



18 de marzo de 2013

María Mercedes Cuéllar
Presidente

Daniel Castellanos García
Vicepresidente Económico
+57 1 3266600
dcastellanos@asobancaria.com

Participaron en la elaboración de este documento:

Daniel Castellanos

Carlos Díaz

Para suscribirse a Semana Económica por favor envíe un correo electrónico a ameija@asobancaria.com o visítenos en <http://www.asobancaria.com>

Reforma a la salud: una propuesta alternativa

Resumen. En esta semana hacemos un recuento de la evolución del sistema de protección a la salud y de sus problemas, presentamos un resumen de la propuesta del gobierno de reforma a la salud, señalamos algunos inconvenientes de esta y presentamos una alternativa.

Los elementos esenciales de nuestra propuesta alternativa son que se mantenga el aseguramiento en salud; que sea provisto por compañías financieras especializadas en el tema de aseguramiento; que, por lo menos en un componente básico, el seguro sea financiado enteramente por el Estado (lo cual está perfectamente dentro de las posibilidades fiscales de Colombia); que ese componente básico implique que el gasto individual en salud tiene un límite máximo; que el componente básico del aseguramiento se pueda complementar con un seguro adicional, financiado de manera individual y voluntaria, pero que ambos seguros, el básico y el complementario, puedan funcionar como una unidad; que los individuos sean perfectamente libres a la hora de escoger a los proveedores de los servicios de salud; que desaparezca el POS; y que se separen las funciones de aseguramiento financiero y de provisión de servicios médicos.

Con esta propuesta esperamos contribuir al debate público que seguramente se presentará una vez el gobierno presente al Congreso su proyecto de reforma a la salud. Colombia tiene alternativas a la hora de pensar cómo reformar su sistema de salud. Es bueno considerarlas todas en el momento de decidir qué es lo que más nos conviene.

Reforma a la salud: una propuesta alternativa

En esta semana hacemos un recuento de la evolución del sistema de protección a la salud y de sus problemas, presentamos un resumen de la propuesta del gobierno de reforma a la salud, señalamos algunos inconvenientes de esa propuesta y presentamos una propuesta alternativa.

María Mercedes Cuéllar
Presidente

Daniel Castellanos García
Vicepresidente Económico
+57 1 3266600
dcastellanos@asobancaria.com

Participaron en la elaboración de este documento:

Daniel Castellanos

Carlos Díaz

El sistema antes de la Ley 100 de 1993

Antes de la Ley 100 de 1993 el sistema de salud se dividía en tres ramas: (1) seguridad social, (2) sector público y (3) sistema privado. La seguridad social era manejada por las Cajas de Previsión Social (CPS). El Instituto de Seguros Sociales (ISS) actuaba como prestador de servicios de salud a los empleados del sector privado y la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal), junto con otras cajas, a los empleados públicos. El cotizante tenía un acceso total al sistema, pero sus beneficiarios contaban apenas con uno parcial. El sector público estaba conformado por hospitales y centros de salud, que prestaban sus servicios a las personas que no hacían parte del régimen de seguridad social y cuyos ingresos no les permitían acceder al sistema privado. Este, que atendía a la población de ingresos altos, estaba compuesto por prestadores y aseguradores privados de salud, como los médicos, los hospitales, la medicina pre-pagada y los seguros de indemnización en salud.

Esta organización no estaba integrada y su cobertura era baja, porque cobijaba solo a los empleados formales y a los independientes con altos ingresos. El resto de la población era atendida en los hospitales públicos. En 1990 solo el 31% de la población tenía acceso a la seguridad social, y de esta el 71% estaba cubierto por el ISS¹.

El sistema público atendía a gran parte de la población descubierta (69%). Se financiaba con recursos de la Nación, administrados por los Servicios Seccionales de Salud (SSS). Los SSS también manejaban personal y recursos físicos. Esta dispersión de funciones generó burocracia, corrupción, ineficiencia, mala calidad de los servicios y dificultades para extender la cobertura. El sistema sufría problemas de desigualdad y falta de solidaridad.

El sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)

La baja cobertura, la mala calidad y la corrupción llevaron a la expedición de la Ley 100 de 1993, que instauró el “Sistema General de Seguridad Social en Salud” (SGSSS). La Ley creó un mercado de aseguramiento, en el cual la competencia garantizaría una excelente calidad de los servicios. La mejora no se dio debido a algunas barreras establecidas en su diseño.

¹ Fedesarrollo, Federación Nacional de Departamentos, (2009). “CONVENIO PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN DEPARTAMENTAL EN MATERIA DE SALUD Y EDUCACIÓN”. Diciembre de 2009.

El SGSSS creado por la Ley 100 de 1993 se basó en cuatro pilares:

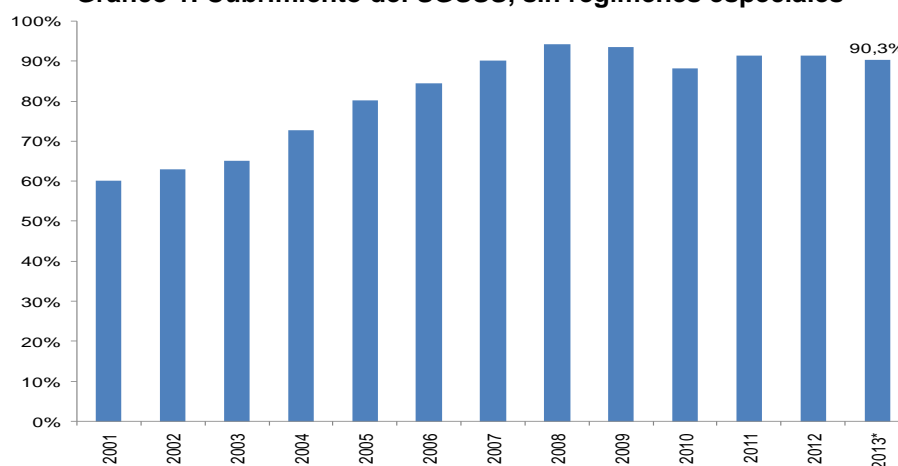
1. El aseguramiento: ampliación de la cobertura y diversificación del riesgo asociado con la salud.
2. La regulación de la competencia: con el fin de garantizar la eficiencia del sistema y la calidad en la prestación del servicio.
3. Solidaridad: para permitir la transferencia de recursos entre individuos de diferentes niveles de ingresos y/o riesgos.
4. Separación de funciones entre el aseguramiento, los hospitales y la salud pública.

El SGSSS se puede ver como un seguro de salud universal con amparo familiar, administrado por Empresas Promotoras de Salud (EPS), que cumplen la función de aseguradoras. Las EPS contratan los servicios a los que tienen derecho sus afiliados, con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

El SGSSS se dividió en un régimen contributivo (RC), para los habitantes con capacidad de pago; un régimen subsidiado (RS), para la población de menores ingresos; y de manera temporal, los vinculados (V), que con el tiempo se fueron afiliando al RC o al RS.

El plan de aseguramiento definió un paquete llamado “Plan Obligatorio de Salud” (POS). El POS reúne un conjunto de servicios médicos, intervenciones y medicamentos cubiertos por el sistema (seguro). La prima de aseguramiento reconocida a las EPS por el POS es la Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada uno de los afiliados en el régimen contributivo (UPC-C) y en el subsidiado (UPC-S). En estas condiciones, las EPS buscan la mayor cantidad de afiliados, porque su función de ingresos depende del número de ellos.

Gráfico 1. Cubrimiento del SGSSS, sin regímenes especiales



Fuente: Asobancaria con base en datos de Fosyga, Minsalud, Dane

Al comienzo hubo un POS para el RC (POS-C) y otro para el RS (POS-S), que se planeó igualar con el tiempo. La Corte Constitucional en 2008 ordenó equipararlos. En

consecuencia, a partir de 2009 se igualaron los POS a menores de 12 años, a partir de 2010 a menores de 18 años y en 2012 quedó por fin un plan de beneficios único.

Junto al RC y al RS sobrevivieron algunos regímenes especiales (RE) para las Fuerzas Militares y Civiles del Ministerio de Defensa, la Policía Nacional, Ecopetrol, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y los Servidores Públicos de Educación Superior, algunas universidades públicas y los empleados del Banco de la República.

El sistema actual se basa en el principio de “universalidad del servicio”, que consiste en la afiliación obligatoria de todos los ciudadanos a alguna EPS. Gracias a esto, la ampliación de la cobertura fue exitosa, aumentando de 31% de la población en 1990 a aproximadamente 96% en febrero de 2013, de la cual 6% corresponde a los RE.

Financiación del régimen contributivo

Gran parte de la discusión sobre la viabilidad del SGSSS está enfocada en la estructura financiera y de aseguramiento del RC. Los recursos que lo financian provienen de la cotización obligatoria de los trabajadores formales, los empleados independientes y los pensionados. En la actualidad, para los primeros esa cotización es de 12,5% sobre el salario, del cual 4% está a su cargo y 8,5% en cabeza del empleador. Los empleados independientes pagan la totalidad del aporte sobre una base máxima del 40% del valor mensualizado del contrato. Y los pensionados aportan el 12% de su mesada. Los afiliados al RC son los aportantes y sus familias.

Los aportes de los empleadores y los empleados son recaudados por las EPS-C, a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Las EPS reciben para su funcionamiento la UPC por cada afiliado. El valor de esta se determina en función de los diferentes grupos etarios y de otras características, como la ubicación y la dispersión geográfica.

El principal fondo que canaliza los recursos del sistema es el Fosyga, que garantiza la financiación de los afiliados a las EPS-C, a través de la subcuenta de compensación. El Fosyga administra además otras tres subcuentas: la de solidaridad, la de promoción/prevención y la de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). Una vez recibidos los recursos por cotizaciones, las EPS comparan sus ingresos con los que les corresponden legalmente, que están definidos como el producto del número de afiliados por su respectiva UPC. Si resultan con superávit, lo trasladan a la subcuenta de compensación del Fosyga. Si por el contrario arrojan déficit, reciben transferencias de esa cuenta. La mayor parte de los aportes va a la cuenta de compensación, que tiene como fin principal la financiación de los gastos en salud de los afiliados al RC y los gastos administrativos de las EPS. Hasta 1,5 puntos de la cotización van a financiar la subcuenta de solidaridad.

En resumen, la fuente de ingresos del RC son las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y los empleadores, que dependen del nivel de ingreso de cada uno de ellos. En contraste, el gasto por afiliado no depende de su ingreso, ya que el POS al que tienen derecho es el mismo.

La reforma tributaria de 2012 estableció que 4,4 puntos del 8% del CREE irá a financiar el SGSSS, compensando las cotizaciones que dejarán de pagar los empleadores por los empleados que ganen menos de 10 SMMLV.

Financiación del régimen subsidiado

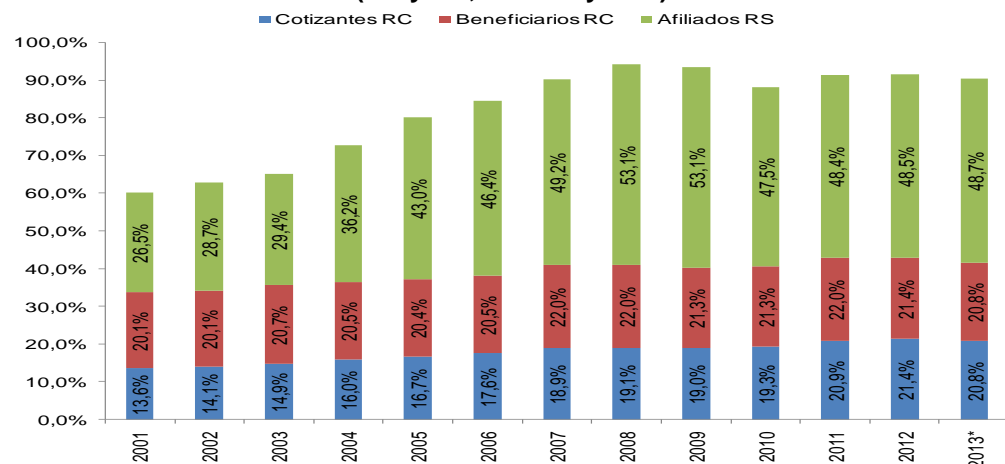
La financiación RS tiene diversas fuentes canalizadas a través de los departamentos, los municipios y la subcuenta de solidaridad del Fosyga. Para este propósito, los departamentos canalizan fondos de ETESA, de las regalías, de rentas cedidas, del Sistema General de Participaciones (SGP) y de recursos propios. Los fondos canalizados a través de los municipios provienen del SGP, de las regalías, de recursos propios y del Fosyga (cuenta de solidaridad). Los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga provienen del Presupuesto General de la Nación, del impuesto social a las armas, de 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al RE y 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al RC, de los aportes patronales de empleados que quieran permanecer en el RS y del 5% de los recaudos del subsidio familiar. Además, del 1% transitorio que se cobrará por el impuesto CREE entre 2013 y 2015, 30% irá a financiar la nivelación de la UPC-S con la UPC-C.

Problemas del SGSSS

Mercado laboral, desempleo y círculo vicioso informalidad–subsidios

El SGSSS está desbalanceado porque la menor parte de la población (el 41,6%) se encuentra afiliada al RC, mientras que la mayor pertenece al RS (gráfico 2). Además, de los afiliados al RC, solo la mitad (20,8%) es cotizante, es decir, únicamente una pequeña proporción de la población entrega recursos a un sistema que garantiza el cubrimiento a 90,3% de ella (sin incluir regímenes especiales).

Gráfico 2: Composición de la población cubierta por el SGSSS (RC y RS, no incluye RE)



Fuente: Asobancaria con base en datos de Fosyga, Minsalud, Dane

Las altas tasas estructurales de desempleo e informalidad en Colombia condujeron a que la expansión de la cobertura del SGSSS se basara principalmente en el RS. Este, a

su vez, incentivó la informalidad, porque hizo que los trabajadores prefirieran permanecer en ella recibiendo el servicio de salud gratuito, en lugar de pagar la cotización del RC, que disminuye su remuneración neta. Son muchas las actividades económicas que emplean trabajadores informales afiliados al régimen subsidiado, lo cual genera filtraciones al RC. Acosta, Navarro y Gamboa (2005)² estiman que alrededor de 2,5 millones de personas podrían hacer aportes al sistema y no lo hacen.

Recientemente se han implementado medidas que buscan romper este círculo vicioso. La ley de primer empleo ha tenido un impacto positivo en la formalización de los trabajadores. La reducción de los impuestos a la nómina en la Reforma Tributaria de 2012, con la introducción del CREE, busca eliminar definitivamente los incentivos a la informalidad, ya que las empresas estarán obligadas a financiar la salud de todos los trabajadores que ganen menos de 10 SMMLV.

Gastos no POS (recobros y tutelas) y corrupción en intermediación de recursos por parte de las EPS

Este es el problema más grave que enfrenta el RC, que produjo un aumento descontrolado del gasto del RC y su insostenibilidad financiera.

La Constitución de 1991 definió a la salud como un derecho económico, social y cultural de carácter progresivo. Luego la Corte Constitucional (Sentencia T-760 de 2008) lo reinterpretó como un derecho fundamental. Esta precisión, junto con la no actualización del POS por parte del Ministerio de Salud, que creó las llamadas “zonas grises”, produjeron la interpretación de la obligación del SGSSS, especialmente del RC en cabeza de las EPS, de proveer bienes y servicios prácticamente sin control.

Con la mencionada sentencia de la Corte vinieron las tutelas. A pesar que estas tienen una filosofía positiva en cuanto a defender el cumplimiento del derecho individual a la salud, en este caso adquirieron una connotación negativa al ser usadas como instrumento para lograr la prestación de servicios de los que el SGSSS no se hace responsable. El uso inadecuado de las tutelas se convirtió en una fuente de gasto exagerado que viene atentando contra la sostenibilidad financiera del sistema y su adecuado funcionamiento.

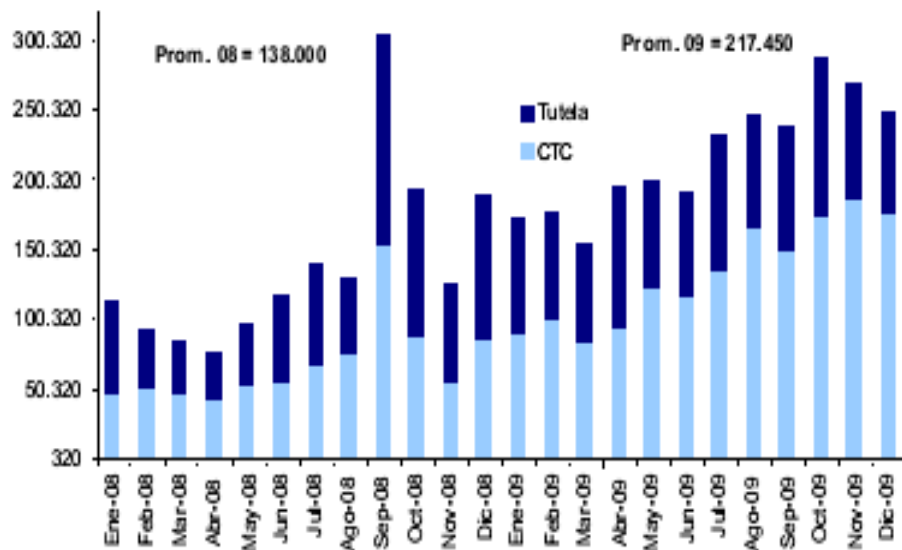
Recientemente, el uso de Comités Técnico Científicos (CTC) para acceder a medicamentos, servicios y prestaciones por fuera de la lista de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ha convertido en la principal fuente de incremento en el gasto por recobros. Jaramillo (2011)³ estima que dichos gastos adicionales no POS en salud han tenido un impacto fiscal de hasta 1% del PIB.

² Acosta Navarro, O. L., y Gamboa, L. F. (2005). “Una aproximación al financiamiento de un sistema de protección social en Colombia”. Bogotá. Universidad del Rosario. Serie Documentos. Borradores de Investigación, No. 69, junio.

³ Jaramillo, C. (2011). “Impacto fiscal de tutelas y sentencias de la Corte Constitucional en los temas de salud y pensiones”. Bogotá. Informe para el BID.

Un estudio de Salazar⁴ muestra cómo el crecimiento de los recobros de 2008 a 2009 fue de 57%, llegando a 217 mil recobros al mes, de los cuales 132 mil fueron hechos mediante la figura de los CTC, con un crecimiento respecto a 2008 de 94% (en 2008 se hacían 68 mil por mes). Los recobros por tutelas crecieron 21%, pasando de 74 mil en 2008 a 85 mil en 2009. Del valor girado por recobros no POS en 2009, 87% correspondió a medicamentos, 8% a procedimientos y 5% a insumos, señalando a los medicamentos no POS como el centro del problema.

Gráfico 3. Dinámica de los recobros 2008 - 2009



Fuente: N.Salazar Nota Fiscal No. 6, Minhacienda. Datos de Fosyga y Minsalud

Adicionalmente, estos recobros y gastos no POS, y la falta de un control y vigilancia adecuados, estimularon eventos de corrupción en EPS e IPS, las cuales, en algunos casos, pasaban los recobros de medicamentos y servicios al Fosyga con precios que superaban ampliamente el valor de mercado.

Por último, también se dieron casos de desviación de recursos del SGSSS a inversiones hechas por las EPS, que tomaron ventaja de su papel de intermediadores de recursos para obtener ventajas financieras, afectando las finanzas del sistema. Adicionalmente, el incentivo a obtener rendimientos financieros con la intermediación de los recursos del sistema hizo que las EPS acumularan una gran deuda correspondiente a pagos represados a las clínicas y hospitales, la cual podría ascender a COP 4,5 billones, según la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales.

El problema de falta de definición de las obligaciones del SGSSS en la provisión de bienes y servicios se intentó abordar en 2011, cuando el Gobierno pensaba sacar

⁴ Salazar, N. (2011). "El régimen de seguridad social en salud: problemas financieros, medidas adoptadas y retos para el futuro próximo". Ministerio de Hacienda, Notas Fiscales. No. 6. Marzo.

adelante una ley estatutaria que definiera los alcances y responsabilidades que le competen a la comunidad médica. Se esperaba que dicha Ley hiciera tránsito en el congreso junto con la Ley 1438 de 2011 (Reforma al SGSSS). Sin embargo, una limitada maniobrabilidad política del Gobierno impidió la gestión de las dos leyes de forma simultánea en el Congreso. Por eso se optó por tramitar únicamente la Ley 1438 y por controlar los límites del gasto en salud mediante resoluciones y decretos reglamentarios.

Barreras a la competencia

Como se puede observar, al existir una cobertura única establecida por el POS y unos precios fijos dados por la UPC, las empresas del sistema (EPS) no pueden competir ni por precio ni por diferenciación del producto, ya que la regulación fija la “cantidad” de servicio, o su cobertura, así como su precio, dejando como única variable diferenciadora la calidad del servicio. En el nivel final del sistema, las IPS compiten en precio y calidad dados a sus clientes. Las EPS compiten por obtener contratos con ellas. Esto hace que las EPS compitan únicamente en su capacidad de gestionar la contratación de las IPS con la mejor relación de calidad de servicio/costo, y en la eficiencia en la asignación del servicio a sus usuarios finales. Esta estructura incentivó a que muchas EPS encontraran conveniente integrarse verticalmente con las IPS, con el fin de obtener ganancias en eficiencia, disminuir las asimetrías de la información, ser más productivas y lograr una mayor cantidad de afiliados.

Integración vertical de las EPS con las IPS

Muchas voces señalan que existen problemas respecto a la integración vertical (IV) de las EPS con las IPS, en cuanto limitan la competencia del sistema, especialmente para las IPS. Esto afecta la calidad del servicio y la libertad de elegir del usuario. También se argumenta que puede llegar a generar ineficiencias y a acarrear problemas de vigilancia y control. Sin embargo, la integración vertical también tiene ventajas como la reducción de conflictos entre prestadores y aseguradores, incremento en la eficiencia y reducción de las asimetrías de información, entre otras. Por tanto, no es del todo claro que su efecto neto represente un problema como señalan algunos actores del sistema.

Según un estudio de la Universidad de Antioquia y la Universidad del Rosario,⁵ la integración vertical entre EPS e IPS en Colombia se da mediante propiedad accionaria o relaciones contractuales (contratos de exclusividad en la prestación de servicios o propiedad común -grupo empresarial-). Los motivos para que una EPS se integre con una IPS son principalmente costos de transacción y consideraciones estratégicas. La integración se da principalmente en los servicios de atención básica, donde la práctica más común es que las EPS abran su propia red de IPS.

En algunas ocasiones, las EPS abren sus propias clínicas y hospitales, bien sea por ausencia de dichas instituciones o porque las existentes no cumplen con los estándares

⁵ Restrepo, Lopera y Rodríguez (2007). La Integración Vertical en el Sistema de Salud Colombiano. Revista de Economía Institucional. Vol. 9. No. 17, pp. 279-308.

mínimos de calidad. El estudio también encontró que la integración vertical es una función del área geográfica. En precios, el estudio realizó un ejercicio que demuestra que la integración vertical ha sido la solución más favorable a la sociedad. Sin embargo, advierte sobre los efectos negativos cuando dicha integración se hace con el objetivo de obtener mejores resultados financieros, o apropiarse de rentas.

Se puede decir que, bajo una regulación y control adecuados, la integración vertical puede conducir a resultados más eficientes para la sociedad. Actualmente, la Ley 1122 de 2007 establece un límite a la integración del 30% de la facturación de proveedores, lo cual permite apreciar que las autoridades no han sido ajenas a la regulación y control de estos procesos en las firmas del sector.

La propuesta del gobierno

Hasta el momento, el gobierno solo ha presentado a la opinión un bosquejo general de su propuesta de reforma al sistema de salud. Esa propuesta se basa en cinco pilares:

1. Creación de un fondo único de recursos, “Mi-salud”, que afiliaría directamente a los usuarios del sistema, recaudaría los recursos que hoy financian al RC y al RS, y pagaría a las IPS sus servicios y los medicamentos no cubiertos por el POS. Mi-salud sería una entidad pública de naturaleza especial del nivel descentralizado. Tendría autonomía administrativa, financiera y presupuestal. Esta propuesta implicaría la desaparición del Fosyga. Con ella se pretende reducir el número de agentes en contacto con los recursos del sistema.
2. Sustitución del plan de beneficios por un plan integral que busca reducir las zonas grises y la proliferación de tutelas. Algunos expertos señalan que esto implica cambiar la definición actual del POS por inclusión (el POS está definido por los servicios cubiertos por el POS) a la definición de un plan de beneficios por exclusión (el plan quedaría definido por todo lo que no quede explícitamente excluido de él).
3. Transformación de las EPS en administradoras de la atención en salud, con énfasis territorial y redes de prestadores claramente definidas. El gobierno propone la creación de “áreas de gestión sanitaria”, que no necesariamente coincidirán con la división político-administrativa. En cada una de ellas habrá varias redes de prestadores de servicios de salud. Las redes podrán ser básicas, especializadas y especiales, y serán gestionadas por una administradora que tendrá a su cargo un grupo poblacional determinado. Las EPS dejarían de realizar funciones de intermediación del sistema. Tendrían que convertirse en “gestores de salud”, entrar a competir en el mercado de aseguramiento voluntario (medicina prepagada) o, en caso de estar integradas verticalmente (poseer clínicas u hospitales), convertirse en prestadoras de servicios de salud. Los entes territoriales (alcaldías y gobernaciones) tendrían la opción de administrar el régimen subsidiado.
4. Creación de un nuevo modelo de prestación de servicios para zonas especiales. La gestión de los servicios en zonas especiales tendrá un modelo distinto con enfoque diferencial, que no se ha establecido.
5. Fortalecimiento de los instrumentos de control de la Supersalud.

Inconvenientes de la propuesta gubernamental

A nuestro juicio, la propuesta de reforma del gobierno aún no es clara. En términos generales, son tres los elementos claves de la propuesta gubernamental: la creación del fondo único, la creación de las áreas de gestión sanitaria y la reconversión del POS en un plan integral. Tal vez excusado en el descalabro financiero de algunas EPS, el Gobierno ha propuesto, en la práctica, si no acabarlas, por lo menos reducirlas a su mínima expresión, por medio de la nacionalización y centralización del recaudo y el manejo de todos los recursos de la salud, a través de un fondo único, que también se encargaría de pagar directamente a las IPS. El gobierno también prevé una mayor participación de las entidades estatales territoriales en la administración de las IPS. Por último, el gobierno ha propuesto una definición del POS por exclusión, no por inclusión.

La propuesta del gobierno en materia del fondo único tiene, por decir lo menos, altos riesgos, que surgen de confiar excesivamente en la capacidad administrativa del Estado, tanto nacional como territorial. En síntesis, la propuesta vuelve la salud un monopolio estatal, sin mucho juego para las eficiencias que un mercado bien regulado puede traer para la salud, y le quita fundamento a la idea de garantizar la salud por medio del método del aseguramiento. La propuesta del fondo único significa, de alguna manera, revivir el ISS para salud, aunque Colombia no tuvo una buena experiencia con el ISS en el pasado. Anif denominó la propuesta del gobierno “bienvenidos al pasado”, y es difícil no conceder que Anif tiene un punto. El volumen de recursos que la nueva entidad manejaría sería tan cuantioso que ella se volvería un lugar atractivo para la corrupción, o por lo menos para los malos manejos. Mantenerla libre de los intentos de politización será tarea de titanes. La idea de un fondo único puede ser buena para canalizar por una sola vía el recaudo de las múltiples fuentes de financiación que hoy tiene el sistema, y para hacer el pago que corresponda a las compañías de aseguramiento en salud. Pero no es una buena idea poner al Estado a hacer los pagos finales a las IPS. Eso implicaría que el Estado tendría que montar un sistema de pagos paralelo al de la economía, lo cual no tiene ningún sentido. Con toda seguridad el sector privado puede montar de manera más eficiente y barata ese sistema de pagos que el Estado. Un mérito que el gobierno le atribuye al esquema del fondo único es que mejoraría su acceso a información amplia y de buena calidad, pero igual podría tener acceso a esa información por medio de un sistema de pagos formal, a través del sistema financiero, tal como sucede hoy para fines tributarios y de lavado de activos.

La administración territorial de las IPS abre una puerta adicional para la politización de la prestación de los servicios de salud. No hay muchos detalles sobre cómo se va a solucionar el problema de regulación y control. Es más, la reforma podría plantear nuevos retos en control, sobre todo en las regiones. En teoría, la reforma, al reducir el número de agentes, que serían solo tres, Mi-salud, administradores o gestores territoriales e IPS, facilita la vigilancia y control del sistema. Sin embargo se requeriría un esfuerzo adicional para hacer un control efectivo de la administración del sistema por parte de alcaldías y gobernaciones.

De otra parte, los expertos han advertido de los riesgos de un POS por exclusión. Por último, la reforma no aborda la deuda que existe en la actualidad. Según la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, a junio de 2012, la deuda de las EPS con las IPS asciende a COP 4,5 billones. Esa obligación no está cubierta por la reforma, lo cual ha generado incertidumbre entre los agentes. La reforma tendría un largo periodo de transición, de unos dos años, lo cual hace temer a las IPS acerca de la disposición a pagar por parte de las EPS.

Una propuesta alternativa

En esta sección presentamos una propuesta alternativa a la del gobierno, con diferencias sustanciales.

¿Cómo debería ser el sistema de salud de Colombia? Una posibilidad es que a cada colombiano se le garantice un seguro de salud. La disponibilidad del seguro le abre las puertas al sistema de salud. ¿Por qué un seguro? Un seguro es un mecanismo de solidaridad con las víctimas de algún tipo de calamidad. La lógica de un seguro es que los asegurados pagan una prima reducida por obtener una ayuda en caso de que los afecte una calamidad. Por ejemplo, si yo tengo un seguro todo riesgo de vivienda, pago periódicamente una prima para que, en caso de que, por decir algo, mi vivienda se incendie, yo tenga cómo reponer mis pérdidas. Yo repongo mis pérdidas gracias a mis aportes, pero también gracias a los aportes de quienes, estando asegurados, no perdieron sus viviendas. Igual pasa con un seguro de salud. En este sentido, un seguro es superior a una cuenta de ahorro individual, porque es una garantía de que, en caso de que golpee la calamidad, los afortunados van a ayudar a los infortunados. Un seguro de salud es un mecanismo de solidaridad de los sanos con los enfermos. Como nadie está exento de caer enfermo alguna vez, es razonable que todos estemos asegurados.

¿Quién emite ese seguro? Lo podría emitir cualquier compañía de seguros. Se podría pensar en un régimen de compañías de seguros especializado en servicios de salud, o en un régimen en el cual cualquier compañía de seguros podría emitir seguros de salud. En principio, no se ve por qué el sistema debería ser restringido. Otra decisión es si las compañías de seguros deben ser públicas o pueden ser privadas. En principio, no se debe excluir la posibilidad de que entidades privadas emitan los seguros de salud. Una tercera decisión es si uno debería permitir varias compañías de seguros, o tener solo una. En principio, por la ley de los grandes números, podría argumentarse que es mejor tener una sola compañía que muchas: de esta manera se distribuyen mejor los riesgos del sistema. Pero, cuando el mercado es lo suficientemente grande, privarse de los beneficios de la competencia entre muchas compañías no tiene mucho sentido. Así, lo recomendable es no crear un monopolio en materia de aseguramiento en salud.

¿Cómo podría funcionar el seguro? Una posibilidad es la siguiente: el seguro le garantiza a cada individuo (nótese que hablamos de cada “individuo”, no de cada “ciudadano”) el cubrimiento de gastos médicos hasta por una cierta suma anual, digamos, por ejemplo, 15 millones de pesos. Naturalmente, esta cifra debe salir de un concienzudo análisis actuarial que haga corresponder las primas con los gastos del sistema y, si es posible, con un fondo de capitalización, cuyos rendimientos en el

futuro pueden ayudar a aliviar el gasto corriente que se tiene que hacer para financiar el sistema. El fondo de capitalización sería, además, un poderoso estímulo a la formación de ahorro nacional.

La suma asegurada no tiene que ser igual para todo el mundo, sino que puede recoger ciertas características objetivas de la población. Por ejemplo, puede ser mayor para las mujeres que para los hombres, ya que, por la maternidad, los gastos en salud de las mujeres tienden a ser mayores que los de los hombres. De igual manera, la suma puede variar con la edad, reconociendo el hecho de que los viejos gastan más en salud que los jóvenes. En otras palabras, así como un seguro médico es un mecanismo de solidaridad de los sanos con los enfermos, también debe ser un mecanismo de solidaridad de los jóvenes con los viejos. La suma puede incluir, incluso de manera obligatoria, gastos de promoción y prevención de la salud. Por ejemplo, usted debe ir una vez al año a su médico para evaluar riesgos como el exceso de peso, la vida sedentaria o la hipertensión; adoptar prácticas saludables como una dieta sana o una dosis razonable de ejercicio; verificar si su vacunación está en orden; o detectar de manera temprana enfermedades como el cáncer. Los aspectos específicos de la suma de gasto per cápita asegurada y su uso deben ser objeto de reglamentación por parte del Estado.

Un individuo, dotado de un seguro, puede ir donde un médico o institución de salud, con libre escogencia para el individuo. A la hora de pagarle al médico o institución de salud, el individuo asegurado exhibe su seguro, con lo cual el médico o institución de salud expide una cuenta de cobro por sus servicios a la entidad aseguradora. Ésta verifica que el individuo tiene “capacidad de pago” en su seguro y, en caso afirmativo, paga la factura al médico o institución de salud. Todo este proceso se puede hacer en segundos integrando una tarjeta de pago al carnet de afiliación que hoy ya tienen todos los afiliados a una EPS o a una medicina prepagada. Así como cualquier persona puede hoy pagar cualquier bien o servicio con una tarjeta de débito contra una cuenta corriente o de ahorros, la gente debería poder pagar sus servicios de salud con una tarjeta de débito contra su “cuenta de salud” en una compañía aseguradora. En este esquema el individuo sabe cuánto puede pagar en salud, y escoge libremente cuál es la relación calidad-costos que quiere en el servicio de salud que busca.

¿Qué pasa cuando se agota el seguro? Esta es una pregunta espinosa, que tiene que ver con la definición de la salud como un derecho fundamental y con el tratamiento que se les debe dar a los pacientes de alto costo. La verdad es que la salud es un derecho fundamental especial, porque garantizarlo tiene costos económicos. De esta manera, su satisfacción tiene que entenderse de manera progresiva. Quizás lo mejor es que los pacientes de alto costo, cuyos gastos médicos no pueden ser cubiertos por el seguro convencional, reciban un tratamiento especial por fuera del sistema general, es decir, debería haber un sistema de protección distinto para los pacientes de alto costo, cuyas características deberían ser definidas de manera separada.

Una implicación muy importante del esquema propuesto es que no hay integración entre los servicios financieros de aseguramiento y los servicios de atención médica. Aquí los aseguradores se dedican a la actividad financiera y los médicos se dedican a la provisión de servicios de salud.

Una segunda implicación, también muy importante, es que en este sistema no hay POS. El esquema no define cuáles servicios médicos están cubiertos por el seguro y cuáles no. El seguro se compromete a cubrir una suma máxima de gastos médicos, y no más que eso. Se debe aclarar que el POS es un invento colombiano, inexistente en la gran mayoría de países del mundo, cuya definición, se puede argumentar, ha traído más dolores de cabeza que beneficios. Por un lado, las autoridades se han esforzado por definir cuáles servicios médicos están incluidos en el POS y cuáles no, con una tendencia inevitable hacia el incremento; por otro, las altas cortes definieron que el POS del régimen subsidiado debía ser igual al del contributivo. Todas estas discusiones desaparecerían si no hubiera POS. Si la señora quiere utilizar los recursos limitados de su seguro de salud en la cirugía estética que tanto necesita, bien puede hacerlo, pero tendrá menos recursos para atenderse su diabetes, por decir algo. Es su decisión personal.

¿Quién paga el seguro? En principio, puede ser pagado por el Estado o por el beneficiario. En Colombia se ha privilegiado un modelo en el cual el régimen contributivo es pagado con las contribuciones que salen de los bolsillos tanto de los empleadores como los empleados, mientras que el régimen subsidiado es pagado con diversas fuentes, el grueso de ellas de origen estatal. Según cálculos de la Universidad de los Andes, el 85 por ciento del gasto en salud en Colombia proviene de fuentes públicas.

Si el seguro es pagado por el beneficiario, surge la posibilidad de que la cobertura no sea universal, porque tal vez el beneficiario no tenga los ingresos para pagar el seguro. También surge la posibilidad de que el seguro cueste distinto para distintos beneficiarios, si el pago es atado a los ingresos de los beneficiarios. Es decir, es posible que aparezcan subsidios cruzados entre personas de altos y bajos ingresos cuando uno hace depender los pagos de los ingresos de los beneficiarios, lo cual puede restarle transparencia a un esquema ya de por sí complejo, porque, como vimos atrás, ya involucra subsidios cruzados entre sanos y enfermos y entre jóvenes y viejos. Complicarlo más es dificultar los cálculos actuariales sobre los cuales se debe basar la viabilidad del sistema. En tercer lugar, si el pago a cargo del beneficiario es en realidad un impuesto vinculado con su condición laboral, la prima del seguro se vuelve un impuesto al trabajo. Por último, si el beneficiario debe pagar por su seguro de salud, la noción de que la salud es un “derecho” se debilita. Todas estas consideraciones hacen pensar que el seguro debería ser pagado por el Estado, con cargo a la tributación general.

Un esquema razonable es que el Estado, con base en impuestos generales, pague a todos los colombianos un seguro de salud “básico”, que cubra el “derecho” a la salud que tienen todos los individuos. Por tener idea de las magnitudes, el Estado podría pagar a cada colombiano un seguro con una prima de un millón de pesos anuales. Esta suma es superior a la que aporta al POS la mayoría de los colombianos. Esto significa que el gasto en salud sería de COP 47 billones, lo cual es alrededor del 6,7 por ciento del PIB de 2013. Según cifras del BM a 2010, Colombia gasta 7,6 por ciento del PIB en salud, del cual 5,5 por ciento del PIB es gasto público y 2,1 por ciento del PIB es

gasto privado. La propuesta, con cifras preliminares, implica que el país no tendría que aumentar su gasto en salud. Inclusive, que lo podría disminuir, aunque tendría que redistribuirlo. El gasto público en salud tendría que aumentar (en 1,2% del PIB) para alcanzar el 6,7% del PIB estimado para 2013, pero el sector privado dejaría de gastar 2,1% del PIB.

El hecho de que sea el Estado el que pague el seguro básico garantiza que la salud pueda ser interpretada como un “derecho”. Como se mencionó atrás, si los beneficiarios son los que deben pagar las primas de sus seguros de salud, entonces la noción de que la salud es un “derecho” se debilita. No hay razón, fuera de las demográficas citadas atrás, por la cual ese seguro deba ser distinto entre individuos. Es decir, el seguro “básico” debe proveer la misma cobertura a todos los individuos que tengan las mismas condiciones demográficas. Esa cobertura debe ser tal que política y jurídicamente se juzgue que con ella se cubre el “derecho” a la salud de todos los colombianos.

Ahora, si el Estado paga las primas de los seguros de salud, se pierde un elemento de competencia muy importante en el mercado de seguros médicos. Si la prima la tuvieran que pagar los beneficiarios, ellos seguramente buscarían la compañía aseguradora que les diera la mejor relación cobertura-costos. Pero, bajo el esquema propuesto, cada individuo escogería compañía de seguros sin preocuparse por los costos: se preocuparía más por la calidad del servicio que espera recibir de la compañía. La competencia también se reduce porque a todas las compañías de seguros se les debería exigir ofrecer un seguro con el mismo tipo de cobertura para todos.

Entonces surge la pregunta de cómo estimular la competencia en ese mercado. Un procedimiento como el siguiente podría funcionar: en primer lugar, el Estado define las condiciones de cobertura del seguro “básico” (esencialmente el monto de gastos médicos por año que cubre el seguro). En segundo lugar, las compañías aseguradoras anuncian a qué prima están dispuestas a ofrecer el seguro definido por el Estado. En tercer lugar, por medio de algún procedimiento de subasta, el Estado anuncia cuál va a ser la prima que va a pagar a las aseguradoras (la misma para todas las aseguradoras) por cada afiliado que tengan. El esquema de subasta tiene que ser cuidadosamente diseñado, para que las compañías de seguros tengan incentivos para presentar la prima más baja posible. Esto es muy importante. En cuarto lugar, las compañías de seguros, dada la prima fijada por el gobierno, toman la decisión de permanecer en el mercado o retirarse de él. Una compañía que se retira señala que, con esa prima, no le es viable financieramente ofrecer los servicios de aseguramiento.

La prima que paga el Estado cumple un papel similar a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que el Estado paga hoy a las EPS. Sin embargo, hay diferencias importantes. De una parte, las obligaciones financieras de las compañías de seguros, bajo el esquema propuesto, serían acotadas; las de las EPS no lo son. De otra, las EPS enfrentan un espectro de regulación de precios mucho más amplio que el que enfrentarían las compañías de seguros. En particular, los precios de los servicios médicos que prestan están regulados. De hecho, la única variable no regulada que controlan las EPS es la calidad del servicio, de modo que no es sorpresa que esas

entidades busquen hacer utilidades por medio de lo que, en la práctica, es la negación del servicio. En el esquema propuesto, ese incentivo perverso no existe, por dos razones: una, la obligación de la compañía de seguros nunca va más allá del monto asegurado, y otra, la separación entre el aseguramiento y la medicina impide que las compañías aseguradoras puedan hacer utilidades por medio de la reducción de la calidad del servicio médico.

En este esquema, el Estado controla el costo fiscal de la salud de manera indirecta, por medio de la definición de las características del seguro básico de salud. Con base en esas características, las compañías de seguros proponen una prima, y el Estado la define. El costo fiscal es simplemente la prima multiplicada por el número de individuos asegurados, que debería ser toda la población.

Ahora, las personas también tendrían la posibilidad de complementar su seguro “básico”, financiado públicamente, con un seguro adicional, de carácter particular. Naturalmente, esto implicaría que los individuos tuvieran que pagar, de su bolsillo, una prima adicional. Se puede dejar al mercado la definición de las características de esas pólizas complementarias o adicionales. El punto fundamental es que la póliza básica y la póliza complementaria constituyan una unidad, cosa que hoy no ocurre con el POS y la medicina prepagada. En primer lugar, hoy es posible tener el POS en una EPS y la medicina prepagada en una entidad distinta. En segundo lugar, aquellos que tienen medicina prepagada prefieren usarla al POS, porque el servicio que presta este es deficiente. Esto quiere decir que, en la práctica, quienes tienen altos ingresos se ven obligados a contribuir a un sistema de salud (el POS) del cual no obtienen beneficios, lo que no tiene sentido. Por su parte, quienes tienen bajos ingresos prefieren no aportar al sistema de salud, porque siempre es preferible malo pero gratis a malo pero pagando. Así, nuestro sistema de salud selecciona a la gente de manera perversa: los pobres se quedan con el sistema público de baja calidad, y los ricos con el sistema privado de alta calidad. Esa distinción es, por decir lo menos, odiosa. Más en general, no tiene sentido hacer aportes a un sistema que no presta los servicios por los cuales uno está pagando. Todos los colombianos hemos tenido la experiencia de una atención demorada o nula en el POS.

Un punto que parecería importante del esquema seguro básico-seguro adicional es que no se debería permitir que una empresa de seguros pudiera prestar el servicio de seguro adicional sin prestar el servicio de seguro básico. Esto para que los beneficios de tener dos seguros sean acumulativos para los usuarios. El punto es que la gente no tenga que escoger, como sucede en la actualidad, entre un seguro u otro. Adicionalmente, el seguro adicional, libre de regulaciones del Estado, es un negocio potencialmente muy rentable. No es descabellado pensar que una compañía de seguros, con tal de poder acceder a ese mercado, ofrezca condiciones atractivas de prima en el mercado del seguro básico. Tampoco es descabellado incorporar nociones de solidaridad en el seguro adicional: si usted quiere adicionar su seguro básico en COP 100, por decir algo, un porcentaje (digamos 10%) puede ir a un fondo cuya rentabilidad puede contribuir a financiar la salud.

De esta manera, se propone un esquema con cuatro agentes: los individuos, el Estado, las compañías financieras aseguradoras y el sector salud (médicos o instituciones prestadoras de servicios de salud). Aquí vamos a llamar a los componentes del sector salud, siguiendo la práctica colombiana, “IPS”. Los individuos tienen un seguro de salud en principio financiado con recursos del Estado, pero que pueden complementar con aportes personales. El Estado financia el seguro “básico” y define sus condiciones esenciales y las reglas generales del sistema. Las compañías de seguros administran los recursos, tanto públicos como privados, del sistema, y garantizan que haya una correspondencia entre sus ingresos y gastos (si deja de existir, las compañías quiebran). Por su parte, las IPS se dedican a prestar servicios de salud, y a cobrar por ellos.

Entonces, ¿qué pasa en esta propuesta con otros agentes? Comencemos con las EPS. Esta propuesta no elimina las EPS; simplemente las divide en su parte financiera (aseguramiento) y en su parte de servicios de salud. Aquí la idea es que la integración de esos dos tipos de servicios ha redundado en un detrimento de la calidad del servicio de salud, porque se han creado los incentivos para que las EPS sean viables económicamente tratando de afiliarse el mayor número de personas (de ahí el éxito en cobertura) pero restringiendo el acceso a los servicios de salud. Lo ideal es que haya especialización en la provisión de los servicios de aseguramiento y en los servicios de salud. Como se dice popularmente, “zapatero a tus zapatos”.

¿Qué pasa con las ESE, entendidas como IPS que no viven de la venta de servicios médicos sino de los aportes directos del Estado? En principio, todas las ESE deberían funcionar como IPS que venden servicios de salud, de modo que no debería haber gasto estatal para financiar el funcionamiento de algunos hospitales. Este era uno de los propósitos de la ley 100, que no se ha podido cumplir a cabalidad por las presiones políticas que hay al respecto. Las IPS deberían ser financieramente viables con los servicios médicos que prestan.

Ahora, no es descabellado imaginar que, si el Estado quiere promover la prestación de servicios de salud de bajo costo, pueda hacerlo, por ejemplo financiando la dotación de hospitales en zonas necesitadas. Pero esa función de subsidio directo a la oferta hospitalaria no debería ser una obligación del gobierno nacional, sino, a lo sumo, de los gobiernos territoriales. La única obligación financiera del gobierno nacional debería ser financiar las primas de los seguros básicos de salud de todos los individuos.

Naturalmente, presentamos esta propuesta con humildad, pensando que el debate puede refinarla y mejorarla. El mensaje de fondo es que Colombia tiene alternativas a la hora de pensar cómo reformar su sistema de salud. Es bueno considerarlas todas en el momento de decidir qué es lo que más nos conviene.

Colombia. Principales Indicadores Macroeconómicos

	2009	2010	2011					2012				2013	
			T1	T2	T3	T4	Total	T1	T2	T3	T4	Proy.	Proy.
PIB Nominal (COP MM)	504.6	543.7	147	152	156	161	616	161.4	164.6	163.1	174.3	663.3	718.4
PIB Nominal (USD B)	247	284	78	85	81	83	317	90.0	92.2	90.6	98.6	375.1	400.0
Crecimiento Real													
PIB real (% Var. Interanual)	1.7	4.0	5.1	4.9	7.5	6.2	5.9	4.8	4.9	2.1	3.6	3.8	4.3
Precios													
Inflación (IPC, % Var. Interanual)	2.0	3.2	3.2	3.2	3.7	3.7	3.7	3.4	3.2	3.1	2.4	2.4	2.9
Inflación básica (% Var. Interanual)	2.7	2.6	2.8	3.1	3.0	3.2	3.2	3.0	3.2	3.3	3.0	3.0	...
Tipo de cambio (COP/USD fin de periodo)	2044	1914	1879	1780	1915	1943	1943	1792	1785	1801	1768	1768	1796
Tipo de cambio (Var. % interanual)	-8.9	-6.4	(2.5)	-7.1	6.4	1.5	1.5	-4.7	0.2	1.1	-7.7	-9.0	1.6
Sector Externo													
Cuenta corriente (% del PIB)	-2.0	-3.1	-2.3	-2.5	-3.5	-3.1	-3.0	-1.8	-3.5	-4.0	...	-2.9	-2.9
Cuenta corriente (USD mmM)	-5.0	-8.9	-1.8	-2.2	-2.8	-2.5	-9.4	-1.6	-3.2	-3.6	...	-10.7	-12.5
Balanza comercial (USD mmM)	2.1	2.0	1.2	1.7	0.9	-0.6	3.2	2.5	1.0	0.5	...	...	...
Exportaciones F.O.B. (USD mmM)	32.6	39.5	12.5	14.5	14.2	0.3	41.5	15.2	14.8	14.2	...	...	...
Importaciones F.O.B. (USD mmM)	30.5	37.5	11.3	12.7	13.3	0.9	38.3	12.7	13.8	13.7	...	...	...
Servicios (neto)	-2.8	-3.5	-0.9	-1.0	-1.0	-1.2	-4.2	-1.1	-1.4	-1.4	...	...	...
Renta de los factores	-9.3	-11.9	-3.2	-4.0	-4.2	-3.7	-15.1	-4.1	-3.9	-3.8	...	...	...
Transferencias corrientes (neto)	4.6	4.5	1.1	1.1	1.4	1.4	5.0	1.1	1.2	1.1	...	...	...
Inversión extranjera directa (USD mmM)	7.1	6.7	3.5	3.0	3.8	2.9	13.3	3.7	4.1	3.9	...	...	...
Sector Público (acumulado)													
Bal. primario del Gobierno Central (% del PIB)	-1.1	-1.1	1.0	1.3	1.0	-0.4	-0.1	0.9	3.6	3.9	...	0.3	...
Bal. del Gobierno Central (% del PIB)	-4.1	-3.9	0.6	1.3	0.9	-2.8	-2.8	0.5	2.4	1.9	...	-2.4	-2.2
Bal. primario del SPNF (% del PIB)	0.9	-0.1	...	...	...	...	1.1	...	...	...	...	0.1	...
Bal. del SPNF (% del PIB)	-2.4	-3.1	1.3	2.8	2.3	-1.8	-1.8	1.5	4.4	2.3	...	-1.2	-1.0
Indicadores de Deuda													
Deuda externa bruta (% del PIB)	22.7	22.4	20.4	20.7	21.7	22.8	22.8	20.7	20.5	21.5	...	...	...
Pública (% del PIB)	15.7	13.7	12.0	11.9	12.5	12.9	12.9	11.9	11.8	12.2	...	...	...
Privada (% del PIB)	7.0	8.7	8.4	8.8	9.2	10.0	10.0	8.8	8.6	9.3	...	...	...
Deuda del Gobierno (% del PIB, Gob. Central)	37.7	38.4	36.3	34.2	35.1	35.8	35.4	33.9	33.2	32.9	...	35.1	33.9

Fuente: PIB y Crecimiento Real – DANE y Banco de la República, proyecciones Asobancaria. Sector Externo – DANE y Banco de la República, proyecciones MHCP. Sector Público y respectivas proyecciones - MHCP. Indicadores de deuda – DANE, Banco de la República, Departamento Nacional de Planeación; proyecciones DNP y MHCP.

Colombia. Estados financieros*

Activo	dic-12 (a) 337,569	nov-12 328,818	dic-11 (b) 295,955	Var real anual entre (a) y (b) 11.3%
Disponible	24,098	20,704	20,031	17.4%
Inversiones	63,178	60,715	56,405	9.3%
Cartera Neta	155,717	217,483	191,043	-20.4%
Consumo Bruta	66,120	65,444	56,243	14.8%
Comercial Bruta	13,911	136,703	122,599	-88.9%
Vivienda Bruta	19,095	18,675	15,425	20.8%
Microcrédito Bruta	66,799	6,611	5,528	1079.7%
Provisiones**	10,208	9,950	8,753	13.8%
Consumo	4,264	4,154	3,406	22.2%
Comercial	5,124	5,015	4,667	7.2%
Vivienda	453	434	421	5.0%
Microcrédito	367	348	258	38.6%
Otros	94,576	29,915	28,476	224.2%
Pasivo	290,550	283,102	256,448	10.6%
Depósitos y Exigibilidades	223,634	216,518	189,519	-75.8%
Cuentas de Ahorro	109,217	106,392	94,891	12.4%
CDT	66,941	67,014	50,906	28.4%
Cuentas Corrientes	39,550	35,981	36,145	6.8%
Otros	7,924	7,130	7,576	2.1%
Otros pasivos	66,916	66,584	66,929	-2.4%
Patrimonio	47,019	45,716	39,507	16.2%
Ganancia/Pérdida del ejercicio	6,561	5,896	5,807	10.3%
Ingresos por intereses	26,503	24,146	20,529	26.0%
Gastos por intereses	10,322	9,416	7,070	42.5%
Margen neto de Intereses	16,163	14,715	13,436	17.4%
Ingresos netos diferentes de Intereses	9,841	8,952	8,607	11.6%
Margen Financiero Bruto	26,004	23,667	22,043	15.2%
Costos Administrativos	12,079	10,893	10,729	9.9%
Provisiones Netas de Recuperación	3,592	3,229	2,339	49.9%
Margen Operacional	10,333	9,544	8,974	12.4%
Indicadores				Variación (a) - (b)
Indicador de calidad de cartera	2.78	2.93	2.47	0.31
Consumo	4.70	4.89	4.21	0.49
Comercial	1.83	1.95	1.59	0.24
Vivienda	2.35	2.45	2.60	-0.25
Microcrédito	5.03	5.10	3.88	1.15
Cubrimiento**	162.46	153.35	181.89	-19.42
Consumo	137.25	129.93	143.95	-6.70
Comercial	200.88	188.36	239.91	-39.03
Vivienda	101.02	95.02	104.95	-3.92
Microcrédito	109.33	103.00	120.40	-11.07
ROA	2.09%	2.06%	2.14%	0.00
ROE	15.07%	14.90%	16.28%	-0.01
Solvencia	n.d.	15.48%	14.23%	n.d

1/ Calculado como la diferencia entre ingresos y gastos por intereses menos Prima amortizada de cartera - cuenta PUC 510406

2/ Indicador de calidad de cartera en mora = Cartera Vencida /Cartera Bruta.

*Datos mensuales a diciembre de 2012 del sistema bancario. Cifras en miles de millones de pesos. Fuentes y cálculos Asobancaria.

** No se incluyen otras provisiones. El cálculo del cubrimiento tampoco contempla las otras provisiones.