

Notas Fiscales

El régimen de seguridad social en
salud: problemas financieros,
medidas adoptadas y retos para el
futuro próximo.

Natalia Salazar

No. 6, Marzo 2011



Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Dirección General de Política Macroeconómica
Centro de Estudios Fiscales

EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: PROBLEMAS FINANCIEROS, MEDIDAS ADOPTADAS Y RETOS PARA EL FUTURO PRÓXIMO

Natalia Salazar¹

RESUMEN EJECUTIVO

Esta nota presenta una breve descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y se discuten los principales factores que vulneran sus finanzas. Por una parte, el Régimen Contributivo enfrenta un abrupto crecimiento de la demanda de prestaciones No POS desde 2008, evasión y elusión, y de manera más estructural, insuficientes ingresos como consecuencia del bajo crecimiento del empleo formal. Por su parte, el régimen subsidiado también registra un incremento en la demanda por prestaciones no POS, así como distorsiones en el flujo de recursos, debido a la dispersión de fuentes de financiación, las numerosas instancias que lo componen, y en algunos casos, a la baja capacidad de gestión en entidades territoriales.

Las medidas tomadas al amparo del Estado de Emergencia Social buscaban corregir las deficiencias identificadas. Sin embargo, en su gran mayoría perdieron vigencia tras la declaratoria de inexequibilidad por parte de la Corte Constitucional. En todo caso, la Corte reconoció los problemas financieros del Sistema y prolongó los efectos de los impuestos introducidos hasta diciembre de 2010. La Corte señaló en todo caso que estos recursos se destinaran al Régimen Subsidiado y que el Régimen Contributivo debe autofinanciarse. En respuesta, el Gobierno Nacional encabezó la iniciativa legislativa que culminó con la Ley 1393, que hace permanentes los impuestos y aumenta los recursos para la salud de las entidades territoriales. Esto busca impulsar la unificación de los planes de beneficios y lograr la cobertura universal.

ABSTRACT

Following a brief description of the Health component of the Social Security System in Colombia, the main causes that led to its financial crisis are presented. On the one hand, the contributive system (financed by payroll taxes) faces an abrupt growth since 2008 of the demand for goods and services not included in the benefit plans, elusion and evasion, and in a more structural way, insufficient revenues, derived from the slow growth of formal employment. On the other hand, the subsidized system also faces a hike in demand for goods and services outside the benefit plans, and distortions to the flow of resources within the system, stemming from the dispersion of revenue sources, the large number of participants in its administration, and in some cases, limited management skills in local governments.

Measures taken under the state of Social Emergency lost most of their ground when the Constitutional Court deemed it unconstitutional. However, the Court, acknowledging the severe financial trouble of the health system, did concede temporally validity to the taxes created, until December 2010. However, the Court's ruling ordered the use of these resources exclusively on the subsidized system. It also ruled the contributive system must be financially self-sufficient. Consequently, the Government supported the passage of Law 1393, which made permanent the taxes created under the emergency and raised resources for local governments. This sought to support the unification of benefit plans for all users and to achieve universal coverage.

Boletín No. 6

Códigos JEL: H55, I18

Palabras Clave: Sistema General de Seguridad Social en Salud, régimen contributivo y subsidiado, emergencia social

¹ Al escribir esta nota, la autora se desempeñaba como Viceministra Técnica del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

INTRODUCCIÓN

El gran reto de la política de salud en Colombia consiste en lograr la cobertura universal de la población, en particular en lo correspondiente al acceso de la población más pobre a bienes y servicios de salud que garanticen su bienestar. Colombia enfrenta significativas restricciones de recursos para este fin, producto de fallas institucionales en el mismo sistema de seguridad social. Este documento ilustra los principales obstáculos para el funcionamiento óptimo del sistema y presenta las medidas tomadas por el Gobierno Nacional en los últimos años con el fin de superarlos.

El Régimen de Seguridad Social en Salud en Colombia tiene dos componentes principales, el régimen contributivo y el régimen subsidiado. El primero comprende la afiliación obligatoria de personas con capacidad de pago, cuyos aportes financian, a manera de prima, el esquema de aseguramiento de los beneficiarios. Por su parte, el régimen subsidiado afilia a la población sin capacidad de pago para aportar al sistema. La financiación de este régimen depende del Presupuesto Nacional y de las entidades territoriales, así como de aportes provenientes del régimen contributivo. Los afiliados a cada régimen tienen acceso a un conjunto diferente de bienes y servicios, conocido como Plan Obligatorio de Salud (POS).

La proliferación de demanda por servicios y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios, ha sido una de las principales causas de la crisis de financiación del sistema de salud que se observó en los últimos años. Esta demanda se encuentra amparada por sentencias de la Corte Constitucional, lo cual incrementó más que proporcionalmente los gastos del sistema con respecto a sus ingresos, llegando a un punto crítico en 2009. El Gobierno Nacional declaró la Emergencia Social a finales de ese año, y decretó una serie de medidas tributarias destinadas a solucionar la crisis. La Corte Constitucional declaró inexecutable los decretos de emergencia, si bien reconoció la urgencia en solucionar la situación financiera del sistema de salud, por lo cual permitió la vigencia temporal (hasta diciembre de 2010) de las medidas tributarias.

El concepto de la Corte Constitucional ordena que el régimen contributivo sea autosostenible. Una sentencia anterior de la Corte, en 2008, ordenó unificar los Planes Obligatorios de Salud, de manera que no haya distinción entre los regímenes subsidiado y contributivo. Estos conceptos se incorporan en la ley 1393, que retoma las medidas tributarias planteadas en los decretos de emergencia declarados inexecutable, y cuya vigencia se había reducido a un carácter temporal por la sentencia de la Corte.

La ley 1393 permite el recaudo de recursos de actividades como juegos de azar y el consumo de cerveza y cigarrillos, los cuales contribuirán a financiar la unificación de planes de salud y la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado. Adicionalmente, se ha concertado con las entidades territoriales aumentar el porcentaje de transformación de recursos, de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda, así como una mayor destinación de rentas cedidas de las regiones hacia estos fines.

Finalmente, con el fin de atacar otra de las mayores causas de la crisis financiera del sistema de salud, la nueva legislación introduce varias acciones tendientes a controlar la evasión y elusión del régimen contributivo, el cual, de hecho, debe ser autosostenible. Las medidas buscan mayor equidad en el sistema al incorporar a quienes no han venido aportando según la ley y al depurar el sistema subsidiado de personas que lo han venido usufructuando irregularmente. Se busca frenar la erosión de la base de cotización generada en la posibilidad de pactar remuneraciones que no se computen como factor salarial. En especial, se deben destacar los pagos en especie, frecuentes entre quienes reciben los salarios más altos, que pueden destinar una mayor proporción de su ingreso al ahorro y al gasto suntuario (bonos para gasolina, mercado, útiles escolares, etc.). Estas prácticas únicamente benefician a empleadores y empleados en desmedro del sistema.

Este documento presenta en su primera sección, los principales antecedentes legales e institucionales del sistema de salud Colombiano. La segunda sección ilustra con cifras financieras y de cobertura la descripción del sistema. Las secciones tercera y cuarta explican en mayor detalle el esquema de Planes Obligatorios de Salud y los regímenes subsidiado y contributivo. La quinta sección explica las medidas tomadas en el marco de la Emergencia Social y la sexta sección resume las disposiciones vigentes al amparo de la Ley 1393.

I. Antecedentes

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado mediante la Ley 100 de 1993. Con la reforma se buscaba, a partir de un modelo de aseguramiento, la universalización del servicio y la promoción de la solidaridad, la eficiencia y la calidad del sistema. La ley sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través de instituciones privadas y públicas, denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) que compiten por el aseguramiento de la población bajo la supervisión y regulación del Estado.

El SGSSS está dividido en dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El contributivo comprende la afiliación obligatoria de las personas con capacidad de pago, y de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional debe ser autosostenible. De esta manera, los trabajadores dependientes e independientes y los pensionados aportan al Sistema un porcentaje de sus ingresos. En el caso de los trabajadores dependientes, los aportes se realizan en conjunto con su empleador. Con estas contribuciones que recaudan las EPS, administradoras de este Régimen, se financia la Unidad de Pago Por Capitación (UPC). Esta constituye la prima que se reconoce a las EPS para asegurar que el afiliado tenga acceso al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C).

El Régimen Subsidiado afilia a la población pobre y vulnerable que no tiene capacidad de pago para contribuir con las cotizaciones obligatorias. Sus afiliados tienen acceso al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S). Las autoridades territoriales tienen la responsabilidad de identificar y seleccionar a la población pobre y vulnerable, contratar con las EPS, administrar los recursos y vigilar el cumplimiento de las responsabilidades de atención por parte de las EPS. Los planes de beneficios del régimen subsidiado (POS-S) se financian con diferentes fuentes, dentro de las cuales las principales son: i) una porción del Sistema General de Participaciones, ii) un porcentaje de la contribución de los afiliados al Régimen Contributivo, iii) aportes de la Nación, iv) recursos propios de las entidades territoriales (parte de las rentas cedidas y recursos propios) y en menor medida, aportes de las Cajas de Compensación.

En su diseño inicial, la Ley 100 determinó un período de transición de siete años en los que el sistema debía crear las condiciones para que todos los colombianos tuvieran acceso a un plan de beneficios (i.e. universalización) antes de 2001. Así mismo, aunque el sistema nació con dos planes de beneficios diferentes, estos deberían unificarse de manera gradual. Por último, en su concepción inicial y en su diseño financiero, el SGSSS no incluía la financiación de prestaciones por fuera de los Planes Obligatorios de Salud. La razón para ello es que dichos planes de beneficios se definieron para todas las patologías, de acuerdo con la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema. La ley previó que el valor de la prima que se reconocería por cada afiliado (UPC), se determinaría de acuerdo con estos factores y en función de costos de prestación de servicios en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.

Los supuestos que se utilizaron al momento de diseñar estas metas, en particular en términos de crecimiento económico, generación de empleo y formalidad, no se cumplieron por lo cual el sistema no logró los objetivos de la transición relacionados con la universalización y la unificación de los planes de beneficios. Con la expedición de las leyes 1122 y 1151 de 2007, el gobierno adoptó medidas para avanzar de manera gradual pero acelerada hacia la universalización, cuyo costo y financiación está contemplado en las proyecciones del marco fiscal de mediano plazo. En 2008, la Corte Constitucional mediante la sentencia T-760 ordenó al Estado avanzar de manera progresiva en la unificación de los planes de beneficios y presentar un cronograma para tal fin. Adicionalmente, determinó que para los niños y niñas la unificación debía darse de manera inmediata. Esto exige nuevos recursos para el sistema y genera un costo fiscal adicional significativo. Si bien la unificación para niños y niñas tuvo lugar entre finales de 2009 y principios de 2010, los recursos para sustentarla en el mediano plazo, así como los necesarios para culminar este proceso están siendo objeto de definición. Una parte importante se obtendrá a través de los mecanismos contemplados en la Ley 1393, promulgada recientemente con este fin.

La sostenibilidad del SGSSS ha venido sufriendo un deterioro significativo que se evidenció de manera fuerte desde 2009. En particular, el estado financiero del sistema se ha debilitado por el crecimiento acelerado en la

demanda de prestaciones por fuera de los planes obligatorios de beneficios (No POS) en los dos regímenes. A pesar de que en el diseño inicial no estaba contemplado que estas prestaciones se cubrieran con recursos del sistema, en la práctica esto sucede, y el ritmo al cual ha crecido la demanda No POS ha tenido repercusiones negativas sobre las finanzas de ambos regímenes. El fuerte incremento en la demanda por servicios No POS ha sido el resultado de una alineación de incentivos provenientes de las reglas de operación del sistema, fallos judiciales y actuaciones de productores y proveedores de medicamentos y de médicos, que se han reflejado en muchos casos en abusos contra el sistema.

Desde 1997, como consecuencia de la Sentencia SU-480 de la Corte Constitucional, y dando respuesta a sentencias judiciales en sede de tutela, el sistema comenzó a cubrir medicamentos no incluidos en los planes de beneficios, sobre todo a través del Régimen Contributivo. En la actualidad las prestaciones No POS son autorizadas por los Comités Técnicos Científicos (CTC) adscritos a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o por decisiones de tutela. En 2008, la sentencia C-463 de la Corte Constitucional amplió el alcance de las decisiones de los Comités Técnicos Científicos, al incluir servicios médicos (Inicialmente sólo cubría medicamentos) y además extendió el mecanismo al Régimen Subsidiado. A partir de este momento, los recobros del No POS del régimen contributivo se vienen financiando con los excedentes de la Subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), mientras que los recobros del No POS del régimen subsidiado se han atendido con recursos de las entidades territoriales, es decir, con parte de las rentas cedidas y los recursos que recibe cada entidad del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente no cubierto por subsidios a la demanda.

Esta fuerte demanda por servicios No POS y sus efectos financieros sobre el Sistema han puesto en evidencia problemas de evasión y elusión en el régimen contributivo, así como la lentitud en el flujo de recursos, especialmente en el régimen subsidiado. En el régimen subsidiado se han identificado dificultades en el proceso de transferencia de recursos, asignación de subsidios a ciudadanos, contratación con las EPS y engorrosos procesos de gestión financiera asociados en muchos casos con debilidades institucionales y baja capacidad para el manejo de procesos y recursos en algunas entidades territoriales. Adicionalmente, un aspecto estructural que ha debilitado la sostenibilidad de largo plazo del Sistema es el crecimiento desequilibrado de la cobertura de los regímenes de salud. El mayor crecimiento en el régimen subsidiado constituye una presión financiera adicional para los usuarios del régimen contributivo, pues parte de sus cotizaciones ayudan a financiar el subsidiado.

Buscando la estabilización financiera y con el objetivo primordial de garantizar el derecho a la salud de los colombianos, el Gobierno Nacional adoptó medidas amparadas en la declaración del Estado de Emergencia Social en diciembre de 2009. En abril 21 de 2010, la Corte Constitucional declaró inexecutable la Emergencia, perdiendo sustento las medidas adoptadas a su amparo.

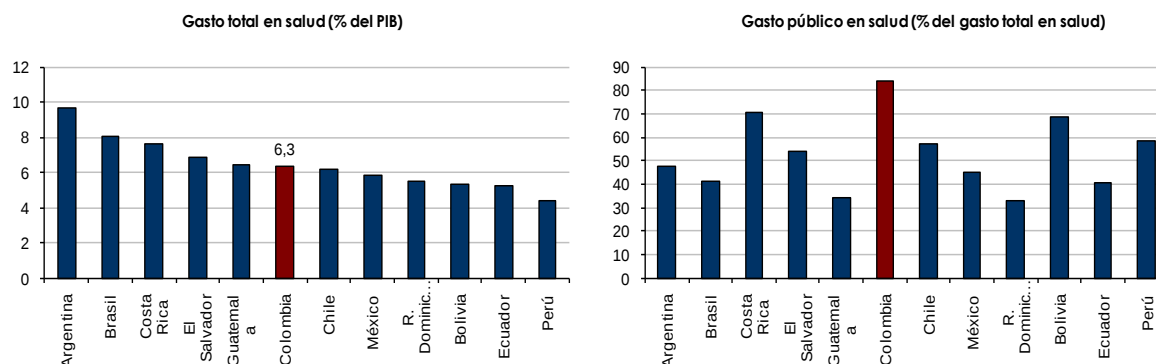
A pesar de dicha decisión, la Corte Constitucional, reconociendo los serios problemas financieros del Sistema prolongó los efectos de los impuestos introducidos por la Emergencia Social hasta diciembre 16 de 2010. La Corte señaló, mediante la Sentencia C-253 de 2010, que estos recursos se deberían destinar al Régimen Subsidiado y que el Régimen Contributivo debía autofinanciarse. En respuesta a ello, el Gobierno Nacional encabezó la iniciativa legislativa que culminó con la Ley 1393 del presente año, que hace permanentes los impuestos y aumenta los recursos para la salud de las entidades territoriales, a través de la transformación de recursos hasta ahora destinados a subsidiar la oferta y a la cobertura de la población vinculada, hacia subsidios a la demanda. Adicionalmente, contempla medidas contra la evasión, lo cual permitirá consolidar la universalización y avanzar en el proceso de unificación.

El objetivo de este documento es hacer un breve y sencillo recuento de los problemas financieros del Sistema de salud y los principales objetivos de las medidas adoptadas, primero al amparo de la Emergencia Social y ahora en la iniciativa gubernamental de reforma tributaria.

II. Algunas cifras

Colombia no gasta poco en salud (Gráfico 1). De acuerdo con cifras del Banco Mundial, Colombia gasta 6.3% del PIB anual en salud, lo cual sitúa al país en una posición intermedia en el contexto latinoamericano, por encima de Chile, México y Perú y por debajo de Argentina y Brasil. Por otra parte, cuando se desagrega el gasto total en salud, Colombia refleja una alta participación de gasto público (84.2% del total) y un bajo nivel de gasto de bolsillo.

Gráfico 1: Gasto en salud

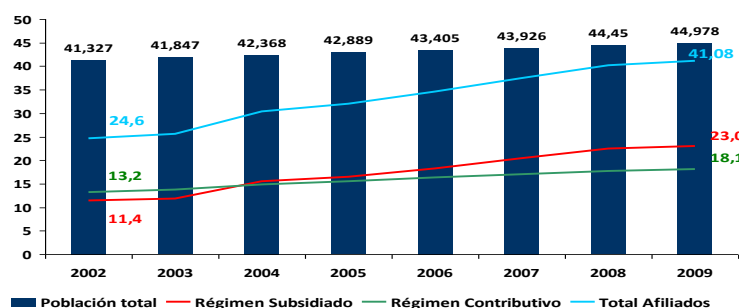


*promedio 2003-2007

Fuente: Banco Mundial-WDI

Los recursos destinados a salud, especialmente los recursos públicos, han permitido resultados importantes en materia de cobertura, especialmente de la población más pobre y vulnerable (Gráfico 2). Mientras la población colombiana pasó de 41.3 millones en 2002 a 44.9 millones en 2009, la cobertura total en salud aumentó de 24.6 millones a 41.1 millones en el mismo lapso, superando en porcentaje el 90% de la población total. El incremento en la cobertura se refleja especialmente en el régimen subsidiado, donde el número de afiliados se ha más que duplicado, de 11.4 millones de colombianos a 23 millones entre 2002 y 2009.

Gráfico 2: Cobertura (miles de personas)



Fuente: Ministerio de la Protección Social y cálculos Ministerio de Hacienda y Crédito Público

En el régimen contributivo también ha aumentado la cobertura; los afiliados pasaron de 13.2 millones a 18.1 millones en el período analizado. Este menor crecimiento se explica por un ritmo de creación de empleo inferior al esperado en el momento de la promulgación de la Ley 100 de 1993, y por altos niveles de

informalidad, a su vez asociados parcialmente con el comportamiento del crecimiento económico, también inferior al supuesto en el diseño del sistema.

III. Un esquema simplificado del sistema y su financiación

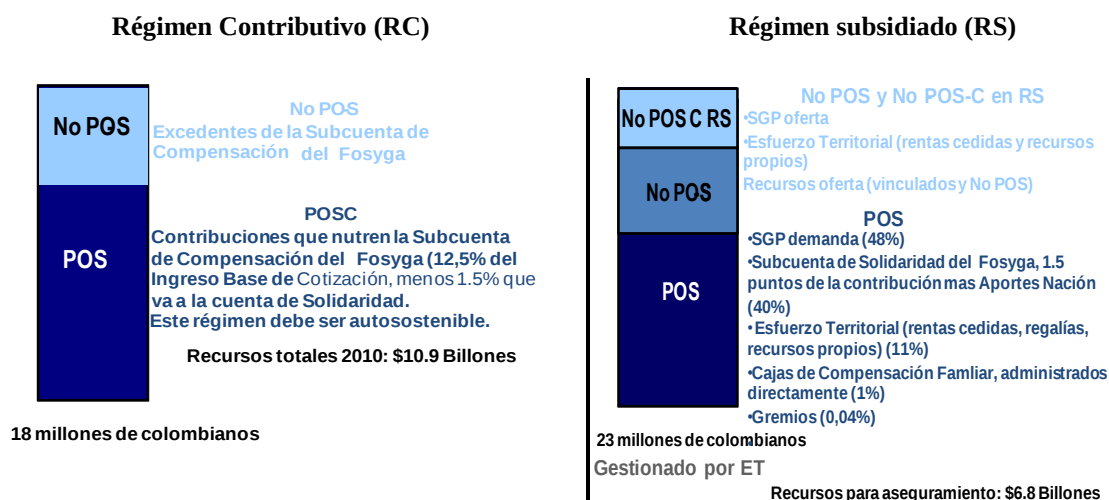
Con el propósito de entender los principales aspectos y la problemática de financiación del Sistema de salud colombiano, a continuación se presenta un esquema simplificado de los dos regímenes que lo componen.

El área oscura del panel izquierdo del diagrama presentado en el Gráfico 3 corresponde a las prestaciones incluidas en el POS del Régimen Contributivo (POS-C). Éstas se financian con las contribuciones de los trabajadores y empleadores del sector formal que se consignan en la Subcuenta de Compensación del Fosyga, que recibe los ingresos de cotización por parte de las EPS y con estos recursos paga a las mismas EPS las primas de aseguramiento de los servicios de salud contemplados en el POS-C (UPC). Por lo general, en esta operación se generan excedentes financieros. En principio estos excedentes deben garantizar la sostenibilidad del aseguramiento en el Régimen Contributivo frente a eventuales caídas de los ingresos, pero desde 1997, como se comentó anteriormente, se han orientado a financiar las prestaciones No POS-C (área clara del panel izquierdo).

Para el año 2009, los ingresos de la subcuenta de compensación del Fosyga ascendieron a cerca de \$10.7 billones, una vez descontados los 1.5 puntos de las cotizaciones del sector formal que deben orientarse al Régimen Subsidiado a través de la Subcuenta de Solidaridad. De estos ingresos, en 2009 se destinaron \$1.8 billones (17%) a la financiación de eventos No POS en el Régimen Contributivo. Para 2010 se han presupuestado ingresos por \$10.9 billones.

Por su parte, el área oscura del panel derecho representa las prestaciones incluidas en el POS del régimen subsidiado (POS-S). El área intermedia representa las prestaciones no incluidas en dicho POS pero que sí están incluidas en el del régimen contributivo. Esta área de color intermedio es importante pues comprende lo que será objeto de unificación de acuerdo con la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional. A medida que avance la unificación, dicha área se irá volviendo oscura. Por último, el área clara corresponde al No POS-C del régimen subsidiado. Es decir, se trata de prestaciones que se demandan por parte de los afiliados del régimen subsidiado que no están incluidas en el POS de este régimen y que tampoco están incluidas en el POS del régimen contributivo.

Gráfico 3: Esquema de Regímenes de salud



Los recursos que se destinaron a la financiación del Régimen Subsidiado en 2009 ascendieron a cerca de \$6.3 billones. Para 2010, este monto estará alrededor de \$6.8 billones. Estos provienen en un 48% del Sistema General de Participaciones en el componente orientado a cubrir subsidios a la demanda, en 40% de la porción de las cotizaciones del sector formal en el componente de solidaridad y de los respectivos aportes de la Nación y aproximadamente 11% proviene del esfuerzo territorial (parte de las rentas cedidas, regalías y recursos propios). El resto corresponde a los aportes de las Cajas de Compensación y de los gremios.

En el Régimen Subsidiado, las prestaciones No-POS y el costo de los servicios de salud prestados a los vinculados (población pobre no afiliada al Sistema), se viene financiando con el componente del Sistema General de Participaciones en el componente orientado a cubrir subsidios a la oferta y con esfuerzo propio de las entidades territoriales (parte de rentas cedidas, regalías y recursos propios).

IV. Principales problemas del Sistema: una visión desde el punto de vista del financiamiento

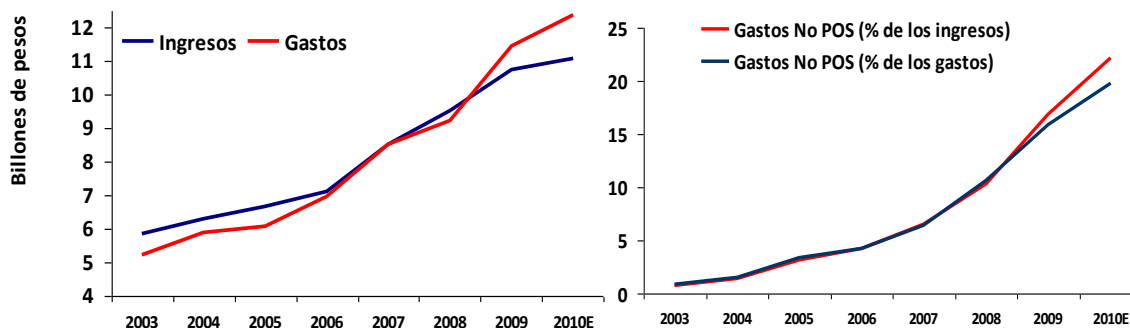
Régimen Contributivo

El desequilibrio financiero en el Régimen Contributivo está asociado con tres problemas principalmente: i) el abrupto crecimiento de la demanda de prestaciones No POS desde mediados de 2008, ii) la evasión y la elusión, y iii) el moderado crecimiento de los ingresos del sistema asociado con la baja dinámica en materia de generación de empleo y de reducción de la tasa de informalidad.

- **Abrupto crecimiento de la demanda por prestaciones No POS**

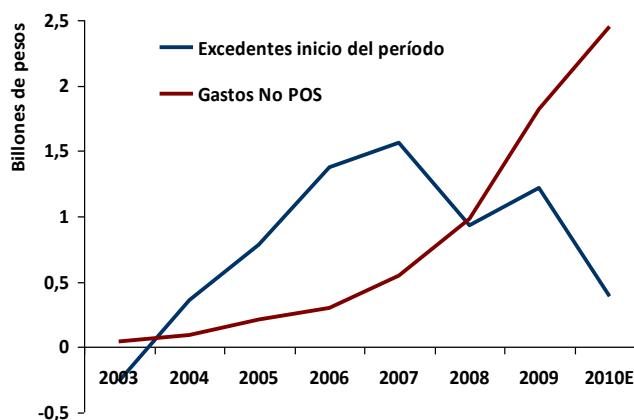
Como puede observarse, hasta mediados de 2008 los gastos de la Subcuenta de Compensación del Fosyga evolucionaron por debajo de los ingresos (una vez descontados los 1.5 puntos que deben transferirse a la subcuenta de solidaridad) (Gráfico 4). Pero desde entonces se observa el comportamiento opuesto. De esta manera, si bien hasta 2008 el resultado corriente fue superavitario, en 2009 la subcuenta arrojó un déficit corriente cercano a los \$711 mil millones. Este déficit, que a medida que avanzaba el segundo semestre del año se fue haciendo evidente, constituyó uno de los hechos que motivó la declaratoria de la Emergencia Social.

Este resultado negativo obedece principalmente al desbordado crecimiento de la demanda de prestaciones No POS. En 2003 el gasto No POS representaba 0.9% de los ingresos y los gastos de la subcuenta. Hasta 2008 estos porcentajes crecieron gradualmente pero se mantuvieron por debajo de 10% en los dos casos. Para el año 2009, el gasto No POS llegó a representar cerca de 17% de los ingresos totales y 16% de los gastos. De continuar la tendencia que traía el No POS desde finales de 2008, en 2010 el gasto No POS podría representar más de 22% de los ingresos y cerca de 20% del gasto total de esta subcuenta. Este comportamiento agotaría los excedentes acumulados y los que se espera generar en esta vigencia, una vez cubiertos los pagos de la UPC del Régimen Contributivo. Como se señala más adelante, se ha hecho necesario adoptar medidas para financiar el déficit que se generará en el segundo semestre del año.

Gráfico 4: Cuenta de Compensación del Fosyga

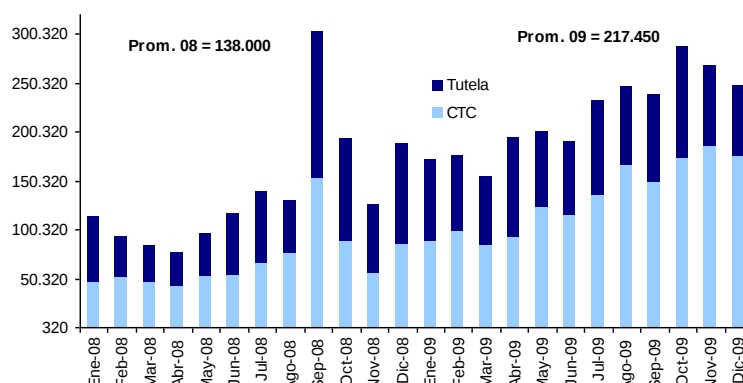
Fuente: Fosyga y Ministerio de la Protección Social.

De esta manera, si bien se han venido generando excedentes en la Subcuenta de Compensación del Fosyga, estos vienen reduciéndose de manera sustancial en el último año y medio (Gráfico 5). Los excedentes en 2009 cerraron el año en \$392 mil millones, mientras entre 2005 y 2008 estos promediaron más de \$1 billón de pesos. De continuar la tendencia de la demanda por prestaciones No POS en 2010, los excedentes del Fosyga serían insuficientes para financiar estas prestaciones.

Gráfico 5: Resultados de la Subcuenta de Compensación

Fuente: Fosyga y Ministerio de la Protección Social

Es importante señalar que desde el segundo semestre de 2008 el número de recobros NO POS comenzó a incrementarse de manera acelerada, especialmente los autorizados por CTC, en parte como producto de la jurisprudencia de la Corte Constitucional que buscaba disminuir el acceso a dichas prestaciones mediante el mecanismo de tutela (Gráfico 6). En efecto, en 2008 se presentaron 138 mil recobros mensuales en promedio, mientras que en 2009 esta cifra se incrementó en 57%, llegando a 217 mil recobros al mes. Este incremento fue especialmente significativo en los recobros por CTC, que pasaron de un promedio de 68 mil por mes a 132 mil, con un incremento de 94%. En el caso de recobros por tutela, la cifra pasó de un promedio de 74 mil al mes a 85 mil, con un aumento de 21%.

Gráfico 6: Número de recobros

Fuente: Fosyga y Ministerio de la Protección Social

Resulta interesante anotar también que del total del gasto reconocido y pagado por recobros No POS por parte de la Cuenta de Compensación del Fosyga en 2009, el 87% de este valor correspondió a medicamentos, 8% a procedimientos y 5% a insumos.

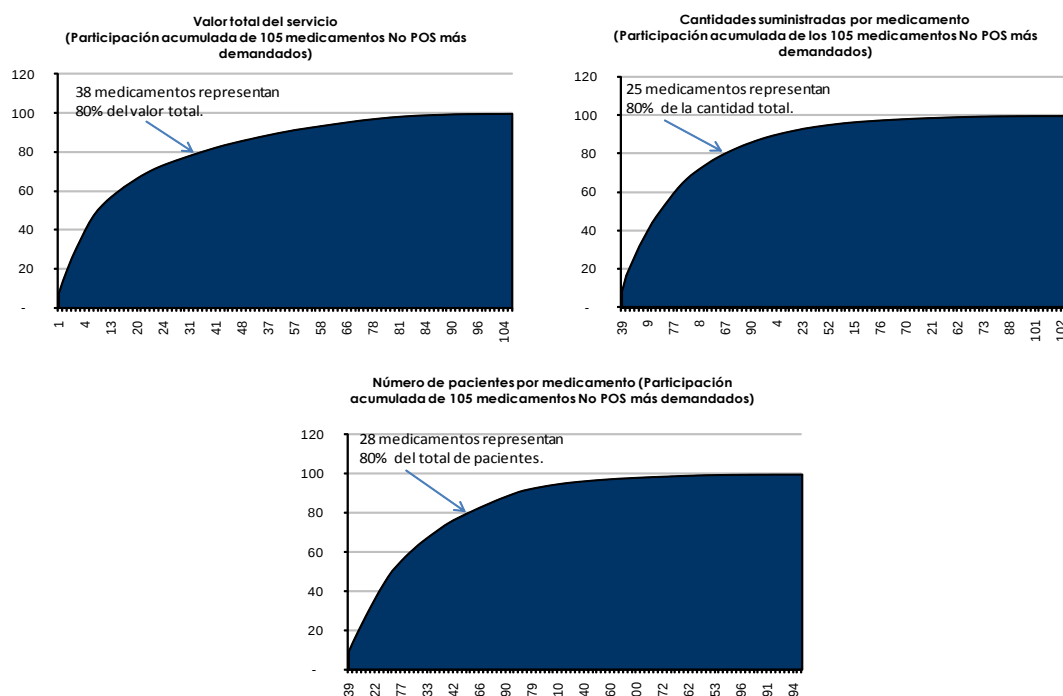
Una caracterización más detallada del gasto No POS también ilustra el comportamiento desbordado en la demanda de este tipo de prestaciones. Con este fin se utiliza la información para 105 medicamentos No POS frecuentemente demandados y recobrados al Fosyga por parte de un conjunto de 13 EPS. Esta muestra fue facilitada por Acemi, gremio que agrupa a las EPS del Régimen Contributivo. El valor total de los recobros presentado por este conjunto de EPS en 2009 ascendió a \$1.57 billones mientras el total de recobros presentados al Fosyga por la totalidad de entidades se acercó a los \$2 billones, lo que sugiere que la muestra es representativa. Dentro del total de recobros No POS presentados por esta muestra de EPS (\$1.57 billones), el costo de los medicamentos ascendió a \$962 mil millones, 60% de los recobros totales, porcentaje inferior al señalado anteriormente.

Tanto en valor total, cantidades demandadas y número de pacientes beneficiados (afiliados únicos), existe una alta concentración en los primeros 25-38 medicamentos de los 105 analizados (Gráfico 7). En términos de valor total del servicio, sólo 38 medicamentos representan el 80% del total recobrado. En el caso de la cantidad suministrada, 25 medicamentos representan este porcentaje, y en el caso del número de pacientes, dicho porcentaje lo representan 28 medicamentos. Por último, 15 medicamentos están incluidos simultáneamente en el grupo de 38, 25 y 28 medicamentos más demandados por valor, cantidad suministrada y número de pacientes beneficiados.

Para el año 2009, el gasto promedio per cápita No POS es cercano a los 31 millones de pesos. Sin embargo, se observa una dispersión alta en este gasto cuando se hace el análisis desagregado (Cuadro 1). Sólo en 38 de los 105 medicamentos, el gasto per cápita es inferior a los \$5 millones. Para 53 de los 105 medicamentos, el gasto per cápita está entre \$5 y \$50 millones de pesos. El gasto per cápita resulta elevado al compararlo con el monto de la prima anual por afiliado en el régimen contributivo (UPC), que ascendió a \$510.970 pesos en 2009².

² Si bien el Consejo Nacional de Seguridad Social fijó, mediante Acuerdo 003 de diciembre 29 de 2008, una UPC de \$467.078 para 2009, el gasto real por persona ascendió a \$510.970, lo que se desprende del Acuerdo 009 de la Comisión de Regulación en Salud, donde señalan que el gasto generado en la subcuenta de Compensación del Fosyga fue superior en 9.3971% a la UPC promedio vigente para 2009 (diferencia conceptual entre este gasto y UPC).

Gráfico 7:



El eje horizontal corresponde a los 105 medicamentos a los cuales se les ha asignado un número.

Fuente: Cálculos con base en muestra de ACEMI

Cuadro 1: Gasto percápita por medicamento

Rango de gasto per cápita	Número de medicamentos
Más de \$500 millones por paciente	1
Entre \$200 y menos de \$500 millones por paciente	2
Entre \$100 y menos de \$200 millones por paciente	2
Entre \$50 y menos de \$100 millones por paciente	9
Entre \$40 y menos de \$50 millones por paciente	7
Entre \$30 y menos de \$40 millones por paciente	9
Entre \$20 y menos de \$30 millones por paciente	11
Entre \$15 y menos de \$20 millones por paciente	12
Entre \$10 y menos de \$15 millones por paciente	2
Entre \$5 y menos de \$10 millones por paciente	12
Entre \$1 y menos de \$5 millones por paciente	20
Menos de \$1 millon por paciente	18
Total	105

Fuente: Cálculos con base de datos de ACEMI

La base de datos también permite hacer comparaciones de los recobros para estos 105 medicamentos entre 2008 y 2009 (Gráfico 8). En general, se observa un elevado crecimiento en todas las variables (valor recobrado, cantidad suministrada, pacientes atendidos, gasto per cápita y costo por unidad suministrada). Antes de presentar algunos resultados desagregados, resulta importante mencionar que en promedio, el valor total recobrado de estos 105 medicamentos creció entre 2008 y 2009 a una tasa de 229%, las cantidades

suministradas, 200%, el número de pacientes, 96%, el gasto per cápita, 90%, y el costo por unidad suministrada, 17%. La información desagregada por medicamento, muestra un comportamiento similar. Estas cifras revelan varios hechos altamente preocupantes: incrementos inusitados en cantidades (por aumento en número de pacientes, pero también en la cantidad demandada promedio por cada paciente) y en los precios, esto último a pesar de que la inflación para el año 2009 cerró en 2%.

Para la totalidad de los 62 medicamentos cuyo valor recobrado en 2008 fue superior a \$1.000 millones, el valor recobrado aumentó más de 35% en términos nominales entre 2008 y 2009. Para 55 medicamentos, el crecimiento en este parámetro fue mayor a 100%, para 32 medicamentos el crecimiento fue superior a 200% y para 17 medicamentos el crecimiento fue superior a 300%.

De similar manera, para la totalidad de estos 62 medicamentos cuyo valor recobrado al Fosyga fue mayor a \$1.000 millones, las cantidades suministradas crecieron más de 65% entre 2008 y 2009. Para 57 medicamentos, este crecimiento fue superior a 100%, para 27 medicamentos fue superior a 200% y para 7 medicamentos el crecimiento superó 300%. Este incremento se puede explicar o bien porque aumenta el número de pacientes demandantes de un medicamento o bien porque cada paciente demandó más cantidad de producto. Lo que se expone a continuación muestra que los dos fenómenos explican el incremento en las cantidades demandadas.

De nuevo, tomando la muestra de los 62 medicamentos, en todos los casos el número de pacientes se incrementó más de 35% entre 2008 y 2009. En 54 casos los pacientes aumentaron más de 50%, para 17 medicamentos el aumento estuvo por encima de 100% y para 4 medicamentos el incremento fue superior a 150%.

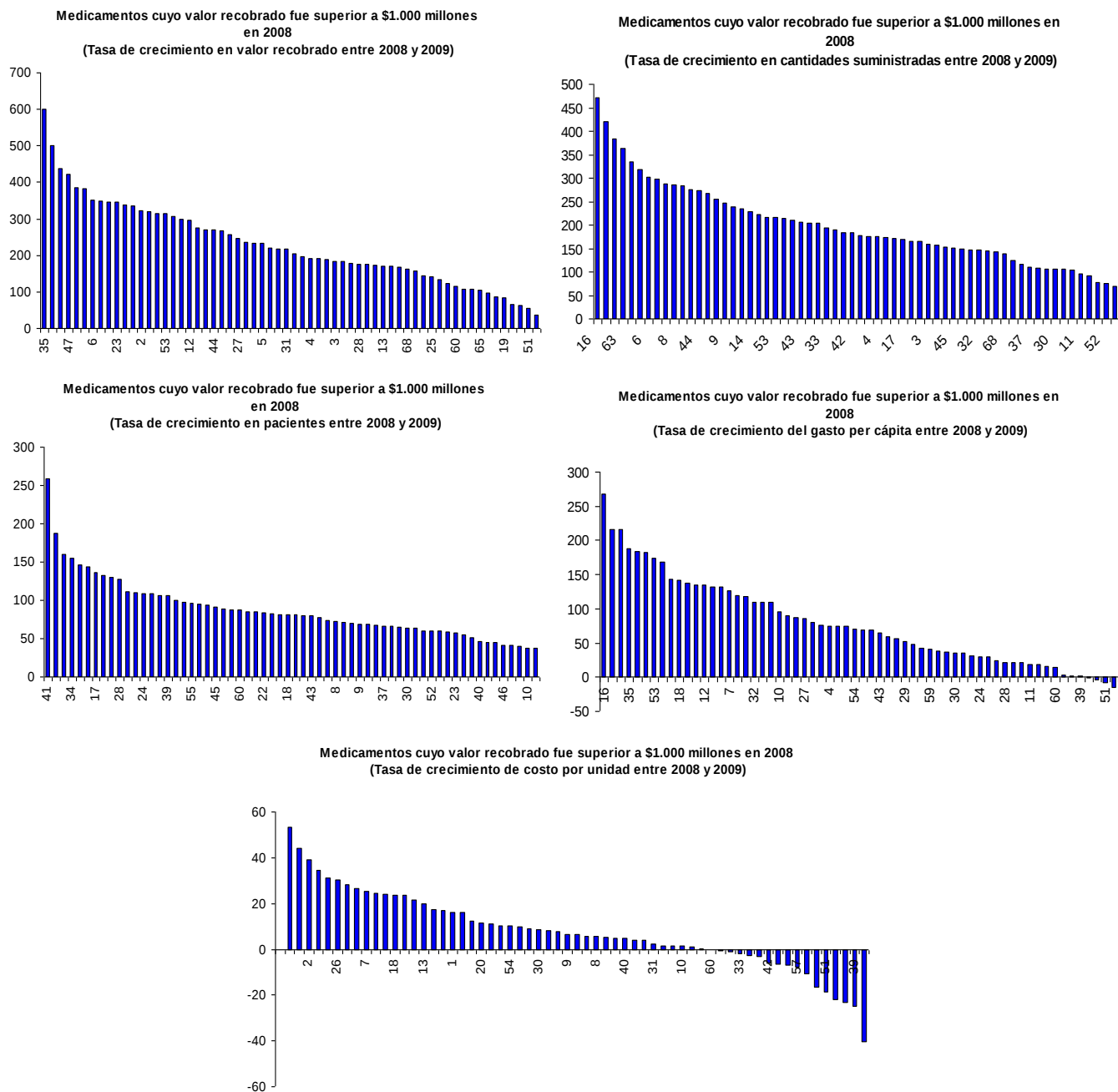
Cuando la variable analizada es el gasto per-cápita se encuentra que 58 medicamentos tuvieron variación positiva. Para 54 medicamentos la variación fue superior a 15%, para 37 medicamentos el aumento fue mayor a 50% y en 21 casos más de 100%.

Por último, en términos de la variación del costo por unidad, se tiene que para 44 medicamentos hubo una variación positiva en esta variable entre 2008 y 2009. Para 39 de estos medicamentos el incremento fue mayor a 2.5%, en 25 casos el precio aumentó más de 10%, en 14 casos más del 20% y para 6 medicamentos el incremento fue mayor a 30%. Debe tenerse en cuenta nuevamente que la inflación cerró en 2% en 2009.

Por último, para terminar esta breve caracterización de la demanda por prestaciones No POS, resulta importante mencionar que algunos de ellos no siempre corresponden a medicamentos que son absolutamente necesarios para garantizar la vida. En efecto, si bien puede haber eventos en los que el medicamento es absolutamente necesario, se encuentran casos como el de la Somatropina³, medicamento aplicado para acelerar el crecimiento de los niños (hormona de crecimiento), que presentó un aumento abrupto en su demanda (Gráfico 9). Entre 2008 y 2009 el valor recobrado por concepto de Somatropina creció 233%. Las cantidades suministradas, el número de pacientes, el gasto per cápita y el costo por unidad aumentaron 184,2%, 59,2%, 109,5% y 17,4%, respectivamente. Por otra parte, este medicamento debería en principio estarse suministrando a niños. Sin embargo, la información de los recobros en 2008 y 2009 muestra que cerca del 20% de los pacientes que reciben este medicamento son personas mayores de 19 años.

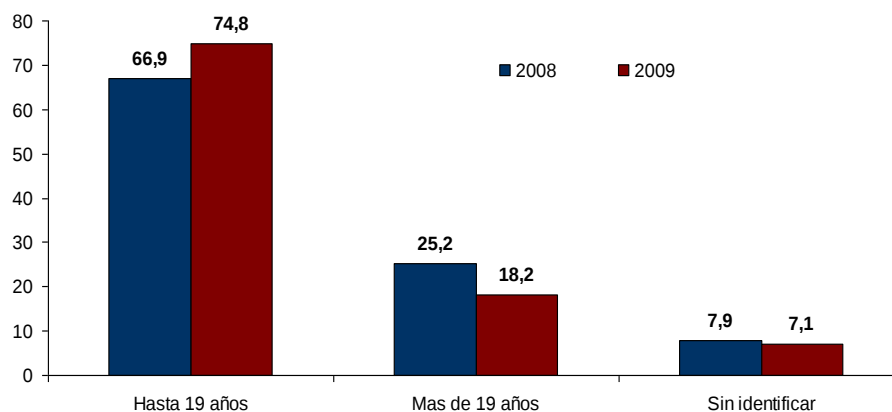
³ La *Somatropina* está indicada para el tratamiento de padecimientos por deficiencia de secreción de la hormona de crecimiento, enanismo hipofisario y en niños de talla baja por el síndrome de Turner. La Somatropina estimula el crecimiento de los huesos largos e incrementa el número y tamaño de las células musculares en niños con deficiencia en hormona del crecimiento. En los adultos, incrementa la masa muscular y aumenta la sensación de bienestar.

Gráfico 8: Detalle de recobros por medicamento (muestra ACEMI)



El eje horizontal corresponde a los 105 medicamentos a los cuales se les ha asignado un número.
Fuente: Cálculos con base en muestra de ACEMI

**Gráfico 9: Valor recobrado Somatropina por grupo etáreo
(Participación %)**



Fuente: Cálculos con base en información ACEMI

• Evasión y elusión

Otro de los aspectos que ha tenido influencia en el desequilibrio financiero del sistema es la evasión y la elusión en el régimen contributivo. Algunas cifras obtenidas del cruce de diferentes bases de datos resultan ilustrativas:

- ✓ En 2008, 22.119 declarantes de renta se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado. De estos, el 25% reportó ingresos anuales mayores a \$92 millones y 14% declaró patrimonios líquidos superiores a \$230 millones. En 2009, 57.642 cotizantes a pensiones y 96.964 cotizantes a Riesgos Profesionales no cotizaban al régimen Contributivo
- ✓ En 2008, se realizó un cruce de datos entre los trabajadores independientes aportantes a la Seguridad Social y los declarantes de renta, detectándose que en cerca de 166.000 casos se presenta una diferencia entre los ingresos base para aportar a la seguridad social reportados por las EPS y los ingresos reportados a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) que serían base para la seguridad social. Este análisis sugiere que aparentemente no se han tenido en cuenta ingresos por valor de \$1.6 billones, que habrían representado mayores recaudos por \$459 mil millones para el Sistema.

Si se suma el monto que se orienta a subsidiar a personas con capacidad de pago y los recursos que presuntamente estos independientes han dejado de pagar, el Sistema deja de percibir cerca de \$661 mil millones. Con estos recursos se podrían cubrir 2,7 millones de cupos nuevos en afiliaciones a salud en el Régimen Subsidiado.

• Dinámica de los ingresos del Régimen Contributivo

La creación de empleo y la tasa de formalidad tienen por definición efecto sobre el comportamiento de los ingresos del régimen contributivo. Si bien el Régimen genera superávit en la medida en que recibe nuevos afiliados, vale la pena indicar que el mayor impacto fiscal del proceso de afiliaciones lo constituyen los correspondientes retiros de beneficiarios del régimen subsidiado, cuya atención se financia con recursos

públicos. Adicionalmente, el crecimiento del régimen contributivo y la reducción de beneficiarios del régimen subsidiado reducen la presión de recursos sobre el primero, toda vez que parte de la recaudación por empleados formales (1.5 puntos del 12.5% del ingreso base de cotización) se debe orientar a la cuenta de solidaridad del Fosyga.

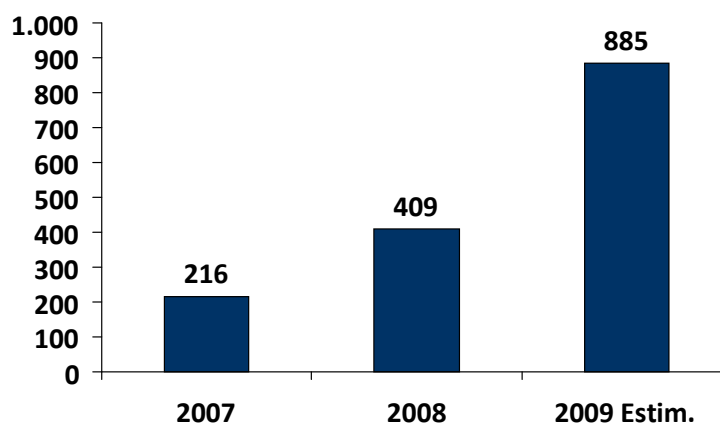
Régimen Subsidiado

Recientemente se han evidenciado problemas financieros en el régimen subsidiado. En este caso, como las principales razones que explican este deterioro se identifican: i) un elevado incremento en la demanda por prestaciones no POS y ii) un deterioro en el flujo de recursos, lo cual obedece a factores como la dispersión en las fuentes de financiación, las numerosas entidades que componen la cadena, las debilidades institucionales y en algunos casos, la baja capacidad de gestión y administrativa en algunas entidades territoriales.

- **Incremento en la demanda por prestaciones No POS**

El déficit en la prestación de servicios de salud en los departamentos y distritos evidencia el incremento en la demanda por prestaciones No POS (siendo los departamentos y distritos las entidades frente a las que se realizan dichos recobros). De acuerdo con lo reportado por estas entidades territoriales al momento de declarar la Emergencia Social, el déficit en servicios No POS (recobros no pagados) pasó de \$216 mil millones en 2007 a \$409 mil millones en 2008 y \$885 mil millones para 2009, mostrando incrementos nominales superiores a 100% en los dos últimos años (Gráfico 10).

Gráfico 10: Valor del déficit reportado por Departamentos y Distritos por concepto de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, al momento de declarar la Emergencia Social
(Miles de millones de pesos)



Fuente: Ministerio de la Protección Social

- **Lentitud en el flujo de recursos**

De acuerdo con información reportada por Gestarsalud, entidad que agremia a algunas de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, al momento de declarar la Emergencia Social, las cuentas por cobrar de sus entidades asociadas a las entidades territoriales por servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud ascendía a \$3,726 millones en marzo de 2009 y en septiembre del mismo año dichas cuentas alcanzaron un monto de \$37.226 millones, lo cual representa un incremento de 899% en esos seis meses.

V. Los objetivos y aspectos generales de las medidas adoptadas al amparo de la Emergencia Social

El rápido deterioro financiero y el consecuente riesgo de parálisis en la prestación de los servicios de salud, lo cual podría afectar el derecho a la salud, así como el objetivo de proteger los recursos y la cobertura lograda por el sistema en sus años de operación, llevó al Gobierno Nacional a decretar la Emergencia Social mediante el Decreto 4975 de 2009, y a su amparo, adoptar diversas medidas para conjurar el deterioro financiero del sistema y atacar sus principales causas.

Los objetivos principales de la Emergencia fueron:

- i) Proveer recursos al sistema a través de impuestos y recursos provenientes de las actividades de juegos de suerte y azar, y también mediante acciones para el control de la evasión y la elusión, el fortalecimiento de la labor de inspección, vigilancia y control, y acciones para prevenir aumentos desbordados en los precios de los medicamentos (Decretos 126/10, 127/10, 129/10 y 130/10).
- ii) Racionalizar la demanda por prestaciones No POS por encima del régimen contributivo, tanto del régimen contributivo como subsidiado (área más clara de las dos columnas del Diagrama 1), con la creación del Fonpres, un fondo administrado a nivel central, alimentado con recursos provenientes de los impuestos nacionales (aumento de la tarifa del IVA a la cerveza y juegos de azar) pero con principios y reglas claras para la autorización de estas prestaciones y su financiación por parte del sistema (Decreto 128/10).
- iii) Liberar recursos atrapados en el sistema para permitir la reducción de las deudas acumuladas (Decretos 4976/09, 073/10 y 075/10).
- iv) Agilizar el flujo de recursos al interior del sistema, especialmente del subsidiado (Decreto 074/10, 075/10 y 133/10).
- v) Proveer un marco regulatorio más consistente con la práctica médica (Decreto 131/10).
- vi) Concretar la universalización del servicio de manera rápida a los cerca de cuatro millones de colombianos que permanecen sin aseguramiento y facultar un aumento en los porcentajes de transformación de recursos de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda como mecanismo previamente acordado con las entidades departamentales y distritales para avanzar en el proceso de unificación de los planes de beneficios (Decreto 132/10).

De esta manera, las medidas buscaban estabilizar la situación financiera del Régimen Subsidiado a través de las siguientes medidas:

- i) El gasto No POS-C del régimen subsidiado, área clara del panel derecho del Diagrama 1, estaría a cargo del Fonpres (Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud).
- ii) Se crearon nuevos ingresos tributarios para aliviar temporalmente la carga financiera del No POS-S (área de color intermedio del panel derecho del Diagrama 1), mientras se avanzaba en la unificación.
- iii) Se adoptaron medidas para asegurar de manera inmediata a la población de bajos ingresos no afiliada al régimen subsidiado, reduciendo de esta manera el gasto en vinculados.
- iv) Se adoptaron acciones tendientes a mejorar el flujo de recursos en el sistema y otras para liberar recursos atrapados para aliviar la carga de las deudas acumuladas.

v) Mediante medidas de inspección y vigilancia y las orientadas a controlar el comportamiento de los precios de los medicamentos, se buscaba incidir en los costos del No POS que seguiría a cargo de las entidades territoriales. Adicionalmente, la posibilidad de transformación de recursos, concertada con las entidades territoriales, permitiría avanzar más rápidamente en la unificación de los planes de beneficios, lo cual también debería reflejarse paulatinamente en menor gasto No POS-S (Gráfico 3).

En el Régimen Contributivo, se propuso la creación del Fonpres para atender el gasto No POS-C con recursos tributarios y con reglas claras para su autorización y financiación, teniendo en cuenta lo señalado en la Sentencia T- 760 de 2008 de la Corte Constitucional en cuanto a la capacidad económica de las personas para asumir el costo de ciertos servicios médicos y la procedencia de los servicios a partir de lo prescrito por el médico tratante y conceptos de especialistas en el campo en cuestión, entre otros. Con ello se buscaba proteger los recursos de la Subcuenta de Compensación del Fosyga que deben primordialmente garantizar el aseguramiento de los afiliados al Régimen Contributivo. La lucha contra la evasión y la elusión permitirían robustecer los ingresos del régimen contributivo y también del subsidiado, dado el componente de solidaridad.

El análisis llevado a cabo por la Corte Constitucional la llevó a declarar inexecutable el decreto de Emergencia (Decreto 4975 de 2009) y con ello perdieron piso constitucional las medidas adoptadas a su amparo. No obstante, la Corte, reconociendo la existencia de un grave desequilibrio financiero en el sistema, dejó vigentes los impuestos hasta diciembre 16 de 2010. Sin embargo, la decisión de la Corte también le cambió el destino a los recursos de los impuestos. En el Decreto 127 de 2010, el destino de los impuestos nacionales (provenientes del aumento de la tarifa del IVA a las cervezas y los juegos de azar) era la alimentación del fondo que se encargaría de la administración de las prestaciones no incluidas en el POS-C (tanto del régimen contributivo como subsidiado). Con la decisión de la Corte, estos recursos deberían destinarse a la financiación del régimen subsidiado.

VI. Objetivos y aspectos generales de la Ley para el fortalecimiento de los recursos para la salud

En respuesta a la decisión de la Corte Constitucional, el Gobierno Nacional presentó al Congreso de la República la iniciativa que se consolidó en la Ley 1393 del presente año, orientada a fortalecer los recursos del sistema de salud, teniendo en cuenta las consideraciones del alto tribunal en materia de destinación de los recursos. Así mismo, se modificaron algunos aspectos específicos con respecto a los decretos de Emergencia.

Los tres elementos principales de la Ley son, en primer lugar, asegurar nuevos recursos para la salud, volviendo permanentes los impuestos vigentes hasta diciembre 16 de 2010, y mediante la promoción de actividades de juegos de suerte y azar. En segundo lugar, adoptar medidas contra la evasión y la elusión en el régimen contributivo, lo cual no sólo permitirá obtener más recursos a la cuenta de compensación sino también al régimen subsidiado mediante el componente de solidaridad. En tercer lugar, facultar un mayor porcentaje de transformación de recursos de subsidios de oferta a subsidios de demanda, con el fin de poder avanzar de manera gradual pero rápida en el proceso de unificación. Adicionalmente, la Ley establece un plazo para la definición e implementación de los planes de unificación.

La nueva Ley permite que a partir de 2011 puedan utilizarse los excedentes financieros de la Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) para el financiamiento de la atención de la población en lo no cubierto por subsidios a la demanda y de la población pobre no asegurada de la respectiva entidad territorial, de acuerdo con los criterios y condiciones que defina el Gobierno Nacional. En todo caso, estos recursos sólo podrán utilizarse una vez se hayan aplicado la totalidad de los recursos que las entidades territoriales deben destinar por Ley para estos fines. Así mismo, la Ley permite la celebración por una sola vez, en 2010, de una operación interfondos entre la subcuentas ECAT y de Compensación del Fosyga, para cubrir el faltante de financiación del No POS del régimen contributivo en 2010. Este préstamo será cancelado en un plazo de 10 años.

- **La racionalidad de los impuestos**

Como se mencionó anteriormente, las modificaciones tributarias dispuestas en la Ley 1393 siguen la misma racionalidad de la Emergencia Social. No obstante, frente a lo establecido en la Emergencia, se introdujeron algunos cambios puntuales.

Lo primero que debe tenerse en cuenta es que al momento de diseñar los cambios impositivos a finales de 2009 y comienzos de 2010, el Gobierno se enfrentaba a dos alternativas, o bien gravar transversalmente a toda la economía a través de una modificación, por ejemplo, de la tarifa general del IVA, o gravar a sectores específicos que por Constitución deben destinar recursos al sector de la salud. El análisis del Gobierno lo llevó a adoptar la segunda alternativa, la cual recibió el aval de la Corte Constitucional al dejar vigentes los impuestos de manera temporal, mientras el Gobierno daba una respuesta a su decisión por la vía del Congreso.

Así mismo, el Gobierno podía o bien hacer modificaciones a impuestos nacionales, específicamente el IVA, que serían recaudados por el Gobierno Nacional, o modificar tributos territoriales, concretamente el impuesto al consumo, o una combinación de ambas alternativas. El Gobierno decidió escoger una combinación de dichas opciones: los tributos nacionales se orientarían a alimentar el Fonpres (para cubrir el No POS-C racionalizado del régimen contributivo y subsidiado, área clara de las dos columnas del Diagrama 1) y los territoriales para financiar parcialmente el No POS-S mientras se avanzaba en el proceso de unificación.

La Ley 1393 guarda la misma racionalidad en cuanto a los dos aspectos mencionados anteriormente. Se producen, sin embargo, cambios puntuales frente a lo establecido en el Decreto 127 de 2010. El principal cambio tiene que ver con la destinación de los recursos. La nueva Ley recoge el lineamiento contemplado en la decisión de la Corte Constitucional. En tal sentido, los ingresos generados por los tributos se destinarán a la unificación y universalización de los regímenes de salud. Sin embargo, la financiación de las prestaciones del No POS del régimen Contributivo que en la Emergencia recibían recursos provenientes de las modificaciones al IVA, puede generar un elevado faltante en la Cuenta de Compensación. Mientras las medidas en materia de precios y las que se deben tomar para racionalizar la demanda por este tipo de medicamentos y servicios tienen efecto, la Ley permite la operación interfondos, por una sola vez, con la Subcuenta Ecat. Las principales modificaciones tributarias y los principales cambios introducidos frente a lo establecido en el Decreto 127 de 2010 se presentan a continuación.

a) **IVA a las cervezas y a los juegos de suerte y azar**

Con anterioridad a la Emergencia Social la tarifa del IVA a las cervezas era de 3%⁴. En el Decreto 127 de 2010, esta tarifa se aumenta a 14% en 2010 y a la tarifa general del 16% desde 2011. Se determinó que para 2010, los recursos para la salud serán equivalentes al recaudo adicional generado por el cambio impositivo y desde el 2011 el recaudo correspondiente a los 16 puntos de IVA se dirigirá a este sector. Es decir, los 3 puntos de IVA que antes se orientaban a financiar el Presupuesto General, se destinan específicamente a la salud, con lo cual el Gobierno Nacional hace un esfuerzo que tiene efecto fiscal.

Antes de declarar la Emergencia, la tarifa de IVA a los juegos de suerte y azar estaba en 5%⁵. Con la Emergencia se aumentó a la tarifa general del 16%. La Ley recientemente aprobada busca su permanencia en el tiempo. Solamente es preciso anotar que, de acuerdo con las entidades territoriales, el incremento de esta tarifa produce una reducción de la base gravable sobre la que las entidades territoriales cobran los derechos de explotación sobre apuestas permanentes o chance. Para corregir este posible efecto sobre los ingresos de las entidades territoriales, la nueva Ley contempla un mecanismo de compensación en caso de que éstas pierdan

⁴ Artículo 475 del Estatuto Tributario.

⁵ Artículo 420 del Estatuto Tributario.

recaudos. Esta compensación iría con cargo a los recaudos del IVA, poniendo en todo caso un límite de 2 puntos de los 16 para dicha compensación.

Siguiendo los lineamientos de la Corte Constitucional, en la Ley se establece que la destinación de estos nuevos ingresos tributarios generados por el aumento de la tarifa del IVA a la cerveza y a los juegos de suerte y azar se destinarán a la universalización de los servicios de salud y a la unificación de los planes de beneficios.

b) Impuesto al consumo a los cigarrillos y a los licores y aperitivos

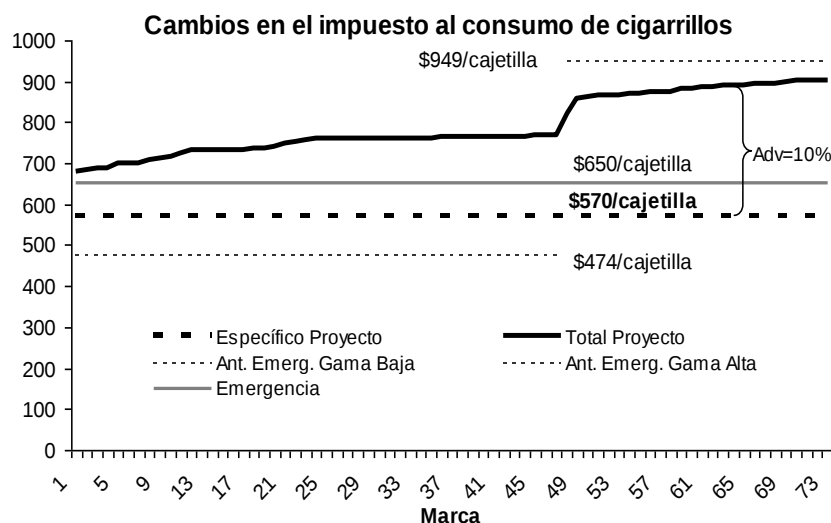
Es importante comenzar diciendo que las decisiones tomadas al amparo de la Emergencia en relación con el impuesto a los cigarrillos y los licores y aperitivos seguía a grandes rasgos la racionalidad de lo propuesto en el Proyecto de Reforma Tributaria Territorial que se discutió en 2009 en el Congreso pero que no fue aprobada.

En el caso de los cigarrillos se produjo una modificación importante entre lo establecido en la Emergencia y la Ley recientemente promulgada. Con anterioridad a la Emergencia Social la estructura tributaria para los cigarrillos presentaba una segmentación que había introducido fuertes distorsiones a la industria. Existían dos tarifas de impuesto específico para cigarrillos⁶, una de \$474 por cajetilla cuyo precio fuese inferior a \$2.000 (gama baja) y una de \$949 por cajetilla cuyo precio fuese superior a \$2.000 (gama alta). Este umbral de \$2000 pesos no tenía ningún factor de ajuste en el tiempo. Ello había generado distorsiones en la estructura de precios pues atravesar el umbral significaba pagar el doble de impuestos. En ese sentido, la industria evitaba hacer ajustes en precios, lo cual había tenido efectos importantes sobre el desempeño del sector en los últimos años.

Siguiendo la racionalidad de la propuesta de Reforma Tributaria discutida con el Congreso en 2009, la alternativa más eficiente consistía en unificar tarifas para los cigarrillos. En el proyecto mencionado, esta unificación tomaba cinco años y en este proceso el impuesto específico para la gama baja convergía gradualmente hacia la tarifa de la gama alta. Dado que de haber sido exequible la Emergencia los impuestos se mantendrían por un período de dos años, esta unificación debía hacerse en un tiempo más corto. El ingreso adicional generado por el cambio tributario iría a los fines de la Emergencia. Sin embargo, seguir la propuesta de reforma tributaria territorial significaba elevar la tarifa de la gama baja en forma abrupta. Por esta razón, en la Emergencia se fijó una tarifa de impuesto específico de \$650 por cajetilla, sin distinguir entre gama alta y baja. Ello implicaba una reducción en la tarifa del impuesto específico para los cigarrillos de gama alta.

Teniendo esto en cuenta, el Gobierno ajusta la decisión tomada en la Emergencia para el impuesto específico a los cigarrillos desde 2011. El ajuste consiste en establecer una combinación de impuesto específico y sobretasa ad-valorem. La Ley 1393 determina una tarifa específica de \$570 por cajetilla y una sobretasa ad-valorem de 10% sobre el precio certificado periódicamente por el DANE. En el gráfico siguiente se presenta el monto del impuesto que pagarían las diferentes marcas hoy presentes en el mercado (y cuyos precios son certificados por el Dane) bajo los tres escenarios: antes de la Emergencia, con Emergencia y con la Ley 1393. La gráfica sugiere que el ajuste realizado sobre lo establecido en la Emergencia corrige en buena medida el problema de disminuir significativamente el impuesto de la gama alta. Al mismo tiempo, esta fórmula no introduce distorsiones como las que existían antes de la Emergencia.

⁶ Artículo 211 de la Ley 223 de 1995, modificado por el artículo 76 de la Ley 1111 de 2006.

Gráfico 10: Cambios en el impuesto al consumo de cigarrillos

Fuente: Cálculos Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Los recursos que se generen con ocasión de la sobretasa ad-valorem sobre el consumo de cigarrillos serán destinados por los Departamentos y el Distrito Capital, en primer lugar, a la universalización en el aseguramiento, incluyendo la primera atención a los vinculados según la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional; en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. En caso de quedar excedentes, estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. El impuesto específico recaudado por las entidades territoriales será destinado a los usos que le ha asignado la ley.

Por su parte, en el caso del impuesto al consumo de licores y aperitivos, la Emergencia redujo los rangos existentes en la normatividad a dos: i) licores y aperitivos hasta 35 grados de contenido alcoholimétrico y ii) licores y aperitivos de más de 35 grados de contenido alcoholimétrico. Para estos dos rangos la Emergencia estableció tarifas de \$256 y \$386 por botella de 750 centímetros cúbicos respectivamente. En la nueva Ley, la segunda tarifa mencionada se incrementó a \$420 por botella de 750 centímetros cúbicos.

De acuerdo con la Ley 1393, los recursos adicionales generados por esta medida se orientarán en primer lugar a garantizar la universalización en el aseguramiento; en segundo lugar, a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Así mismo, en caso de quedar excedentes, estos se destinarán a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y a la población vinculada que se atienda a través de la red hospitalaria pública.

c) **Recaudo esperado**

De acuerdo con las estimaciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el recaudo esperado por las medidas propuestas se presenta en el cuadro 2. En 2010 el recaudo esperado asciende a cerca de \$514 mil millones, y a partir de 2011 este monto ascenderá a \$1.061 mil millones. Varias razones explican por qué el recaudo es más bajo en 2010. En primer lugar, las medidas no aplican todo el año, sino desde febrero. Desde 2011, la medida rige desde el inicio del año. Segundo, el IVA de los meses de noviembre y diciembre de 2010 se recaudará en enero de 2011, de acuerdo con el calendario tributario de este impuesto. Por último, además de que la tarifa de IVA para las cervezas aumenta entre 2010 y 2011 de 14% a 16%, desde el año 2011 todo lo recaudado va para la salud.

Cuadro 2: Recaudo esperado

Impuesto	Tipo de recaudo	Recaudo*	
		2010	A partir de 2011
Impuesto sobre las ventas	Nacional	339	812
A la cerveza		193	430
A los juegos de suerte y azar		146	382
Impuesto sobre el consumo	Territorial	175	249
Al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado		115	158
Al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares		60	91
Recaudo total		514	1061

* En 2010 se refiere al recaudo adicional correspondiente a los puntos porcentuales en que se incrementó la tarifa. A partir de 2011 la totalidad de recursos recaudados financiarán servicios de salud de acuerdo con lo establecido por la H. Corte Constitucional.

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

- ***Lucha contra la evasión y la elusión en el régimen contributivo***

La nueva legislación introduce varias acciones tendientes a controlar la evasión y elusión del régimen contributivo. Las medidas buscan mayor equidad en el sistema al incorporar a quienes no han venido aportando según la ley y al depurar el sistema subsidiado de personas que lo han venido usufructuando irregularmente.

La Ley contempla la verificación y el pago de aportes de todo contratista trabajador independiente, la adopción de mecanismos de retención que faciliten el recaudo y se extienden los requisitos que ya existen en el Estatuto Tributario para que la deducibilidad de los pagos laborales también cobije los pagos a los trabajadores independientes. Igualmente, se propone que las inconsistencias en la declaración del impuesto de renta derivadas de la información sobre aportes sean sancionables a título de inexactitud, así como se establecen deberes de información de los empleadores a los trabajadores respecto del pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social Integral.

Con el fin de controlar la evasión y elusión de los aportes parafiscales, se prevé el reporte de información por parte de los operadores públicos y privados de bancos de información o bases de datos, sin ningún costo, a la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP- para estos fines.

Se busca frenar la erosión de la base de cotización generada en la posibilidad de pactar remuneraciones que no se computen como factor salarial. En especial, se deben destacar los pagos en especie, frecuentes entre los rangos salariales más altos, segmentos de la población que pueden destinar una mayor proporción de su ingreso al ahorro y al gasto suntuario (bonos para gasolina, mercado, útiles escolares, etc.). Estas prácticas únicamente benefician a empleadores y empleados en desmedro del sistema, en particular en el caso de trabajadores jóvenes de mayores ingresos.

Por último, la nueva Ley establece que las funciones como operador de información de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) estén vigiladas y controladas por los organismos del Estado, bajo criterios de uniformidad e igualdad, para que en el corto plazo los recursos y la información del sistema de seguridad social, que por diferentes causas reportan dificultad en su aplicación y distribución, cuenten con un sistema

ágil, eficiente y seguro. La norma propuesta busca que todas las entidades que cumplan funciones de Operadores de Información cuenten con una supervisión homogénea, para lo cual se toma como referencia el desarrollo que en ese tema ha realizado la Superintendencia Financiera de Colombia con respecto a los Operadores bajo su vigilancia.

- ***Transformación de recursos para la unificación y planes de unificación***

Lo dispuesto en la Ley 1393 busca garantizar recursos para avanzar en la unificación de los planes de beneficios no solamente mediante la creación de nuevas fuentes de recursos (impuestos, primordialmente) sino también a través de la optimización de recursos existentes dentro del Sistema. Sobre este último punto, y así ha sido concertado con las entidades territoriales, se dispone aumentar el porcentaje de transformación de recursos hasta ahora destinados a subsidios a la oferta y a la cobertura de la población vinculada, hacia los subsidios a la demanda, así como destinar un porcentaje de las rentas cedidas de las entidades territoriales para este fin.

Debe recordarse que en los últimos años, en aras de lograr la cobertura universal se ha venido aplicando la senda de transformación de recursos señalada en la Ley 1122 de 2007. En la medida en que el proceso de universalización se complete, para avanzar en la unificación de los planes de beneficios resulta necesario aumentar el porcentaje máximo de transformación señalado en dicha Ley, de 65% a 90%, preservando el 10% con destino a la financiación de la salud pública.

Adicionalmente a los recursos previstos en la nueva legislación para la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes subsidiado y contributivo (mayores ingresos tributarios y la transformación de recursos antes mencionada), se concertará con cada entidad territorial el porcentaje del total de los recursos de rentas cedidas que ésta deberá destinar a tal fin. De acuerdo con la Ley, este porcentaje no puede ser inferior a 45%⁷.

La Ley establece fechas límite para la definición de la unificación así como para la implementación de la misma. Así, determina que los departamentos y distritos, de manera conjunta con el Gobierno Nacional definirán planes de transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y de las rentas cedidas, a más tardar el 31 de diciembre de 2010. Por otra parte, el proceso de unificación deberá lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015.

Así mismo, se indica que una vez se inicie la implementación del plan de transformación, hasta el 30% de la totalidad de los recursos de rentas cedidas que por ley se destinan a salud en la respectiva entidad territorial, se aplicarán al saneamiento de las deudas por prestaciones de servicios de salud, a la inversión en infraestructura y renovación tecnológica de la red pública hospitalaria (de acuerdo con el estudio de red de servicios de cada entidad territorial) y a programas de salud pública (de acuerdo con el Plan Nacional de Salud Pública). Esto último tiene el objetivo de cofinanciar la operación de las Empresas Sociales del Estado, que por sus condiciones de mercado se constituyen en el único oferente de servicios de salud en su área de influencia.

⁷ Este porcentaje incluye lo previsto en el literal c) del numeral 1 del artículo 14 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007.

Referencias Legislativas

Ley 100 de 1993: Define el Sistema de Seguridad Social Integral que rige actualmente en Colombia.

Ley 1122 de 2007: Reforma la Ley 100 en varios aspectos. Crea la Comisión Reguladora de la Salud y plantea la universalización del servicio para los niveles Sisben 1, 2 y 3.

Ley 1151 de 2007: Ley del Plan de Desarrollo 2006 – 2010. Incluye las metas de universalización del servicio de salud en el Régimen Subsidiado.

Ley 1393 de 2010: Ley de Recursos para la Salud, promovida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Sentencias de la Corte Constitucional.

Sentencia SU-480 de 1997: Reglamenta aspectos de la relación paciente-médico-EPS-Gobierno. En particular, la orden de un médico tratante crea la obligación por parte de la EPS para suministrar el respectivo medicamento al paciente, y en caso de no encontrarse este en el POS, crea la obligación del Gobierno a pagar.

Sentencia C-463 de 2008: Confirma la responsabilidad financiera de las EPS, por un 50% del costo, en los casos en que un tratamiento sea concedido por tutela. Amplía el alcance de los CTC: Su injerencia inicial sobre medicamentos en el Régimen Contributivo, se amplía a todo tipo de prestaciones en salud, y al Régimen Subsidiado.

Sentencia T-760 de 2008: Ordena la unificación de los POS del Régimen Contributivo y Subsidiado. Ordena la agilización del pago de recobros por parte del Fosyga.

Sentencia C-253 de 2010: Declara inexecutable la Emergencia Social. Ordena destinar el recaudo de nuevos recursos a la unificación de POS y a la universalización del servicio de salud.

Decretos de Emergencia Social.

Decreto 4975 de 2009, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEQUIVOCABLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Declara la Emergencia Social. A su amparo se expiden los otros decretos de la Emergencia. La Corte difiere los efectos de su sentencia en lo que a fuentes tributarias se refiere hasta diciembre de 2010.

Decreto 4975 de 2009, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEQUIVOCABLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta medidas para liberar recursos para dar continuidad a la prestación del servicio de salud.

Decreto 73 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEQUIVOCABLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta medidas para liberar recursos del Sistema General de Participaciones, entre otros.

Decreto 74 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEQUIVOCABLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Introduce modificaciones al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT).

Decreto 75 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta instrucciones para la agilización en la resolución de conflictos entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 126 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control y de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Decreto 127 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Define fuentes tributarias para el sistema de salud, relacionadas con el consumo de cerveza y juegos de azar. La Corte difiere el efecto de su sentencia hasta diciembre de 2010.

Decreto 128 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Regulan las prestaciones excepcionales en salud, definiendo de esta manera los servicios no incluidos en el POS del Régimen Contributivo.

Decreto 129 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Dicta medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social.

Decreto 130 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Desarrolla el Decreto original de Emergencia Social, en lo relativo al monopolio rentístico de los juegos de suerte y azar.

Decreto 131 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Crea el Sistema Técnico Científico en Salud, con el fin de coordinar la generación del conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas.

Decreto 132 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Establece mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 133 de 2010, Ministerio de la Protección Social (DECLARADO INEJEQUIBLE POR LA CORTE CONSTITUCIONAL): Adopta medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.



Ministerio de Hacienda y Crédito Público
www.minhacienda.gov.co

Este documento puede ser consultado en
<http://www.minhacienda.gov.co/MinHacienda/haciendapublica/CentroEstudios/publicaciones/notas>