



8 de marzo de 2010

María Mercedes Cuéllar
Presidente

Daniel Castellanos
Vicepresidente Económico
+57 1 3266634
dcastellanos@asobancaria.com

La salud en emergencia

Resumen. La Constitución de 1991 estableció el derecho a la seguridad social para todos los habitantes. La Ley 100 de 1993 definió el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS). El modelo adoptado para implementar ese derecho, a través de este sistema, fue el de aseguramiento. Todos los habitantes deben estar afiliados al sistema, pagando (cotizando por) el seguro o recibiendo un subsidio para acceder a él. El subsidio se financia con recursos fiscales, de solidaridad o de las entidades territoriales. Los cotizantes pertenecen al régimen contributivo y el resto al subsidiado. Los recursos del sistema son administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga). Todos los afiliados tienen derecho a un plan integral de protección de la salud (POS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) afilian a los usuarios y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) administran los hospitales y los centros de salud. La cobertura lograda hasta ahora es alta (89,4% en 2008) y próxima a la meta (100% en 2010). Aunque el SGSS se tornará deficitario entre 2011 y 2016, el problema de desfinanciación no es severo. Sin embargo, podría empeorar por la acelerada dinámica de los pagos que el sistema debe hacer por tratamientos y medicinas no incluidas en el POS y por los fallos de tutelas. El SGSS sufre, además, problemas de diseño, incentivos y operación. El cálculo inicial sobrestimó el número de cotizantes, lo cual implica un creciente esfuerzo fiscal para lograr las metas de cobertura. Los cotizantes no tienen incentivos para aportar de acuerdo con sus verdaderos ingresos. Eventuales cotizantes prefieren mantenerse en el régimen subsidiado. La definición del POS no ha logrado acotar los costos. Las EPS tratan de minimizar sus costos, pero los fallos judiciales, en defensa del derecho a la salud consagrado en la Constitución, lo impiden. De esta manera, no se ha resuelto la contradicción entre ese derecho y la condición según la cual el SGSS debe ser financieramente viable, para poder cumplir cabalmente sus funciones. Por tanto, Colombia requiere una readecuación profunda de su régimen de salud. La declaratoria de la emergencia social para avanzar en esta dirección tiene justificación. Sin embargo, por su sensibilidad y por el gran número de actores y de intereses que involucra, hubiera sido deseable que el tema se debatiera ampliamente en el Congreso de la República. Para contribuir al debate, Asobancaria propone en esta Semana Económica las líneas generales de esa readecuación.

Calendario de Eventos

Fecha	Evento	Ciudad	Lugar
11 y 12 de Marzo	Congreso de Acceso a Servicios Financieros y Sistemas de Pago	Cartagena	Hotel Hilton
20 y 21 de Mayo	XXII Simposio Mercado de Capitales	Medellín	Hotel Intercontinental
17 y 18 de Junio	I Congreso de Educación Financiera y Transparencia y la Información	Bogotá	Hotel Cosmos 100
29 y 30 de Julio	X Congreso Panamericano de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Cartagena	Hotel las Américas
26 y 27 Agosto	XLV Convención Bancaria 2010, XVIII Muestra de Productos y Servicios para el Sector Financiero	Cartagena	Centro de Convenciones
16 y 17 de Septiembre	XIII Congreso de Tesorería	Cartagena	Hotel Hilton
14 y 15 de Octubre	IV Congreso de Prevención del Fraude y Seguridad	Bogotá	Hotel Cosmos 100
28 y 29 de Octubre	IX Congreso de Derecho Financiero	Cartagena	Hotel Hilton
18 y 19 de Noviembre	IX Congreso de Riesgo Financiero	Cartagena	Hotel las Américas
2 y 3 de Diciembre	Foro de Vivienda	Bogotá	Hotel Cosmos 100

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

La salud en emergencia

Daniel Castellanos
57 1 3266634

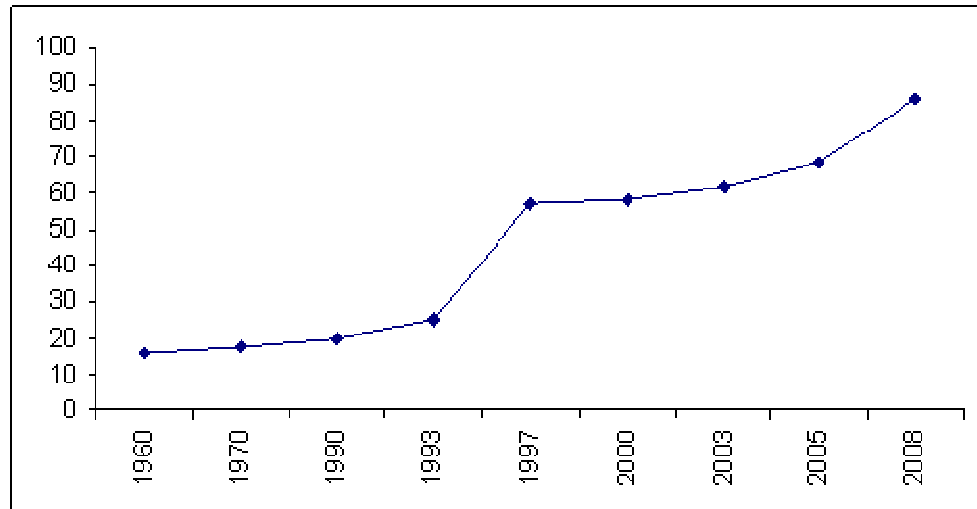
Una de las señales más básicas del grado de civilización de un país es el nivel de desarrollo de su sistema de protección social. El propósito de este sistema, en términos muy generales, debe ser proteger a la gente que, por una razón u otra, cae en una situación de vulnerabilidad. Cuáles situaciones se consideran como “de vulnerabilidad” es materia de debate, pero lo usual es que los sistemas de seguridad social contengan provisiones para los desempleados, para los enfermos y para los viejos. En Colombia, cuando uno habla del sistema de protección social usualmente se refiere a los sistemas de salud y de pensiones. Colombia no tiene un régimen extendido de protección al desempleo, y tiene un régimen de protección a los más pobres (Familias en Acción y la Red Juntos) que usualmente no se considera como parte del sistema de seguridad social, al menos entendido en sentido estrecho.

En Colombia, la Constitución de 1991 estableció que todos los habitantes tienen un derecho irrenunciable a la seguridad social (art. 48). Las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia fueron definidas, por lo menos inicialmente, por la Ley 100 de 1993. Algunas de esas características fueron las siguientes:

1. Colombia adoptó un modelo de aseguramiento para el sistema de salud. Esto quiere decir que, para tener derecho a la salud, uno debe tener un seguro de salud.
2. Todos los habitantes deben estar afiliados al sistema, es decir, deben tener un seguro de salud. Aquellos que pueden pagarlo, deben pagar una cotización; aquellos que no, tienen derecho a recibir un subsidio. Los subsidios provienen de recursos fiscales, de solidaridad y de los ingresos propios de los entes territoriales. Los afiliados que cotizan pertenecen al régimen contributivo. Los que reciben un subsidio pertenecen al régimen subsidiado.
3. Los recursos del sistema son administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga), que es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social y manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud. El Fosyga tiene cuatro subcuentas: (1) de compensación interna del régimen contributivo, (2) de solidaridad del régimen de subsidios en salud, (3) de promoción de la salud, y (4) del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).
4. Todos los afiliados tienen derecho a un plan integral de protección de la salud, denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).
5. Existen unas entidades, denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), encargadas de la afiliación de los usuarios y la administración de los centros de salud y los hospitales, denominados Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).
6. Por cada persona afiliada y beneficiaria, las EPS reciben del Fosyga una suma de dinero, denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC).

El porcentaje de la población total afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en 2008 era bastante alto: 89.4% (ver gráfico 1). El Gobierno espera que esa cobertura para 2010 sea del 100%.

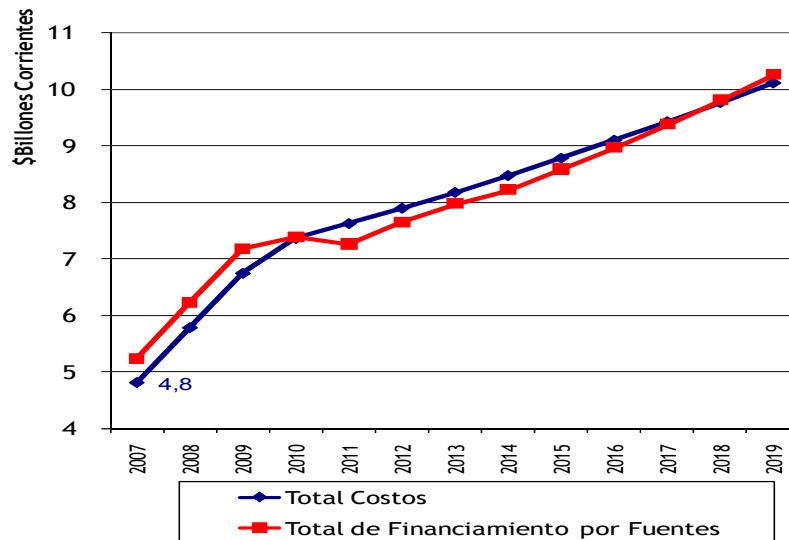
Gráfico 1: Cobertura en salud (%)



Fuente: DNP

Hay disputas sobre la calidad de las cifras, pero no es probable que ellas comprometan el mensaje general de que, en Colombia, ha habido un incremento considerable de la cobertura en salud. Este es un logro notable porque se puede decir que ese sistema se construyó en 15 años. Hoy se puede decir que Colombia tiene un sistema de seguridad social en salud de amplia cobertura, cosa que hace menos de dos décadas no se podía decir. Eso hay que valorarlo en toda su dimensión.

Gráfico 2: Costos y fuentes de financiación (COP billones)



Fuente: DNP

Si los problemas no son de cobertura, entonces es lícito preguntarse de qué son. El candidato más obvio es el tema financiero. Sin embargo, el DNP, según cifras producidas a mediados de 2009, manifestó públicamente que “sin recurrir a mayores

impuestos (generales o parafiscales), el conjunto de fuentes garantizan la sostenibilidad” del sistema de salud. Según el gráfico 2, este parece ser el caso.

En términos generales, el gráfico 2 no muestra un problema severo de desfinanciación del sistema de salud. Se ve, eso sí, una caída de los ingresos entre 2010 y 2011 que vuelve deficitario al sistema en el último año mencionado, pero el problema parece más coyuntural que estructural. Es importante señalar que el gráfico 2 no incluye la fuente más importante de recursos del sector, la cotización del 12.5% de la nómina de los empleados del sector formal, que, según datos del Ministerio de la Protección Social (MPS), en 2009 aporta 11.7 billones de pesos (el total de recursos de todas las fuentes para ese año es de 21.6 billones de pesos).

Sin embargo, según datos recientes del MPS, mientras que las fuentes crecieron un 23.7% entre 2005 y 2009, pasando de 15.8 billones a 19.6 billones de pesos de 2008, los usos lo hicieron en un 32.3%, pasando de 14.8 billones a 19.6 billones de pesos de 2008. Según esto, no es que el sistema esté desfinanciado, pero sí muestra una evolución preocupante.

El componente de los usos que ha tenido el mayor incremento es el denominado “recobros”, que son los pagos que el sistema hace por tratamientos y medicinas que no están incluidos en el POS, y por los fallos de tutelas. Nuevamente según información del MPS, los recobros han crecido 385% entre los años señalados, costando en 2009 1.8 billones de pesos, de los cuales 1.7 correspondieron al régimen contributivo y 0.1 al régimen subsidiado.

El problema del crecimiento de los recobros es, sin duda, muy importante. De hecho, en el informe de declaratoria del estado de emergencia social que el Gobierno envió al Congreso, el primero aduce cinco razones para declarar la emergencia, y la primera es el incremento de los recobros por los servicios no POS. Las otras cuatro son: (2) el deterioro del flujo de recursos en el SGSSS, (3) la afectación del goce efectivos del derecho a la salud, (4) las dificultades en la operación del régimen subsidiado y (5) la existencia de recursos que no han podido cumplir su finalidad.

Todo esto sugiere que los problemas del SGSSS son más de diseño y operación que propiamente financieros, aunque, naturalmente, también hay problemas financieros.

Es relativamente fácil entender de dónde provienen éstos últimos. Se pueden mencionar dos fuentes principales, aunque, naturalmente, hay muchas otras: la primera es que los cálculos iniciales sobre-estimaron el número de personas que iban a ser contribuyentes del sistema. La segunda es que la definición del POS e instrumentos complementarios (listados de medicamentos que hacen parte de los planes de beneficios, pagos moderadores, etc.), no han servido como mecanismos para acotar los costos del sistema. Consideremos cada una de esas dos fuentes a continuación.

Con respecto a la baja proporción de contribuyentes al sistema, los cálculos iniciales de viabilidad financiera suponían que el 70% de los afiliados iba a ser del régimen contributivo. La realidad resultó muy diferente. Del porcentaje total de afiliados en 2008 (89.4% de la población, como se mencionó atrás), un 50.6% estaba afiliado al régimen subsidiado, y solo el 38.8% estaba afiliado al régimen contributivo. Es decir, casi el 57% de los afiliados del sistema son del régimen subsidiado. Esto implica que el

esfuerzo fiscal es mayor que el inicialmente previsto, y por lo tanto más difícil de cumplir.

Esto sugiere que el sistema adolece de un grave problema de incentivos. Los pertenecientes al régimen contributivo no tienen incentivos para aportar al sistema en proporción a sus verdaderos ingresos, y muchas personas que quizás tendrían capacidad para pertenecer al régimen contributivo prefieren pertenecer al régimen subsidiado. En ambos casos, la lógica es siempre la misma: ¿por qué voy a pagar más por algo que puedo obtener más barato?

En segundo lugar está la definición del POS y sus instrumentos complementarios. El POS tenía la intención de definir cuáles cosas estaban cubiertas por el seguro de salud y cuáles no. Esta definición es necesaria porque, aunque el derecho a la salud es, como dice la Constitución, irrenunciable, también es de sentido común que los costos del sistema, para que pueda ser viable, tienen que ser acotados. El POS, por lo tanto, es un complejo mecanismo regulatorio que define cuáles procedimientos están contemplados y cuáles no, y las tarifas a las cuales los procedimientos contemplados se pueden proveer. No es sorprendente que estas regulaciones nunca hayan sido del agrado de los estamentos médicos, que sienten rebajada su dignidad por lo que ven como una excesiva injerencia regulatoria de parte de las autoridades.

El POS también está plagado de problemas de incentivos. Dado que los ingresos de las EPS están relativamente fijos, puesto que se originan básicamente en el número de afiliados que tienen, su forma de hacer utilidades es controlar los costos, lo cual puede reñir con la calidad del servicio. Los médicos, sometidos a las presiones en busca de eficiencia de las EPS, se quejan de que ya no son tratados dignamente y que no pueden dar tratamientos médicos de calidad. Los pacientes buscan la manera de eludir las limitaciones que impone el POS, y han podido ser exitosos por la naturaleza especial que se le otorga a la salud en nuestra Constitución. Por conexidad con el derecho fundamental a la vida, el derecho a la salud se ha vuelto tutelable. Diversos pronunciamientos legales y judiciales han hecho que el POS, como mecanismo de contención de los costos del sistema, pierda eficacia. Por ejemplo, la Corte Constitucional, en su polémica sentencia T-760 de 2008, estableció que “Toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS, autorice el acceso a los servicios que requiere y aquellos que requiere con necesidad, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud; obstaculizar el acceso en tales casos implica irrespetar el derecho a la salud de la persona” (énfasis en el original, negrilla añadida).

La impresión general es que Colombia no ha resuelto de manera satisfactoria el dilema que se presenta entre la salud como un derecho social, económico y cultural, reconocimiento que está expreso en nuestra Constitución (art. 49), y los criterios, igualmente razonables pero quizás no expresados con el mismo vigor en nuestra Carta, de que todo derecho genera una obligación y que todo sistema de salud, para poder existir, tiene que ser financieramente viable.

Esto ha conducido a una situación que es absolutamente irracional: en la actualidad, el sistema opera con base en tutelas. De hecho, la Corte Constitucional, para verificar el cumplimiento de su sentencia T-760 de 2008, escogió como indicador la reducción de

la presentación de acciones de tutela. Un sistema que opera con base en tutelas no puede ser racional.

Con base en estas consideraciones muy generales, se puede decir que Colombia requiere una readecuación profunda de su régimen de salud. Por tal razón, la declaratoria de la emergencia social para avanzar en ese sentido tiene justificación, aunque el Gobierno mismo ha admitido que la emergencia no tiene el propósito de reformar de manera estructural el sistema (“Hay una apreciación equivocada al entender que dichas medidas pretenden solucionar un problema estructural”). Sin embargo, hay dudas sobre la juridicidad de la declaratoria (el Procurador ya rindió concepto negativo sobre su constitucionalidad, aunque, como ya vimos en el caso del referendo reeleccionista, su concepto no obliga) y sobre la conveniencia de su contenido. Las críticas han provenido principalmente de los estamentos médicos y de la ciudadanía en general. Una preocupación generalizada, aunque no necesariamente correcta, es que, tal como lo describió un comentarista, “En los decretos reformativos asoman sus fauces una negación de la idea de salud como derecho, y un afán por esconder que lo importante es que las EPS conserven y aumenten los márgenes de beneficio”. El tema es, pues, muy sensible, y no cabe duda de que llegó a afectar políticamente al presidente Uribe.

Debido a esa sensibilidad, quizás sería deseable que esos temas se debatieran ampliamente en el Congreso de la República. Ese es el foro natural de la democracia. Algunos creen que la efectividad del Congreso para debatir este tipo de temas es limitada, debido a la multiplicidad de intereses que allí se conjugan. Pero la sociedad necesita un debate amplio sobre estos temas, y no es suficiente dar ese debate solamente en los medios de comunicación, algunas veces de manera ligera. La pregunta es: si no es en el Congreso, ¿dónde?

Para concluir, quisiéramos presentar una visión, necesariamente provisional y sujeta a revisión, de lo que debería ser el sistema de salud. La implementación de una visión tal requeriría cambios profundos, incluso de orden constitucional, lo cual reduce las posibilidades de que sea adoptada. Sin embargo, vale la pena aventurarla, para que sirva como borrador sobre el cual tener un debate e ir haciendo mejoras.

En primer lugar, parece enteramente razonable que el sistema de salud esté basado en el aseguramiento. Al respecto, hay una claridad en los términos que vale la pena resaltar. Si no hubiese ningún sistema de salud en pie, el único modo en que un individuo puede aspirar a ser atendido es pagar las cuentas que resulten de sus tratamientos médicos. Esto es viable solamente para individuos de altos ingresos. Como las cuentas médicas pueden llegar a ser sustanciales en un momento dado del tiempo, es razonable que los individuos ahorren para atender gastos médicos futuros. Esto configuraría un sistema de ahorro, similar al que opera para las pensiones en la actualidad. En este sistema, cada individuo gastaría hasta donde alcance su capacidad de ahorro: el gasto individual está atado al ingreso y al ahorro individual. Esta no es una mala idea. De hecho, en algunos países, como Singapur, el sistema de salud está basado en un mecanismo forzoso de ahorro individual. Sin embargo, es evidente que este sistema tampoco favorece a quienes tienen bajos ingresos o baja capacidad de ahorro.

Una variante del sistema de ahorro individual, que es un paso intermedio entre el ahorro y el aseguramiento, es el prepago, en el cual es posible que el sistema pague a un individuo gastos mayores que las contribuciones que el individuo ha hecho al sistema, seguramente bajo dos condiciones: (1) hay una lista de tratamientos aceptables, y (2) hay, quizás, un monto máximo de gastos que el sistema está dispuesto a asumir.

En el sistema de aseguramiento, cada individuo paga una prima, que corresponde a los gastos médicos promedio de la población asegurada. En este caso, no tiene por qué haber correspondencia entre los pagos individuales y los gastos médicos individuales, pero sí tiene que haberla para el promedio de la población. De otro modo el sistema no sería financieramente viable. Esto requiere unos cálculos “actuariales” muy finos de cuánto se gasta en salud por persona. Responder esta pregunta con precisión en Colombia es muy difícil, pero los cálculos preliminares señalan que el gasto es considerable en comparación con otros países en desarrollo. De esta manera el sistema incluye una forma de equidad: los individuos relativamente “sanos” ayudan a pagar las cuentas médicas de los individuos relativamente “enfermos”. Esto puede generar problemas de incentivos, en la medida en que el sistema de aseguramiento atraiga en especial a los individuos más propensos a la enfermedad, puesto que para ellos es más valioso el seguro.

Uno puede añadirle al sistema otro criterio de equidad: que los individuos relativamente “ricos” ayuden a pagar las cuentas médicas de los individuos relativamente “pobres”. Esto genera problemas adicionales de incentivos: cada individuo tenderá a sub-reportar sus ingresos al sistema. El único modo de superar este problema es que el pago esté relacionado con la calidad del servicio que uno recibe (más pago por mejor servicio en algún sentido). De otro modo los individuos no tienen incentivos para pagar más.

El punto de partida podría ser, pues, un sistema de aseguramiento universal que involucre aspectos de equidad tanto entre personas sanas y enfermas como entre personas ricas y pobres. La forma más elemental de hacer eso es que el Estado pague un seguro, igual para todos, del fondo de impuestos generales de la sociedad. Esto evita muchos de los problemas que tiene el régimen en la actualidad. En primer lugar, el hecho de que el sistema sea universal evita el riesgo de la selección adversa por parte del sistema de los individuos relativamente más enfermos. En segundo lugar, el problema de la evasión se vuelve solo un problema de control de la evasión de impuestos, y no también de control de la evasión de la seguridad social. En tercer lugar, desaparecerían algunas de las cargas que en la actualidad se le imponen al empleo formal, que contribuyen a mantener a Colombia en la informalidad laboral. En cuarto lugar, desaparecería la distinción que hoy existe entre el POS contributivo y el POS subsidiado, que la Corte Constitucional ha ordenado que se elimine gradualmente: todos tendríamos, por lo menos inicialmente, el mismo seguro médico.

En segundo lugar, es fundamental que se reconozca que el derecho a la salud se salvaguarda por medio de un seguro médico financiable. Si usted tiene seguro se le reconoce el derecho a la salud; si no tiene seguro, no se le reconoce. Pero hay dos puntos: (1) el derecho a la salud no es solo un derecho, sino también un deber, que implica contribuir a financiarlo, y (2) el seguro no le da un derecho a la salud sin

límites financieros. La forma razonable de discutir sobre los derechos es identificar con precisión las obligaciones que estamos adquiriendo con cada definición de derechos que queramos hacer valer. Así la discusión política se vuelve más transparente. ¿Usted quiere más derecho a la salud? Está bien, pero pague más impuestos. Eso debería ser obvio e inmediato.

En tercer lugar, uno debería entender el seguro médico desde un punto de vista estrictamente financiero. Una característica infortunada de nuestro sistema actual es que las EPS son tanto entidades financieras como administradoras de salud. Quizás una especialización de tareas haría más eficiente el sistema. Por una parte, debería haber unas entidades administradoras del seguro de salud. Esas entidades serían, en sentido estricto, entidades financieras. Por otra parte, debería haber unas entidades prestadoras de servicios médicos. Los pacientes irían a los consultorios y hospitales, y éstos pasarían la cuenta a las entidades administradoras de los seguros. Los pacientes serían libres de escoger consultorios y hospitales, y se acabaría la noción de que los hospitales tienen que estar afiliados a una EPS, por lo menos entendida como una entidad financiera.

Otra consecuencia de entender el seguro médico desde un punto de vista estrictamente financiero es que no habría un POS predefinido: todo gasto médico es susceptible de ser pagado con el seguro. El punto es que el seguro tendría un límite máximo de gastos. Por lo tanto, cada individuo tiene los incentivos para ser cuidadoso con los gastos: buscaría hospitales con una buena relación calidad-costos desde su punto de vista, y no acudiría al servicio médico sino cuando lo considere verdaderamente necesario. El médico puede proponer tratamientos costosos o baratos, y el individuo tendría la responsabilidad de escoger, sin pensar que el tratamiento costoso es un derecho automático. Hoy la responsabilidad de contener los costos del sistema recae en las EPS, porque esa es su forma de hacer utilidades. Así se mezclan, en forma inconveniente, criterios tanto médicos como financieros a la hora de proveer el servicio, dejando la sensación de que el servicio que se provee no es de calidad. Con la propuesta que se plantea, la responsabilidad de contener los costos del sistema vuelve a recaer en los individuos. Otra ventaja de la propuesta es que muchos de los malestares del sistema actual provienen de la alta dosis de regulación que implica tener un POS y decidir qué está dentro y qué está afuera de él. Con esta propuesta, toda la discusión sobre qué está en el POS y qué no simplemente desaparece en el aire.

Cada individuo, según su capacidad de pago, podría ampliar el seguro mínimo que garantiza el Estado, en una forma muy similar a lo que ocurre con la medicina prepagada en la actualidad. La ventaja bajo la nueva modalidad es que no habría dos seguros, el POS y la prepagada, sino uno solo, de menor o mayor cuantía. Esto es conveniente porque la gente percibe que el servicio que uno recibe por el POS es de menor calidad que el que se recibe por la prepagada. La cuantía mínima del seguro único estaría garantizada por el Estado, pero la máxima estaría determinada por la capacidad de pago y la aversión al riesgo de cada individuo. Así, los individuos con capacidad de pago pueden acumular servicios, contrario a lo que ocurre en la actualidad, donde uno, si tiene prepagada, escoge que lo atiendan por el POS o por la prepagada. Eso no debería ocurrir. Uno debería tener un solo seguro, ya sea de menor o mayor cuantía, y no dos seguros, para ver cuál de ellos utiliza.

Para terminar, una forma de incrementar los aspectos de responsabilidad individual y de control tributario del sistema podría ser dejar en manos de cada individuo la responsabilidad de afiliarse al sistema y pagar las primas de su seguro, pero con la posibilidad de descontar del pago de impuestos los pagos que uno hace por salud. Esto haría ver a la gente que los impuestos que paga son, en parte, para pagar su propia salud, y que, si paga su propia salud, entonces los impuestos que tiene que pagar son menores. Esto también daría la señal de que por lo menos una parte de los impuestos que uno paga son con “destinación específica”: parte de los impuestos que yo pago son para financiar mi salud. No cabe duda de que la gente paga impuestos con más gusto si percibe una relación directa entre la plata que paga y los servicios que recibe. Si yo pago impuestos, pero la plata “no se ve”, eso disminuye los incentivos que tengo para pagarlos.

Naturalmente, esta idea solo funciona para aquellos que pagan impuestos, particularmente de renta. Para las personas de ingresos más bajos esto no sería posible, y el procedimiento sería distinto: la persona se afiliaría previo el reclamo de una constancia de que su prima será financiada por el Estado. Esto puede hacerles ver a las personas de menos ingresos que su salud está siendo financiada por alguien, lo cual contribuye a restablecer el balance entre derechos y deberes del sistema, que hoy está muy inclinado a favor de los primeros.

Colombia. Principales Indicadores Macroeconómicos

	2007		2008				2009				2010		
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	Proy.	Proy.	
PIB Nominal (USD mM)	207.8	242.6	59.8	66.4	63.9	54.2	242.6	49.9	54.2	58.7	55.5	218.3	202.4
PIB Nominal (COP MM)	432	477	114	117	121	124	477	121	121	126	129	497	526
PIB per cápita (USD)	4750	5490	1363	1510	1451	1227	5490	1127	1221	1318	1243	4891	4490
Tasa de Desempleo (%)	10.9	11.0	11.1	11.2	11.0	10.6	11.0	12.9	11.7	12.2	11.3	11.3	...
Población (millones)	43.8	44.2	43.9	44.0	44.1	44.2	44.2	44.3	44.4	44.5	44.6	44.6	45.1
Crecimiento Real													
PIB real (% Var. Interanual)	7.5	2.5	-0.4	0.6	0.2	-1.3	2.4	-0.4	-0.5	-0.2	-0.1	-0.3	2.0
PIB real (% Var. Trimestral anualizada)	...	...	-0.8	0.9	2.0	-5.9	...	0.9	1.9	2.6	-5.6	...	...
Demanda interna (% Var. Interanual)	8.5	3.7	0.5	0.8	1.0	-1.4	3.5	-1.0	-1.9	-1.9	2.6	-0.1	3.3
Inversión bruta (% Var. Interanual)	13.7	8.8	7.8	9.7	12.6	0.5	7.5	-3.0	-8.0	-10.7	5.9	-2.1	7.6
Consumo final (% Var. Interanual)	6.9	2.1	3.8	2.7	1.6	1.1	2.3	-0.4	0.1	1.0	4.6	0.5	1.9
Privado (% Var. Interanual)	7.6	2.3	4.4	2.7	1.7	1.4	2.5	-0.6	-0.1	0.0	-0.5	-0.3	1.8
Público (% Var. Interanual)	4.5	1.3	1.5	2.6	1.3	-0.1	1.3	0.3	1.0	4.7	7.5	3.6	2.0
Exportaciones (% Var. Interanual)	11.3	7.2	14.5	9.5	3.4	2.3	7.2	1.3	-5.9	-10.0	-13.1	-4.7	-5.3
Importaciones (% Var. Interanual)	13.9	9.8	12.8	9.9	8.0	8.7	9.8	-1.5	-10.2	-12.5	1.5	-2.4	2.4
Precios													
Inflación (IPC, % Var. Interanual)	5.7	7.7	5.9	7.2	7.6	7.7	7.7	6.1	3.8	3.2	2.0	2.0	3.0
Inflación básica (% Var. Interanual)	5.2	5.9	5.1	5.6	5.4	5.9	5.9	5.4	4.5	3.94	2.68	2.7	3.6
Inflación (IPC, % Var. trimestral)	...	...	3.4	2.5	0.5	1.1	...	1.9	0.3	-0.1	-0.1	...	...
Salarios nominales (% Var. Interanual)	5.7	7.3	6.0	6.3	6.5	2.3	7.3	5.2	5.7	6.2	-1.9	5.9	3.4
Tipo de cambio (COP/USD fin de periodo)	2002	2234	1822	1832	2175	2234	2234	2561	2159	1922	2046	2046	2200
Tipo de cambio (Var. % interanual)	-10.4	11.6	-15.5	-6.4	8.0	11.6	11.6	40.6	17.8	-1.2	-8.4	-8.4	7.5
Tipo de cambio real (Var. % interanual)	-1.0	1.8	-4.7	-1.7	2.0	1.8	1.8	15.4	10.0	-7.0	-1.7	-1.7	...
Sector Monetario													
Base monetaria (% Var. Interanual)	19.9	12.9	7.5	9.4	20.3	14.3	12.9	7.4	8.7	5.2	3.5	8.1	5.3
M3 (% Var. Interanual)	17.8	15.5	12.6	14.1	16.2	19.1	15.5	10.4	11.7	8.2	6.5	14.1	11.3
Tasa Banco Central (REPO, fin de per.)	9.5	9.5	9.75	9.75	10.00	9.50	9.5	7.00	4.50	4.00	4.00	4.0	4.5
Tasa de corto plazo (fin de periodo)	9.01	10.33	9.53	9.92	10.05	10.33	10.3	8.13	4.75	4.25	4.25	4.8	8.0
Tasa de largo plazo (fin de periodo)	10.3	12.5	11.60	12.50	12.01	12.50	12.5	12.00	11.50	11.00	11.00	7.8	10.5
Sector Externo													
Cuenta corriente (% del PIB)	-2.8	-2.8	-2.2	-1.9	-2.7	-5.0	-2.8	-1.9	-1.4	-1.1	-1.1	-3.7	-2.7
Cuenta corriente (USD mM)	-5.8	-6.8	-1.3	-1.3	-1.6	-2.7	-6.8	-1.0	-1.0	-1.4	-4.9	-8.4	-5.4
Balanza comercial (USD mM)	-0.6	1.0	0.4	1.1	0.3	-1.0	0.8	0.1	0.7	0.3	-3.5	-2.4	1.5
Exportaciones F.O.B. (USD mM)	29.4	37.1	8.5	10.3	10.1	8.3	37.1	7.5	7.8	8.3	9.0	32.9	38.7
Exportaciones tradicionales	14.2	20.0	4.6	5.9	5.7	3.8	20.0	3.6	4.2	4.7	5.4	18.0	19.7
Exportaciones no tradicionales	15.2	17.1	3.9	4.4	4.3	4.5	17.1	3.8	3.7	3.6	3.6	14.9	18.9
Importaciones F.O.B. (USD mM)	30.1	36.3	8.1	9.2	9.8	9.2	36.3	7.4	7.0	7.9	8.9	31.2	37.1
Servicios (neto)	-2.6	-3.1	-0.6	-0.7	-0.9	-0.8	-3.1	-0.6	-0.5	-0.7	-1.0	-2.8	-2.4
Transferencias corrientes (neto)	5.2	5.5	1.3	1.4	1.5	1.4	5.5	1.2	1.1	1.1	1.3	4.6	3.5
Inversión extranjera directa (USD mM)	9.0	10.6	2.9	2.5	2.6	2.6	10.6	2.3	2.9	1.3	0.5	7.0	6.2
Términos de intercambio (% Var. Interanual)	2.7	13.3	11.7	12.4	18.0	5.2	13.3	6.1	10.0	3.0	-9.0	-4.1	1.5
Reservas internacionales (USD mM)	20.9	24.0	22.1	22.8	24.1	24.0	24.0	23.8	23.7	25.1	23.2	23.2	18.0
Cobertura de las importaciones	7.9	7.9	7.3	7.6	8.0	7.9	7.9	9.5	9.5	9.4	9.3	9.3	5.8
Sector Público													
Bal. primario del Gobierno Central (% del PIB)	0.8	0.9	...	...	...	...	0.9	...	...	...	...	-1.1	-1.2
Bal. del Gobierno Central (% del PIB)	-3.2	-2.3	0.0	-0.1	-0.8	-1.4	-2.3	-2.7	-0.5	-0.5	-0.4	-4.1	-4.5
Bal. primario del SPC (% del PIB)	...	-0.1	...	...	...	...	-0.1	...	...	...	...	-2.4	0.1
Bal. del SPC (% del PIB)	-0.6	-0.1	0.6	0.8	0.5	-2.0	-0.1	-0.3	-0.8	-0.8	-0.7	-2.7	-3.7
Ingresos del Gobierno Central (% del PIB)	18.1	15.7	4.2	4.2	3.6	3.7	15.7	3.4	4.1	4.1	4.2	15.6	14.5
Indicadores de Deuda													
Deuda externa bruta (% del PIB)	21.4	18.9	18.4	18.5	18.5	18.9	18.9	20.2	20.0	22.1	...	24.1	25.0
Pública (% del PIB)	13.8	12.2	12.0	11.9	11.6	12.0	12.0	13.2	13.4	15.1	...	16.3	13.0
Privada (% del PIB)	7.7	6.9	6.4	6.6	6.9	6.9	6.9	7.0	6.6	7.0	...	7.8	12.0
Deuda del Gobierno (% del PIB, Gob. Central)	36.5	36.4	34.8	34.4	35.2	36.4	36.4	38.5	36.6	35.3	...	43.2	...
Interna (% del PIB)	25.5	24.9	24.9	24.3	24.3	24.9	24.9	24.9	25.0	24.7	...	31.0	...
Externa (% del PIB)	11.0	11.5	9.9	10.1	10.9	11.5	11.5	13.5	11.6	10.5	...	12.2	...
Amortizaciones d externa (USD mM)	6.7	5.1	2.1	0.9	1.0	1.0	5.1	1.5	1.5	1.5	1.5	5.8	...
Pagos intereses de la d externa (USD mM)	2.8	2.9	0.8	0.7	0.7	0.7	2.9	0.8	0.8	0.8	0.8	3.1	...
Servicio d externa (% X de bns. y svcs.)	30.9	21.5	33.3	15.1	16.2	20.2	21.5	29.0	24.3	24.3	24.3	24.3	...
Servicio d externa pública (% X de bns. y svcs.)	16.0	12.4	24.2	7.0	9.3	8.6	12.4	14.4	12.0	12.0	12.0	12.0	...
Servicio d externa pública (% del PIB)	2.4	1.9	3.6	1.1	1.5	1.4	1.9	2.2	2.0	1.9	2.0	2.0	...
Balance Ahorro-Inversión													
Ahorro (% del PIB)	23.2	24.8	24.9	25.7	26.0	22.5	24.8	23.2	23.5	23.8	22.1	22.9	24.7
Inversión (% del PIB)	26.0	27.6	26.9	27.6	28.6	27.4	27.6	26.7	27.4	27.3	26.0	26.9	27.4
Remesas de los Trabajadores (USD mM)	4.5	4.8	1.1	1.2	1.3	1.2	4.8	1.1	1.2	1.3	1.2	4.8	5.0

Fuente: DANE, Banco de la República, Minhacienda, Superfinanciera y Asobancaria.

Colombia. Estados financieros*

	Ene-10 (a)	Dic-09	Ene-09 (b)	Var real anual entre (a) y (b)
Activo	206.687	202.137	189.352	6,9%
Disponible	17.860	15.292	14.707	18,9%
Inversiones	45.657	44.568	36.148	23,7%
Cartera Neta	122.532	122.335	120.036	0,0%
Consumo Bruta	35.724	35.611	34.753	0,7%
Comercial Bruta	79.128	79.258	78.506	-1,3%
Vivienda Bruta	10.975	10.747	9.824	9,4%
Microcrédito Bruta	3.581	3.576	2.924	20,0%
Provisiones**	6.877	6.857	5.972	12,8%
Consumo	2.634	2.634	2.516	2,5%
Comercial	3.758	3.743	3.024	21,8%
Vivienda	337	335	317	4,1%
Microcrédito	147	145	115	25,9%
Otros	20.639	19.942	18.461	9,5%
Pasivo	180.198	175.734	167.476	5,4%
Depósitos y Exigibilidades	141.035	141.292	131.756	4,8%
Cuentas de Ahorro	67.945	64.832	57.989	14,8%
CDT	42.585	43.254	47.602	-12,4%
Cuentas Corrientes	25.467	27.627	21.626	15,3%
Otros	5.038	5.579	4.539	8,7%
Otros pasivos	39.164	34.441	35.720	7,4%
Patrimonio	26.489	26.403	21.875	18,6%
Ganancia/Pérdida del ejercicio	222	4.388	336	-35,1%
Ingresos por intereses	1.333	17.804	1.769	-26,2%
Gastos por intereses	447	5.852	842	-48,0%
Margen neto de Intereses	884	10.877	925	-6,4%
Ingresos netos diferentes de Intereses	339	8.097	682	-51,3%
Margen Financiero Bruto	1.224	18.975	1.607	-25,4%
Costos Administrativos	686	8.363	753	-10,9%
Provisiones Netas de Recuperación	110	3.427	300	-64,1%
Margen Operacional	428	7.184	554	-24,3%
Indicadores				Variación (a) - (b)
Indicador de calidad de cartera	4,12	3,91	4,09	0,03
Consumo	6,69	6,47	7,61	-0,92
Comercial	2,87	2,65	2,40	0,47
Vivienda	4,19	4,15	4,42	-0,23
Microcrédito	5,94	5,76	6,60	-0,66
Cubrimiento**	129,01	135,62	115,83	13,18
Consumo	110,15	114,35	95,14	15,01
Comercial	165,78	178,12	160,50	5,28
Vivienda	73,34	75,28	73,04	0,29
Microcrédito	69,32	70,40	59,43	9,89
ROA	2,17%	2,24%	2,46%	-0,3%
ROE	17,69%	18,45%	21,90%	-4,2%
Solvencia	N.D.	14,05%	14,11%	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 enero de 2009 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