



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS

1944

GES

Grupo de Economía
de la Salud

Alternativas para financiar el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia: avances, limitaciones y retos.

Jairo Humberto Restrepo Zea
Profesor titular

Taller: “Financing Health Care Systems: Macroeconomic and Fiscal Implications of Financing Universal Health Coverage”

Pan American Health Organization

Washington, 8 y 9 de noviembre de 2012



Contenido

- I. ¿Cómo se ha planteado la cobertura universal en Colombia?
Objetivos del sistema de seguridad social y de la política de salud

Principales avances

- II. ¿Cuáles han sido las estrategias para el logro de la cobertura universal? Financiamiento, regulación y organización industrial

Las limitaciones

- III. Implicaciones macroeconómicas y fiscales de los propósitos de cobertura universal

Los retos



I. ¿Cómo se ha planteado la cobertura universal en Colombia?

El sistema colombiano reúne tres características que hacen parte de las principales lecciones o recomendaciones de la experiencia internacional (Informe WHO, 2010):

- Seguro solidario (subsídios cruzados) con afiliación gratuita para personas de bajos ingresos.
 - La contribución es obligatoria.
 - El plan de beneficios (pool) es único y está financiado mediante un fondo nacional.
-



Objetivos de política

Normativa básica:

Constitución Política (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:

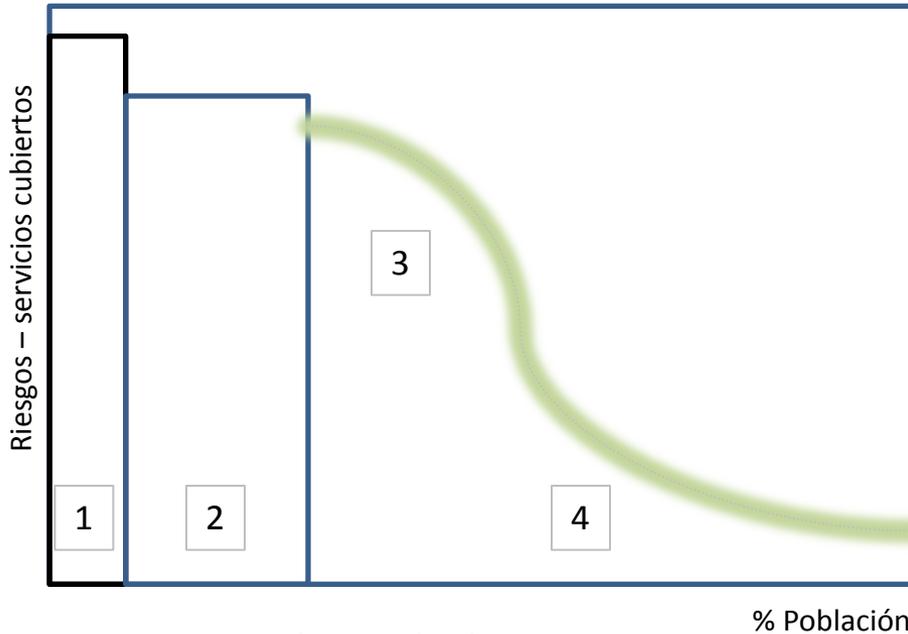
Art. 152. Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

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.



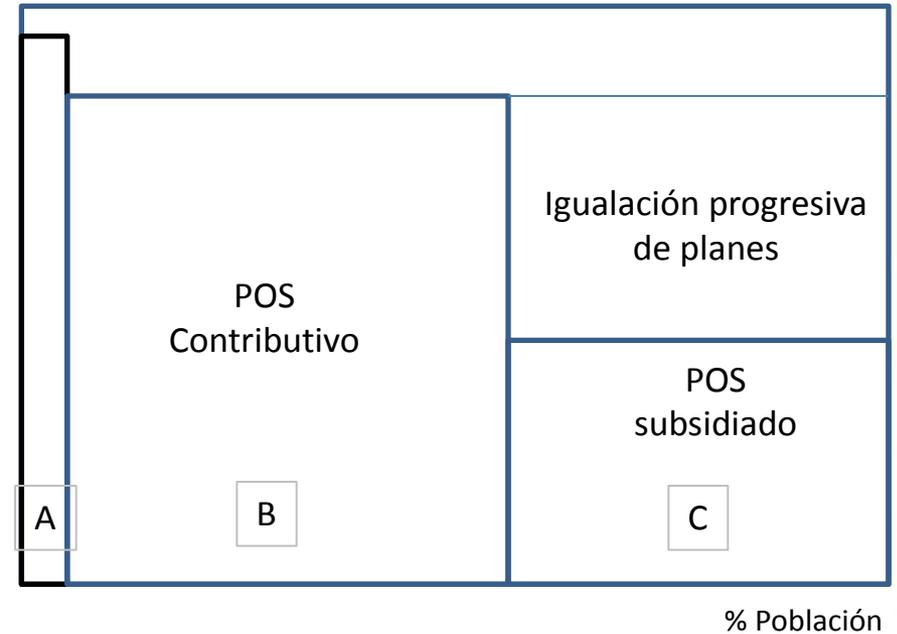
Objetivos de cobertura universal

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%)





UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803
FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS

Objetivos de cobertura universal:

CRES
Comisión de Regulación en Salud

pospópuli

pospópuli



Los contenidos del Plan
Obligatorio de Salud al
alcance de todos.

BIENVENIDOS

POS Pópuli es una herramienta que le permitirá realizar consultas acerca de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud de una manera ágil, sencilla y divertida en un lenguaje de fácil comprensión. Esperamos que esta aplicación interactiva le permita conocer mejor los contenidos y alcances del **POS**.





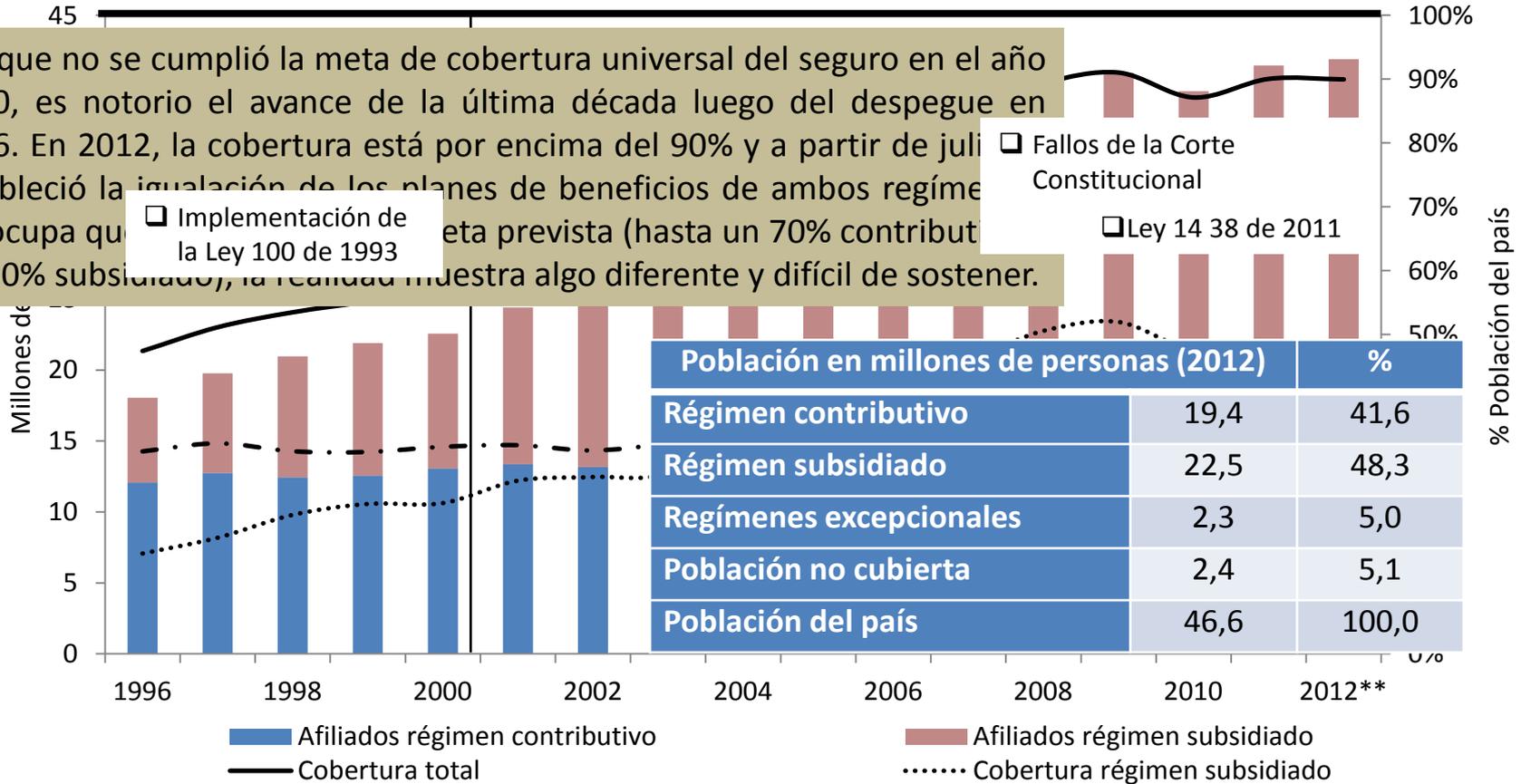
Avances en cobertura del seguro

Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1996-2012

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 2012, la cobertura está por encima del 90% y a partir de julio se estableció la igualdad de los planes de beneficios de ambos regímenes. Preocupa que la meta prevista (hasta un 70% contributivo y un 30% subsidiado), la realidad muestra algo diferente y difícil de sostener.

Implementación de la Ley 100 de 1993

Fallos de la Corte Constitucional
Ley 14 38 de 2011



Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1996 – 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, Informe de Actividades, 2006-2012. Cálculos propios.

Avances en cobertura del seguro

Impulso reciente

❑ Órdenes de la Corte Constitucional: Sentencia 760 de 2008 y fallo de inconstitucionalidad de la Emergencia Social de 2009

- 1) Asegurar cobertura universal y sostenible (escenarios)
- 2) Priorizar uso de recursos nuevos para ampliar cobertura
- 3) Actualización integral del POS
- 4) Unificación del POS contributivo y subsidiado. Cronograma de ejecución dando prioridad para los niños.

❑ Ley 1438 de 2011:

Acogió la unificación del POS, con meta el año 2015.

❑ Decretos del Gobierno y Acuerdos de la CRES de 2009 a 2012:

Unificación del POS para menores 12 años; para menores de 18; para mayores de 60, y para personas entre 18 y 59 años.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE

CIENCIAS ECONOMICAS

1944

II. Estrategias para la cobertura universal del seguro de salud



Diseño del Sistema – Competencia regulada

REGULACIÓN

CNSES

El “Colombia está inserta definitivamente en la aplicación de la teoría escrita por el profesor Alan Enthoven de la Universidad de Stanford. En alguna época el entonces ministro Juan Luis Londoño leyó el libro de Alan sobre la administración gerenciada <managed competition> y pensó que esa teoría y el modelo planteado iban a resolver los problemas del sistema de salud colombiano <...> Colombia fue el primer país del mundo que tomó esta teoría de la competencia administrada como una política de Estado vinculada al sector salud. Ustedes fueron muy valientes en su momento <...> Pero, pongámoslo de otra forma: se sometieron como conejillos de indias en un experimento para el mundo <...> Me parece que se ha logrado mucho, pero el reto es replantear sobre todo la teoría fundamental ” (Hsiao, 2010).

de pago

aportes.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
1803
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
1944

Competencia regulada

El sistema enfrenta una dura crisis de legitimidad y de liquidez, con alguna incertidumbre sobre su sostenibilidad financiera. En el imaginario colectivo y en la discusión que no responde a las necesidades de los ciudadanos, los recursos se agotan, y que debe producirse un cambio radical en el sistema.

Colombia



- Reportes
- Judicial
- Actualidad
- Economía
- Opinión
- Vida y Estilo
- Entretenimiento
- Farándula nacional



la

de la
e el



Financiamiento

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). Hace falta:

- Mayor eficiencia macro y micro (evaluación de tecnologías)
 - Mejorar en equidad,
 - Cerrar brechas de la demanda (servicios no POS),
 - Eliminar la corrupción, y
 - Avanzar hacia una sustitución de fuentes
-



La estructura financiera del SGSSS

¿Cómo opera la solidaridad?

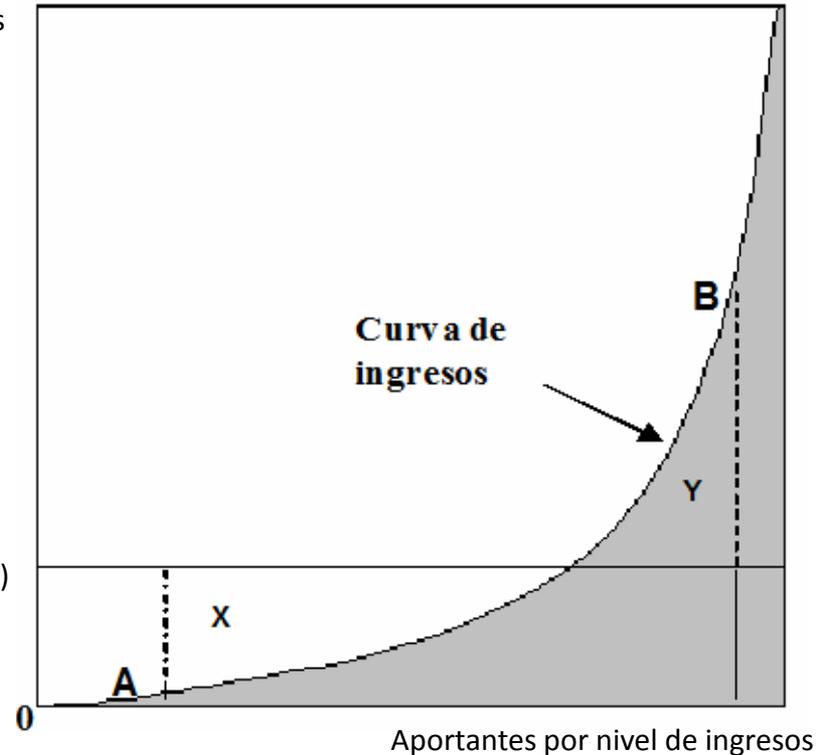
El SGSSS está basado en la solidaridad:

- i. Los afiliados aportan según su capacidad (0% en régimen subsidiado y 12,5% en régimen contributivo).
- ii. Todos los afiliados reciben los beneficios del plan obligatorio de salud (POS), con algunos pagos directos (copagos).

Además de la financiación de los dos regímenes, mediante las cuentas de compensación y de solidaridad, el fondo nacional tiene una cuenta de promoción y otra de eventos catastróficos.

Contribuciones
y prima (UPC)

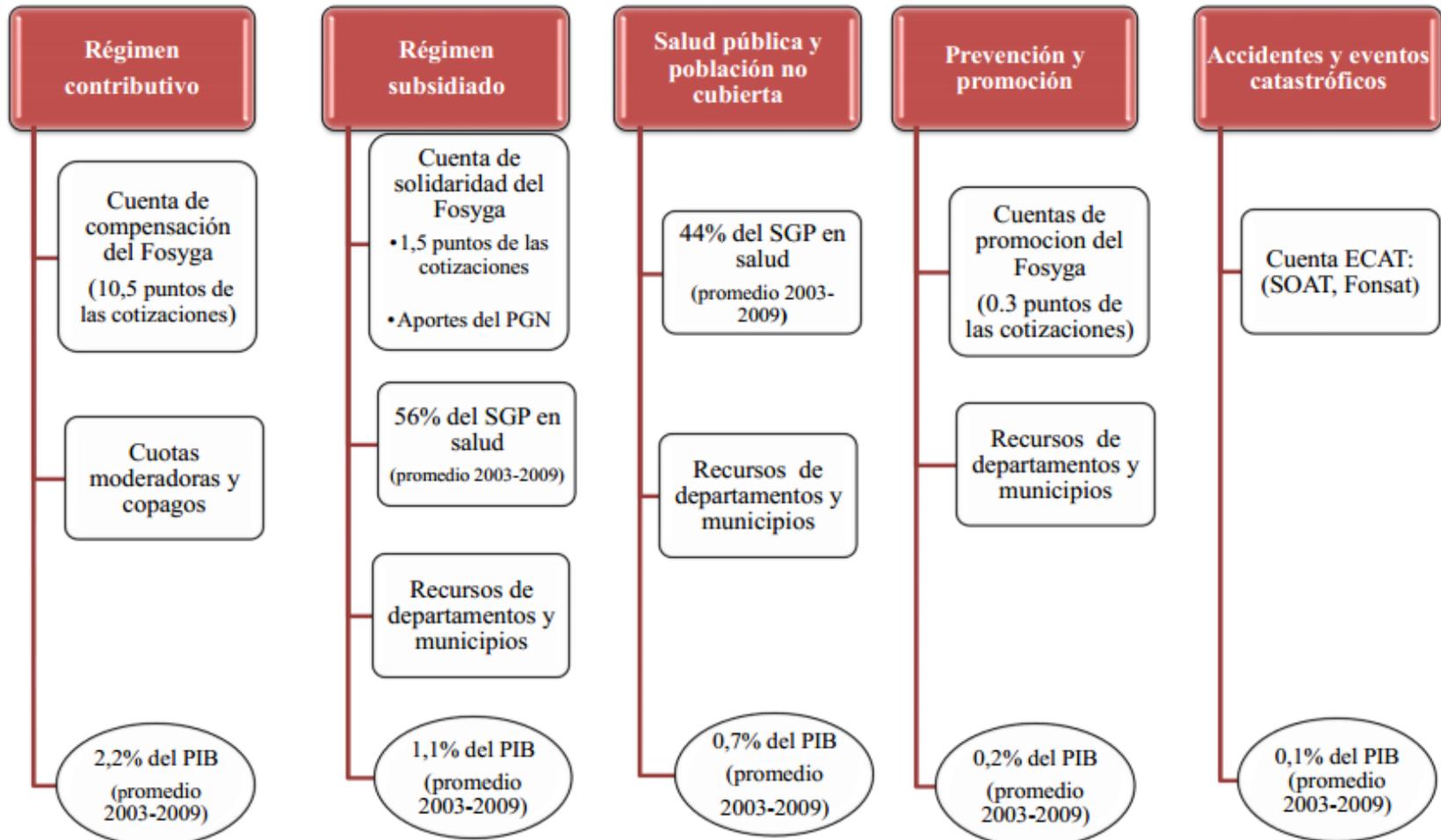
Prima (UPC)



- A:** No cotiza o su cotización es inferior a la UPC (recibe un subsidio de X).
B: Cotización superior a la UPC.. Aporta solidaridad de Y.



Fuentes de financiamiento del sistema de seguridad social en salud



Tomado de: Melo LA, Ramos JE. (2010) "Aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia". Borradores de Economía, No. 624. Bogotá, Banco de la República.



Distribución de los recursos del sistema general de seguridad social en salud

Año	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Salud pública y población no cubierta	Prevención y promoción	Accidentes y eventos catastróficos	Total sistema
2003	1,97	0,82	0,67	0,15	0,04	3,65
2004	1,99	0,88	0,71	0,13	0,11	3,82
2005	2,08	0,92	0,79	0,18	0,04	4,01
2006	1,98	1,05	0,90	0,19	0,05	4,17
2007	2,04	1,17	0,82	0,19	0,04	4,27
2008	2,29	1,26	0,62	0,19	0,03	4,40
2009	2,50	1,39	0,59	0,25	0,12	4,84
2010	2,38	1,42	0,60	0,29	0,23	4,91

Fuentes: Fosyga, PGN y DNP

Financiamiento

Saldo del régimen contributivo y pago de otros eventos y tutelas , 1996-2009 abril (\$ millones constantes de 2008)

El sistema colombiano se enfrenta a un desborde financiero ocasionado por una mayor demanda y por 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 fondo nacional. El desequilibrio, que en 2008 dio lugar a la Emergencia Social, resulta agravado por la corrupción.



■ Total Saldo de compensación en términos reales

■ Total saldo de compensación menos tutelas en términos reales

■ Total pago de otros eventos y tutelas en términos reales

— Linear (Total pago de otros eventos y tutelas en términos reales)

Fuente: Informes del CNSSS y Ministerio de Salud y Protección Social



Recursos del sistema, 2009-2012

Cifras en Millones de Pesos de 2012			
	2009	2012	VAR
Cotizaciones (Incluye Excedentes FOSYGA) y CCF	14,036,024	18,659,547	32.94%
Sistema General de Participaciones	5,236,641	5,981,902	14.23%
Rentas Cedidas	1,280,613	1,221,615	-4.61%
Subcuenta ECAT (SOAT) Incluye Excedentes	1,095,732	1,453,728	32.67%
Regalías	369,636	160,653	-56.54%
Esfuerzo Propio	465,206	507,540	9.10%
Ley 1393 de 2010	-	1,543,708	100.00%
Aportes de la Nación Subcuenta de Solidaridad FOSYGA	600,880	641,156	6.70%
Total Fuentes Salud Recursos Fiscales y Parafiscales	23,084,732	30,169,849	30.69%

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS. Proyecciones MSPS

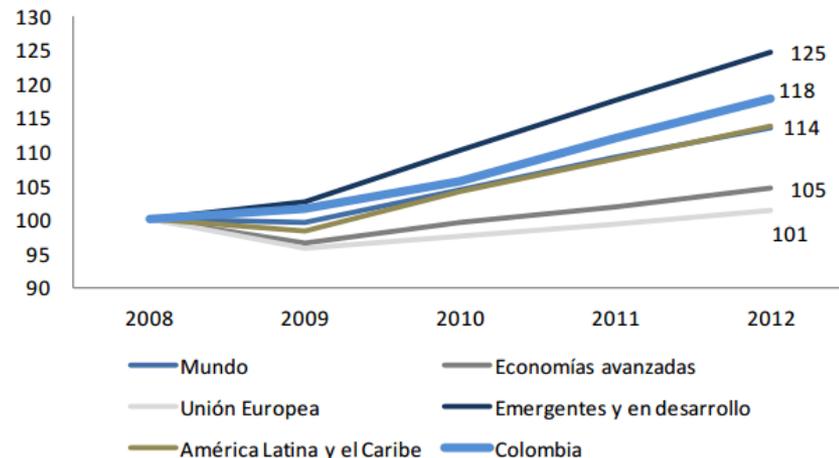
Gracias al buen desempeño de la economía (mayores cotizaciones) y al aumento de impuestos para salud (licores, cerveza, loterías y tabaco), en los últimos tres años se ha dado un aumento importante de los recursos. Para el gobierno, “el sistema es sostenible en el mediano y largo plazo.”



III. Implicaciones macroeconómicas y fiscales

Índice del PIB para Colombia y principales grupos económicos mundiales (2008 = 100)

El bueno momento de la economía colombiana.



Fuente: LatinFocus Consensus Forecast y FMI. Cálculos DGPM.



1. Desarrollo y equidad

Aunque hacen falta mediciones, se espera que la cobertura universal contribuya a mejorar el estado de salud agregado (esperanza de vida) y a reducir el impacto negativo de la enfermedad.

Además, la cobertura universal es un factor de equidad importante que puede ayudar a contrarrestar las grandes desigualdades que existen por ejemplo en los niveles de ingresos (GINI del orden de 0,55).

Tabla 3. Colombia: razones para no utilizar los servicios de salud, 1997, 2003, 2008 y 2010

Barreras al acceso	Periodo											
	1997			2003			2008			2010		
	RS	NA	RC	RS	NA	RC	RS	NA	RC	RS	NA	RC
I. Barreras de oferta	17,0	9,2	23,9	16,8	8,2	16,4	18,2	7,9	16,1	18,0	10,6	9,3
a) A la entrada	7,5	5,0	3,5	4,9	3,2	4,9	6,0	2,9	4,5	7,2	1,9	3,3
b) Al interior	5,5	1,2	10,2	7,9	3,1	8,6	8,6	3,7	5,5	7,0	7,3	4,1
c) Continuidad	4,0	3,0	10,2	4,0	1,9	2,9	3,6	1,3	6,2	3,9	1,5	1,9
II. Barreras de demanda	82,8	90,7	74,8	83,3	91,7	83,5	81,8	92,1	83,9	82,0	89,4	90,8
d) Predisposición	12,3	7,7	19,5	15,0	7,5	17,6	18,5	8,7	21,9	18,8	6,8	16,7
e) Dotación (falta de ingresos)	43,7	63,4	9,9	29,5	56,9	10,9	19,6	47,4	5,5	12,7	37,2	8,9
f) Necesidad percibida	26,8	19,6	45,4	38,8	27,3	55,0	43,7	36,0	56,5	50,4	45,4	65,2

Fuente: DANE (1997, 2003, 2008, 2010). Cálculos del GES.

Nota: Para la clasificación de las barreras se sigue el texto de Aday y Andersen (1974): a) el centro de atención queda lejos; b) no lo atendieron y muchos trámites para la cita; c) ha consultado antes para la cita por ese problema y no se lo han resuelto; d) no tuvo tiempo, considera que el servicio es malo y no confía en los médicos; e) falta de dinero; f) el caso era leve.



Acceso a servicios de salud en 2010 (% población)

Características	Médico en IPS	Otras alternativas	Cubrimiento de costos por la institución		
			No	Total	Parcial
Zona rural	62,3	37,7	11,8	38,2	12,7
Zona urbana	69,5	31,5	10,7	35,6	23,3
Índice de riqueza más bajo	60,4	39,6	10,1	41,6	9,1
Índice de riqueza más alto	71,0	29,0	10,8	29,0	31,2
Total	68,0	32,0	10,9	36,1	21,1

Es importante su ubicación geográfica y el índice de riqueza. Se notan diferencias en el acceso a la atención médica en caso de enfermedad, 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.



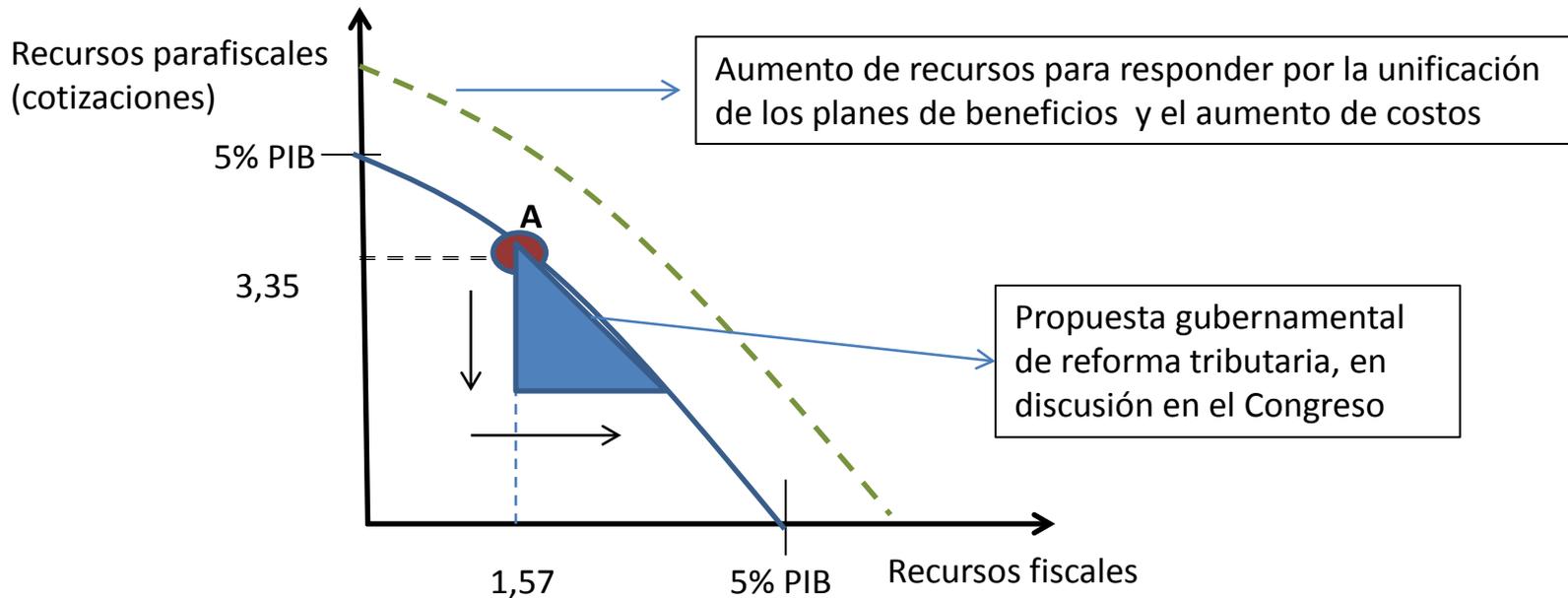
2. Protección financiera: menor gasto de bolsillo (pagos directos)

Destino	2007	2008	2009	2010
Régimen contributivo	30,1%	31,9%	31,6%	31,6%
Régimen subsidiado	15,2%	17,1%	16,5%	14,6%
Regímenes especiales	5,9%	6,3%	6,7%	6,3%
Oferta	20,5%	17,2%	19,3%	22,1%
Gasto "privado"	24,7%	24,1%	21,5%	19,7%
Otros*	3,6%	3,4%	4,3%	5,7%

Fuente: Steiner 2011. Fedesarrollo. Reflexiones sobre la dinámica del gasto en salud. Cálculos con datos del DNP, Ministerio de Hacienda, Superintendencia Financiera, ECOPETROL, Sanidad Militar, FOMAG, Banco de la República y UNISALUD. * Gastos en personal del Ministerio de Protección Social, gastos de funcionamiento de las entidades adscritas: ETESA, Invima, CRES, Supersalud, algunos hospitales a cargo de la Nación



3. Cotizaciones o impuestos: un dilema de política



4. Presión fiscal: cobertura del régimen subsidiado y unificación de los planes de beneficios



4. **Presión fiscal:** cobertura del régimen subsidiado y unificación de los planes de beneficios

Según los cálculos que presenta el gobierno en su marco fiscal de mediano y largo plazo, la unificación del POS del régimen subsidiado con el POS contributivo implicaría un aumento del gasto permanente de **0,2% del PIB**. Esta cifra puede ser baja si se tiene en cuenta que el valor reconocido por el POS unificado (la prima o UPC) aún es inferior al valor del correspondiente al régimen contributivo. Igualmente, debe tenerse en cuenta la tendencia a reconocer una ampliación del POS y el aumento del gasto derivado del envejecimiento y otros factores.

Además, ante una desaceleración o caída de la economía y por tanto una merma de las cotizaciones, se generaría una mayor presión fiscal para sostener las coberturas.

Hay también un espacio para mejorar la eficiencia macro: “Creo que están desperdiciando un tercio del dinero” (W Shiao, 2010)



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE

CIENCIAS ECONÓMICAS

1944

Gracias!

