



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS

1944

GES

Grupo de Economía
de la Salud

Cobertura universal en salud y sostenibilidad financiera: Principales logros y retos en Colombia

Jairo Humberto Restrepo

Profesor titular

Coordinador del GES

Presidente, Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES)

Foro Regional Salud Universal:

Una inversión indispensable para el desarrollo humano sostenible

Washington, OPS, diciembre 7 y 8 de 2015



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE

CIENCIAS ECONOMICAS

1944

Preámbulo

Colombia: un país de contrastes



Población:	48 millones
Extensión:	1,1 millones de km ²
Biodiversidad:	2º. país más rico en flora y fauna
Competitividad:	Puesto 61 en IGC-FEM.
País de regiones:	Cinco regiones
Ciudades:	Más de 50 > 100.000 hab.
PIB (US):	380.000 millones
Ing. Perc. (US PPA):	12.900
GINI de ingresos:	0,53
Esperanza de vida:	73 años
Mortalidad infantil:	12 X 1000 menores de un año
Tasa de homicidios:	31 X 100.000 hab.

La esperanza del fin del conflicto: Fecha de firma de acuerdo con las FARC en marzo de 2016.



Preámbulo

Los dilemas que enfrentan los sistemas de salud en el mundo

El sistema colombiano enfrenta una crisis de legitimidad y de liquidez, con incertidumbre sobre la sostenibilidad financiera. En el imaginario colectivo, el sistema parece agotado, no responde a las expectativas o necesidades de los ciudadanos y debe producirse una reforma de fondo que se ocupe especialmente de eliminar o transformar a las EPS.

En los últimos años se han producido algunas normas que sugieren una transición en el sistema y que a la postre pudieran dar lugar a cambios de fondo (¿un nuevo sistema?).

- Ley 1438 de 2011. Lento desarrollo sobre sus alcances y posibilidades.
- Eliminación del Consejo Nacional (2011) y de la Comisión (2012): se pierde tradición de gobierno y regulación del sistema de seguridad social. Creación de nueva instancia reabre posibilidades (2015).
- Reforma tributaria de 2012: sustitución parcial de cotizaciones por impuestos generales.
- Unificación del POS (2012), portabilidad y movilidad entre regímenes (2014-2015).
- Ley Estatutaria (2015): reglamentación del derecho fundamental a la salud.
- PND 2014-2018: Creación de entidad administradora de recursos y unidad de caja de recursos.



ra el corazón.



¿Cómo se ha planteado la cobertura universal en Colombia?

Al mismo tiempo, el país se caracteriza por la *justiciabilidad* del derecho a la salud. Ha sido notoria la participación de la Corte Constitucional y de los jueces en la formación de la política de salud (el caso de la Sentencia T-760 de 2008) y en la garantía del acceso a servicios de salud, a medicamentos y a bienes y servicios complementarios (las acciones de tutela).

- Seguro solidario (subsídios cruzados en Régimen Contributivo) con afiliación gratuita para personas de bajos ingresos (Régimen Subsidiado).
- La contribución es obligatoria (4% empleados; 8,5% empresas (< 10 s.m.); 12% pensionados).
- El plan de beneficios (pool = POS) es único y se financia mediante un fondo nacional (Fosyga).



Objetivos de política

Normativa básica:

Constitución Política de 1991 (art. 49). La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad <...> La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Ley 100 de 1993:

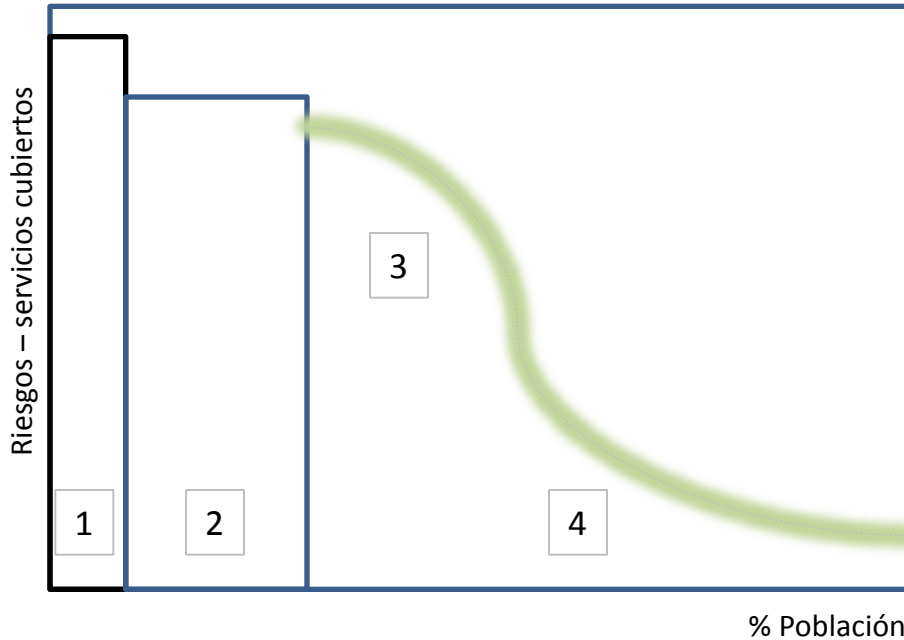
Art. 152. Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Art. 157. A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de salud.



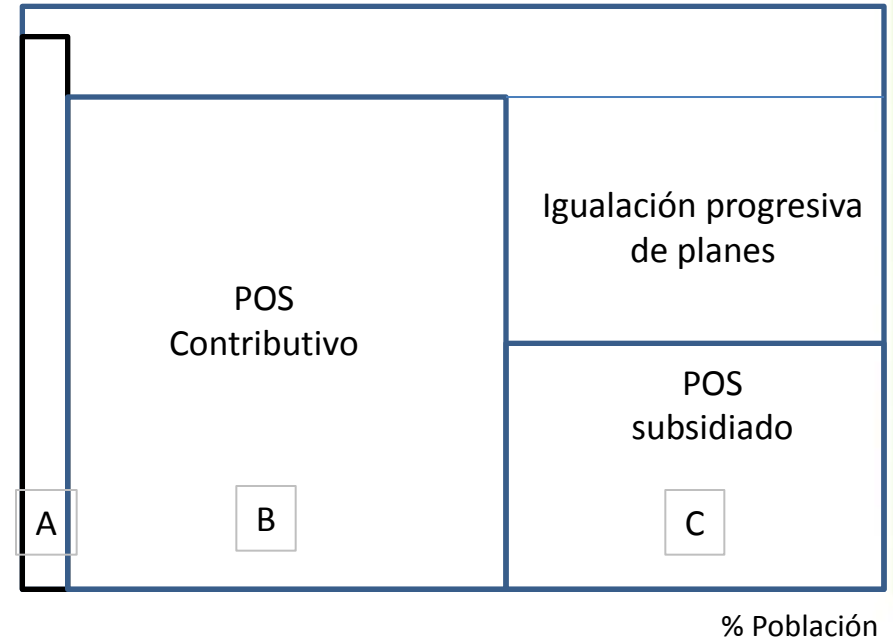
Objetivos de cobertura universal

Cobertura de servicios de salud en 1994



- 1: Empleados públicos (7%)
- 2: Población afiliada al ISS (18%)
- 3: Población en medicina prepagada y otras soluciones privadas (20%)
- 4: Población bajo asistencia pública (55%)

Metas de cobertura al año 2000 (Ley 100 de 1993)



- A: Regímenes excepcionales (5%)
- B: Población afiliada al régimen contributivo, EPS (60%)
- C: Población afiliada al régimen subsidiado, ARS (35%)

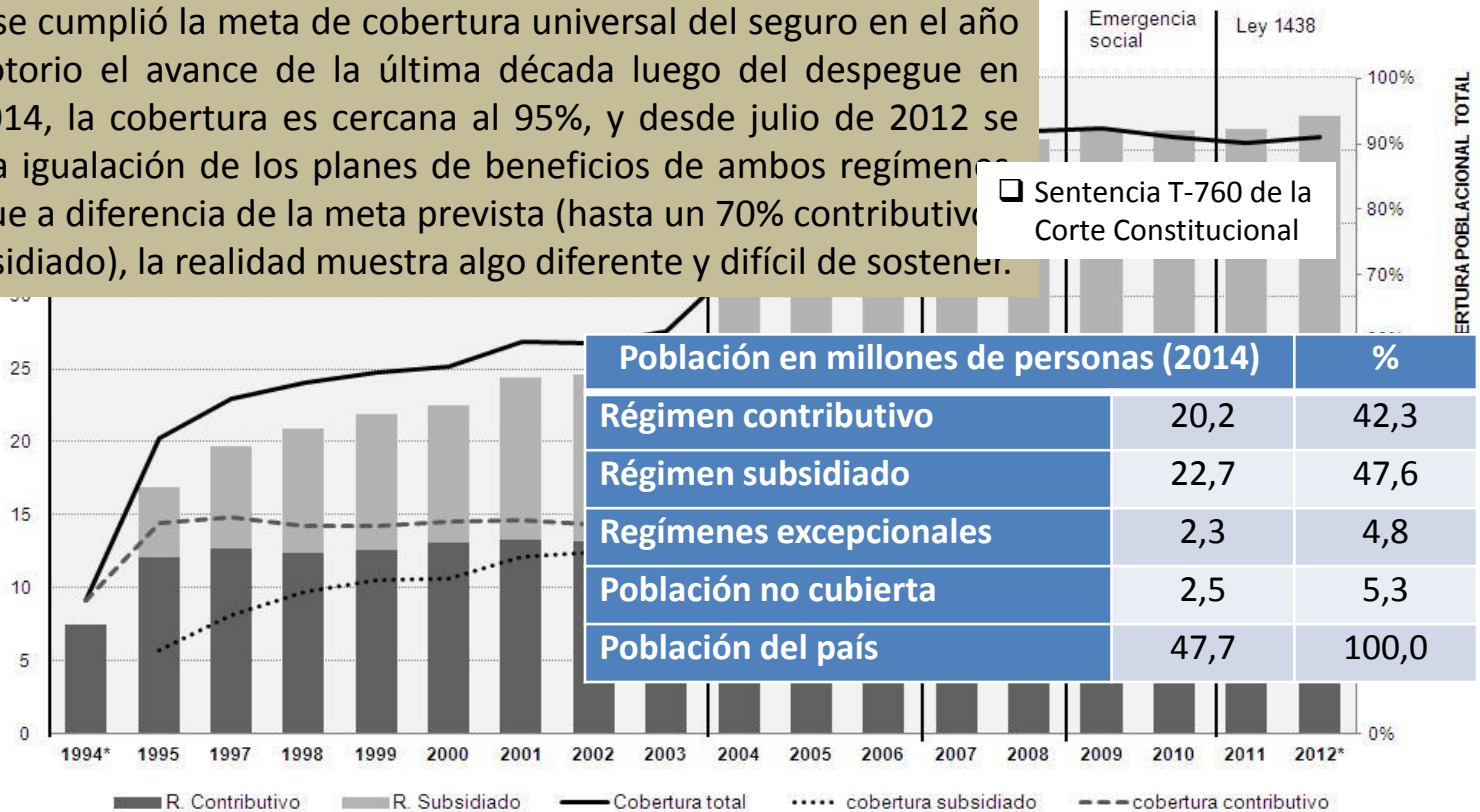




Avances en cobertura del seguro

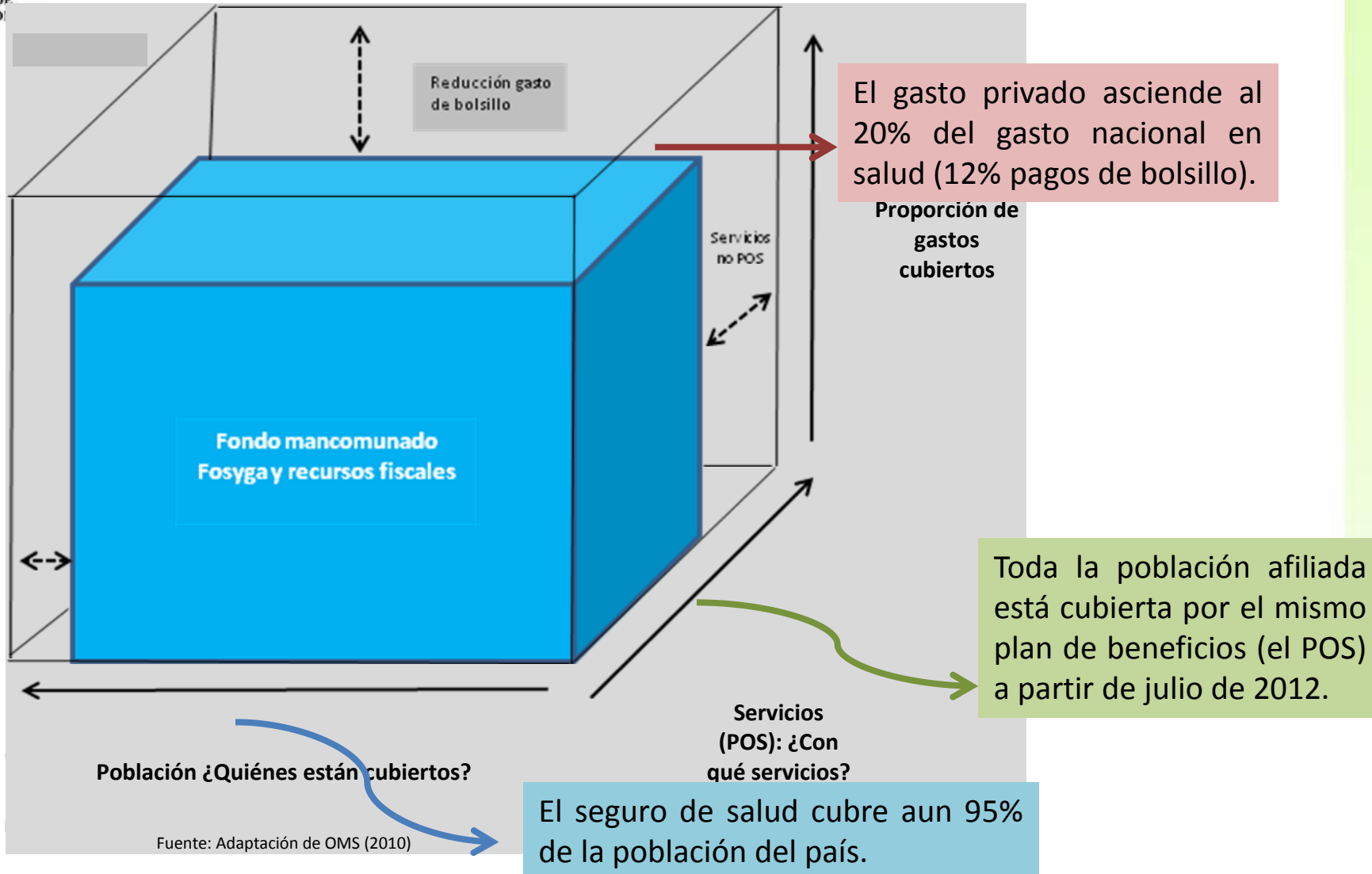
Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1994-2012

Aunque no se cumplió la meta de cobertura universal del seguro en el año 2000, es notorio el avance de la última década luego del despegue en 1996. En 2014, la cobertura es cercana al 95%, y desde julio de 2012 se estableció la igualación de los planes de beneficios de ambos regímenes. Preocupa que a diferencia de la meta prevista (hasta un 70% contributivo y un 30% subsidiado), la realidad muestra algo diferente y difícil de sostener.



Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes anuales 1996 – 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, Informes de Actividades, 2006-2012, 2010-2014. Dane, proyecciones de población. Cálculos propios.

Las tres dimensiones de la cobertura universal en Colombia





¿Qué podemos decir sobre el acceso?

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Cuadro 2. Colombia: Acceso y razones para no utilizar los servicios de salud, 2012

Barreras al Acceso	Régimen Subsidiado	Población no afiliada	Régimen Contributivo
Población (millones de personas)	21,9	4,3	18,8
Personas con necesidad de atención(% Población) (*)	10,52	8,16	10,27
Personas que no acceden al servicio (% Personas con necesidad) (**)	25,48	48,43	15,96
I. Barreras de oferta(% personas que no acceden)	19,04	11,07	11,26
a) A la entrada (cercanía)	7,28	3,44	4,56
b) Al interior	9,22	6,67	5,53
c) Continuidad	2,55	0,96	1,18
II. Barreras de demanda(% personas que no acceden)	80,96	88,93	88,74
d) Predisposición	20,31	9,98	19,90
e) Dotación (falta de ingresos)	8,76	38,82	2,54
f) Necesidad percibida	51,89	40,13	66,30

El seguro facilita el acceso



Medellin, junio de 2014 Año 14 N° 28
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la
seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano,
medición y perspectiva de actores en Medellín

La falta de ingresos no es un gran limitante para los afiliados

Predomina el NO acceso por "necesidad percibida"

Fuente: MSPS, DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. Cálculos del GES.

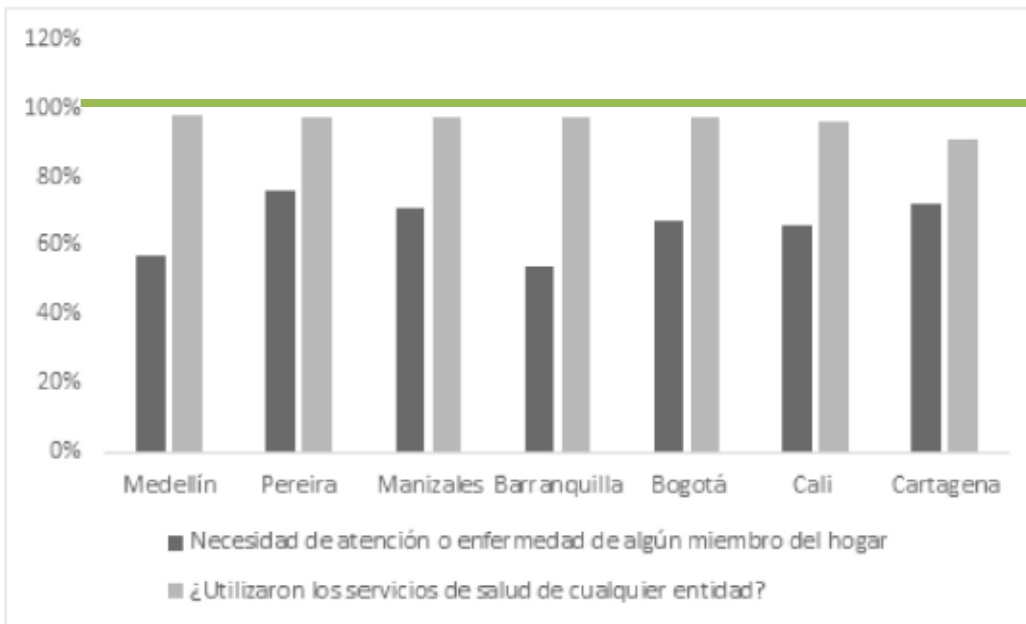
Notas: Clasificación de las barreras: a) El centro de atención es lejos; b) No le atendieron, muchos trámites; c) Ha consultado antes y no le han resuelto el problema; d) No tuvo tiempo, el servicio es malo, no confía en los médicos; e) Falta de dinero; f) El caso era leve.

(*): Personas que en los últimos 30 días anteriores a la encuesta tuvieron algún problema de salud que no haya implicado hospitalización.

(**): Personas que habiendo respondido afirmativamente lo anterior, no fueron al sistema de salud o a un servicio con un profesional de la salud independiente o particular.



Gráfica 2. Colombia. Necesidad de atención y utilización de servicios de salud para algunas ciudades colombianas 2012.



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana (EPC) de los programas *Cómo Vamos* 2012.

Tomado de: Observatorio de la Seguridad Social No. 28.

El uso de servicios en caso de necesidad es cercano al 100% en grandes ciudades.

Entre 2008-2012, el indicador de barreras de acceso tuvo una evolución positiva: un menor porcentaje de ciudadanos con obstáculos para recibir atención médica.

No obstante, se evidenció un incremento del tiempo de espera para una cita, una reducción en el porcentaje de personas satisfechas con el servicio, y diferencias en la evolución de la satisfacción entre estratos socioeconómicos.

Reina, Y. (2014). "Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)". Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República de Cartagena. Núm. 200, Marzo, 2014.

En el grupo más pobre (Q1), el porcentaje de mujeres con atención médica en el parto se duplicó entre 1990 y 2010



El acceso a servicios por régimen de la seguridad social indica diferencias y muestra fallas en continuidad, oportunidad y calidad. En todo caso, se da cuenta de las ventajas del seguro. También es importante conocer la situación del acceso según algunas características de la población, como su ubicación geográfica y el índice de riqueza. Se notan diferencias en atención médica y una cobertura de los costos por parte de las instituciones, que favorecen especialmente a las personas más pobres; aunque se mantiene un porcentaje importante de personas sin cubrimiento, igual para los diferentes niveles de riqueza y zona geográfica.



¿Cómo se ha financiado el sistema?

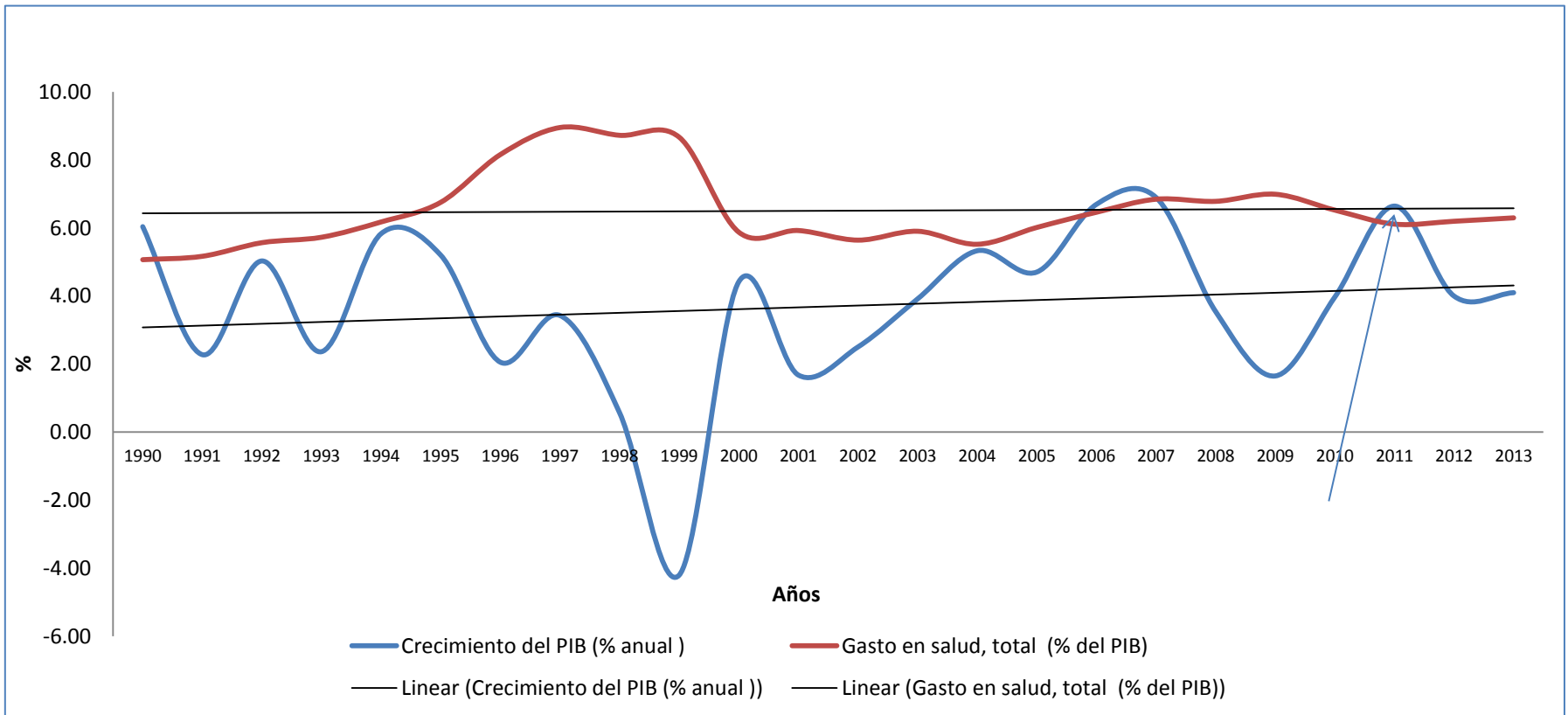
La mezcla público - privado

Colombia ha hecho un esfuerzo muy grande en la generación de recursos, vía cotizaciones, impuestos específicos sobre el consumo (alcohol, cerveza, lotería y tabaco) e impuestos generales (transferencias intergubernamentales).

- Cobertura.** El país está a punto de cumplir la meta de cobertura universal. Se requieren esfuerzos continuos para garantizar la sostenibilidad y ampliar plan de beneficios.
 - Acceso.** Hay facilidades a la atención básica, pero ... exceso de demanda (o déficit de oferta) y acceso diferencial en los niveles más complejos. Hay dificultades en cuanto a calidad y a continuidad.
 - Financiamiento.** Los cambios en la fuente (CREE) y las exigencias de la cobertura universal plantean serios retos sobre sostenibilidad. Mayor eficiencia macro y micro (evaluación de tecnologías).
-



Gasto en salud (% PIB) y crecimiento económico, 1990-2013



Fuente: Banco Mundial.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803
FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
1944

Porcentaje de Gasto Público en Salud sobre el Gasto Total en Salud*

Country Name	Country Code	1995	2000	2005	2010	2011
América Latina y el Caribe	LAC	48,1%	48,1%	46,3%	51,1%	50,3%
Asia oriental y el Pacífico	EAP	48,2%	40,4%	39,8%	53,2%	54,3%
Australia	AUS	65,8%	66,8%	66,9%	68,5%	68,5%
Brasil	BRA	43,0%	40,3%	40,1%	47,0%	45,7%
Canadá	CAN	71,2%	70,4%	70,2%	71,1%	70,4%
Chile	CHL	38,5%	43,7%	40,0%	47,2%	47,0%
China	CHN	50,5%	38,3%	38,8%	54,3%	55,9%
Colombia	COL	55,1%	79,3%	69,7%	74,6%	74,8%
Cuba	CUB	90,2%	90,8%	92,0%	95,2%	94,7%
El mundo árabe	ARB	53,9%	56,2%	59,6%	60,5%	62,5%
Estados pequeños del Caribe	CSS	52,4%	52,8%	52,4%	55,2%	55,0%
Estados Unidos	USA	44,9%	43,2%	44,2%	48,2%	45,9%
Europa y Asia central	ECA	69,3%	62,4%	65,7%	67,2%	66,1%
Ingreso alto	HIC	63,5%	59,3%	60,0%	62,6%	61,4%
Ingreso bajo	LIC	42,6%	36,9%	37,7%	37,1%	37,6%
Ingreso mediano	MIC	47,1%	44,8%	44,4%	51,6%	51,9%
Ingreso mediano alto	UMC	50,3%	47,1%	47,3%	54,8%	54,9%
Japón	JPN	82,3%	80,8%	81,6%	80,3%	80,0%
Mundo	WLD	62,0%	57,8%	58,3%	60,7%	59,7%
Oriente Medio y Norte de África	MNA	46,7%	42,5%	45,0%	50,0%	50,7%
Unión Europea	EUU	78,2%	76,7%	76,4%	77,4%	77,1%
Venezuela	VEN	42,6%	41,5%	43,3%	38,8%	36,7%
Viet Nam	VNM	33,9%	30,9%	26,4%	37,1%	40,4%
Zona del Euro	EMU	77,1%	75,9%	75,2%	76,3%	76,0%

*Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)

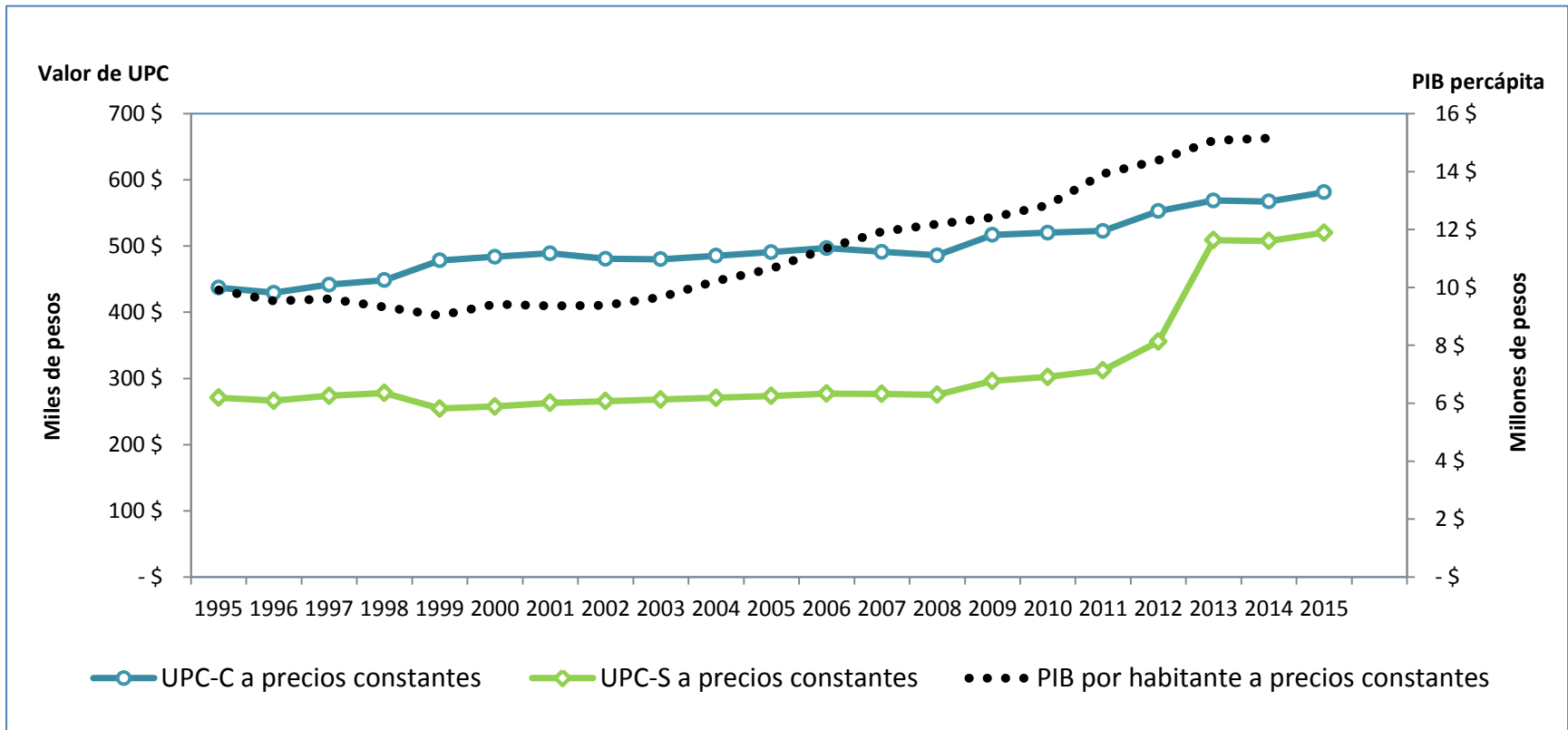
Fuente: Banco Mundial.

Cotizaciones: de 7% al 12% del ingreso;
Transferencias a municipios: 25% para salud

Cotizaciones: de 12% a 12,5% del ingreso



Gráfica. Colombia: PIB percápita y unidad de pago percápita en el sistema de seguridad social en salud, 1995-2015 (cifras en pesos de 2013)

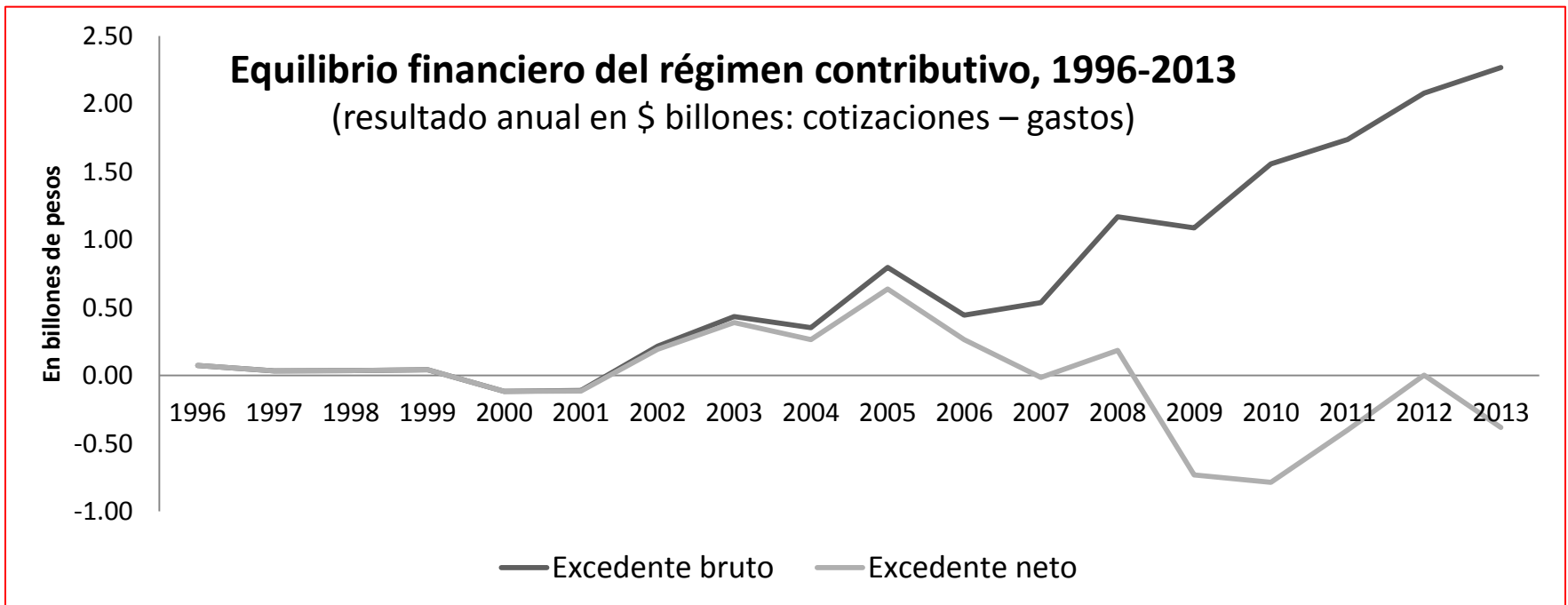


Fuente: Acuerdos del CNSSS (hasta 2008), Acuerdos de la Comisión de Regulación en Salud (2009-2012), y Resolución 4480 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Banco de la República de Colombia, serie del PIB base 2005: 1990-2012(p).



Financiamiento del régimen contributivo

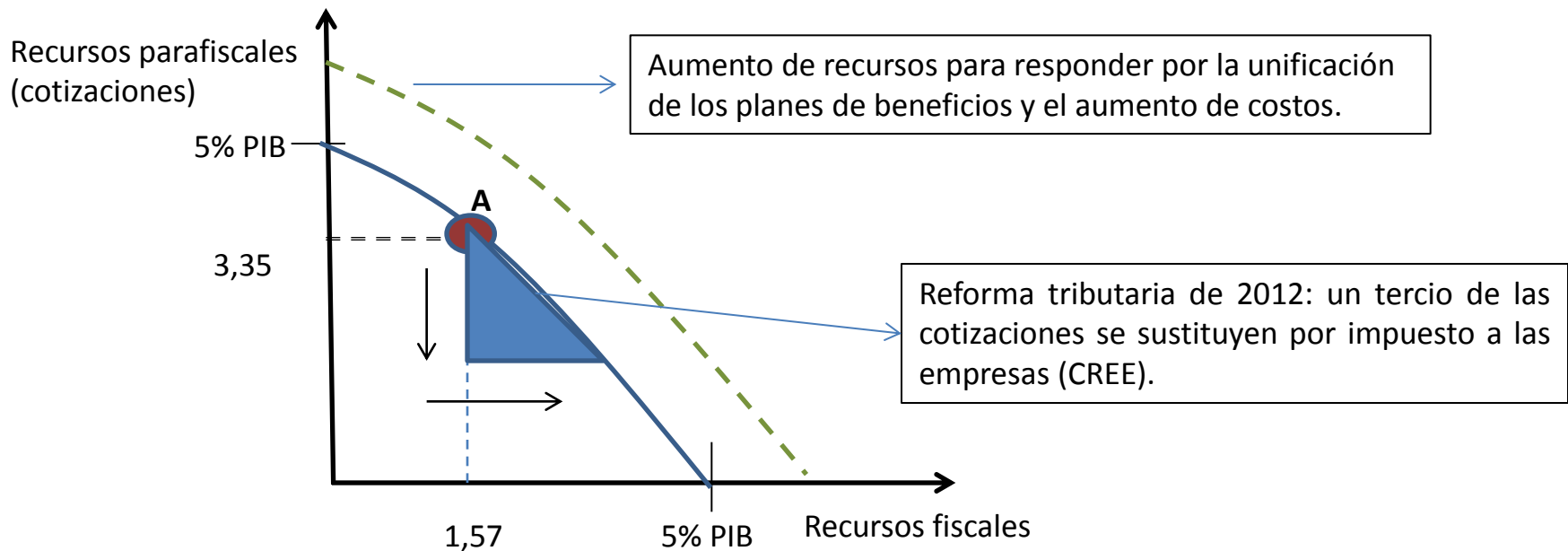
El sistema colombiano se enfrenta a un desborde financiero ocasionado por una mayor demanda y la prescripción de servicios y medicamentos que no hacen parte del POS, a los cuales se accede mediante trámite especial de comité técnico o vía acción de tutela, y su financiación se cubre por fuera de la capitación de las EPS, así que está a cargo del Fosyga. El desequilibrio, que en 2008 dio lugar a la Emergencia Social, resulta agravado por la corrupción.





¿Espacio o presión fiscal?

Cotizaciones o impuestos: un dilema de política



Presión fiscal: cobertura del régimen subsidiado, unificación del POS y adopción de plan implícito (Ley Estatutaria).

Estructura de Financiamiento del Sector

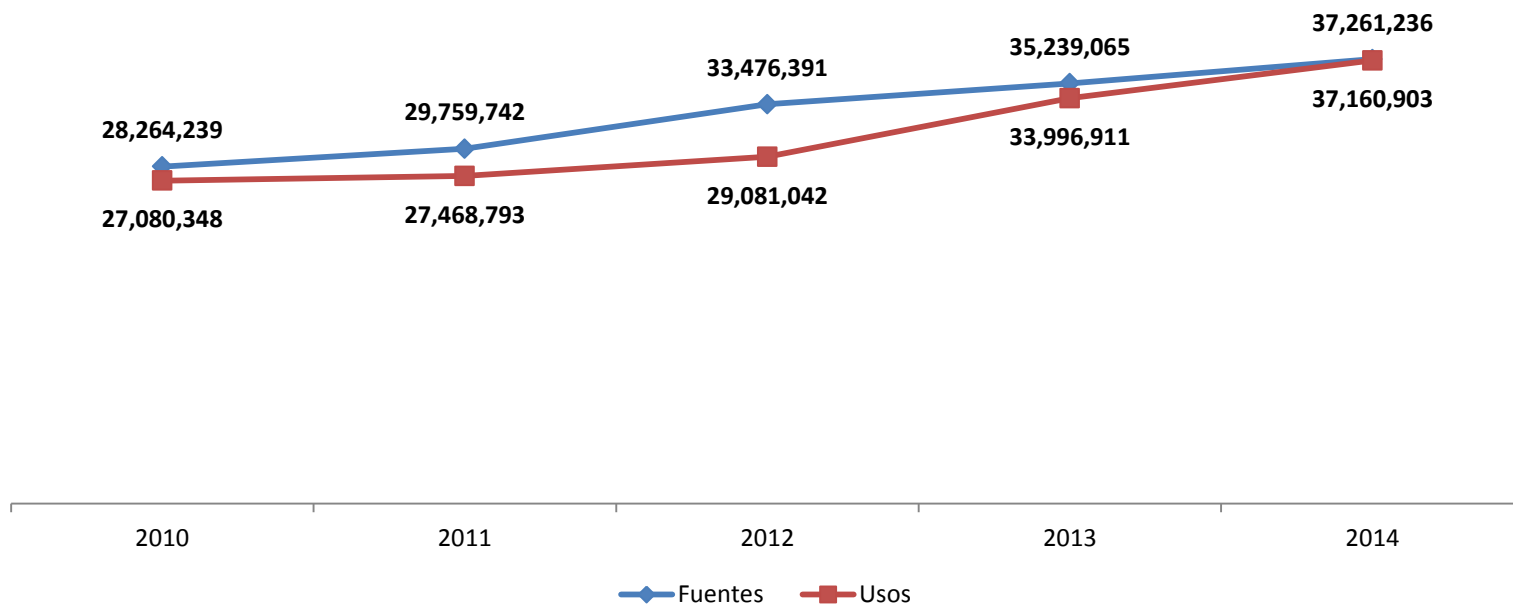
Fuentes de recursos del SGSSS, 2010-2014 (Millones de pesos constantes, 2014=100)

Fuentes	2010	2011	2012	2013	2014
Cotizaciones	14.831.343	15.921.336	17.200.491	18.093.897	20.217.428
Otros ingresos (incluye rendimientos financieros)	436.196	347.033	1.165.716	459.598	376.179
Cajas de compensación familiar	266.345	500.697	374.844	559.629	648.080
Sistema General de Participaciones	6.039.130	6.089.812	6.320.531	6.640.169	6.662.220
Rentas cedidas	1.186.480	1.169.974	1.456.281	1.489.684	1.431.359
Subcuenta ECAT (SOAT)	978.706	1.020.780	940.892	975.158	1.086.152
Subcuenta de Garantías para la Salud	0	0	136.606	134.756	744.540
Excedentes financieros FOSYGA	3.353.784	2.629.358	3.022.177	3.933.292	2.402.469
Regalías	401.310	454.323	229.543	242.624	116.731
Esfuerzo propio	178.344	106.495	87.028	89.024	88.459
Recursos de la Nación Ley 1393 de 2010	0	878.873	952.365	821.415	805.000
Aportes de la Nación - FOSYGA	592.600	641.061	1.589.917	1.799.821	2.682.620
Total recursos según fuentes	28.264.239	29.759.742	33.476.391	35.239.065	37.261.236

Fuentes: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT. / **Elaborado:** Dirección de Financiamiento Sectorial – Ministerio de Salud y Protección Social.

Recursos Sector y Gasto en Salud

Fuentes y usos de los recursos del SGSSS
(millones de pesos constantes, 2014=100)



Fuente: Presupuesto FOSYGA, Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial – FUT.
Elaborado: Dirección de Financiamiento Sectorial – Ministerio de Salud y Protección Social

Nuevas fuentes de recursos

Mayores recursos por **\$4.18** billones para el financiamiento del sector salud

Propuestas	Valor Estimado de generación de recursos En Billones	Características
Revisión de la evasión y la elusión de aportes al sistema de salud	\$1,69	Rentistas de capital. Artículo 135 del PND
Modificación de los porcentajes de cotización de aportes a salud de parte de los empleados con mayores ingresos. Eliminación de tope para cotización en salud 25 SMLMV Copagos	\$0,6	Incremento gradual del aporte del trabajador que devenguen más de 4 SMMLV, consolidado en 5 grupos, ajuste que va desde 0.25% hasta 1.65%
Impuesto a las bebidas azucaradas	\$1,89	
Total	\$4,18	



En conclusión:

- ❑ El gasto en salud se ha mantenido en el largo plazo en un 6,5% a 7% del PIB.
- ❑ La reforma de 1993 implicó una nueva composición del gasto, elevando la proporción del gasto público y reduciendo la del gasto privado, especialmente los pagos de bolsillo. Se cumple así como la protección financiera.
- ❑ La cobertura del seguro de salud se elevó de un 20% en 1993 a 96% en 2015.
- ❑ La cobertura universal se logró en la última década principalmente por un buen crecimiento económico (mayor gasto per cápita).
- ❑ Para mantener la cobertura universal y responder a la expectativa de un plan implícito, más amplio que el POS y para toda la población, será necesario aumentar el financiamiento (0,5% a 1% del PIB).
- ❑ Aunque el panorama no es muy claro, las necesidades de financiamiento podrían cubrirse con nuevos impuestos (bebidas azucaradas), un aumento en cotizaciones o mayor gasto privado (copagos).



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE

CIENCIAS ECONÓMICAS

1944

Grupo de Economía de la Salud

GES

