían los recursos destinados para la salud⁴. Esto pone de presente que mientras subsista un Estado débil sin mayor capacidad regulatoria, atrapado por intereses buscadores de rentas, cualquier modelo de seguridad social está llamado a fracasar en el sentido de brindarle protección social a la mayoría de la población colombiana. Con la creación de la Comisión de Regulación en Salud –como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de Protección Social- se

3 En la exposición de motivos de la ley en mención, discutida en la Cámara de Representantes (como ante proyecto de Ley 090 del 2007), se hacía mención a que era necesario “eliminar progresivamente las barreras al acceso a los servicios de salud a partir de la universalidad del aseguramiento con la que se obtendrá una mejor dispersión del riesgo en salud y financiero, se reduciría el problema de selección adversa; y se determina que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población con base en las metas de resultados en salud que se han definido”.

4 Algunos de los columnistas de la prensa capitalina (Alejandro Gaviria) “los subsidios a la demanda, que habían sido introducidos con el fin de neutralizar el clientelismo político, terminaron siendo capturados por el clientelismo armado. En la salud se pasó de la deprivación del Seguro Social al pillaje de las ARS” El Espectador edición del 19 al 25 de noviembre. Para Rafael Pardo la “relación entre política local y grupos armados no es aislada ni causal; no es exclusiva de Sucre ni tampoco hace parte de ninguna cruzada contra insurgente. Es un eslabón más del círculo vicioso de la corrupción política. ..La expansión de unos jefes paramilitares de unas regiones a otras no tienen propósito de combatir la guerrilla. No tiene propósito distinto que el control de los recursos públicos” [El Tiempo 16 de noviembre del 2006].

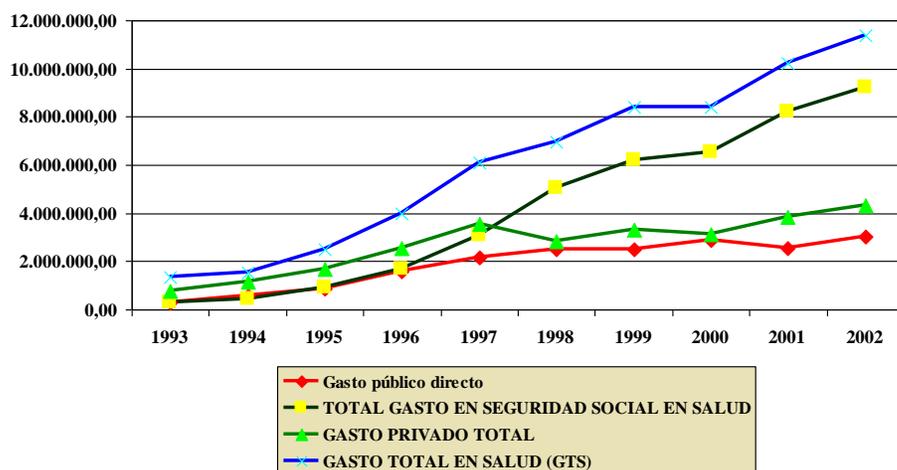
intenta fortalecer las funciones regulatorias del Estado Colombiano en la prestación de los servicios de salud⁵.

La pérdida de recursos para la Salud a Nivel nacional y Local

Las modificaciones al sistema de salud han favorecido el acopio de nuevos recursos financieros que se traducen en un aumento de la afiliación, pero también ha permitido que los nuevos actores institucionales (las aseguradoras) se hayan lucrado del “negocio de la salud”. La financiación del sistema reposa principalmente en el sistema de transferencias, en los recursos del FOSYGA y en los aportes obrero-patronales. El gasto en Salud como proporción del PIB que ascendía al 2.2% en 1993, paso a 7.3% en 1997 y llegó en el 2002 al 8.4% [Barón 2007]

La gráfica 1 muestra la evolución de los gastos reales en salud, que desde 1997 son jalonados por el gasto en seguridad social, que contrarrestan el descenso del gasto público directo.

Gráfica No 1 Evolución del Gasto en Salud. 1993-2002.
(Pesos constantes del 2000).



Esta suma hubiese sido mayor si la forma de financiación siguiera de cerca lo estipulado por la Ley 60 de 1993. En efecto, las transferencias que los departamentos y municipios reciben de la nación han sido reformadas en dos oportunidades. Originalmente en la Constitución de 1991, como resultado del Pacto político suscrito en ese momento, se incluyó el capítulo IV que hace mención a la distribución de recursos y competencias en especial el artículo 356 y 357. En el primer artículo se reglamento el situado fiscal que se destinaría a financiar la educación (preescolar, primaria,

⁵ Entre las funciones que tiene la CRES se encuentra: definir el POS, definir la UPS, definir las incapacidades originadas en la enfermedad general o por pago de licencias de maternidad, tarifas de los servicios, cuotas moderadoras.

secundaria y media) y la salud, en el segundo se establece la forma como los municipios participaban en los ingresos corrientes de la nación⁶.

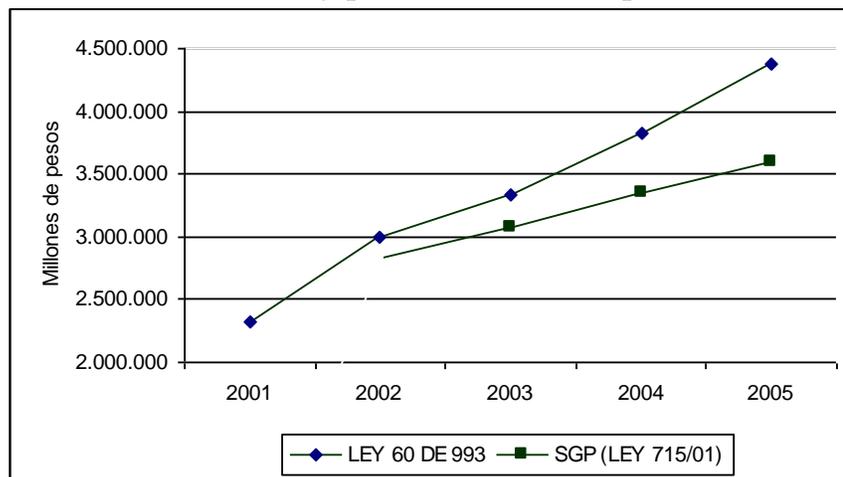
Durante el gobierno de Andrés Pastrana y como parte de la “dictadura fiscal”, impuesta por el FMI, y como producto del Acuerdo extendido suscrito el 3 de diciembre de 1999 el gobierno se comprometió a presentar al Congreso un conjunto de reformas estructurales entre las cuales estaba la seguridad social (pensiones) y una reforma constitucional que desvinculara las transferencias a los gobiernos locales de los ingresos corrientes del Gobierno Central [Rodríguez Salazar 2005].

En efecto, la Ley 60 fue reformada mediante el Acto Legislativo 01 del 30 de julio del 2001 cuyo primer artículo hacía mención a “Incluir un nuevo párrafo al artículo 347 de la Constitución Política así: Durante los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008 el monto total de las apropiaciones autorizadas por la ley anual de presupuesto para gastos generales, diferentes de los destinados al pago de pensiones, salud, gastos de defensa, servicios personales, al Sistema General de Participaciones y a otras transferencias que señale la ley, no podrá incrementarse de un año a otro, en un porcentaje superior al de la tasa de inflación causada para cada uno de ellos, más el uno punto cinco por ciento (1.5%)”. Bajo el amparo de este nuevo marco Constitucional se expide la Ley 715 del 2001 y se establece el Sistema general de Participaciones constituido por los recursos que la nación transfiere a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de salud, educación, saneamiento y agua potable.

Esta modificación significó una pérdida de recursos para salud que puede ser observada en el gráfico No 2.

⁶ El artículo 10 de la Ley 60 de 1993 estableció que “Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 356. de la Constitución Política y las disposiciones de esta ley, el situado fiscal será un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la Nación que como mínimo tendrá los siguientes niveles de participación en ellos, así: a) Para el año de 1994: 23% b) Para el año de 1995: 23.5% c) Para el año de 1996: 24.5% Su cesión efectiva y autónoma a las entidades territoriales se realizará de conformidad con las disposiciones previstas sobre la descentralización de la salud y educación y en los términos y condiciones dispuestos en la presente ley”.

Gráfica 2. Ahorro fiscal y pérdida de recursos para salud



Fuente: DDT-DNP, Ministerio de Hacienda

El Ahorro fiscal, es decir la diferencia entre lo que se hubiese destinado a la salud si hubiese continuado con la Ley 60 comparado con el recorte introducido por la Ley 715 del 2001, significó para el régimen subsidiado una pérdida de \$489.081 millones en el 2004 y de \$794.644 en el 2005, lo que equivale a 6.9 millones de UPC [Rodríguez Salazar 2005. 195].

La otra reforma a las transferencias se produjo durante la segunda administración del presidente Uribe y como resultado de que en el 2008 finalizaba el cálculo estipulado en el Acto legislativo mencionado. En la exposición de motivos de la nueva reforma (condensada en el Acto Legislativo 4 del 2007) que se hizo a nombre de los pobres tenía como meta alcanzar “coberturas universales en servicios sociales básicos como salud y educación, así como avanzar significativamente en el incremento de coberturas en los servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico, al mismo tiempo que se protegen principios básicos de estabilidad fiscal y, por tanto, macroeconómica. Esta es el garante último de que, en el mediano y largo plazo, las coberturas universales sean sostenibles y reduzcan la pobreza de los sectores más vulnerables de la población colombiana”⁷.

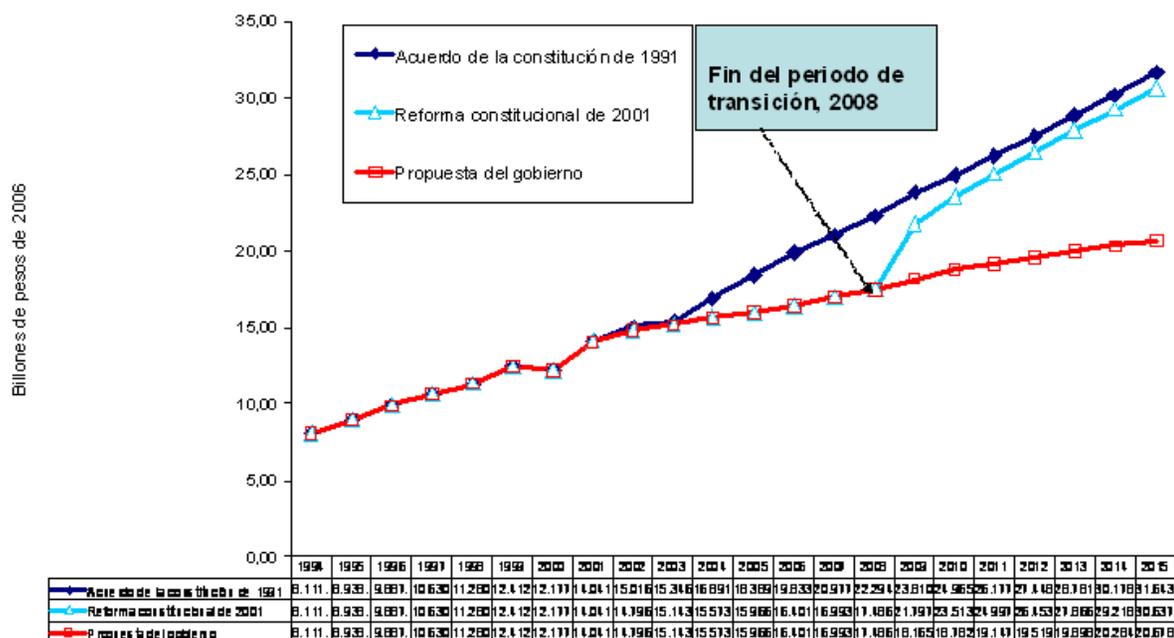
Con esta modificación el artículo 357 quedó de la siguiente forma “El Sistema General de Participaciones de los Departamentos, Distritos y Municipios se incrementará anualmente en un porcentaje igual al promedio de la variación porcentual que hayan tenido los ingresos corrientes de la Nación durante los cuatro (4) años anteriores, incluido el correspondiente al aforo del presupuesto en ejecución”⁸.

⁷ Exposición de motivos del proyecto sobre reforma a las transferencias presentado en el 2006.

⁸ En el párrafo transitorio del Acto Constitucional se estipuló que “El monto del Sistema General de Participaciones, SGP, de los Departamentos, Distritos y Municipios se incrementará tomando como base el monto liquidado en la vigencia anterior. Durante los años 2008 y 2009 el SGP se incrementará en un porcentaje igual al de la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 4%. Durante el año

Este nuevo recorte significó igualmente una disminución para el conjunto de los gastos en educación y salud. Como se puede apreciar en el gráfico No.3 la pérdida de recursos para el SGP puede ascender a la suma de 56.4 billones de pesos (pesos del 2006) entre el 2008 y el 2016 de los ingresos territoriales; dicho cálculo parte de un supuesto bastante conservador: los ingresos de la

Gráfico No 3. Evolución de las transferencias

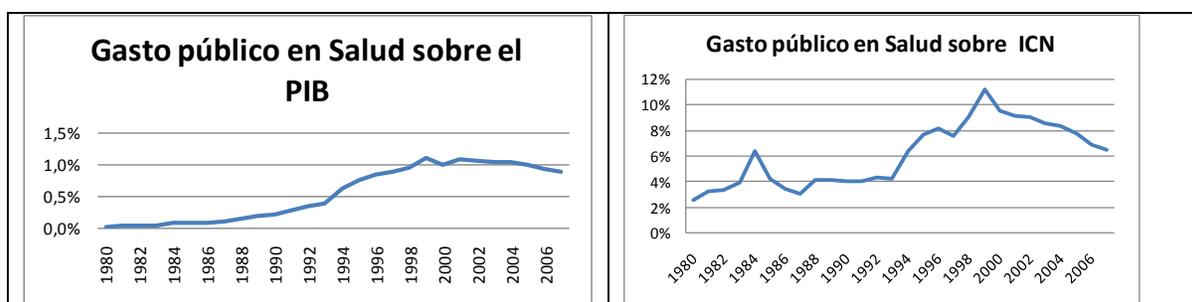


Nación crecen al mismo ritmo del PIB [Rodríguez Salazar 2007]. Este recorte puede ser interpretado de dos formas: busca la reducción del Déficit Fiscal y hace parte de un proyecto político. Nos inclinamos por una combinación de estos dos objetivos. El proyecto Uribe necesita recursos para intervenir en las regiones y recomponer la coalición de gobierno que le ha sido tan útil en la aprobación del referéndum. Los Consejos Comunales, los continuos requerimientos que los ministros estén a disposición de los parlamentarios, las atribuciones de que la Nación realice inversiones estratégicas para la competitividad en las regiones, son herramientas que normalmente se utilizan para garantizar la "governabilidad" del Estado Comunitario, por lo tanto los nuevos recursos liberados tienen claramente una orientación política.

2010 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3.5%. Entre el año 2011 y el año 2016 el incremento será igual a la tasa de inflación causada, más una tasa de crecimiento real de 3%".

La disminución del gasto público con relación al PIB y el gasto público en salud sobre los ingresos corrientes de la nación se puede apreciar en el gráfico No 4. La tendencia general es que a partir del siglo XXI el gasto público ha venido descendiendo a partir de haber obtenido su tope más alta en 1998 que correspondió al 1% del PIB para disminuir en el 2007 al 0.9% del PIB; por su parte el gasto público en salud como proporción de los ingresos corrientes de la nación se ubico en el 11% en 1999 disminuyo significativamente en el 2007 al 6%. Como era de esperarse la participación de las transferencias de la nación para el servicio de salud se redujeron del 11% en 1999 al 6% en el 2007.

Gráfico No 4. Gasto público en salud como proporción del PIB y de los ICN



Fuente Cálculos del CID- Grupo de Protección Social con base en Min Hacienda

El recorte de las transferencias igualmente afecto al Distrito Capital. Los cálculos realizados por Betancourt y Castro [2007. 124] hacen mención a que las entidades territoriales “dejarán de percibir, anualmente, de manera permanente, frente a lo decidido por la Constitución de 1991, alrededor de 1,5% del PIB nacional. Para Bogotá dicho efecto será de 0,6% del PIB distrital”. Para hacer un estimativo de lo que Bogotá dejara de recibir, estos dos autores, diseñaron dos escenarios: el primero consideraba que los ingresos corrientes de la Nación crecen a la misma proporción que el PIB. Este escenario daba como resultado que a pesos del 2007 el Distrito dejaba de recibir \$ 4.6 billones entre el 2008 y el 2017. El segundo escenario considero que los ingresos corrientes de la nación crecían con una elasticidad de 1.13% frente al PIB lo que dio como resultado que el Distrito dejaba de recibir \$ 5.3 billones para el mismo período⁹.

La falta de compromiso por parte del Gobierno Central en suministrar recursos suficientes al servicio de salud, ha tenido como efecto no avanzar más rápidamente en lograr la cobertura universal en la afiliación y a mantener una odiosa discriminación entre salud para pobres y para el sector formal. Gracias a la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de julio del 2008, en la que ordenó al gobierno adoptar medidas para garantizar el cumplimiento progresivo del derecho a la salud, e igualar los dos POS (contributivo y subsidiado), podría hacerse por lo alto, es decir que el

⁹ La participación de Bogotá en el SGP se ha estancado en el 9% para el 2007 y el 2008 de una suma total del SGP que para este último año ascendió a la suma de \$2.725.468.471.818. Con una afiliación total al régimen subsidiado de 23.804.788 y de 1.754.891 para Bogotá.

POS subsidiado sea similar al existente en el contributivo sí el gobierno central destinará más recursos para la salud. Esto será una utopía por cuanto en el presupuesto del 2009 al 2010 el gobierno opta por otras prioridades como la destinar más recursos para la guerra que para la educación superior, mientras un estudiante en la universidad pública en promedio (cuesta doce millones anuales) un soldado profesional representa una erogación de 60 millones de pesos.

El escenario Financiero del servicio de Salud para el Distrito.

Los servicios de Salud brindados por el Distrito tienen varias fuentes de financiación. Como se menciona con las modificaciones Constitucionales al sistema de Transferencias y con la expedición de la Ley 715 se creó el Sistema General de Participaciones (SGP). Por tanto los recursos tradicionales reglamentados por la Ley 60 de 1993 (Situado fiscal y la participación en los ingresos corrientes de la nación) desaparecieron para dar paso al SGP que junto al Fosyga, a las rentas cedidas, a los recursos propios del sistema y a los recursos propios del Distrito se convierten en las fuentes de financiación del sistema de salud para la capital.

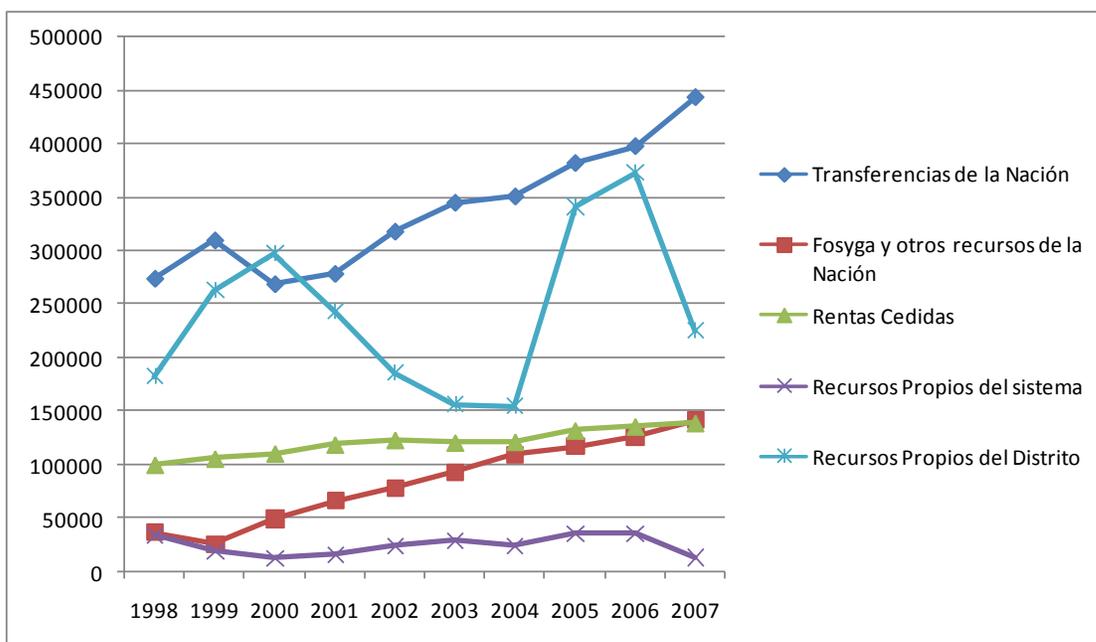
De acuerdo con la Ley 715 los recursos para salud del SGP, corresponden al 24.5% del total de lo transferido a las regiones; estos dineros se destinan a la financiación de subsidios a la demanda, según la población atendida; prestación de servicios de los eventos no POS y a la población denominada vinculados y acciones de salud pública, de acuerdo con población por atender, equidad y eficiencia administrativa.

En el gráfico No 5 se muestra –a precios del 2007– el monto total de las fuentes de financiación de la inversión del sector salud para el período comprendido entre 1998 al 2007. Después de los dineros aportados por el SGP los recursos que pone el Distrito le siguen en importancia. Esto refleja de una parte la prioridad que las últimas administraciones le han otorgada al servicio de salud y de otra, la necesidad de paliar el efecto que han tenido la reforma a las transferencias. En 1998 el dinero aportado por la capital fueron del orden de \$128.316 (millones de pesos del 2007), en el 2005 de \$341.442 (millones de pesos) y en el 2006 alcanzo la cifra de \$373.323 (millones de pesos), la razón de este aumento en la financiación está asociada con la descapitalización de la empresa de energía eléctrica de Bogotá que brindo mayor disponibilidad de fondos. Al finalizar el 2007 esta suma fue de \$225.539 (millones de pesos del 2007) presentándose un fuerte reducción del 60% con relación al año inmediatamente anterior.

Otras dos fuentes importantes la constituye: las rentas cedidas y los recursos suministrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía compuesto por cuatro grandes cuentas: la de compensación, la de solidaridad, la de promoción de la salud y la de riesgos catastróficos ya accidentes de tránsito. A partir de 1999 las primeras son superiores a los dineros suministrados por el Fondo; mientras las actividades gravadas por el Estado (IVA al consumo de licores, Impuesto al Consumo de Cerveza, derechos de explotación de la Lotería de Bogotá, impuesto a las loterías foráneas, explotación de

apuestas permanentes (chance), rifas, juegos de suerte y azar (ETESA) y juegos promocionales realizados en el distrito Capital) eran de \$99.611 (millones de pesos a precios del 2007), el Fondo sólo giro al Distrito \$37.231 (millones de pesos). Sin embargo esta última fuente viene en continuo ascenso y ha jugado un papel importante en la financiación del régimen subsidiado. A comienzos del siglo XX los recursos girados por el Fosyga con otros recursos de la nación al Distrito fueron del orden de \$49.811 (Millones de pesos) y al finalizar el período la suma era de \$141.501(millones de pesos) muy similar al dinero reportado por las rentas cedidas que alcanzo a \$138.972 (millones de pesos).

Gráfico No 5. Fuentes de Financiación de la Inversión del sector Salud del Distrito a precios constantes del 2007.



Importa señalar las tasas de crecimiento. Durante el período en consideración los recursos ejecutados por la administración distrital crecieron a una tasa promedio real anual del 5.3%. La fuente de mayor dinamismo corresponde al Fosyga que en 1998 giro al Distrito \$37.231 (Millones de pesos del 2007) y en este último año la cifra fue de \$ 141.501 (millones de pesos); lo que representa una tasa real de crecimiento promedio anual del 16%. Por su parte las denominadas rentas cedidas recibidas por el Fondo Financiero Distrital de Salud han presentado un crecimiento de 3.8% real anual durante los últimos nueve años –en 1998 llagaron a la cifra de \$99.611 millones de pesos constantes del 2007 y en este último año fueron de \$138.972 millones de pesos-convirtiéndose indudablemente en una importante fuente de financiación.

En el Cuadro No 1 se presenta la participación de estas fuentes, la transferencias (SGP) siempre han sido el principal recurso de financiación, en el 2006 y el 2007 participan con el 46.1%,

porcentaje cercano al obtenido en 1998 que fue del 43.7%. En los años de recesión económica como el 2000 y el 2001 esta participación se redujo al 36.4% y al 38.5% respectivamente. Entre las rentas cedidas -que son impuestos fijados por el Estado pero entregados a los municipios [como el IVA al consumo de licores, Impuesto al Consumo de Cerveza, derechos de explotación de la Lotería de Bogotá, impuesto a las loterías foráneas, explotación de apuestas permanentes (chance), rifas, juegos de suerte y azar (ETESA) y juegos promocionales realizados en el distrito Capital]- y los recursos generados por el mismo sector se tiene en promedio más del 18%. De manera nítida el cuadro en referencia señala que en el 2001 y el 2002 las rentas cedidas tuvieron la mayor contribución: 16.4% y 16.9% respectivamente.

Comentario aparte merece la forma como el Distrito con recursos propios se ha vinculado a la financiación del sector salud. En los momentos de crisis económica el porcentaje de participación de esta fuente llegó en el 2000 a representar el 40.2% del total de los recursos destinado para el sector salud y un año más tarde del 33.6%. En el 2003 y en el 2004 se presenta la menor aportación del período por cuanto fue del 21% y del 20.3% respectivamente, al finalizar el período objeto de análisis el Distrito aportó el 23.4% de los recursos destinado a financiar la salud.

Cuadro No 1 Participación de las Fuentes de Financiación de la inversión en el sector Salud. 1998-2007

Fuentes	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ingresos/1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Transferencias de la Nación	43.7	42.8	36.4	38.5	43.6	46.3	46.1	37.9	46.1	46.1
Situado fiscal	57.7	55.4	56.4	58.3	0	0	0	0	0	0
PICN	42.3	44.6	43.6	41.7	0	0	0	0	0	0
Sistema general de Participaciones	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100
Fosyga y otros recursos de la Nación	5.9	3.7	6.7	9.2	10.8	12.5	14.4	11.6	11.8	14.7
Rentas Cedidas/2	15.9	14.5	14.9	16.4	16.9	16.2	15.9	13.1	12.7	14.4
Recursos propios del sistema/3	5.4	2.8	1.8	2.3	3.4	4.0	3.2	3.5	3.4	1.4
Recursos propios del Distrito	29.1	36.3	40.2	33.6	25.4	21.0	20.3	33.9	34.9	23.4

PICN: Participación en los Ingresos Corrientes de la Nación

1/ Estos totales no coinciden con la ejecución presupuestal de Fondo Financiero Distrital de Salud, ya que aquí sólo se incluyen recursos nuevos para cada vigencia. Es decir, se han excluido rubros como excedentes financieros, cancelación de reservas y otros recursos de capital, los cuales registran recursos de las vigencias anteriores.

2/ Actividades gravadas por el Estado, pero cedidas a los departamentos y distritos para financiar el sector salud, éstas son: IVA al consumo de licores, Impuesto al Consumo de Cerveza, derechos de explotación de la Lotería de Bogotá, impuesto a las loterías foráneas, explotación de apuestas permanentes (chance), rifas, juegos de suerte y azar (ETESA) y juegos promocionales realizados en el distrito Capital.

3/ Recursos generados por el mismo sector como multas, rentas contractuales, rendimientos por operaciones financieras, venta de activos y otros ingresos.

Fuente: Dirección Distrital de Presupuesto. Inversión y Desarrollo de Bogotá. No 1 del 2007 SDH.

1. Los Gastos de Bolsillo en salud según la ECV del 2007

El capítulo F de la ECV del 2007 está dedicado al tema de la salud, a partir de la pregunta número 34 hasta la 44 se preguntó acerca de los pagos realizados por Bonos o cuotas moderadoras, se realizó alguna erogación por concepto de consulta médica o tratamiento odontológico, si efectuó algún desembolso en vacunas y/o medicamentos, si tuvo que cancelar algún dinero en exámenes clínicos, en rehabilitación o terapias médicas, en lentes audífonos o aparatos ortopédicos, si gastó alguna suma de dinero en terapias alternativas y finalmente los gastos de transporte para ir al sitio de atención médica y regresar.

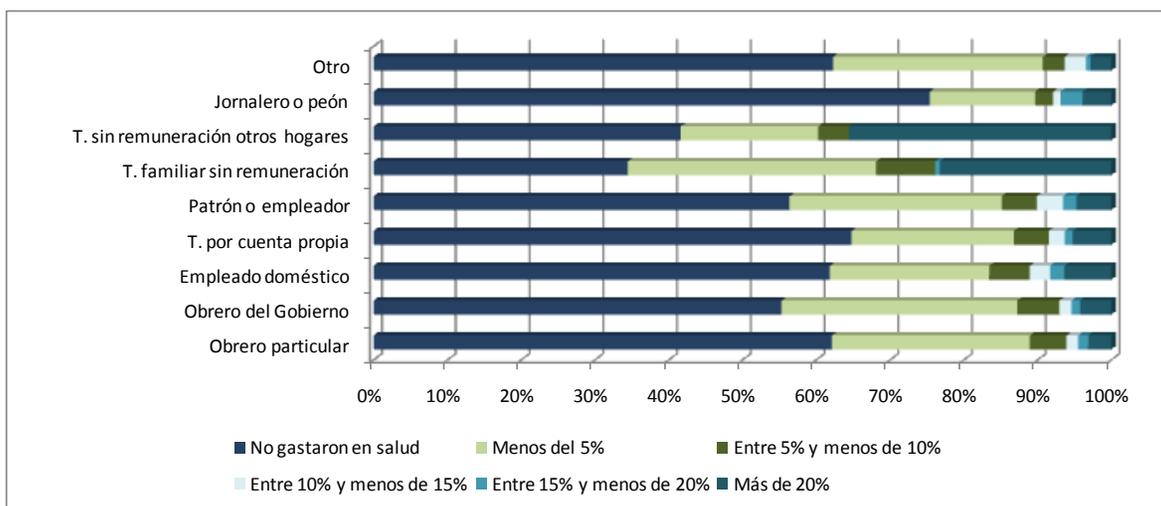
Vale la pena recordar que una parte de estas erogaciones están estrechamente articuladas con la financiación del sistema y se han convertido en recursos normales para las aseguradoras en salud. Por ejemplo las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización de los servicios en salud y estimular su buen uso y según lo expresa el Acuerdo 260 del 2004 y el Acuerdo 365 del 2008 con las cuotas se está promoviendo “en los afiliados la inscripción de los programas de atención integral desarrollados por las EPS”¹⁰. En algunos casos las cuotas son mayores que el valor de una consulta con médicos privados y obviamente son significativamente más alta de lo que las EPS le reconocen a los médicos adscritos, por ejemplo en la categoría 3, es decir en los afiliados con IBC mayor a cinco salarios mínimos legales vigentes (SMLV), la cuota es del orden de \$ 20.100.

Por su parte los Copagos es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio demandado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema y deben ser cancelados los beneficiarios del afiliado al sistema. De este tipo de pago se encuentran exceptuados los servicios de promoción y prevención, el programa de control en atención materna infantil excepto la atención del parto, programa de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias, los servicios que fueron objeto de cuotas moderadoras.

Al examinar los gastos de bolsillo (reportados por la ECV del 2007) que tienen los hogares para satisfacer sus demandas en salud con relación al ingreso per cápita del hogar, que se pueden apreciar en el gráfico No 6, se destaca que el 23% de los trabajadores familiares sin remuneración y el 35,5% de los trabajadores familiares sin remuneración que trabajan en otros hogares gastaron más del 20% de su ingreso per cápita en servicios de salud.

Gráfica No 6 Gasto de bolsillo en salud de los Hogares según categoría Ocupacional

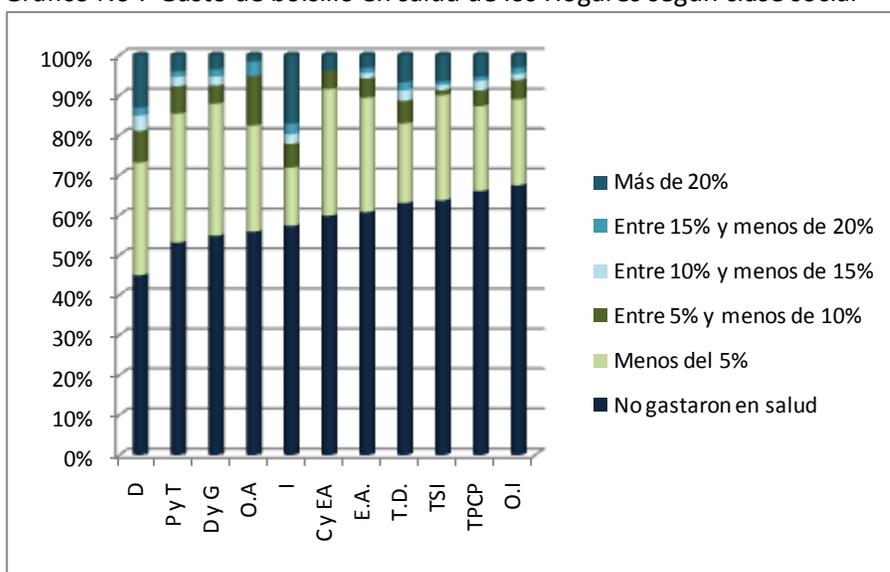
¹⁰ Las cuotas moderadoras se deben cancelar para la consulta médica general, odontológica, para medicina y de medicina alternativa aceptada, consulta externa por médico especialista, examen de diagnóstico por laboratorio clínico, examen de diagnóstico por imagenología, fórmula de medicamentos ambulatorios. Atención de servicios de urgencia cuando esta atención no fuer de carácter vital para el paciente.



Esta cifra es preocupante por cuanto señala que los sectores más pobres están siendo impactados por un alto gasto de bolsillo en salud, lo cual reduce su capacidad de compra en otros rubros importantes para mantener una buena calidad de vida. De otra parte el 64.79% de los llamados cuenta propia y el 62% de los obreros contratados por empresas particulares no efectuaron ningún gasto de bolsillo para atender los servicios de salud.

La forma como las clases sociales efectúan gastos de bolsillo en salud puede ser observadas en el Gráfico No 7. El 45% de los desempleados (D) no presentaron ninguna erogación, sin embargo el 13.13% de estos hogares gastaron más del 20% de sus ingresos en atender sus quebrantos en salud. Más del 32% de los profesionales y técnicos (P y T) y el 33% de los directivos y gerentes (D y G) gastaron menos del 5% de sus ingresos per cápita en salud.

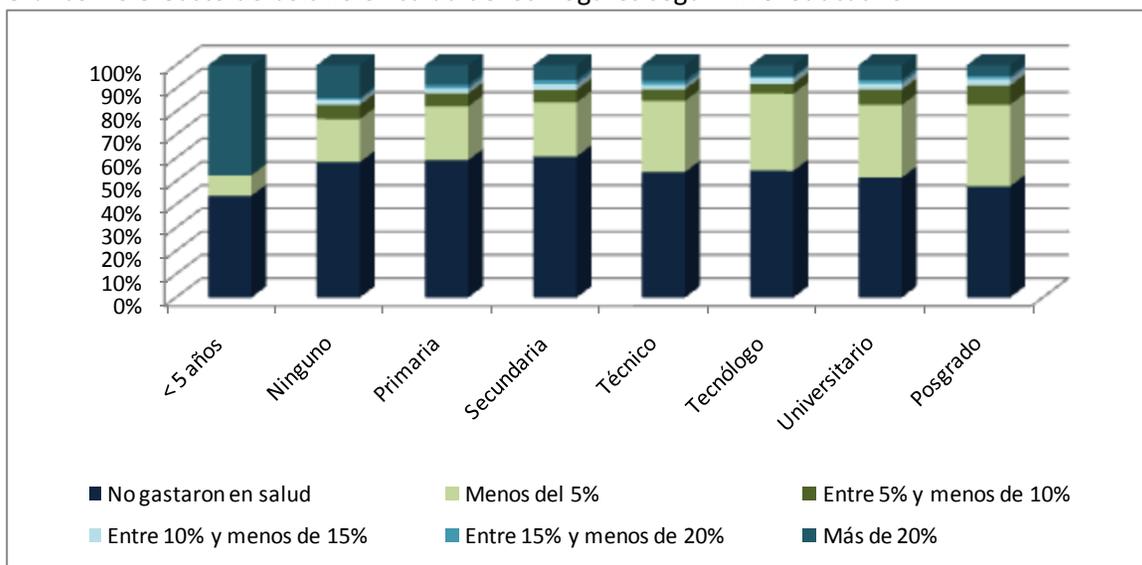
Gráfico No 7 Gasto de bolsillo en salud de los Hogares según clase social



Cerca del 17% de los trabajadores inactivos (I) destinaron el 20% de sus ingresos atender su salud, lo que a toda luces expresa una alta inequidad social. De los campesinos y empresarios agropecuarios (C y EA) el 31.6% se vieron ante la necesidad de gastar menos del 5% de sus ingresos en salud. Más del 60% de los Empleados administrativos del comercio y los servicios (E.A.), de los trabajadores domésticos (T.D.), de los trabajadores sin información (TSI), de los trabajadores por cuenta propia, pequeños y medianos empresarios (TPCP) y los obreros industriales (O.I) no hacen ningún gasto en salud.

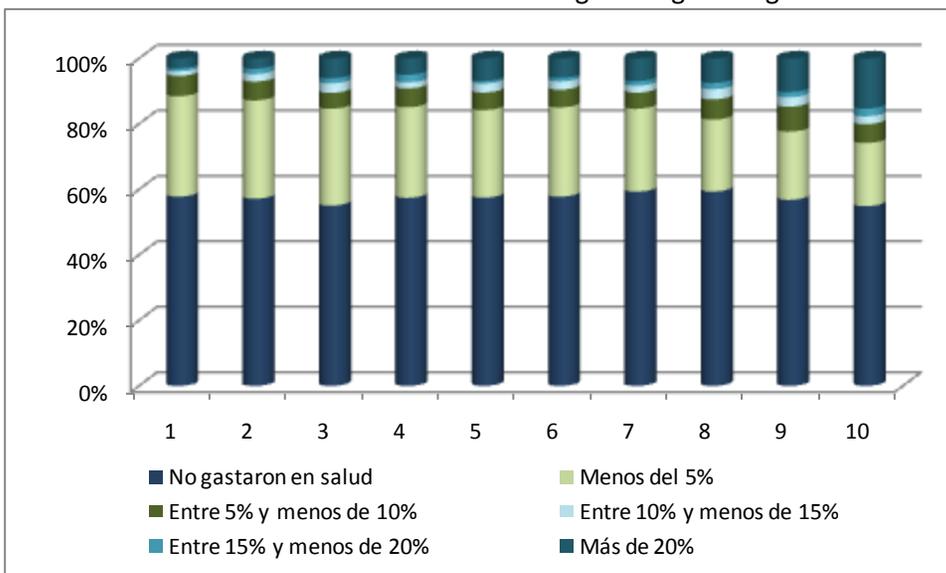
Otro indicador de inequidad se puede observar en la gráfica No 8 que relaciona los gastos de bolsillo con nivel educativo. El 13.9% de quienes respondieron que no poseen ningún nivel educativo gastan más del 20% de sus ingresos en atender la salud, y es bastante conocido estadísticamente que las personas sin ningún nivel de escolaridad devengan los salarios más bajos. Los jefes de hogar que han accedido a estudios de postgrado el 47.89% manifiestan que no efectuaron ningún desembolso para atender los servicios de salud, pero el 35% destinan menos del 5% de sus ingresos para estos efectos.

Gráfico No 8 Gasto de bolsillo en salud de los Hogares según nivel educativo



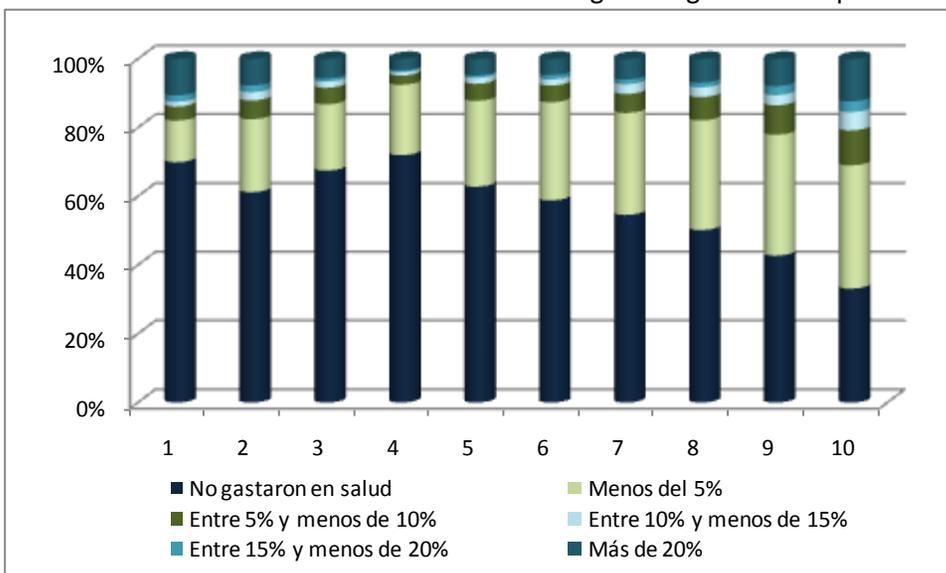
Al utilizar los indicadores de riesgo -construidos en esta tercera fase del observatorio- se detecta que existe una relación directa entre gastos de bolsillo para atender los gastos en salud y exposición al riesgo en salud. Esto puede ser observado en el Gráfico No 9. Interesa analizar los gastos en salud que superan el 20% de los ingresos per cápita, el 15% de quienes presentan mayor exposición al riesgo en salud, es decir el decil 10, tiene el mayor gasto; mientras que solo el 3% de los hogares del decil 1 como del 2 (menor exposición al riesgo en salud) llegaron a gastar más del 20% de sus ingresos en atender la salud.

Gráfico No 9 Gasto de bolsillo en salud de los Hogares según riesgo en salud.



Otra forma de explorar los gastos de bolsillo en salud es tomar el nivel de protección por deciles. Los hogares que tienen mayor protección (decil No 10, 9, 8, 7, 6, 5 y 4) gastan más dinero de bolsillo, quienes están menos protegidos gastan menos dinero; es decir la relación es directamente proporcional. Cerca del 70% mayor nivel de desprotección (1) no realizó ningún gasto en salud.

Gráfico No 10 Gasto de bolsillo en salud de los Hogares según decil de protección



Finalmente, podríamos decir que en la medida en que se ha presentado una disminución de los recursos públicos para la salud, por efecto de las políticas auspiciadas por la Administración de Uribe, el gobierno Distrital ha hecho contingentes esfuerzos para suplir esos faltantes. De otra parte, a la población capitalina le ha tocado “meterse la mano al bolsillo” para satisfacer sus demandas en salud.

Bibliografía.

- Banco Mundial 1990. Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Washington D.C
- Barón Leguizamón, Gilberto 2007. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social. Bogotá
- Betancourt, Carlos y Castro, José Vicente 2007. “La parábola del ajuste fiscal o el recorte de las transferencias territoriales”. En Actualidad fiscal de Bogotá. D.C No 1 Secretaria Distrital de Hacienda
- Esping-Anderson, Gosta 1999. Les trois mondes de l’Etat Providence. PUF Paris
- Rodríguez Salazar, Oscar. 2009. Programas de investigación y políticas públicas en los sistemas de protección social. CID Universidad nacional de Colombia.
- Rodríguez Salazar, Oscar. 2007. “Reforma a las transferencias, Sistemas de Protección Social y Centralización del Estado”. En Macroeconomía y Bien-estar. CID Universidad Nacional Agosto del 2007.
- Rodríguez Salazar, Oscar. 2005. “Avatares de la reforma del sistema de seguridad social. Ley 100 de 1993”. En Rodríguez Salazar, Oscar. Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. CID Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.