DEBATES DE COYUNTURA ECONÓMICA Y SOCIAL

ISSN 0120-8969
Agosto de 2012
No. 93

FEDESARROLLO

Sostenibilidad financiera de la salud en Colombia

Norman Julio Muñoz
Jairo Núñez | Juan Gonzalo Zapata
Catalina Gutiérrez
Fernando Ruiz
Diana Pinto
José Fernando Cardona
Diego Fernando Gómez | María Teresa Petro

FEDESARROLLO
Centro de Investigación Económica y Social

FEDESARROLLO

Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo

Fedesarrollo es una fundación privada, independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la investigación no partidista en los campos de economía, ciencia política, historia, sociología, administración pública y derecho. Sus principales propósitos son contribuir al desarrollo de políticas acertadas en los campos económico y social, promover la discusión y comprensión de problemas de importancia nacional, y publicar y difundir análisis originales sobre fenómenos económicos y sociopolíticos, nacionales y latinoamericanos que sirvan para mejorar la calidad de la educación superior.

• • •

El Consejo Directivo es responsable de vigilar por la adecuada marcha de la administración de la institución y de trazar y revisar los objetivos generales de la fundación. La administración de los programas, del personal y de las publicaciones corre por cuenta del Director Ejecutivo, quien es el representante legal de la fundación. El Director y el Editor de Coyuntura asesorados por un comité interno de publicaciones tienen la responsabilidad de determinar qué trabajos se publican en Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social o en forma de libros o folletos de la institución. La publicación de un trabajo por Fedesarrollo implica que éste se considera un tratamiento competente de un problema y por lo tanto un elemento de juicio útil para el público, pero no implica que la fundación apoye sus conclusiones o recomendaciones.

• • •

Fedesarrollo mantiene una posición de neutralidad para garantizar la libertad intelectual de sus investigadores. Por lo tanto, las interpretaciones y las conclusiones de las publicaciones de Fedesarrollo deben considerarse exclusivamente como de sus autores y no deben atribuirse a la institución, los miembros de su Consejo Directivo, sus Directivos, o las Entidades que apoyan las investigaciones. Cuando en una publicación de Fedesarrollo aparece una opinión sin firma, como es el caso del Análisis Coyuntural en las Revistas de la Institución, se debe considerar que ésta refleja el punto de vista del conjunto de Investigadores que están colaborando en la Institución en el momento de la publicación.

AGOSTO DE 2012 No. 93

DEBATES DE COYUNTURA
ECONÓMICA Y SOCIAL

Sostenibilidad Financiera de la Salud en Colombia

Norman Julio Muñoz
Jairo Núñez | Juan Gonzalo Zapata
Catalina Gutiérrez
Fernando Ruiz
Diana Pinto
José Fernando Cardona
Diego Fernando Gómez | María Teresa Petro

FEDESARROLLO
Calle 78 No. 9-91
Tels.: 325 97 77
Fax: 325 97 70
A.A.: 75074
http: //www.fedesarrollo.org.co
Bogotá, Colombia

Redacción de textos
Tatiana Aguilar
Jairo Castillo
Sandra Cortés
Sandra Fonseca
Isabella Muñoz
María Alejandra Peláez
Julio César Vaca
Laura Tamayo

Artes y diseño
Consuelo Lozano
Formas Finales Ltda. | formas.finales@gmail.com | mconsuelolozano@hotmail.com
Tel.: 487 51 77
Bogotá, D.C.

La Imprenta Editores S.A.
Calle 77 No. 27A-39
Bogotá, D.C.

Impresa y hecha en Colombia
Printed and made in Colombia

Contenido

Presentación 7

Panorama de la sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia
Norman Julio Muñoz 11

Finanzas, cadena de valor y rentabilidad del sector salud
Jairo Núñez | Juan Gonzalo Zapata 18

La transición hacia un sistema de salud único y universal: Una propuesta para su financiación
Catalina Gutiérrez 26

Sistema de Salud, Equidad y Fallos de Mercado: ¿ajuste estructural o regulatorio?
Fernando Ruiz 32

Panel de discusión: Sostenibilidad financiera de la salud en Colombia
Norman Julio Muñoz 43
Diana Pinto 45
José Fernando Cardona 47
Diego Fernando Gómez | María Teresa Petro 50

Presentación

La sostenibilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se ha convertido en uno de los temas de discusión más candente en el período reciente. Los problemas de liquidez que han debido afrontar las EPS y las IPS, tanto como las deficiencias en el servicio para los usuarios por parte de muchas de ellas, han generado una percepción de crisis que probablemente no hace justicia a las bondades que se pueden atribuir al sistema en una perspectiva de más largo plazo. De hecho, el SGSSS que se puso en marcha con la Ley 100 de 1993 ha generado múltiples beneficios a la sociedad colombiana. Ese sistema remplazó el tradicional modelo de oferta, que implicaba subsidiar hospitales públicos, cuya ineficiencia administrativa, bajos niveles de servicio y altos niveles de corrupción eran ampliamente conocidos. El diseño básico del nuevo sistema consiste en apoyar directamente a la demanda y está basado en la competencia y en la capacidad de escogencia por parte de los usuarios. Múltiples evaluaciones realizadas por expertos internacionales han resaltado los éxitos de la reforma de 1993 en términos de cobertura y mejora del servicio para la población durante las últimas dos décadas.

Desafortunadamente, durante los últimos años vienen acumulándose fallas en la operatividad del sistema que generan descrédito en la opinión pública y están poniendo en peligro la supervivencia del mismo, conllevan enormes problemas financieros para los diferentes actores y redundan en mala atención para los usuarios. En las discusiones recientes sobre la crisis del sector se ha llegado incluso a proponer el regreso a las prácticas de hace veinte años, cuando el gobierno nacional y las secretarías de salud de municipios y departamentos asignaban los recursos a los hospitales públicos con consideraciones esencialmente burocráticas, más que por los niveles de servicio prestados por cada uno de ellos.

Romper con la filosofía del aseguramiento y la competencia en el suministro de los servicios de salud

que se estableció en 1993 constituiría un enorme retroceso para el país. Para evitar que ello suceda, es indispensable resolver con suma urgencia varios problemas que se están presentando en el sistema y que pueden resumirse en cinco grandes grupos:

- La **falta de definición sobre el concepto del derecho a la salud de los colombianos** y sobre los límites de lo que debe cubrir el SGSSS. La concepción original del sistema implicaba que esa definición fuera hecha al delimitar el Plan Obligatorio de Salud (POS) que deben cumplir las EPS. En la práctica, las tutelas y las decisiones de los Comités Técnico Científicos (CTC) -que se crearon en seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional- han ido borrando los límites de lo que pueden exigir los afiliados al sistema. En algunos casos, ello ha sido consecuencia justificada de las demoras en actualizar el POS frente a las innovaciones en procedimientos y medicinas y de la falta de respuesta oportuna y adecuada por parte de los diferentes actores del sistema. En otros casos, se trata de ampliaciones difíciles de justificar en los servicios que debe cubrir el sistema general de seguridad social en salud. Ejemplo de esto último es la obligación establecida mediante tutelas de cubrir tratamientos con hormonas para el crecimiento, algo que países como Inglaterra, conocidos por la amplitud de sus sistemas de salud, excluyen explícitamente. Esto, por supuesto, es financieramente insostenible y requiere con urgencia una definición por parte del Estado. Para ello será necesario tramitar en el Congreso una Ley Estatutaria que reciba el aval de la Corte Constitucional. El Gobierno Nacional ya ha anunciado su voluntad de avanzar en esa dirección. Sin embargo, debido a lo delicado del tema y a los múltiples conflictos que conlleva entre lo ético y lo financieramente viable, puede preverse que las discusiones no sean fáciles y que el proceso sea menos expedito de lo deseable.

- El segundo grupo de problemas está relacionado con **la explosión de gastos en procedimientos y medicamentos a través del llamado No POS**, los cuales son recobrados al Fosyga por órdenes expresas de tutelas y CTC. Aunque contar con una Ley Estatutaria como la planteada en el punto anterior ayudaría mucho, las soluciones no dan tanta espera. Es necesario adoptar medidas que ayuden a mitigar los incentivos perversos y los riesgos de corrupción que genera el sistema No POS. Para ello es urgente mejorar los sistemas de información pública sobre la eficacia de esos medicamentos y sobre sus precios en otros mercados, así como establecer procedimientos explícitos para las autorizaciones de compra correspondientes y proseguir con la fijación de precios máximos que ya inició la actual administración. Por otra parte, para casos de las llamadas "enfermedades huérfanas" y para procedimientos muy costosos que no puedan ser incorporados de manera general al POS, parece recomendable diseñar procedimientos especiales que permitan la atención de los pacientes con recursos públicos diferentes a los del régimen general de aseguramiento. Para ello podría crearse un Fondo especial como el

que se previó en la fallida Emergencia Social de 2010 y una institución especializada que lo maneje.

- El tercer grupo de problemas tiene que ver con los **altos niveles de iliquidez** que han generado los retrasos en los procesos de repago por parte del Fosyga de los gastos No POS en que ya incurrieron las IPS y las EPS, con base en tutelas y órdenes de los CTC. El propósito debe ser agilizar esos repagos, identificando para ello procedimientos de común acuerdo entre el Fosyga y la Contraloría, tal que una mayor agilidad en los pagos sea consistente con el control efectivo de los problemas de corrupción.

- El cuarto grupo de temas críticos en el sector se relaciona con la **falta de estímulos para el funcionamiento de las EPS del régimen subsidiado**. Los problemas se asocian en parte con el hecho de que la igualación del POS del régimen subsidiado con el del contributivo no fue acompañada de una igualación de los recursos que reciben por cada afiliado como Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este problema se magnifica por la obligación que tienen las EPS del régimen subsidiado de contratar 60% de los servicios con IPS públicas, obligación que reduce la capacidad competitiva en términos de tarifas y servicios con las del régimen contributivo.

- Finalmente, un quinto grupo de problemas tiene que ver con las **fallas de supervisión**. La gran dispersión en la calidad de los servicios prestados y en el respaldo financiero que tienen las distintas EPS hacen que los problemas que tienen muchas de ellas se confundan con deficiencias generales del sistema. En este sentido, resulta urgente avanzar en el fortalecimiento de la Superintendencia de Salud para garantizar el cumplimiento de estándares mínimos en términos de servicios prestados por los distintos actores del sistema. Asimismo, debe hacerse con urgencia el traslado de las EPS a la Superintendencia Financiera para que garantice que cumplan los requerimientos financieros que les corresponde en su función de aseguradoras. Este último proceso conllevará necesariamente la liquidación de muchas EPS que no cuentan con los requisitos y su eventual absorción por otras.

Con este extenso y ambicioso tema de discusión en la agenda, Fedesarrollo y el Banco Interamericano de Desarrollo-BID aunaron esfuerzos para llevar a cabo el pasado 30 de agosto de 2012 el Debate de Coyuntura Económica y Social "Sostenibilidad Financiera de la Salud en Colombia" en el cual se contó con la participación de Norman Julio Muñoz, Viceministro de Protección Social, quien esbozó el panorama actual de la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud así como las nuevas reglas de juego que se han venido implementando; Jairo Núñez y Juan Gonzalo Zapata expusieron las principales conclusiones del estudio sobre "La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano", recientemente publicado por Fedesarrollo; Catalina Gutiérrez, profesora de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes, expuso uno de los

capítulos del Libro Blanco en Salud recientemente publicado por la Universidad de los Andes, en el que se presenta una visión alternativa sobre cómo hablar de un régimen unificado, en lugar de dos sistemas totalmente diferentes para los afiliados al sistema contributivo y al subsidiado; Fernando Ruiz, Director del Centro de Proyectos para el Desarrollo-CENDEX, de la Pontificia Universidad Javeriana, expuso los principales mensajes del libro "Sistema de Salud y Aseguramiento Social: Entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio" escrito en compañía de Miguel Uprimny.

El panel de discusión contó con el Viceministro Norman Julio Muñoz, Diana Pinto -experta del BID ampliamente conocida en el sector-, José Fernando Cardona, Presidente de la Nueva EPS, y Diego Fernando Gómez, vinculado a la IPS universitaria de la Universidad de Antioquia.

Esperamos que las memorias del debate que se recogen en el presente cuadernillo contribuyan a fortalecer la discusión y a mejorar la calidad de la política pública en un tema crucial para el futuro de nuestro país.

Leonardo Villar
Director Ejecutivo

Panorama de la sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia

Norman Julio Muñoz[1]

La coyuntura reciente del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) hace oportuno y pertinente llevar a cabo debates acerca de su sostenibilidad financiera, especialmente a la luz de estudios que aportan elementos para los mismos, como el realizado por Fedesarrollo *(La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano)*. En este sentido, la reflexión en torno al futuro del SGSSS adquiere aún mayor importancia si se tiene en cuenta la transición demográfica que atraviesa el país hoy día, en la medida que no solamente implica cambios en los servicios de salud que demanda la población, sino mayores recursos para garantizarlos.

I. EVOLUCIÓN ACTUAL Y FUTURA DEL SGSSS

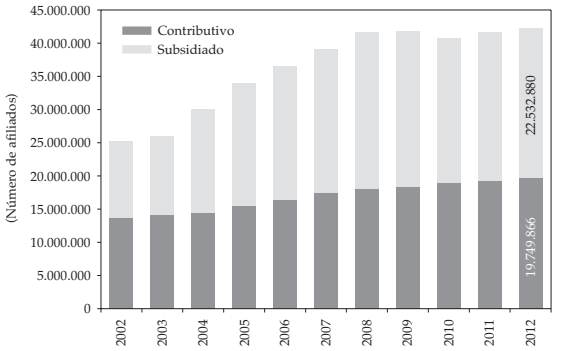
Para realizar un análisis de la evolución del sistema de salud colombiano es imprescindible considerar la sostenibilidad como un tema clave tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. De hecho, a pesar de que las opiniones y cifras sobre su financiación son muy distintas, este es un aspecto fundamental para la sostenibilidad del SGSSS, razón por la cual no puede ser relegado a un segundo plano. De este modo, el Ministerio de Salud ha implementado diversas medidas con el fin de garantizarle al sistema los recursos necesarios para prestar el aseguramiento en el mediano y largo plazo.

Ahora bien, son varios los elementos que sirven para demostrar el desarrollo y los avances que ha tenido el sistema de salud en Colombia. En primer lugar, en términos de cobertura, actualmente cerca del 96% de la población se encuentra afiliada al SGSSS, de los cuales 19 millones de personas per-

[1] Este documento es el resumen de la exposición de Norman Julio Muñoz, Viceministro de Protección Social, fue elaborado por Jairo Castillo, Asistente de Investigación de Fedesarrollo.

tenecen al régimen contributivo y 22 millones al régimen subsidiado (Gráfico 1). En efecto, se espera que esta composición cambie progresivamente en la medida que surtan efecto las políticas de formalización laboral contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 y en la Ley de Primer Empleo (Ley 1429 de 2010), las cuales incentivarían la afiliación al régimen contributivo.

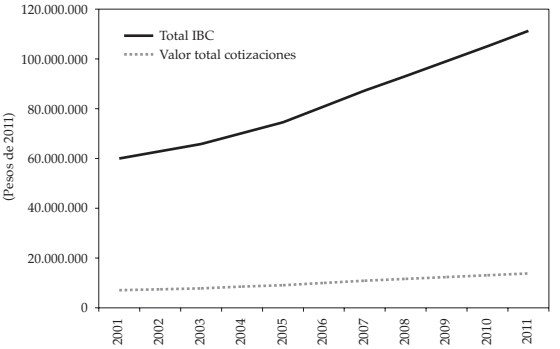
Gráfico 1
EVOLUCIÓN COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO 2002 - 2011



Fuente: ECV, cálculos Ministerio de Salud.

En segundo lugar, el ingreso base de cotización (IBC) que nutre al sistema ha venido creciendo durante la última década (Gráfico 2); no obstante, se espera que su pendiente sea mayor en el largo plazo debido a la formalización laboral mencionada anteriormente. Sin embargo, la dinámica presentada hasta el momento ha garantizado los recursos necesarios en la subcuenta de compensación del Fosyga para reconocer las unidades de pago por capitación (UPC) a las EPS del contributivo, así como para cubrir los costos adicionales de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Gráfico 2
COMPORTAMIENTO DEL RECAUDO DE COTIZACIONES DE SALUD EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO



Fuente: ECV, cálculos Ministerio de Salud.

Cuando se analizan los recursos para cada uno de los regímenes se encuentran algunas particularidades. Por un lado, en el caso del régimen subsidiado, desde el 1° de Julio de 2012 se cuenta con un plan de beneficio unificado con el del régimen contributivo. Esto implicó un esfuerzo importante por parte de la Nación, dado que a través del Presupuesto General de la Nación (PGN) aportó e incluyó en el Marco Fiscal de Mediano Plazo los recursos suficientes para ello[2].

Por otro lado, al iniciar el actual gobierno, para el régimen contributivo se encontró una subcuenta

[2] De acuerdo con cálculos realizados por el Ministerio de Salud, se espera que en un plazo de 4 años la UPC de ambos regímenes serán iguales, por lo que se justificaba la unificación.

de compensación deficitaria, sin respaldo para atender sus obligaciones de mediano y largo plazo. Gracias a las acciones emprendidas por el Ministerio de Salud ante este panorama, las proyecciones indican que hasta 2020 este régimen contaría con los recursos para ser sostenible, siempre y cuando se siga con la depuración de las finanzas del sector salud. Así mismo, se espera que en este escenario la subcuenta de compensación recupere su fortaleza patrimonial.

Finalmente, el último elemento que ayuda a entender la evolución del SGSSS concentra tres aspectos esenciales. Primero, la universalización -tema relacionado estrechamente con la cobertura- ha crecido considerablemente, ya que desde 2010 se han afiliado 2,7 millones de personas, de las cuales 1,4 millones pertenecen al régimen contributivo. Segundo, la actualización del POS debe ser una política permanente, de forma tal que incluya los medicamentos o intervenciones constantemente de acuerdo con las necesidades del sistema, evitando que sean canalizados a través del No POS (pues generarían presiones de gasto no deseables). Tercero, la unificación de los planes[3] representa un avance importante en términos de equidad, un principio fundamental del sistema, al tiempo que racionaliza las acciones No POS del régimen subsidiado.

II. DINÁMICA DE RECOBROS

Los recobros por actividades no incluidas en el POS han sido uno de los principales problemas que ha tenido que enfrentar el sistema de salud a nivel de financiamiento, razón por la cual el Ministerio de Salud ha tomado cartas en el asunto. Una de las decisiones más claras en este sentido ha sido el esfuerzo por expedir un documento CONPES de Política Farmacéutica, en el que se definan concretamente las reglas de juego sobre las condiciones de control y libertad en el mercado de medicamentos, ya que estos representan cerca del 80% de los recobros que se hacen en el sistema[4].

De hecho, la Política Farmacéutica se ha convertido en uno de los temas en los que el sector salud ha concentrado su atención, razón por la cual ha diseñado toda una agenda al respecto. Entre las medidas implementadas sobre medicamentos se destaca la regulación de precios, pues si bien uno de los principios es la promoción de la libre competencia en el mercado, se reconoce la necesidad de intervenir cuando la dinámica de precios amenazara la sostenibilidad de largo plazo del sistema, tal como sucedió con aquellas medicinas del No POS.

Adicional a lo anterior, también debe haber programas especiales de acceso para los pacientes

---

[3] Es importante señalar que en un principio el cronograma de igualación de los planes de beneficio estaba planeado hasta 2014, pero se decidió anticiparlo al 2012, pues era una intervención impostergable a pesar de ser un proceso complejo.

[4] El mismo día del debate, 30 de agosto de 2012, se estaba firmando el CONPES Social No. 155 Política Farmaceútica Nacional, disponible en: http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=HNHT8Y472ZI%3d&tabid=1473

vulnerables que requieran ciertos medicamentos, para garantizarles el acceso a los mismos. Así mismo, el Ministerio de Salud y las demás entidades competentes, deben promover el uso racional de los servicios farmacéuticos, para evitar las distorsiones derivadas de este tipo de conductas (e.g. inclusión injustificada de ciertos medicamentos en el plan de beneficios como resultado de la demanda inducida en el mercado de medicamentos).

De este modo, básicamente hay cuatro puntos fundamentales que se deben analizar en torno a los recobros:

- Debe establecerse, cuando sea pertinente, un *valor máximo de reconocimiento de recobros*, sobre todo para los medicamentos, de los cuales cerca de 5.901 (que representan el 90% del total) ya cuentan con este mecanismo de control. En términos de recursos, se han ahorrado aproximadamente $400.000 millones gracias a estos valores máximos.

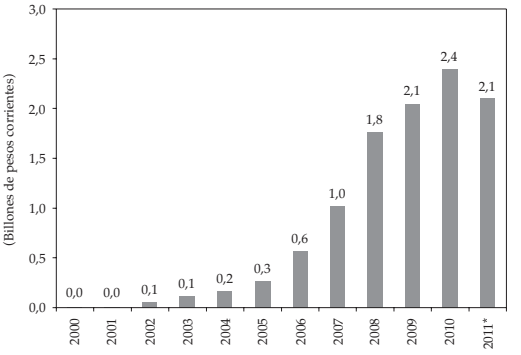
- Es necesario que se cuente con *información consistente*, a pesar de la dificultad misma de esta tarea. Asimismo, en este punto se debe procurar que la información sea de acceso público, de forma que todos los actores del sistema dispongan de ella para la toma de decisiones.

- Con el apoyo de empresas de auditoría externa, se han recibido recomendaciones para *agilizar los procedimientos del Fosyga*, de forma tal que se ha mejorado el flujo y la liquidez de los recursos dentro del sistema.

- Se han logrado separar los procesos de auditoría y de pago del Fosyga, los cuales generaban incentivos adversos en cuanto al diseño institucional.

Como resultado de todas estas medidas tomadas desde el Ministerio de Salud, se han logrado reducir en cerca de $300.000 millones el total de recobros para 2011 (Gráfico 3). Igualmente, para ese año el recobro per cápita fue casi de $1'900.000, que si bien se ha reducido con respecto a años anteriores, continúa siendo un valor alto al compararse con el monto de la UPC.

Gráfico 3
EVOLUCIÓN RECOBROS POR COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO Y FALLOS DE TUTELA



* Corresponde al valor pagado en 2011.
Fuente: Consorcio Fidufosyga.

III. FLUJO DE RECURSOS EN EL SGSSS

Si bien se ha destacado constantemente la importancia de que el sistema de salud sea sostenible en términos de financiamiento, conviene señalar que también se requiere de una mejora importante en

la forma que fluyen los recursos dentro del mismo. Por un lado, en el régimen subsidiado el flujo de recursos se ha mejorado gracias a que en abril de 2011 se puso en marcha el mecanismo de giro directo, mediante el cual se logró que el 65% de los pagos hechos por la Nación a las entidades territoriales demoraran solo 10 días, es decir, 80 días menos que bajo el esquema anterior[5]. Anteriormente, era común que los recursos se estancaran durante su flujo al interior del sistema, razón por la cual muchas veces no llegaban a tiempo a las EPS e IPS.

Por otro lado, en el régimen contributivo, la mayor frecuencia de la compensación ha facilitado el flujo de recursos. Cuando las EPS reciben un pago por el número de afiliados atendidos menor al recaudado efectivamente, la diferencia la reciben a través del Fosyga por la subcuenta de compensación. Este proceso se hacía solamente 2 veces al mes; no obstante, tras el Decreto 4023[6] los giros se empezaron a realizar 4 veces, al tiempo que se redujo la glosa de 25% a 5%. De este modo, se logró mejorar el flujo de recursos en este régimen y reducir el estancamiento de los mismos.

Ahora bien, otra herramienta que se empleó en el sistema de salud para mejorar el flujo de recursos fue el pago anticipado por servicios No POS, reconociendo así la presión de gasto que estos generan sobre las EPS. De hecho, en el mes de septiembre se espera poner en marcha un mecanismo de pago directo para los medicamentos y procedimientos No POS, con el objetivo de que los aseguradores no se vean en la obligación de emplear recursos de la UPC, los cuales deberán destinarse solo a financiar los servicios incluidos en el plan obligatorio.

En este sentido, otro tema que resulta esencial para la sostenibilidad del SGSSS es el saneamiento de la cartera. El Ministerio de Salud a través del Decreto 1080 de 2012[7] se dio a esta difícil tarea para el régimen subsidiado, con el fin de conciliar las cuentas pendientes entre las EPS y las entidades territoriales, ya que muchas veces estas últimas no giraban los recursos a las primeras, por lo que se generaban vacíos financieros que amenazaban la adecuada prestación de los servicios a los pacientes. Hasta el momento, este mecanismo de pago ha permitido que las partes reconozcan cerca de $500.000 millones, de los cuales el 40% ya se ha girado a los prestadores de servicios en salud.

Adicional a lo anterior, otra medida que se ha tomado para el saneamiento de la cartera se ha centrado en organizar las finanzas de las entidades territoriales. De acuerdo con cifras preliminares,

---

5 Además, ahora el giro se hace por anticipado, a diferencia de antes cuando se hacía de forma vencida.

6 "Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

7 "Por el cual se establece el procedimiento de pago de las deudas del Régimen Subsidiado de Salud".

aproximadamente $1,2 billones de pesos se han reconocido para atender las obligaciones de cartera que estas tienen con los aseguradores y las IPS, correspondientes a la atención del No POS en el régimen subsidiado. Esto representa un avance importante, sobre todo para aquellas entidades territoriales -departamentos y municipios- con fragilidad financiera.

IV. NUEVAS CONDICIONES PARA EL SISTEMA DE SALUD

Tal como se ha señalado en los apartados anteriores, se han diseñado unas nuevas reglas de juego para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen como fin último su funcionamiento sostenible en el tiempo y la garantía de la atención en salud a los pacientes. En general, se ha dado un cambio drástico no solamente a nivel financiero, sino también en el gobierno corporativo de las instituciones, de modo tal que se vele por mantener buenas prácticas y transparencia, al tiempo que se le garantice su acceso a todo el público.

Para ello, se ha trabajado conjuntamente con la Superintendencia Financiera, con el ánimo de trazar nuevos lineamientos para el SGSSS, tales como:

- Igualdad de condiciones para la EPS del régimen subsidiado y del contributivo, debido a que bajo la unificación actual no hay razón alguna para que estas entidades funcionen de forma distinta.

- Criterios de regionalización, ya que no pueden existir EPS que funcionen en todo el país sin garantizar la plena y adecuada prestación de los servicios a sus afiliados.

- En el caso del régimen subsidiado, en especial, se debe tener en cuenta el número de afiliados, pues en ciertos casos se deben buscar economías de escala.

- El número de EPS presentes en cada región, de forma que se pueda garantizar el acceso de la población a servicios en salud.

Así las cosas, es un hecho que el panorama del sector salud ha cambiado totalmente, no solo porque las condiciones del mercado se hayan modificado, sino también porque las entidades competentes se han visto en la necesidad de ajustar las políticas para que respondan a esas nuevas circunstancias y se garantice la sostenibilidad del sistema en el largo plazo.

V. INFORMACIÓN E INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

Se ha identificado que el SGSSS requiere de dos elementos que si bien parecen ser muy sencillos, son transversales a todos los temas que se han tratado hasta este momento: información e inspección, vigilancia y control (IVC). Por una parte, es ineludible la necesidad que tiene el sistema de salud de aprovechar y articular las fuentes de información disponibles, pues aunque se hacen esfuerzos importantes en esta dirección aún queda mucho por hacer. Por ejemplo, es necesario procurar que todos los sistemas de información converjan, de forma

tal que contribuyan para la toma de decisiones por parte de los actores del SGSSS.

Por otra parte, es esencial que se fortalezcan las funciones de IVC que se ejercen al interior del sistema de salud, ya que no basta con tener nuevas reglas de juego claras si no hay forma de comprobar que se están cumpliendo. Específicamente, en este aspecto se han rediseñado tres instituciones clave dentro del SGSSS: i) el INVIMA, ii) el Instituto Nacional de Salud (INS) y iii) la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). Con estos cambios se busca fomentar una coordinación sectorial e intersectorial para la IVC, de forma que la SNS sea un ente de funciones especializadas en salud, de presencia territorial para garantizar la prestación de los servicios y el flujo de los recursos; mientras que la Superintendencia Financiera asume las labores de habilitación y control de los distintos aseguradores.

Por tanto, se puede afirmar que en general el SGSSS requiere de información confiable, institucionalidad eficiente y recurso humano idóneo, en el que la información sea un insumo esencial para el sistema, al tiempo que contribuyen a las tareas de inspección, vigilancia y control. Igualmente, es imprescindible que el sistema de salud en su conjunto se caracterice por su carácter público y transparencia, para que los pacientes puedan ser veedores del funcionamiento del mismo.

La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano

Jairo Núñez | Juan Gonzalo Zapata[1]

Desde hace varios años, Fedesarrollo ha desarrollado una línea de investigación sobre el sector salud en Colombia. Se han analizado las características del sector desde distintos enfoques nacional y territorial o desde las empresas e instituciones públicas y privadas. Estos trabajos permitieron abordar con una visión global y equilibrada el desarrollo del trabajo de Fedesarrollo *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano* financiado por la Fundación Suramericana[2]. El objetivo del trabajo se centró en analizar exhaustivamente las fuentes financieras de la Salud en Colombia y los usos de estos recursos a lo largo de esta década, la construcción de la cadena de valor y la estimación de la rentabilidad del sector de la salud. Específicamente, el equipo de Fedesarrollo se concentró en:

- La construcción de un mapa financiero del sistema de salud en Colombia, con la colaboración del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, EPS, IPS, gremios, etc.

- La construcción de un modelo financiero que permitió realizar un análisis de sensibilidades y al mismo tiempo proyectar la sostenibilidad del sector bajo distintos escenarios.

- La estimación de la cadena de valor y la rentabilidad de los distintos actores del sector, a través de sistemas de información del Ministerio de Salud.

A continuación se presentan los hallazgos más relevantes del estudio mencionado.

---

[1] Este documento es el resumen de la exposición de Jairo Núñez y Juan Gonzalo Zapata, Investigadores de Fedesarrollo, elaborado por Sandra Fonseca, Asistente de Investigación de Fedesarrollo.

[2] Núñez, J., Zapata, J., Castañeda, C., Fonseca, S., & Ramírez (2012). La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano. Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.

I. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

El flujo de los recursos del sector se caracteriza por su complejidad. El esquema 1 muestra con detalle esta dinámica. Los recuadros del lado izquierdo son las fuentes de recursos, los recuadros del centro corresponden a los agentes que administran o ejecutan estos recursos, y los recuadros de la derecha son los destinatarios de los recursos (usuarios del sistema). Como se puede observar, el sistema está compuesto por una gran cantidad de actores: 60.000 entre médicos, gremios, laboratorios, EPS, IPS como hospitales públicos, clínicas y hospitales, entre las más importantes. El esquema igualmente muestra la diversidad de fuentes de recursos y la gran cantidad de actores intermediarios de estos recursos, que los canalizan hasta que se convierten en servicio efectivo a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.

Con este trabajo, Fedesarrollo a través del análisis de las fuentes de recursos logró estimar el consolidado de ingresos del sector de la salud. Este ejercicio muestra que para el 2011 el sector contó con casi 46 billones de pesos, con incremento acentuado en los últimos años. Quedó en claro que la sociedad colombiana y las autoridades públicas lograron generar los recursos necesarios para financiar el sector salud y la fuerte expansión de su gasto en el mismo periodo. Lo anterior nos permite concluir que el problema del sector no es de recursos, puesto que en la actualidad para cada colombiano el sistema destina casi 1 millón de pesos, una cifra alta si se compara con otros países que tienen un PIB per cápita similar. Con unos recursos de poco más de US$500 dólares per cápita, el país está en capacidad de financiar un buen plan de servicios de salud para la población colombiana afiliada a nuestro sistema de salud.

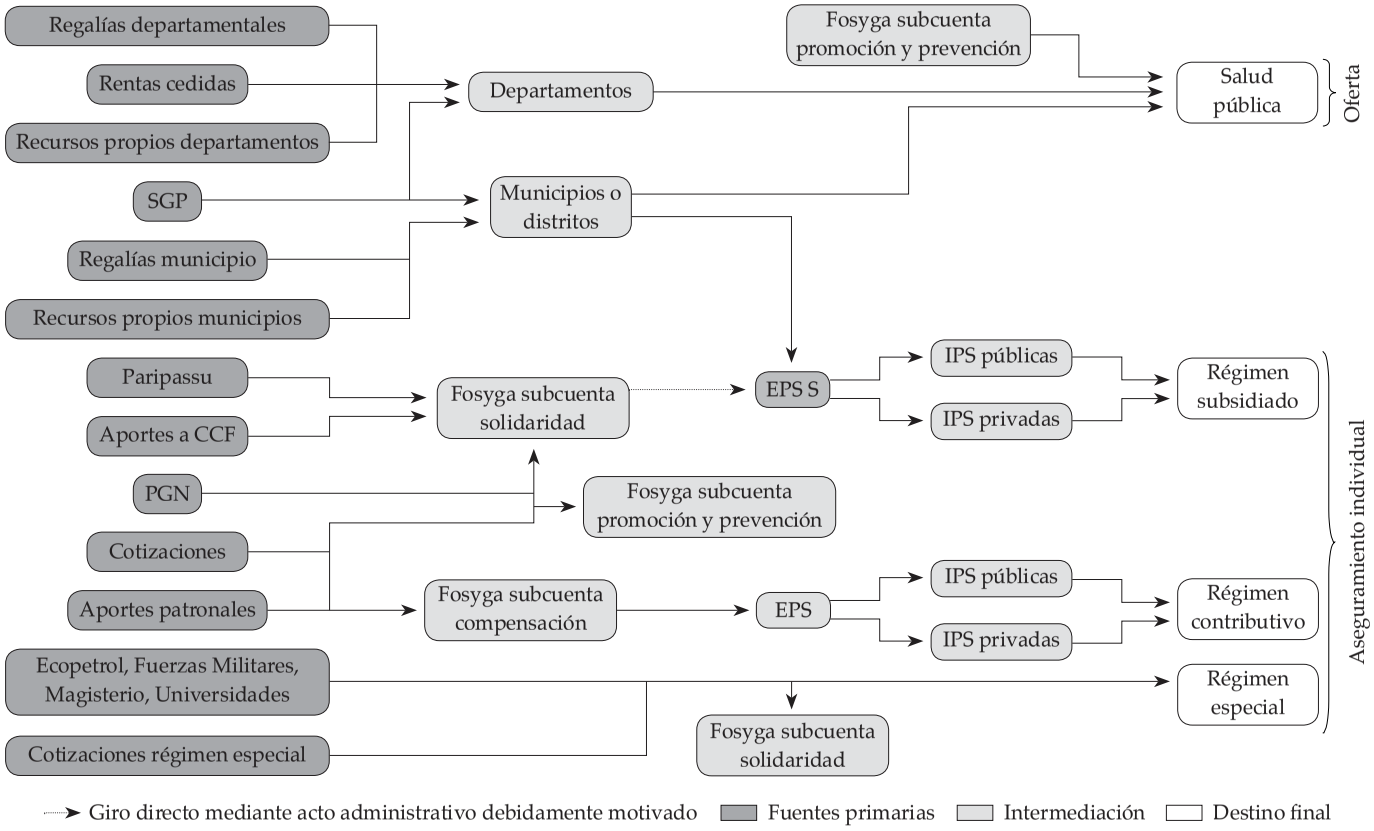
Dentro del total de estos recursos, una proporción muy alta (83%) corresponde a recursos públicos si se consideran las cotizaciones dentro de esta categoría. Dichos recursos, entre ellos los provenientes del SGP, han aumentado notablemente su participación, lo cual demuestra que existe un compromiso muy grande del presupuesto nacional para garantizar la prestación de servicios de salud y la continuidad de este modelo. Por tal motivo, los recursos privados han bajado su participación en la financiación del sistema pasando del 24% al 19,5%. Debe igualmente resaltarse que el gasto de bolsillo ha disminuido en la última década, lo que se explica por el mayor acceso a los servicios de los regímenes contributivo y subsidiado que desplazaron el gasto en salud financiado con recursos de los hogares.

II. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

La coyuntura actual del régimen contributivo muestra que es necesario solucionar una serie de problemas que se agudizaron desde hace 4 años y que ponen en cuestionamiento su sostenibilidad: i) el incremento del gasto POS y No-POS; ii) la política de medicamentos; iii) una reflexión sobre la integración vertical y iv) algunas recomendaciones para el funcionamiento de las instituciones.

No hace mucho parte de la discusión del sector giraba en torno al manejo de los excedentes que

Gráfico 1. FLUJO DE RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD



Fuente: Elaboración de los autores.

generaba la cuenta de compensación. Sin embargo, el gran aumento del gasto No-POS hizo que la situación actual sea radicalmente diferente para el régimen contributivo. Se agotaron los excedentes y existe preocupación permanente por financiar el gasto que se cobra vía recobros al Fosyga. Para el 2011 la Unidad de Pago por Capitación (UPC) implícita del régimen fue de $670.000 pesos, la cual es mucho más alta de la que puede financiarse con los recursos actuales de las cotizaciones. Aún hay un déficit estructural del régimen contributivo.

Así mismo, al analizar los recobros del Fosyga en el 2011 se encontraron las siguientes tendencias: Primero, las cooperativas y las cajas de compensación tienen menores recobros promedio que el resto de las EPS. Segundo, las EPS que tienen medicina prepagada en su portafolio utilizan mucho más el recobro. Tercero y último, se encuentra una relación que a través de los Comités Técnico Científicos (CTC) se adelantan recobros de los medicamentos de alto costo. Frente a estos medicamentos existen importantes cuestionamientos sobre costo-efectividad. Los análisis de costo-eficiencia indican que en muchas ocasiones los beneficios de este tipo de medicamentos son marginales en términos de calidad de vida para los pacientes que los reciben, pero unos costos muy altos para el sistema.

El precio de los medicamentos biotecnológicos, cobrados en su gran mayoría mediante CTC, es una de las principales razones que explica el desfinanciamiento del régimen contributivo. La imposición de precios máximos de recobros se vio suplida por un aumento en el número de los mismos en los últimos meses. De otra parte, preocupa que no se tenga aún una política definitiva de precios de medicamentos; si bien se aprobó el Conpes Social 155 de 2012[3] sobre política farmacéutica nacional, aún está pendiente la expedición de un decreto reglamentario sobre la competencia en medicamentos.

Frente a la integración vertical se debe mencionar que es preocupante que no hay claridad sobre la interpretación de la norma, la cual indica que solo se puede contratar con la red propia hasta un 30%. Las indagaciones entre los expertos del sector, permiten concluir que esta cifra es arbitraria y no se ha estudiado rigurosamente con el fin de determinar el porcentaje óptimo para el funcionamiento del sector. Es necesario tener una mayor claridad sobre el límite a dicha práctica, así como definir cuál es la agencia estatal encargada de vigilar el cumplimiento de acordado. Mientras tanto, se recomienda ser muy cauto con esta medida.

Finalmente, es necesario que, dada la gran cantidad de recursos que hay ahora y que van a ser además crecientes a largo plazo, exista una armonía entre los actores. Así mismo, es necesario definir una Ley Estatutaria, que precise cuáles son los alcances, los límites y las responsabilidades de cada uno de los sectores. Lo segundo, hay que ejercer un mejor control a las EPS por parte de la Superintendencia de Salud.

[3] El Conpes Social 55 de 2012 se aprobó el día 30 de agosto, mismo día del Debate cuyas memorias se recogen en este cuadernillo.

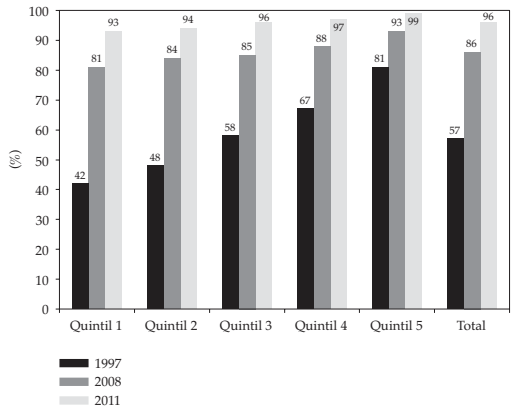
También, es necesario hacer un mayor seguimiento del control a la dinámica del gasto en los hospitales públicos, lo cual no es solo un tema asociado al flujo de recursos. Es posible que este sea un tema estructural, los hospitales estén facturando mucho más de lo que el sistema pueda financiar, con lo cual la estabilidad financiera a largo plazo del sistema y de las mismas entidades territoriales entra en discusión.

III. CADENA DE VALOR Y RENTABILIDAD

A. Resultado en salud a partir de la Ley 100 de 1993

Los buenos resultados en cobertura son evidentes. Tal como muestra el Gráfico 1, la afiliación ha crecido rápidamente (especialmente en el régimen subsidiado), al pasar de un 57% en 1997 hasta llegar a una cobertura del 96% en 2012. Aunque dicho crecimiento se concentra en el régimen subsidiado, los esfuerzos en formalización laboral a través del sistema de salud permiten que el desequilibrio entre los dos regímenes por el número de afiliados no sea muy grande. El segundo punto a resaltar del Gráfico 1 es que la población pobre ha sido la más beneficiada, puesto que el mayor crecimiento en cobertura está concentrado en dicha población. Estos resultados se traducen a su vez, en una mejoría en términos de equidad, puesto que hace dos décadas la cobertura estaba concentrada en los empleados formales, junto con sus familias.

Gráfico 1
EVOLUCIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA POR QUINTILES



Fuente: Núñez, Zapata *et al*. (2012).

De igual forma, existen resultados positivos sobre los indicadores del estado y acceso a la salud de los individuos. Un estudio realizado por Fedesarrollo para el Departamento Nacional de Planeación[4], compara el estado de salud de las personas del régimen subsidiado contra un grupo de control, en este caso la población pobre no asegurada ó *vinculados*. Se demostró que los problemas de salud fueron inferiores en las personas del grupo de asegurados comparados con el grupo de vinculados. Por otro lado, este ejercicio mostró que los asegurados tuvieron mayor acceso a la atención médica en comparación con los vinculados, mientras que en hospitalización no se evidencia una diferencia significativa entre los dos grupos.

En este sentido, el sistema ha hecho posible que exista un acceso efectivo a los servicios médicos, lo

[4] Pendiente.

cual permite que los afiliados al sistema de salud puedan hacer un mayor uso de los procedimientos y medicamentos frente al sistema anterior. Además, la equidad es el resultado más sobresaliente de la Ley 100 junto a un aumento significativo de los recursos disponibles en el sistema. Sin embargo, hay varios inconvenientes que de no ser resueltos, pueden poner en peligro la continuidad del sistema, como los relacionados con la asignación y el flujo de recursos y el crecimiento desbordado del gasto No-POS. Estos inconvenientes sin embargo no pueden poner en duda las bondades del sistema en términos de equidad y mejoramiento en los indicadores de salud de los ciudadanos.

B. Cadenas de valor y rentabilidad del sector y sus subsectores

A partir de los estudios de suficiencia que hace el Ministerio de Salud, es posible obtener con detalle millones de registros de todas las EPS, que corresponden a la atención individual de sus pacientes, es decir, las intervenciones, los procedimientos, el gasto, los medicamentos, y los insumos necesarios para su atención. Esta información permitió analizar la composición del gasto y su crecimiento entre 2008 y 2010, clasificado por subsectores. Con este ejercicio, se concluyó que hay un crecimiento en el gasto total en consulta médica (11,5%), en laboratorio clínico (31%), los procedimientos de atención (2,5%) y otros procedimientos (11,6%); mientras que el gasto total en medicamentos POS presentan una caída del 2,5% en el 2010. Para verificar si estas diferencias corresponden a una variación en los precios unitarios o al número de procedimientos, se realizó una descomposición del gasto. De este último ejercicio se concluyó que el número de actividades en consulta, laboratorio clínico, procedimientos de atención y otros procedimientos crecieron por encima del aumento en la afiliación, mientras que el gasto unitario de estas actividades se redujo. Lo que finalmente se traduce en mayor acceso a los servicios de salud para los asegurados.

Por otro lado, se calculó la rentabilidad de cada uno de estos subsectores a partir de la información del Plan Único de Cuentas que cada entidad le reportó a la Superintendencia Nacional de Salud en 2008, 2009 y 2010. Para dicho cálculo, se usaron 2 indicadores: rentabilidad operativa (ROA por sus siglas en inglés), y la rentabilidad del accionista, la cual es medida como la utilidad neta sobre el patrimonio para cada subsector. El ejercicio muestra que hay una gran dispersión en todos los datos, pero que la rentabilidad operativa en promedio fue de 20% para instituciones cardiológicas, 29% para las instituciones de ayudas diagnósticas, 27% para hospitales y clínicas, 26% para laboratorios, mientras que la rentabilidad operativa de las EPS fue del 1% para el promedio de los 3 años. Estas instituciones son muy distintas entre sí, por lo cual queda en discusión la pertinencia del indicador. Por esta razón, también se estimó la rentabilidad del accionista con los siguientes resultados: 15% en promedio para las instituciones cardiológicas, 12% para las instituciones de ayudas diagnósticas, 15% hospitales y clínicas, y un 4% para las EPS.

C. Conclusiones

Si bien una de las más graves falencias del sistema radica en la ausencia de información, el trabajo adelantado permitió identificar algunas tendencias importantes del sector salud en los años recientes y que merecen ser tenidas para los ajustes necesarios que requiere el sistema de salud.

- La composición del gasto en salud de las EPS muestra que las consultas médicas y las operaciones sobre el aparato digestivo han mantenido relativamente estable su participación en el gasto en los últimos años, mientras que los medicamentos y los procedimientos de atención en salud han perdido importancia relativa en el mismo. En este punto se debe mencionar que este gasto es el que está incluido en el POS (los resultados en el gasto No-POS son bastante diferentes en el tema de medicamentos y procedimientos). Por otro lado, los resultados sobre el POS muestran que los procedimientos de laboratorio clínico han presentado un crecimiento elevado en el gasto y que conjuntamente con la consulta médica agrupan más del 50% del total de actividades que realizan las EPS.

  En este orden de ideas, se encontró que la consulta médica y el laboratorio son la base de toda la actividad de promoción y prevención, así como de los programas de atención a las enfermedades crónicas. Es quizás por esto que la demanda inducida en las actividades de la consulta y el laboratorio clínico pueden estarse presentando como un efecto de las actividades de gestión del riesgo en salud, lo cual incrementa el gasto de las EPS pero puede tener un efecto benéfico sobre la salud de los afiliados. A todas luces esto contradice la creencia de que no se atiende a las personas; por el contrario el número de actividades en salud crece a un ritmo mas acelerado que el número de afiliados. En cualquier caso, la evidencia presentada indica que el gasto en salud se ha incrementado fuertemente a través del número de procedimientos en laboratorio clínico que recibe un usuario promedio del sector. Obviamente queda planteada la pregunta si este incremento ha impactado la salud de los asegurados y al mismo tiempo ha generado una reducción de otros componentes del gasto que compensen la gestión del riesgo y generen excedentes para todo el sector.

- Al descomponer el crecimiento del gasto en salud en los componentes de precio y cantidad, se encuentra que en general predomina una mayor frecuencia de prestaciones de servicios de salud. Esta situación puede ser consecuencia de dos cosas: lo primero es la maduración del sistema de salud que se acompaña de una mayor conocimiento de la población acerca de la forma de acceder a los servicios de salud, un fenómeno que se ha reportado en la literatura y debe ser tenido en cuenta a la hora de establecer las políticas públicas referentes al financiamiento de los servicios de salud. Lo segundo tiene que ver con un efecto de demanda inducida por parte de las IPS en Colombia, que se genera como resultado del proceso de aseguramiento y gestión del riesgo en salud, a través de la búsqueda activa

de pacientes con patologías crónicas, por medio de los programas de promoción y prevención. Hacia el futuro deben establecerse los beneficios o perjuicios de estos resultados del gasto. Inicialmente queda planteada la hipótesis de que si es solamente un efecto de demanda inducida, probablemente no haya un beneficio marginal sobre la salud en general y sobre las finanzas del sistema en particular.

Finalmente, cuando se estimó la rentabilidad del accionista se encontró que el sector más rentable son los laboratorios mientras que si se utiliza la rentabilidad operativa los más rentables son los hospitales y clínicas (en este punto cabe aclarar que la dispersión es muy grande); sin embargo las EPS se reconocen en general como las entidades menos rentables del sector. De este modo, cobra relevancia el análisis realizado puesto que incorpora diversos indicadores de rentabilidad, lo cual permite obtener un panorama más amplio de las condiciones en las que se encuentra el sector. Los resultados de la rentabilidad también van en contravía de la creencia convencional de que las EPS han capturado los recursos del sistema; sin embargo, si los datos de los estudios de suficiencia son consistentes, la realidad es otra: existen otros sectores que se están quedando con buena parte de los recursos de la salud. Al parecer las EPS se han quedado con el pecado y sin el género y otros que tienen mayor resonancia y mejor discurso se quedan sin el pecado y con el género.

Evidentemente estos resultados sugieren que se requiere una mayor fiscalización de los recursos y mayores estudios sobre los temas de rentabilidad. Esta rentabilidad incluso puede ser inferior si se toma en cuenta que los datos con los cuales se calcula la rentabilidad, tanto como para la EPS como para la IPS, incluyen los recobros al Fosyga aunque estos no se hayan pagado efectivamente y constituyan una deuda por cobrar de carácter ilíquido en el balance de las entidades acreedoras. Esto puede inflar contablemente la rentabilidad de esas entidades. En otras palabras el problema de glosas y demora en el flujo de fondos, nuevamente surge como un problema que impacta financieramente la cadena Fosyga-EPS-IPS, lo que al mismo tiempo ayuda a desvirtuar la idea de que las entidades de la salud hacen un gran negocio en general. Si bien los escándalos en salud han identificado entidades que si lo hacen, hay quienes se han encargado de generalizar estos eventos, con el objetivo de desestabilizar el sistema que ha avanzado enormemente en cobertura, equidad y acceso, sin que esto último sea reconocido.

La transición hacia un sistema de salud único y universal: Una propuesta para su financiación

Catalina Gutiérrez[1]

Los sistemas de seguridad social financiados con contribuciones se desarrollaron en América Latina desde mediados del siglo pasado y fueron la manera tradicional de financiación de las coberturas de protección social, salud y vejez principalmente. Sin embargo, condujeron a un Estado de bienestar segmentado o a ser una promesa inconclusa para grandes sectores de la población, en particular para los trabajadores independientes e informales, que no tenían acceso al sistema. Más recientemente, desde finales de 1990, se empieza a ampliar de manera voluntaria el sistema contributivo a trabajadores independientes con capacidad de pago. Posteriormente, con miras a lograr la cobertura universal, la tendencia de varios países de la región es hacia el diseño de un componente no contributivo de la protección social financiado con recursos públicos para incorporar a la población informal. Estos diseños han generado una gran polémica, porque desincentivan la contribución de personas con capacidad de pago y en algunos casos generan una atención diferencial entre pobres y no pobres; han derivado en complejos sistemas de administración de los fondos y han promovido la informalidad al encarecer el trabajo formal y ofrecer beneficios sin costo a los trabajadores informales.

Si los sistemas basados en seguridad social para trabajadores formales excluyen a segmentos importantes de la población, y los sistemas complementarios contributivos han mostrado también sus limitaciones, ¿cuál es entonces la mejor forma de financiar los sistemas de salud en el marco de la transición hacia la cobertura universal? En

[1] La presentación resume los resultados del trabajo realizado por la expositora en coautoría con Olga Lucía Acosta Experta de la CEPAL y Eduardo Andrés Alfonso Sierra, Economista - Investigador; y publicado como capítulo en el libro *La Salud en Colombia: logros, retos y recomednaciones. Ediciones Uniandes, Bogotá, 2012*.

Colombia, con frecuencia la respuesta inmediata a esta pregunta es plantear una financiación completa con impuestos generales. La financiación con impuestos generales sin embargo, genera otras distorsiones económicas y puede amentar la volatilidad de los recursos dirigidos a salud al someterlos a sistema de aprobación general del presupuesto.

La discusión dicotómica que ha prevalecido en el debate colombiano sobre si debemos movernos hacia un sistema de financiación por impuestos generales o no, oculta la posibilidad de considerar combinaciones innovadoras. Los países se están moviendo hacia regímenes mixtos, con esquemas innovadores de financiación de los cuales podemos aprender y algunos de los cuales podemos aplicar. Creemos que esta debe ser la dirección que debe seguir el país. Más aún, existe una diversidad de bases sobre las cuales se puede recaudar, y varios países han establecido impuestos especiales de destinación específica. Como lo explicamos a continuación, un sistema mixto puede ayudar a *maximizar el recaudo y mejorar la eficiencia administrativa, disminuir las distorsiones económicas* del sistema actual, y eliminar algunas de las inequidades que aún persisten.

El sistema actual no está siendo efectivo en recaudar lo que nuestro nivel de ingreso permitiría. Para maximizar el **recaudo** es necesario aprovechar la capacidad de pago de todos los colombianos y su disponibilidad a contribuir. La separación tajante entre el régimen contributivo y el subsidiado no permite aprovechar la capacidad de pago de un grupo importante de la población que se encuentra en el régimen subsidiado. Este grupo probablemente no podría pagar el 12% sobre sus ingresos si saliera del régimen subsidiado, pero sí un porcentaje menor. Aprovechar esta capacidad de pago puede ayudar a mantener la viabilidad financiera del sistema. Más aún, el régimen subsidiado afilia al 48% de la población, mientras que en el país solo el 34% está en pobreza. Ello sugiere que hay un número importante de no pobres afiliados al régimen subsidiado, que podría contribuir, así sea mediante esquemas de subsidios parciales a la contribución, como ha sido probado con grupos especiales en Bogotá. Otros estudios muestran que los informales valoran el paquete más de lo que pagan por él, lo que sugiere que hay espacio para que estos contribuyan. El esquema de asignación de subsidios actual es inflexible e incentiva a las personas a quedarse de por vida en el régimen subsidiado una vez ingresan a él. Las modificaciones recientes para facilitar el paso entre regímenes son engorrosas y no atacan el problema de raíz. Más aún, no hay mecanismos de salida del sistema, que estén atados al ingreso de los trabajadores. Es necesario flexibilizar y agilizar el sistema de elegibilidad de subsidios para que la población pueda entrar y salir de este esquema al unísono con su capacidad de pago, y coordinar esta asignación de subsidios con todo el esquema de asistencia social del país. El sistema debe ser cruzado con otros esquemas de control, para poder definir y focalizar mejor quién tiene derecho a subsidios en salud.

Además de lo anterior, hay evasión en trabajadores por cuenta propia y las EPS, como entidades de re-

caudo no tienen ni los incentivos ni los medios para controlar y vigilar la subdeclaración. El sistema necesita continuar con los esfuerzos adelantados para mejorar su eficiencia administrativa y su capacidad de control y vigilancia. Es indispensable unificar las bases de información aún dispersas y hacer los cruces entre estas y otras bases de información como la DIAN. Ya el gobierno está avanzando en esta dirección, pero no se puede minimizar ni descuidar la importancia de esta tarea. Por otro lado, el exceso de fondos (contributivo, subsidiado, especiales y de vinculados) y la complejidad del flujo de recursos, aumentan los costos administrativos.

En cuanto a las **distorsiones económicas** del sistema actual, los resultados de diversos estudios sugieren que la discusión parece estar sobreestimando los efectos de este cambio sobre la formalidad, una característica estructural de economías en desarrollo.

El sistema de recaudo basado en impuestos sobre la nómina, si bien desincentiva la formalidad, lo hace más por el lado de los trabajadores, quienes optan por no contribuir, que por el de las firmas. La eliminación de los impuestos sobre la nómina pagados por la firma y el trabajador traería beneficios en formalidad pero las ganancias son modestas, si se tiene en cuenta que estos impuestos tendrán que ser reemplazados por otras fuentes que también recaen sobre las firmas y/o los consumidores. Los estudios demuestran que las ganancias en formalidad son mayores si se eliminan las contribuciones sobre la nómina pagadas por los empleadores pero no por los trabajadores, similares a los esquemas chileno, israelí y holandés. Mantener la contribución por parte de los trabajadores reduce la cantidad de recursos que se tienen que recolectar por otras fuentes y con ello el impacto negativo sobre la generación de empleo formal de estas nuevas fuentes de recaudo.

No debemos olvidar que la teoría económica nos dice que si los trabajadores valoran el paquete, las contribuciones que pagan sobre este, no introducen distorsiones en la economía. Los estudios revisados para este trabajo encuentran que los trabajadores sí valoran los beneficios recibidos por las contribuciones a salud y por lo tanto están dispuestos a pagar por ellas. En estos casos, en los cuales los trabajadores sí valoran los beneficios recibidos, financiar la seguridad social en salud mediante contribuciones sobre el ingreso laboral de trabajadores no genera distorsiones económicas, y es entonces el mecanismo económicamente más eficiente para financiar la salud.

El impacto de la reforma sería aun mayor si se acompaña por la eliminación de la financiación del SENA, el ICBF y posiblemente de las cajas de compensación con 9 puntos de impuesto sobre la nómina. Esto dejaría solo las contribuciones patronales a pensiones y riesgos profesionales.

El esquema de financiación en salud es verticalmente progresivo en promedio, pero mantiene **inequidades** importantes en el monto de las contribuciones, tanto inequidades verticales entre trabajadores informales y cuenta propia, como

inequidades verticales al interior del sistema subsidiado y entre los pobres. Estas inequidades están asociadas a las reglas de elegibilidad para el sistema subsidiado y al diseño de las contribuciones que es diferencial según la posición ocupacional. Por ejemplo, mientras que un independiente debe contribuir con el 12,5% de su ingreso base de cotización, un trabajador formal solo debe aportar el 4%.

Las experiencias internacionales y la teoría sugieren que existe un espacio amplio para mejorar la eficiencia, la sostenibilidad, la equidad y la mancomunación del esquema actual, combinando lo mejor de los sistemas contributivos con esquemas generales de impuestos sobre la nómina.

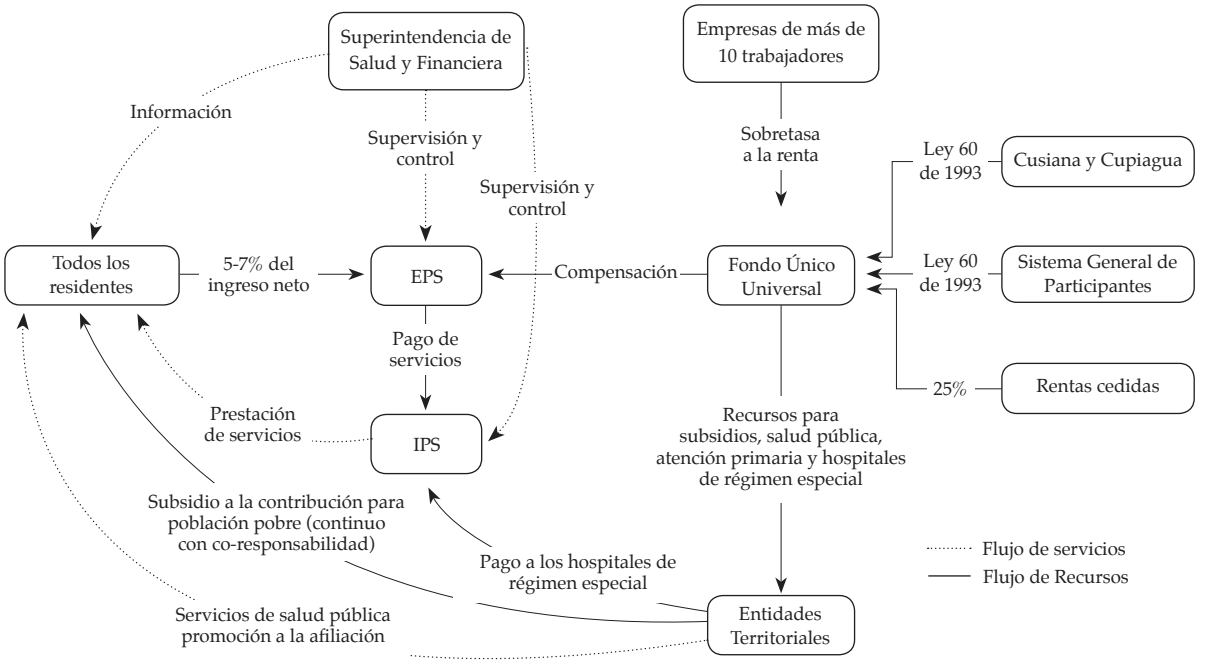
Por todo lo discutido en este capítulo, creemos que el país debe moverse hacia un régimen único de aseguramiento financiado con diversas fuentes. Resulta indispensable eliminar la segmentación entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo, de tal forma que todos los colombianos tengan acceso al mismo paquete, a los mismos prestadores, a los mismos aseguradores. Todos los colombianos deben contribuir de manera proporcional a su capacidad de pago, independientemente de su categoría ocupacional o situación laboral. Esta unificación permite un sistema único de administración que simplificaría significativamente el esquema actual y facilitaría su vigilancia y control.

Para esto es indispensable eliminar la asignación individual de las contribuciones de las firmas. Es decir, las firmas no contribuyen a nombre de un trabajador específico, sino a un fondo común -que mancomune los recursos aportados por trabajadores y firmas, y los impuestos nacionales-, que después se distribuye entre toda la población. La eliminación del impuesto sobre la nómina pagado por la firma puede ser reemplazado con un aumento del impuesto de renta o una sobretasa del impuesto de renta pagado por las firmas. El cambio debe resultar, en promedio, neutral para los empleadores: en vez de pagar sobre la nómina ahora pagaría más por renta.

La contribución obligatoria de todos los colombianos en proporción a su ingreso no está exenta de dificultades, entre ellas quizás la más importante es el control de la evasión y la elusión. Además de continuar con los avances que en esta materia está haciendo el gobierno, se pueden explorar diferentes alternativas, como atar la cotización al estrato socioeconómico.

La Figura 1 ilustra cómo funcionaría un régimen único de salud. Una parte de los fondos provendrían de contribuciones de todos los ciudadanos o residentes. Estos pagarían entre el 5 y el 7% de su ingreso, independientemente de si son asalariados o cuenta propia. Para quienes no tienen capacidad de contribuir, el Estado les otorga un subsidio a la contribución obligatoria. Este subsidio debe ser continuo, reduciéndose paulatinamente a medida que aumenta el ingreso del trabajador hasta hacerse nulo a partir de cierto nivel de ingresos. El subsidio puede ser canalizado a través de las entidades territoriales y coordinado con, o apoyado en, el sistema existente de pago de subsidios de transferencias condicionadas. Esto facilita la

Figura 1. PROPUESTA: ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN DE UN RÉGIMEN ÚNICO EN SALUD



Fuente: Los autores, construcción propia.

focalización, la coordinación de beneficios a la población pobre y la disminución de costos frente al montaje de un sistema separado para transferir el subsidio. Más aún, permite establecer mecanismos de corresponsabilidad y salida consistentes con el resto de sistema de asistencia social a la población pobre.

Para enfrentar los estados de pérdida de empleo temporal o discapacidad permanente, será necesario establecer mecanismos paralelos de seguros de desempleo y protección al cesante para toda la población, que cubran directamente las contribuciones a salud en caso de pérdida de empleo. Puede incluso pensarse en un esquema en el cual parte de la contribución individual obligatoria a salud financie un seguro que garantice el pago de la contribución a salud en caso de los cesantes.

Los ciudadanos deben poder escoger cualquier EPS que deseen, independientemente de si reciben subsidio o no, y hacer su contribución directamente a estas, o a un fondo universal que se encargará de remunerar a cada EPS de acuerdo con las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de sus afiliados, bajo el esquema de aseguramiento.

Los impuestos sobre la nómina para las firmas se deben eliminar y reemplazar por un incremento en la tasa a la renta o por una sobretasa de desti-

nación específica para salud. Esta última opción le da una mayor estabilidad a los recursos. Estos recursos se trasladarían al fondo universal, el cual los transferiría a las EPS a través de un mecanismo de compensación como el actual.

Las EPS seguirían actuando como compradoras estratégicas de servicios y agencias aseguradoras. Algunos hospitales requerirán de transferencias directas de la nación para su funcionamiento, pues no cuentan con una población lo suficientemente grande para cubrir los costos fijos. Sin embargo, estos hospitales son indispensables para asegurar la oferta en zonas apartadas.

El país debe trabajar en reducir y unificar el número de regímenes, y estudiar si hay ganancias en reducir del número de fondos de recaudo/aseguramiento, pues algunos se duplican entre ellos y aumentan los costos de transacción. Debe haber una integración paulatina al régimen único para nuevos trabajadores de los regímenes especiales. Si lo desean, los empleadores de estos regímenes pueden ofrecer planes complementarios sobre el POS, pero sus afiliados deben contribuir con el 5 al 7% al régimen general, como el resto de los colombianos, de manera equitativa.

Creemos que esta propuesta soluciona varios de los problemas del sistema actual y que el país debe pensar seriamente en avanzar en dirección de un sistema unificado y en mejorar la eficiencia en la administración de los recursos recaudados. Todo ello contribuirá al logro de los objetivos intermedios del sistema de salud, y por lo tanto a una mejor salud para todos los colombianos.

Sistema de Salud, Equidad y Fallos de Mercado: ¿ajuste estructural o regulatorio?

Fernando Ruiz[1]

En este escrito se hace una diferente aproximación al análisis del sector salud, no de carácter macroeconómico sino microeconómico. Se centra en las condiciones de los agentes, en particular de los consumidores y usuarios de los servicios de salud, así como de los impactos que el sistema está logrando y podría generar en términos de equidad. Los resultados que se presentan a continuación resumen tres proyectos que se han realizado en el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). El primero de ellos tuvo el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud, el segundo contó con respaldo del Banco Mundial, ambos sobre la inequidad y progresividad del sistema. En tercer lugar, las reflexiones de un libro escrito en compañía de Miguel Uprimny recientemente lanzado, en el que se hacen algunos planteamientos frente al futuro del sistema y su sostenibilidad[2]. Este último resultado de una investigación financiada por Asocajas y la Pontificia Universidad Javeriana.

Para iniciar, vale la pena traer a colación una reflexión hecha por William Hsiao, uno de los mejores conocedores sobre el sistema de salud colombiano, quien reconoce que la reforma colombiana es única porque movió dos botones al mismo tiempo. El primero de ellos se refiere a la transformación del esquema de financiación, estrategia que se diseñó buscando el acceso a la seguridad social y la equidad, y un segundo botón, el cambio concurrente de la operacionalización de los servicios de salud

---

1 Este documento que resume la exposición de Fernando Ruiz, Director del Centro de Proyectos para el Desarrollo de la Universidad Javeriana, Cendex fue elaborado por María Alejandra Peláez, Asistente de Investigación de Fedesarrollo.

2 El libro al que se hace referencia se titula "Sistema de Salud y Aseguramiento Social: Entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio".

dentro del sistema implantando un modelo de aseguramiento y que buscaba la eficiencia.

Antes de la reforma de 1993 existía una gran inequidad de carácter regional, tal que el porcentaje de necesidad final no atendida exhibía diferencias abismales entre la Zona Oriental y Central del país y la Costa Pacífica (Cuadro 1). Situación que también se repetía al comparar por quintiles de ingreso pues para el primer quintil el indicador de atención era de 67 mientras para el quintil más rico era 0,7. Esta clase de inequidades motivaron la reforma de salud que se introdujo con la Ley 100 y que dio pie al sistema que tenemos hoy en día, después de 20 años.

Cuadro 1
CONDICIONES DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ANTES DE LA REFORMA DE 1993

Variable	% Necesidad final no atendida	
	Cualquier persona	Médico
País	44,5	63,3
Región		
Atlántica	39	57,9
Oriental	61,6	75,1
Bogotá	23,2	33,8
Central	45,3	67
Pacífica	38,6	63,2
Ingreso		
de 36.000	67	84
36.000-59.999	57,5	75,6
60.000-119.999	38,5	60
120.000-299.999	28,5	45,2
300.000 y más	0,7	15,7

Estudio Sectorial de Salud 1990.
Fuente: Pabon, A. & Cols (1984).

En el Cuadro 2 se muestra la interesante evolución de distintos indicadores que resulta destacable de acuerdo a la información de la Encuesta de Calidad de Vida 2003, 2005 y 2008. Por ejemplo: la cobertura de aseguramiento social -que hoy está alrededor de 96%-. En el periodo hay reducción de la percepción de presencia de enfermedad crónica así como del estado "menos que bueno" (el cual ha disminuido cerca de 5 puntos porcentuales). Se evidencia incremento de la demanda de consulta ambulatoria (que tiene que ver con el tamaño del paquete y los propios incentivos hacia la inducción de demanda) y la tasa de servicios hospitalarios se ha mantenido en 8% anual. Esta resulta 2 puntos más alta que el promedio de América Latina (en México está alrededor de 6,2% y la de España se ubica en 9%). Estas cifras indican que el sistema en Colombia, o por lo menos la hospitalización en este caso, se está acercando a los indicadores de un país de ingreso alto. Otros cambios notables se evidencian en el suministro de medicamentos (del 53 al 79% en 5 años). En contraste, los días de espera para una consulta especializada se han incrementado en cerca de 4 días y dicho aumento resulta preocupante ante la amplia dispersión de este promedio presente en el indicador[3]. También se identifica una reducción importante en el gasto agregado de bolsillo, tanto per cápita, como aquel específico ligado a los servicios hospitalarios.

[3] La desviación estándar del promedio de días de espera para remisión o consulta a especialista es de 19,7 días para 2010.

Cuadro 2
EVOLUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES RELACIONADOS CON EL ESTADO DE SALUD

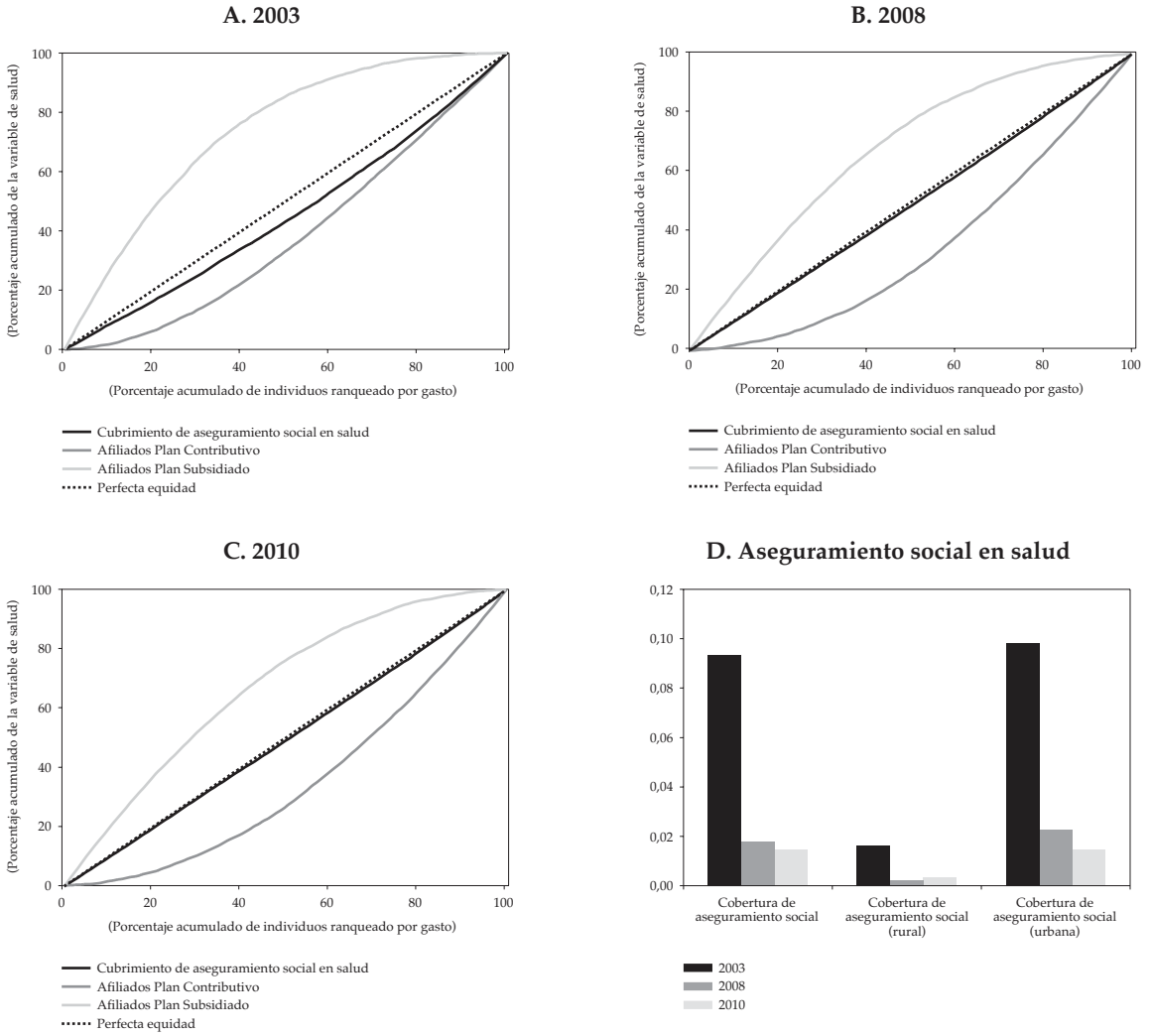
	2003	2008	2010
Estado de Salud			
Estado de salud (menos que bueno)	34%	29%	26%
Presencia de enfermedad crónica	19%	15%	15%
Aseguramiento social en salud			
Cobertura de aseguramiento social	64%	87%	88%
Utilización servicios salud			
Consulta médica preventiva anual	47%	54%	53%
Consulta ambulatoria	69%	78%	78%
Servicios hospitalarios	8%	7%	8%
Calidad del servicio de salud			
Médico general especialista (menos que buena)	23%	23%	17%
Servicios hospitalarios (menos que buena)	18%	17%	12%
Suministro total o parcial de medicamentos	53%	75%	79%
Días de espera: consulta médica u odontológica	1,9	3	3
Días de espera: consulta especializada	10,9	12,5	14,3
Gastos en salud (Deflactado con IPC de 2010)			
Aportes a seguridad social en salud	$ 68.608	$ 70.009	$ 71.148
Gasto de bolsillo servicios ambulatorios	$ 53.444	$ 24.878	$ 24.370
Gasto de bolsillo servicios hospitalarios	$ 259.883	$ 130.354	$ 135.359
Gasto de Bolsillo per cápita (mes)	$ 32.917	$ 19.869	$ 19.9400

Fuente: Ruiz F., Zapata T., Garavito L. (2012).

Con frecuencia se escucha que si bien ha aumentado la cobertura de aseguramiento, esta no se ha transformado en un efectivo mejoramiento en el acceso a los servicios de salud. Cuando se analizan los resultados en términos de equidad en el acceso muestran una realidad diferente. Para entender los gráficos de concentración que se presentan a continuación, la línea de los 45% (punteada) del Gráfico 1 (Paneles A, B y C) representa la perfecta equidad, y las variaciones de la curva hacia los lados representan la -tendencia que afecta a la población más rica o más pobre. Una curva de concentración desviada por encima de la línea de equidad indica una concentración pro-ricos del indicador, por el contrario, la desviación por debajo de la línea significa afectación de la población más pobre.

También se muestra un índice de inequidad horizontal (IIH) (Panel D), el cual representa en condiciones de igual necesidad, cuál es la distribución de la población donde un índice cercano a 0 o de 0 mostraría la equidad perfecta.

Gráfico 1
EQUIDAD EN LA COBERTURA DE ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD



Fuente: Ruiz , F., & Zapata , T. (2012).

Los gráficos anteriores muestran cómo en la práctica existe un sistema de aseguramiento social dual, donde la población más rica ha tendido a estar concentrada en el régimen contributivo mientras que la población más pobre se ha concentrado en el régimen subsidiado. Ante esta realidad, vale la pena preguntarse si la situación actual con un Plan Único Obligatorio de Salud (POS) representa una oportunidad para la operativización, de un sistema integrado de aseguramiento social. Esto posibilitaría un modelo de *risk pooling* con mayor integración entre las operaciones que permitiría

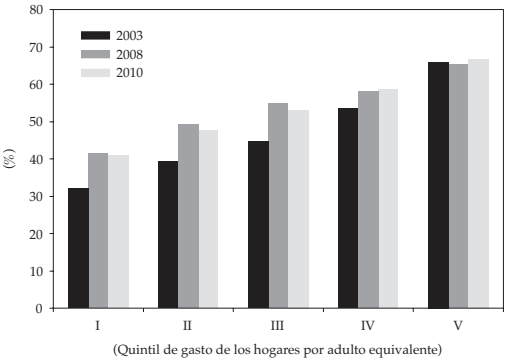
reducir costos de transacción y diluir el riesgo, superando parcialmente el problema de mancomunación fragmentada que aqueja al sistema colombiano.

En lo que concierne a cobertura de aseguramiento social, los avances se han hecho evidentes y en el ámbito rural se presenta casi completa equidad (Gráfico 1D) ¿Cómo se traduce esto en utilización? La utilización de los servicios de salud en las curvas muestran una tendencia hacia la equidad, con mejoramiento en los años 2008 y 2010, resultado probablemente ligado al crecimiento en la afiliación al régimen subsidiado que se experimentó durante los mismos años. Sin embargo hay diferencias entre poblaciones que resultan preocupantes cuando se descomponen estas cifras por quintiles de ingreso: en las consultas de tipo preventivo la participación de los quintiles más altos es más elevada que si se compara con la de los más bajos (Gráfico 2A). Así mismo, la consulta o remisión al especialista por un problema de salud manifiesto, es muchísimo más baja en los quintiles más pobres (10-20%) que en los del quintil más altos (40%), el acceso para estos últimos es mayor (Gráfico 2B). Dichas situaciones reflejan diferenciales amplios en las condiciones de salud de las distintas poblaciones. A pesar de lo anterior, vale la pena destacar los resultados que se extraen del Gráfico 2C que permite ver un avance en equidad entre el año 2002 y el 2010 en la consulta ambulatoria por problema de salud manifiesto.

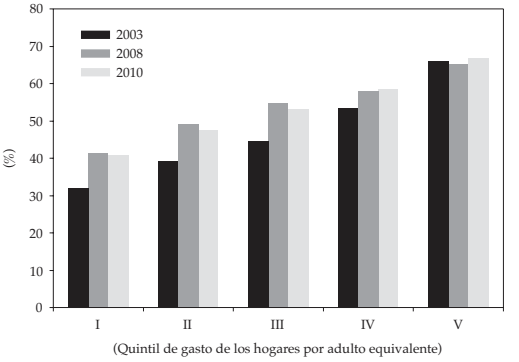
Respecto a la equidad del gasto de bolsillo se observa que hay una mayor distribución hacia la gente más rica (con un mayor aporte en las con-

Gráfico 2
EQUIDAD EN UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

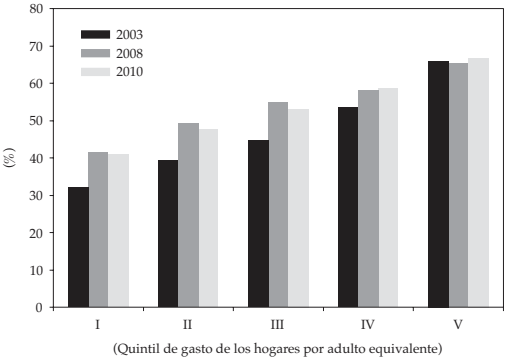
A. Consulta médica preventiva, anual



B. Consulta o remisión al especialista por problema de salud manifiesto



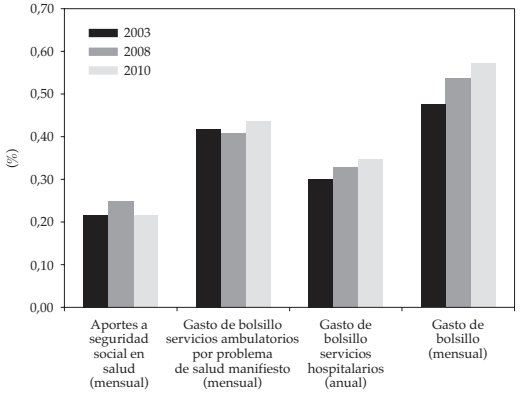
C. Consulta ambulatoria por problema de salud manifiesto



Fuente: Ruiz , F., & Zapata , T. (2012).

tribuciones) tanto en el gasto bolsillo ligado a lo hospitalario como el gasto mensual agregado, situación que al parecer ha permanecido en los años de observación pero es fiel reflejo de un sistema que ha hecho un gran esfuerzo por acopiar todos los recursos hacia objetivos de carácter progresivo. Sin embargo, en términos de progresividad y aplicando un índice de Kakwani las contribuciones a la seguridad social muestran una mejora en equidad y una alta progresividad pero el gasto de bolsillo aún muestra algo de regresividad, aunque la situación tiende a mejorar para 2010, (Gráfico 3).

Gráfico 3
GASTO EN SALUD



Fuente: Ruiz , F., & Zapata , T. (2012).

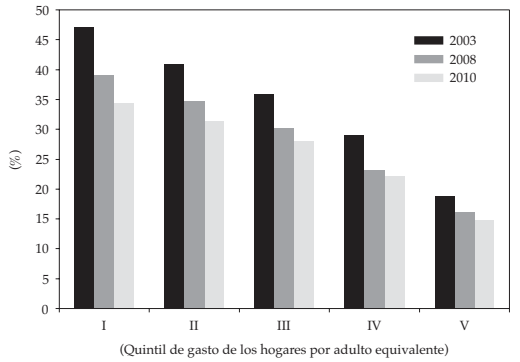
En lo relacionado con el estado de salud, la respuesta a la oferta y el ajuste de riesgo (ese otro botón que movió el sistema según Hsiao), la inequidad en el estado de salud muestra diferencias que se manifiestan en una mayor proporción de autopercepción de estudio de salud "menos que bueno" en los quintiles más pobres. Esto se ha mantenido en los años de observación, y el índice de inequidad horizontal es negativo para esta población. Caso contrario sucede con la presencia de enfermedades crónicas, en los quintiles más altos donde esta persiste, hecho que resulta paradójico y difícil de explicar. No obstante, en un reciente estudio de Ruiz y Vecino[4] y usando los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) se encuentra que en Colombia hay un 30% de diabetes no detectada; esa concentración es más alta en la población más pobre, lo que indica que se puede estar escondiendo el hecho de que las personas de mayores ingresos que han tenido mayor acceso al servicio tengan una mayor probabilidad de diagnóstico que la población de menores ingresos. Al desagregar esto por quintil de ingreso (Gráficos 4A y 4B) se observa que en el quintil más bajo hay una mayor proporción de la población en un estado "menos que bueno".

Desafortunadamente es muy escasa la información continua sobre consumo de servicios de salud, o existe la tendencia a no utilizar o no conciliar (subuso) de la información disponible. Sin embargo, el Cuadro 3 con información del estudio de 2005, muestra que hay efectos en el largo plazo que tendrá que enfrentar el sistema. La diferencia entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable son muy sugerentes de esta situación. Según el estudio de Carga de Enfermedad 2005, la

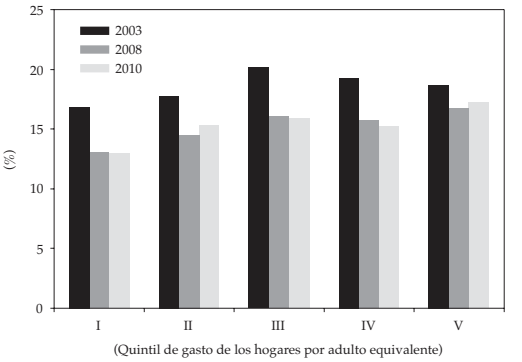
[4] Vecino-Ortiz A. I, Trujillo A. J, Ruiz F. (2012). Undetected diabetes in Colombia. *International Journal of Public Policy*, Vol. 8, Nos. 4/5/6

Gráfico 4
INEQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD POR QUINTIL DE INGRESO

A. Estado de salud (menos que bueno)



B. Presencia de enfermedad crónica



Fuente: Ruiz , F., & Zapata , T. (2012).

población en Colombia vive 18 años con esperanza de vida con discapacidad, mientras en Australia la expectativa de vida con discapacidad es menor 8 años. Esto con esperanzas de vida de 73,3 años y 80,7 respectivamente. Ello indica una significativa acumulación de carga de enfermedad en Colombia, que seguramente está concentrada en la población más pobre, lo cual representa un reto del sistema de corto y largo plazo. Esa acumulación de carga debe principalmente a lesiones trauma de guerra y trauma por accidentes de tránsito, traumas permanentes y en especial por enfermedad crónica. Es una situación de transición incompleta por concurrencia de transición demográfica con envejecimiento, transición epidemiológica y acumulación residual de enfermedades infecciosas y afecciones prenatales en algunas regiones del país En el departamento de la Guajira las tasas de mortalidad materna desnutrición infantil y enfermedad diarreicas aguda son 3 a 5 veces más altas que en el resto del país, mientras en las áreas urbanas hay creciente prevalencia de enfermedad crónica.

Cuadro 3
ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE, COLOMBIA Y AUSTRALIA

Indicador/años	Colombia 2005	Australia 2003
Esperanza de vida total al nacer	73,3	80,7
Esperanza de vida saludable al nacer (EVISAs)	55,3	72,9

Fuente: Estudios de carga Australia 2003 y Colombia 2005.

Los problemas en la calidad de los servicios tampoco se pueden obviar. Hay una agenda por desarrollar pues existen efectos tanto en términos de condiciones de demanda como en días de espera y de percepción de que la calidad los servicios hospitalarios no son los que esperaría la población. Existe, sin embargo, una mejora en suministros de medicamentos la oportunidad para los servicios ambulatorios

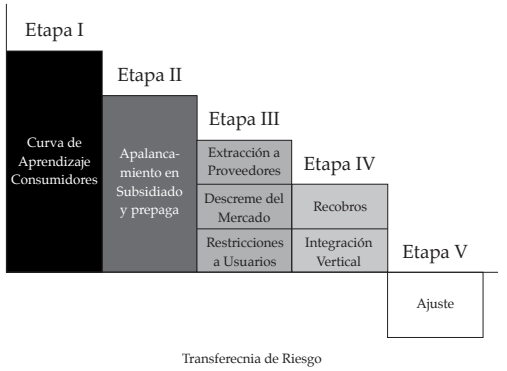
y hospitalarios. Es lamentable que en Colombia no haya información sobre la oferta de servicios de atención de salud privada, la información de hospitales públicos es entonces la que se utiliza para tomar decisiones. Esta tiene algunas deficiencias que no se pueden dejar de lado. De otra parte, más del 78% de la oferta de mediana y alta complejidad es privada y no hay información adecuada sobre sus indicadores de producción de servicios.

Las fallas de mercado son un problema sustancial y están centradas en el asegurador, que es el articulador y el mensajero de buenas y malas noticias del sistema, un mal funcionamiento del sistema de aseguramiento del país no es sintomático de que el asegurador esté enfermo sino de que hay problemas en la integralidad del sistema. Es necesario ver las cosas con mayor profundidad porque la solución no está en matar al mensajero de las malas noticias. Las fallas del mercado y el modelo regulatorio son las áreas donde se ha hecho menos la tarea. Existen serios problemas de abuso moral, (pacientes que abusan de mecanismos de tutela, grupos médicos, laboratorios farmacéuticos, aseguradores e incluso desde la legislación). Se incentiva el sobreconsumo y en el mercado institucional, se promueve la sobreutilización. El actual sistema está concentrado en riesgo y por ello es necesario estudiar la inducción de demanda y las condiciones de descreme del mercado, entre los propios aseguradores. Estos fallos se han vuelto incluso estructurales. Es necesario pasar del *risk pooling* al *risk management*.

¿Cómo ha venido compensando el sistema este riesgo? Si bien la financiación del sistema de salud es importante, es necesario revisitar la conformación del riesgo en salud en el sistema. En los sistemas de salud no solo se transan servicios, precios y valores monetarios sino que se intercambia el riesgo. Esta aproximación es aún precaria en el modelo regulatorio del sistema. Hasta el momento se ha compensado el riesgo con una serie de estrategias de compensación que se inician con el margen de utilidad derivada de la curva de aprendizaje de los consumidores, con posterioridad se apalancó en el subsidiado y la prepagada, hay aseguradores que hicieron utilidades que luego consumieron, como regulador, encontrando las estrategias para la extracción de rentas, infraestructura integrada verticalmente y en una tercera etapa hubo descreme de mercado, restricción a los usuarios y extracción a proveedores que se ha mantenido seguramente. En la cuarta etapa se abrió esta ventana en 2001 -2002 para oxigenar el sistema través de los recobros. Estrategia que hizo patente la ruptura del esquema de mancomunación de riesgo en el aseguramiento (*risk pooling*). Parecería que entramos en la etapa de ajuste (Esquema 1). Es necesario comprender la naturaleza del ajuste institucional, pues tiene efectos sobre la gobernabilidad del sistema y afecta la confianza de los agentes del Estado transformándolos en la propia confianza de los diferentes agentes.

En el sentido de la confianza, en un análisis reciente de Ruiz *et al.* (2012), se le preguntó a los diferentes agentes sobre la percepción a partir del diseño vigente cruzado de los demás agentes frente al dilema del sistema : si era un problema estructural (este no tenía solución) o si era un problema regu-

Esquema 1
PROGRESIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AJUSTE DE RIESGO EN EL ASEGURAMIENTO SOCIAL



Fuente: Presentación Ruiz 2012.

latorio y se podía ajustar en términos de adecuada regulación del sistema. También se preguntó si esos agentes tendrían flexibilidad o inflexibilidad. Los resultados evidencian que hay una severa polarización tanto en los gremios como en los grupos académicos. El paciente prácticamente se ubica en la mitad con una vocería contada sobre sus propias preferencias de lo que debería ser el sistema de salud. Se necesita abordar la gobernabilidad del sistema con una estrategia de largo plazo donde no primen las estrategias para captura del Estado en sus tres poderes sino que se busque operar y generar direccionamientos de consenso.

Por último, es importante construir una senda de ajuste. A continuación se esbozan 4 puntos importantes en este respecto:

- El Estado a través de sus diferentes agencias debe estructurar una regulación neutra y concertada desde los objetivos del sistema. Pues se regula desde los tres poderes, es desde diferentes instituciones del Estado. Hay competencia regulatoria desde diferentes agentes del Estado y existe una hipernormatividad: No hay senda clara regulatoria con unos objetivos de mediano plazo que indiquen el camino técnico para el ajuste.

- Debe mejorarse la capacidad técnica de los aseguradores y orientar su accionar hacia la gestión de riesgo en salud. El sistema de aseguramiento social es fundamental para el funcionamiento del sistema de salud. Los sistemas de salud se cambian cada veinte años sin exponerse a inmensas pérdidas de bienestar, reflejadas en inequidad que afectan a los más pobres. La gradualidad con base en resultados, de evaluación y redefinición de metas. Es necesario tener una consciencia clara sobre lo que puede el sistema con su apalancamiento financiero.

- Debe consolidarse información suficiente sobre la capacidad instalada del sistema de prestación y deben generarse incentivos para lograr mayor eficiencia a través de modelos de contratación y pago orientados a los resultados de salud y el desempeño con menores costos de transacción. Hay que abordar y profundizar en ¿Qué está pasando en el subsistema de prestación en Colombia? ¿Cuáles son los incentivos existentes? Si el sistema de pago por evento genera incentivos a la inducción de demanda hay que pensar en otros sistemas de pago, por ejemplo por *case mix* de enfermedad y procedimiento principal con

el fin de hacer mejor uso de la infraestructura existente e integración del riesgo.

- Reposicionar el sistema de salud, concentrando sus objetivos más allá del aseguramiento. Vale la pena destacar que el sistema de seguridad social y de salud son diferentes. Si bien complementarios son de naturaleza diferente. El sistema de salud necesita actuar sobre determinantes sociales para reducir la carga de enfermedad y posibilitar la sostenibilidad financiera a largo plazo del sistema, es en la intervención del Estado, en acciones preventivas y promoción de la salud o generación de programas nacionales o territoriales donde se efectúa y sustancialmente las condiciones que generan enfermedad y con ello la viabilidad de largo plazo de sistema de salud.

REFERENCIAS

Acosta Ramírez, N., Peñaloza, E., & Rodríguez García, J. (Octubre de 2008). Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Documento Técnico ASS/1502-08. *Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX. Pontificia Universidad Javeriana*.

Ruiz , F., & Zapata , T. (2012). Hacia La Cobertura Universal en Salud en América Latina y el Caribe: Estudios de Caso sobre Medición de Inequidades en Salud- Caso Colombiano. *Banco Mundial en preparación*, 1 - 46.

Ruiz , F., Zapata, T., & Garavito , L. (2011). The Colombian Health Care System: Results in Equity and Progressiveness 2003 - 2008. *Pan Americana Health Organization (PAHO) en preparación*. 1-24.

Ruiz, F., & Uprimny, M. (2012). *Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.

Vecino, A., Trujillo, A., & Ruiz, F. (2012). Undetected diabetes in Colombia. *Int. J. Public Policy, 8*, Nos. 4/5/6.

Panel de discusión: Sostenibilidad financiera de la salud en Colombia

Norman Julio Muñoz[1]
Viceministro de Protección Social

Tres elementos a destacar de las presentaciones anteriores. En primer lugar, un tema clave es la gestión del riesgo. El tema de gestión de riesgo no solo es un tema de simple aseguramiento, es un tema que involucra las IPS, entidades territoriales, aseguradores, entre otros actores y por lo tanto todos deben estar en la misma lógica. Elementos como la transición demográfica son centrales pues genera en el futuro un incremento importante en la demanda de los cuidados de la población, de medicamentos de mayor tecnología, ayudas técnicas, entre otras necesidades.

En ese sentido, se debe empezar a hacer énfasis en: i) el uso racional de las tecnologías, en este tema en Colombia hay una libertad generalizada en donde no hay control preciso de la entrada de las tecnologías; ii) la creación del Instituto de Evaluación de Tecnologías es un paso importante pero que requiere un desarrollo más sofisticado; iii) un modelo de gestión distinto para el manejo de enfermedades crónicas, existen algunos tipos de enfermedades que, incluso con la mejor distribución de riesgo, son inviables para el sistema en el mediano y largo plazo; y iv) formas de pago por desempeño que, sin ser evidentes en el sector actualmente, podrían generar incentivos diferentes en toda la cadena de actores del sistema.

Un segundo elemento es la sostenibilidad financiera del sistema en el largo plazo. Se necesita hacer más sencillo todo el modelo de financiamiento del aseguramiento, porque su diversidad de fuentes

[1] Este documento es el resumen de la exposición de Norman Julio Muñoz, Viceministro de Protección Social, preparado por Claudia Quintero, Asistente de Investigación de Fedesarrollo.

y de canales de transmisión es la que explica los problemas en los flujos de los recursos. El sistema probablemente va a ser un modelo de compensación generalizado, lo que va a cambiar en el futuro las fuentes de financiación.

Adicionalmente, la gestión diferente de lo No POS es central pues desde el punto de vista financiero genera un desbalance importante en la operación y no permite hacer una mirada inteligente de este fenómeno. Aunque los diferentes actores compran lo mismo, negocian los precios de manera individual; esta situación, a través de mecanismos centralizados, podría lograr escenarios de escala. En el tema de recobros, la posibilidad de incluir topes máximos se debe hacer de manera progresiva, a través de tres vías: i) Incluir en el POS lo que en verdad se necesita, lo que implica revisar cosas que se incluyen inadecuadamente; ii) evaluación clara de tecnologías que llegan al país (*e.g.* cómo y cuándo entran al sistema); iii) desarrollo de la creación de las juntas técnico-científicas, que permite la participación de un tercero distinto que no tiene incentivos diferentes a garantizar el acceso a los servicios que son.

Por otra parte, las reflexiones sobre la regulación del sistema en las anteriores presentaciones son fundamentales con respecto al incremento del No POS e incluso al interior del POS, donde hay comportamientos atípicos que no son consistentes con la lógica de eficiencia que se espera del sistema. Surgen recomendaciones interesantes que se deben empezar a revisar de cara a la discusión de las condiciones de habilitación de las empresas promotoras de salud.

Frente al tema de sostenibilidad en el contributivo, desde el punto de vista del análisis de las fuentes y usos, se encuentra que a pesar de que en el año 2010 no había respaldo patrimonial, en la actualidad sí se cuenta con este. Sin embargo, que hoy se cuente con el respaldo no quiere decir que no hay vulnerabilidad financiera en esa cuenta. Si no se siguen introduciendo los cambios que se necesitan en temas como la gestión del No POS, la subcuenta no va a tener la forma de garantizar una sostenibilidad financiera de corto y largo plazo.

Por último, el tercer elemento se refiere al tema institucional. Resulta importante profundizar la regulación. En ese sentido se han venido tomando decisiones institucionales para lograr una regulación más simple, clara y contundente. Ejemplos como el sector de energía son buenos pues este sector estaba en una situación crítica y mediante un adecuado proceso de regulación hoy tiene muy buenos resultados y avances importantes. En cuanto a la Ley Estatutaria, esta es necesaria pero hay que tener cuidado. Los temas a concretar en ella son específicos, se puede correr el riesgo de incluir temas adicionales que no ayuden a lo que busca finalmente esta Ley.

Diana Pinto[1]
Investigadora del Banco Interamericano de Desarrollo-BID

Salud pública y gobernanza. Otros temas a poner sobre la mesa

En los trabajos expuestos durante la primera sesión del debate se presenta evidencia y argumentos que conducen a un análisis balanceado, orientado a la solución de la problemática del sector. Adicionalmente, se observan muchos elementos constructivos y propuestas innovadoras en cuanto a financiación, y se desmitifican conceptos como la integración vertical. Los autores plantean opciones de política interesantes que finalmente pueden conducir al sector hacia su objetivo principal: mejorar la salud de los colombianos. A lo largo de las presentaciones se corroboran los importantes logros en materia de salud, equidad, protección financiera y acceso a los servicios que se han alcanzado en el sistema durante la implementación de la Ley 100. Es importante que el actual debate en torno al sistema de salud, cuente con un marco que defina cuál debe ser la orientación estratégica del país para abordar el perfil epidemiológico actual del sistema de salud. Esto es fundamental, los ajustes que se planteen deben resolver la problemática de salud del sector, e identificar cuál es la organización óptima para ello. El sistema de salud actual afronta un problema común en otros países de la región: la doble carga a enfermedad. Esto significa que se deben resolver problemas de enfermedades crónicas, aun cuando no se han resuelto problemas como morbilidad y mortalidad infantil, materna y enfermedades infecciosas.

La experiencia de la mayoría de los países indica que para enfrentar la doble carga de enfermedad existen dos estrategias claves. En primer lugar, las reducciones más significativas en mortalidad por enfermedades crónicas requieren acciones preventivas que reduzcan los factores de riesgo comunes de estas. Estas acciones incluso no corresponden directamente al sector salud. Por ejemplo, 80% de la carga de enfermedad ocasionada por enfermedades cardiacas, cardiovascular, diabetes, entre otras, pueden ser reducidas por medio de otras estrategias como restringir el consumo de alcohol, tabaco, sal, grasas saturadas y el incremento de la actividad física.

Por otro lado, hay consenso en que los modelos enfocados en la gestión de riesgo, modelos de atención primaria en salud y redes integradas son más efectivos en lograr mejoras en indicadores de la problemática causada por la doble carga.

Existen indicios de que Colombia está encaminada a la adopción de estos enfoques. No obstante, estos modelos implican un reto gigantesco y es fundamental que cualquier sistema de salud, inde-

[1] Este documento es el resumen de la exposición de Diana Pinto, Investigadora del Banco Interamericano de Desarrollo-BID, y fue preparado por Tatiana Aguilar, Asistente de Investigación de Fedesarrollo.

pendientemente del modelo de organización que tenga, cuente con una rectoría fuerte y liderazgo en el sector. Esto implica tener una gobernanza efectiva y adecuada.

Algunos elementos que la literatura de gobernanza identifica como deseables son:

- Contar con una visión estratégica que se traduzca en políticas apropiadas, con reglas claras e incentivos correctos, combinadas con vigilancia efectiva y construcción de consensos y acuerdos.

- Coherencia en el diseño del sistema.

- Toma de decisiones basada en un sistema de rendición de cuentas e información transparente.

Con base en los anteriores elementos, los trabajos mostrados a lo largo del debate y otros estudios relacionados coinciden en que en el sistema de salud colombiano hay diversas fallas relacionadas con la falta de gobernanza. Es importante tener en cuenta que la gobernanza no es una función única del Estado, sino que involucra todos los actores.
Se recomienda hacer un análisis cuidadoso de las propuestas de ajuste del sistema de salud que circulan actualmente, en cuanto a cómo abordan el tema de la gobernanza y su fortalecimiento.

José Fernando Cardona[1]
Presidente de la Nueva EPS

Este debate es importante porque permite aclarar los elementos sobre los que hay que trabajar para responder sobre la sostenibilidad del sistema en Colombia. En primer lugar es necesario precisar que la postura aquí presentada parte de la experiencia de NUEVA EPS.

Para contextualizarlos parto de comentarles que NUEVA EPS tiene unas particularidades específicas: cuenta con recursos públicos y privados, se encuentra en más de 1.090 municipios del país y a la fecha el número de afiliados es de dos millones trescientos mil (El 80% de la población mayor de 75 años del régimen contributivo se encuentran afiliados a la EPS y el 57% son mayores de 45 años cuando el promedio en las EPS es 26%).

El perfil demográfico que maneja refleja el panorama de Colombia en el año 2042. Se trata de una entidad con una alta concentración de riesgo, por el número alto y variado de pacientes con enfermedades crónicas complejas actualmente en tratamiento, y por la concentración de pacientes con patologías de alto costo (Insuficiencia renal crónica, hemofilia, VIH-Sida, cáncer entre otras.

Con lo anotado anteriormente es importante entender que hay diferencias entre los aseguradores y cuando se hacen análisis sobre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no se puede generalizar pues hay particularidades en tamaño, en gestión de servicios, en niveles de integración, en montos destinados a gastos de administración etc. De otra parte, es vital reconocer que existen EPS que atienden afiliados del régimen contributivo o subsidiado o ambos; esta especificidad establece unas características propias de por sí.

Es necesario partir del panorama anterior para realizar las reflexiones pertinentes. La primera de ellas hace referencia al documento del estudio de Fedesarrollo el cual señala que: "***El debate no se debe centrar en cuestionar la validez del modelo de aseguramiento si no por el contrario en diseñar ajustes para consolidarlo***". Frente a este punto se debe hacer una aclaración respecto a la importancia de resolver la tensión que ocurre actualmente en el sector, entre quienes piensan que el problema es un asunto de modelo fallido y quienes consideran que el modelo requiere ajustes pero sigue siendo válido. Actores como La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y la Federación Médica Colombiana consideran que es un problema de modelo fallido y que por tanto es necesario cambiar el modelo; otros agentes entre los que se encuentran los aseguradores creen que es necesario y posible ajustar el modelo.

Es perentorio buscar mecanismos para acercar estas posiciones y lograr una visión de sistema

[1] Esta memoria que resumen la intervención de Jose Fernando Cardona, Presidente de la Nueva EPS, fue realizada por Isabella Muñoz, Asistente de Investigación de Fedesarrollo.

compartida por todos. No necesariamente unanimidad frente a las estrategias para lograrla, pero sí compartir una visión porque de lo contrario será muy difícil lograr que el país avance en el ajuste y mejoramiento del sistema de salud.

El estudio de Fedesarrollo declara que hay que trabajar por ajustar el modelo, lo cual es cierto y existe el compromiso con la agenda planteada en él, pero hay que trabajar buscando mecanismos para lograr tener una visión compartida que permita que el país le apueste a lograr un sistema que proteja financieramente a las familias del riesgo de enfermar, preste servicios dignos para todos los ciudadanos y genere mejores resultados en términos de salud.

Es importante para ello, definir los mecanismos precisos y dar las señales adecuadas. Ejemplo de lo anterior es la acción emprendida por el gobierno para lograr igualar planes de servicios que en vez de ser entendida como un logro para el sistema de salud colombiano se transformó en un gran debate.

La reflexión sobre la sostenibilidad financiera del sistema parte de lograr aclarar si los recursos son suficientes como se declara en el estudio de Fedesarrollo. La pregunta a responder es ¿suficientes para garantizar qué?, si no hay claridad en la canasta de beneficios y esta es infinita es claro que no hay recursos suficientes y no es sostenible el sistema.

La canasta de beneficios y lo que el país está dispuesto a financiar en su sistema de salud debe ser establecido de manera precisa. De lo contrario, si no se hacen ajustes básicos que garanticen su funcionamiento a largo plazo, los recursos siempre serán insuficientes. El país debe definir qué está dispuesto a financiar y qué no, pues cuando garantizamos todo tipo de servicios de manera indiscriminada y la prima no es suficiente, los recursos no alcanzarán y continuarán las tensiones complejas que se están presentando en este momento.

Los servicios no cubiertos hoy en el Plan Obligatorio de Salud (POS) son ilimitados y en ese sentido es necesario aclarar el papel de la justicia dado que es por vía judicial que se está introduciendo la tecnología biomédica en Colombia y se están prestando servicios sociales no financiables con los recursos de salud. En NUEVA EPS hoy se invierten $850 millones de pesos en pañales y cuidadores para personas de la tercera edad, $200 millones mensuales para el pago de transporte de pacientes que no requieren traslado especial o en ambulancia y pagos en educación especial para niños con parálisis infantil.

Un ejemplo ilustrativo es la hemoglobinuria paroxística nocturna, cuyo tratamiento cuesta alrededor de $60 millones de pesos mensuales, en 50 años del Instituto de Seguro Social (ISS) contaba con un solo paciente, en 3 años de NUEVA EPS hay 14. Este tipo de tratamientos no se pagan en países en vía de desarrollo y los jueces en Colombia lo están ordenando.

Es indispensable lograr entender cuál es el papel de la justicia en la introducción de la tecnología. Hoy, a partir de las decisiones de la justicia, los laboratorios y la industria farmacéutica han en-

contrado una punta de lanza para introducirla en el país logrando vender más aquí que en muchos otros lugares.

Adicionalmente, en Colombia se están acabando las familias extensas y los cuidadores están siendo provistos por el sistema de salud. Es necesario aclarar quién financia los servicios sociales que no deberían ser financiados por el sector salud sino que deben buscarse recursos de una fuente de financiamiento diferente.

Si se quiere entonces un sistema de salud sostenible, es imprescindible acotar y decidir las fuentes de financiación además de realizar un cálculo preciso de la prima que responda a las necesidades de todos los agentes del sistema. Estos deben rendir cuentas en diferentes formas, incluyendo los resultados en salud y la gestión de riesgo.

Hay que aclarar que el sistema no es solo el aseguramiento o las EPS, hay acciones desde el gobierno nacional y desde otros sectores que son fundamentales para lograr una mejor salud de los Colombianos. Es claro que las EPS deben aportar, responder por sus responsabilidades y rendir cuentas. Por lo tanto deben salir aquellas que no están actuando de manera correcta o adecuada según las exigencias, pero el sistema en términos de sostenibilidad debe complementarse.

Una última reflexión importante es sobre el tema de integración vertical pues esta es una discusión compleja que debe analizarse juiciosamente. Pensar en un sistema con aseguramiento y cero integración vertical no es viable. Los servicios de puerta de entrada, la organización de redes integradas en territorios, la misma atención primaria en ciertas circunstancias pueden requerir la participación de instituciones de aseguradores o de sus aliados estratégicos. El problema del caso SaludCoop no puede acabar con la discusión pues existen diversas formas de abarcar el reto de integración vertical. Un ejemplo de ello son las acciones hechas desde la disciplina económica de buscar las formas de conocer las estructuras de costos de los proveedores.

Se resalta entonces la importancia de abarcar el tema de la sostenibilidad desde una perspectiva de un sistema que debe complementarse, un sistema que defina claramente qué va a garantizar y qué no según las necesidades de los colombianos y según la disponibilidad de recursos, que cuente con una prima bien calculada y que defina de manera clara qué servicios sociales deben o no estar incluidos en este para poder lograr un funcionamiento correcto.

Diego Fernando Gómez
María Teresa Petro

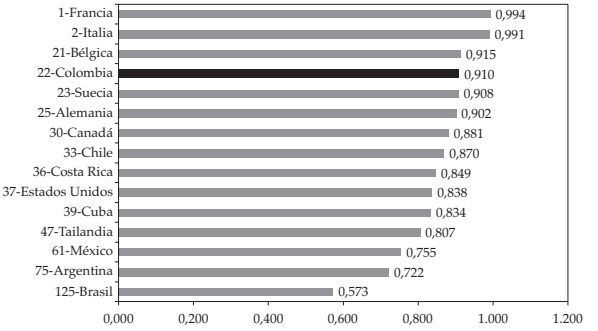
¿Qué tan bueno es nuestro Sistema de Salud?[1]

El propósito fundamental de este documento es discutir en términos comparativos y con evidencia empírica, la bondad del sistema de salud colombiano. Una limitante en la discusión sobre la salud es la capacidad de comparar y evaluar. Es común encontrar que la percepción general de la población es que se tiene "un mal sistema de salud", lo que unido a la paradoja de la insaciabilidad hace que nada de lo que se ha logrado parece ser suficiente. Esta situación, en medio de un fragor mediático proclive a linchamientos extrajuicio, de intereses encontrados de los actores del sistema, y de una discusión fuertemente ideologizada, pone en riesgo severo la estabilidad del sistema. Por lo tanto, solo se pretende contribuir con una evaluación comparativa y unas reflexiones sobre las fallas de mercado y los mecanismos de regulación que estas imponen.

¿Cómo evaluar los Sistemas de Salud?

En un documento ampliamente citado con fechas recientes, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de salud colombiano ocupa el número 22 en el mundo y es el primero en América Latina (Gráfico 1). La fuente real es un trabajo de 2001 que fue fuertemente criticado porque evalúa países con parámetros poblacionales e ingresos diferentes, solo 5 países de los primeros 22 tienen más de 5 millones de habitantes, y se mezclan los aseguramientos y gastos privados con los sistemas públicos de salud. Por estas razones es preferible evaluar el sistema bajo otros parámetros, como por ejemplo la cobertura. Aunque, vale la pena resaltar que aún con el incipiente nivel de consolidación del sistema de salud colombiano en el 2001, este ya se encontraba entre los mejores del mundo.

Gráfico 1
POSICIÓN DE LA SALUD COLOMBIANA SEGÚN LA OMS



Fuente: Tandon, A. *et al.* (2001). *"Measuring overall health system performance for 191 countries"* Paper No. 30, OMS.

En estos momentos muchos países, incluyendo las principales potencias (China y Estados Unidos), están replanteándose la manera de satisfacer las necesidades asistenciales de su población, la cober-

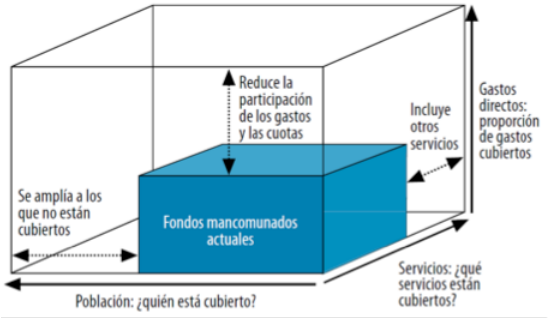
[1] Este documento es el resumen de la exposición de Diego Gómez Sánchez -Miembro de la Junta Directiva IPS Universitaria Universidad de Antioquia, Investigador de ECSIM y Director Fondo Skapital- fue preparado por Sandra Cortés, Asistente de Investigación de Fedesarrollo.

tura sanitaria universal preside los debates sobre la prestación de los servicios sanitarios.

El informe de 2010 de la OMS utiliza el siguiente marco (Ilustración 1) para evaluar el avance de la cobertura en los sistemas de salud, el cual se basa en tres frentes principales: i) ¿Qué porcentaje de la población está cubierto?, ii) ¿Qué servicios están cubiertos dentro del plan de salud? y iii) ¿Cuánto debe pagar el usuario por el servicio de salud prestado?

El sistema de salud colombiano tiene un desempeño sobresaliente en las tres dimensiones. Tiene una cobertura de la población del 92,1% (BDUA, 2011). Los servicios que cubre están por encima de los de Canadá y Europa e incluso incurre en coberturas suntuarias y exóticas. En cuanto a los copagos, en Colombia son simbólicos y no existe la "catástrofe financiera por evento de salud" que es un flagelo para las familias en todo el mundo como señala el informe 2010 de la OMS.

Ilustración 1
MARCO PARA EVALUAR EL AVANCE DE LA COBERTURA DE UN SISTEMA DE SALUD, SEGÚN LA OMS



Fuente: OMS, Informe anual 2010.

En este marco de evaluación, el sistema colombiano es destacable y ampliamente supera a sus pares latinoamericanos. Una reflexión necesaria es ¿Cuánto le cuesta al sistema de salud colombiano lograr esos alcances en la cobertura? En Colombia el gasto per cápita en salud tiene un costo de aproximadamente de 500 dólares al año (Banco Mundial, 2011), mientras que el promedio de la OCDE es 3.233 dólares al año (OCDE, 2009). De igual manera, la participación promedio del gasto en salud como proporción del PIB de la OCDE es de 9,6% y para Colombia este valor se encuentra entre el 7,6% y 9,3% según la fuente utilizada (Banco Mundial, Musgrove *et al.*)

Esto muestra un logro extraordinario del sistema de salud del país, pues no solo alcanza niveles de excelencia en la cobertura sino que además lo obtiene con un nivel de costos envidiables, cambiando así la teoría, que países con mayor cobertura universal suelen tener un mayor gasto sanitario como lo muestran los países de la OCDE. Esto es válido en el sentido que Colombia ha conseguido cambiar la forma de recaudar los fondos para la salud y ha reducido los pagos directos de los usuarios.

Si se evalúa desde la perspectiva del esfuerzo público, de acuerdo a la OMS, Colombia es uno de los pocos países que invierte más del 20% de su presupuesto público en salud. De hecho, países de ingresos similares invierten entre el 10 y el 14%. Además la proporción del gasto en salud del sector público frente al gasto total en salud es del 72,2% (Banco Mundial, 2011), evidenciando que gran parte del gasto en salud es soportado por el sector público.

Otra medida interesante para evaluar la bondad del sistema, es la necesidad de recurrir a subsistemas privados, como es el caso de Francia en donde el 96% de la población complementa el sistema de salud público con un seguro privado, al igual que Brasil y Argentina donde un 45% de la población está cubierta por el sistema de medicina prepagada. Por el contrario, en Colombia el aseguramiento privado es de menos del 5%.

De igual manera, otro punto a favor es el comportamiento del gasto de salud desembolsado por el paciente, el cual ha mostrado una tendencia decreciente desde el 2006 hasta hoy, siendo aproximadamente el 5,1% (gasto de bolsillo) de la capacidad de pago (CEPAL, 2008).

Así mismo el análisis desde el punto de vista de la solidaridad, muestra que en el 2009 el 37,8% de los recursos del Régimen Subsidiado provinieron de los fondos de solidaridad. Ese efecto es de los aspectos que más se destacan del sistema de salud colombiano a nivel internacional (Cuadro 1), ya que es un sistema progresivo y solidario.

Otro punto de contraste está relacionado con las colas de espera. En Canadá, Australia, Francia y otros países, el 40% (The Commonwealth Fund, 2010) de las de personas debe esperar más de un mes para una cita con un especialista. En Colombia, según la Defensoría del Pueblo, en el 2009 el tiempo de espera era alrededor de 18,6 días. Igualmente en los países en mención, más del 20% de la población debe esperar 4 meses o más para una cirugía según la fuente mencionada. En Colombia, según la Superintendencia de Salud, en el 2010 el promedio de espera para una cirugía programada es de 20 días.

Además de lo mostrado anteriormente, es válido afirmar que tampoco es falta de dinámica en el sector, el empleo ha estado creciendo a más del 8% en los últimos tres años, por encima del promedio de otros sectores y del promedio total del personal ocupado. Siendo este crecimiento jalonado por empleo formal y permanente de alta calidad.

Por último, si se evalúa el estado de salud bajo la óptica de los indicadores de morbilidad, se encuentra que desde 1998 hasta hoy se identifican

Cuadro 1
COLOMBIA: FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, 1997-2009

Particip. de fuentes	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
FOSYGA (%)	46,7	51,3	38,0	34,6	36	29,4	31,7	n.d	34,4	36,3	35,6	40,1	37,8
SGP (%)	44	37,2	50,0	52,0	51	67,9	62	n.d	56,3	47,7	48,3	48,0	49,7
Esfuerzo propio (%)	3,8	4,5	3,9	5,1	3	2	4,2	n.d	8,8	14,6	15,0	10,8	11,4
Rentas cedidas (%)	1,8	2,2	3,4	2,1	9	-	-	-	-	-	-	-	-
Cajas de compensación (%)	3,7	4,8	4,8	6,2	2	0,6	1,8	0,6	0,5	1,4	1,2	1,1	1,1

Fuente: GES (2006). *"Informes anuales del CNSS"*. Ministerio de Protección Social (2010, 2011a).

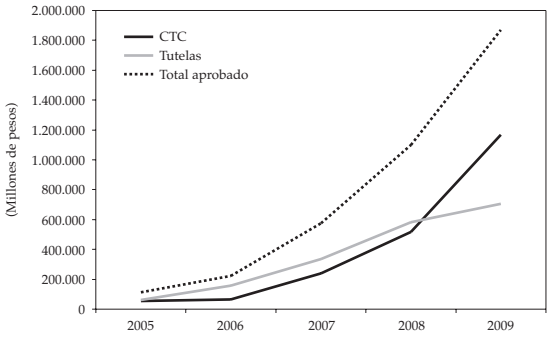
reducciones importantes, de más del 50% en los principales indicadores (Así vamos en Salud, 2012). Entonces, ¿cuál es el problema de la salud?

¿Cuál es el problema?

La crisis se hace manifiesta en la insuficiencia de pagos a las IPS, generado tanto por el aumento desmedido de los recobros No POS del FOSYGA (Gráfico 2), como por ineficiencias del sistema, llevando al deterioro de la cartera de los hospitales.

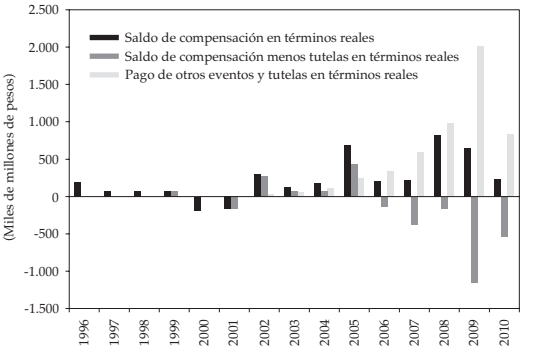
Es clave señalar que no hay carencia de dineros en el sistema, dado que antes de empezar a crecer el pago de tutelas y otros recobros el saldo de compensación permanecía positivo desde el año 2002 (Gráfico 3). No obstante, estos dineros se encuentran atrapados en las fuentes originarias de pago: FOSYGA y las EPS. Existe una desarticulación en los mecanismos del sistema que no está permitiendo que los dineros fluyan.

Gráfico 2
VALORES RECLAMACIONES APROBADAS POR CTC Y TUTELAS



Fuente: Informe Anual para el Congreso de la República (2009-2010).

Gráfico 3
COLOMBIA: SALDO DE COMPENSACIÓN Y PAGO DE OTROS EVENTOS Y TUTELAS EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, 1996-2010



Fuente: Informe Anual para el Congreso de la República (2009-2010).

Otros dos problemas, no tan evidentes hacen crisis en el sistema: la viabilidad de las IPS del Subsidiado y el desborde del No Pos. La solución para ambos está ligada a la aprobación de una Ley Estatutaria que limite el plan de atención.

¿Qué hacer?

- Aprobar la Ley Estatutaria que defina las prestaciones del plan de beneficios y los mecanismos para actualizarlo. Sin una ley como esta no será posible contener el No POS, y este, al no tener la contraparte de regulación del asegurador, seguirá desbordando costos y continuará exponiendo la estabilidad de todo el sistema.

- Fortalecer las funciones de dirección y control del sistema. La regulación debe ser una interacción entre aspectos técnicos y políticos. La

regulación en salud es primordial y se resume en la siguiente cita: "Cuando el mercado falla en su misión de alcanzar una situación óptima, la sociedad tiende a reconocer, en cierta medida, esa deficiencia y aparecerán instituciones sociales no comerciales con el propósito de subsanarla" (Arrow, K. 1963).

- Fortalecer las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Existe un problema de principal-agente, que se origina por la asimetría de la información, dada la desigualdad de poder de los médicos y hospitales frente a los pacientes. Por ende es importante contar con un instrumento regulatorio con el fin de "introducir empresas aseguradoras en ambiente de competencia, haciendo uso de la capacidad de éstas para actuar como agente mejor informado ante los prestadores acerca de precios, calidad y tecnología utilizada para la prestación de servicios de manera eficiente y efectiva" (Folland, 1997). Adicionalmente, es fundamental que no exista una integración vertical.

- Por último, es importante ampliar el debate acerca de las inversiones el sector salud requiere.

1ER CENTRO DE PENSAMIENTO EN COLOMBIA

4º en Latinoamérica y 29 en el ranking de Think Tanks de Política Económica Doméstica a Nivel Mundial.

FEDESARROLLO

Centro de Investigación Económica y Social



1ER CENTRO DE PENSAMIENTO EN COLOMBIA

4º en Latinoamérica y 29 en el ranking de Think Tanks de Política Económica Doméstica a Nivel Mundial.

www.fedesarrollo.org.co

FEDESARROLLO

Centro de Investigación Económica y Social

ENCUESTAS DE OPINIÓN

EMPRESARIAL: Expectativas de inversión, evolución de inventarios, uso de capacidad instalada.

AL CONSUMIDOR: Disposición de compra de bienes, perspectivas económicas de los hogares.

SOCIAL A HOGARES: Calidad de vida, seguridad social, empleo y educación, servicios públicos.

PROSPECTIVA ECONÓMICA

Proyecciones macroeconómicas y sectoriales de corto y mediano plazo.

COYUNTURA ECONÓMICA

Investigación Económica y Social.

PUBLICACIONES: Libros y cuadernos

TENDENCIA ECONÓMICA

CONFERENCIAS GREMIALES

EVENTOS EN ALIANZA



INFORMES OFICINA COMERCIAL

E-mail:comercial@fedesarrollo.org.co - Tel. (571) 3259777
Ext. 332 - 340 - 365 - Calle 78 No. 9 - 91 - Bogotá - Colombia