

INFORME SEMANAL



ISSN 1794-2616

ANIF

Calle 70A No. 7-86
PBX: 744 67 00
Bogotá D.C.

Mauricio Santa María S.
Presidente de ANIF

Anwar Rodríguez C.
Vicepresidente de ANIF

Daniela Escobar L.
Investigador Jefe de ANIF

Investigadores

Juan Sebastián Burgos V.
Camila Ciurlo A.
Daniel Escobar A.
Fabián Suárez N.
José Antonio Hernández R.
Laura Llano C.
Norberto Rojas D.
Erika Schutt P.
Camilo Solano C.
Daniel Franco L.
Samuel Malkún M.
Lina Ramírez V.

www.anif.com.co

E-mail: anif@anif.com.co



@ANIFCO



AnifOficial



ANIF

No. 1547 | Mayo 12 de 2022

LOGROS Y RETOS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

En 1993, la Ley 100 creó el sistema de salud como lo conocemos hoy, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El sistema, que cuenta con cobertura universal, se basa en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Ha sido, desde su concepción, un sistema innovador para la región, siendo el primero en Latinoamérica en tener un plan explícito de beneficios de salud, de los primeros sistemas de la región en unificar los planes de salud de toda la población en 2012 y, posteriormente, uno de los primeros países en abandonarlo a favor de la priorización implícita de tecnologías de salud (Giedion & Cañón, 2014). Pese a que tiene espacio para mejorar, el sistema ha permitido avances importantes para la sociedad y es tal vez uno de los mayores logros en equidad en el país. En este *Informe Semanal* estudiamos el sistema de salud colombiano, analizando su funcionamiento, sus logros y los principales retos que enfrenta de aquí en adelante.

El SGSSS se basa en el aseguramiento a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), aseguradoras públicas y privadas. Los ciudadanos con capacidad de pago hacen aportes proporcionales a sus ingresos al sistema y están afiliados al régimen contributivo, mientras que los ciudadanos sin capacidad de pago se pueden afiliar de forma gratuita al régimen subsidiado. Los afiliados a ambos regímenes tienen derecho a las mismas prestaciones y la prima que paga el gobierno a las aseguradoras se define con base en la edad, el sexo y el territorio del afiliado. Esta prima, denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC), cubre las pres-

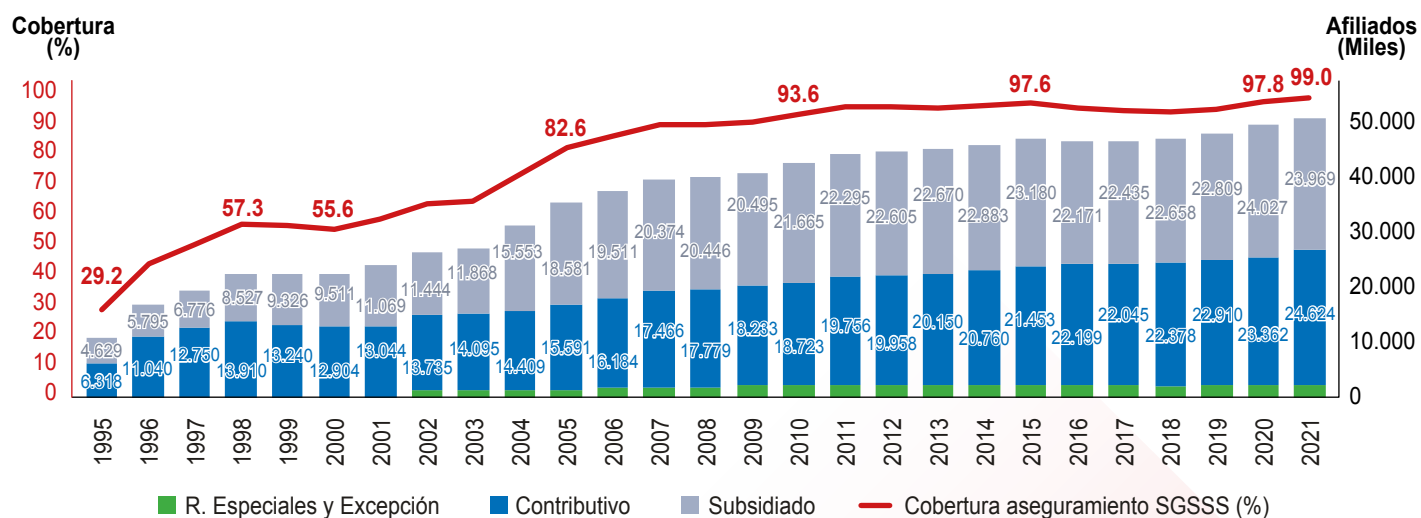
Mayo 12 de 2022

taciones definidas por el Plan de Beneficios de salud y las demás prestaciones que no se encuentren en la lista de exclusiones (las prestaciones que no se pueden cubrir con recursos del SGSSS). Las EPS compiten en calidad, dado que los afiliados pueden cambiarse de EPS y no pueden rechazar pacientes basados en su estado de salud.

Antes de 1993, la forma de acceder a seguros de salud era a través de los empleadores públicos o privados, de modo que la mayoría de la población no tenía acceso a aseguramiento. Adicionalmente, las condiciones y prestaciones que cubría el aseguramiento dependían de los empleadores y aseguradores. El gasto de bolsillo en salud era muy alto, al igual que la probabilidad de enfrentar gastos catastróficos.

A través de las casi tres décadas de funcionamiento del SGSSS, el aseguramiento en Colombia ha aumentado de forma sostenida, pasando de menos del 25% de la población antes de 1993 y llegando a un máximo histórico de 99% en el 2021, como se ve en el Gráfico 1. Ese aumento en el aseguramiento ha permitido a los ciudadanos acceder a servicios de salud en mayor medida, pese a que aún existen limitaciones por resolver, lo que, a su vez, se ve reflejado en mejores resultados de salud para la población colombiana. Por ejemplo, en los últimos 30 años la expectativa de vida al nacer de los colombianos ha aumentado en más de siete años, pasando de 69 años a 77 años y la mortalidad infantil se redujo en más del 50%, pasando de alrededor de 26 a 12 muertes por 1000 nacidos vivos.

Gráfico 1. Evolución de la afiliación al SGSSS



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, 2021.

Mayo 12 de 2022

Ahora, el aumento de la cobertura de salud ha contribuido a cerrar brechas sociales. Por ejemplo, para el 2019 el 90% de los hogares del primer quintil de ingresos estaban asegurados (muy cerca del 97% de hogares del quinto quintil), a comparación de tan solo el 4.3% en 1993. Esas mejoras en el aseguramiento se han visto reflejadas también en un aumento en el acceso efectivo a prestaciones de salud.

Aun así, todavía existen barreras importantes para garantizar un acceso universal a las prestaciones del PBS. El Gráfico 2 presenta el porcentaje de personas que asistieron a consultas de prevención por quintil de ingresos desde 1997 y aunque se ve una mejora en cada quintil, aún es modesta. El acceso limitado a este tipo de consultas es preocupante,

especialmente teniendo en cuenta que es un servicio disponible desde los hospitales de primer nivel y que es una prestación costo efectiva.

Los problemas en el acceso a las prestaciones están asociados parcialmente a barreras de la oferta de prestaciones de salud. Desde el punto de vista del talento humano en salud y de la infraestructura de salud del país, hay una brecha que no se ha logrado solventar. Colombia es uno de los pocos países en Latinoamérica con un mayor número de médicos por cada 1,000 habitantes que de enfermeros (Gráfico 3) y el aumento del talento humano en salud ha sido moderado durante los últimos años. Por el otro lado, la infraestructura para la prestación de servicios de salud es bastante desigual a través de

Gráfico 2. Consultas médicas preventivas - Cabecera (% de personas que accedieron)

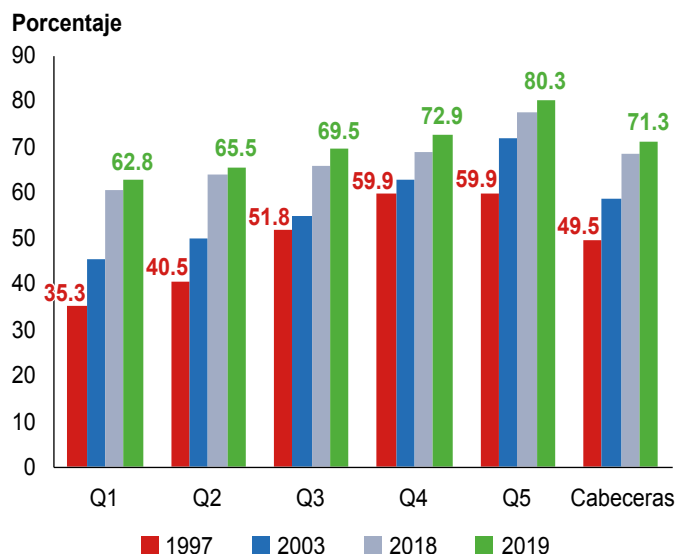
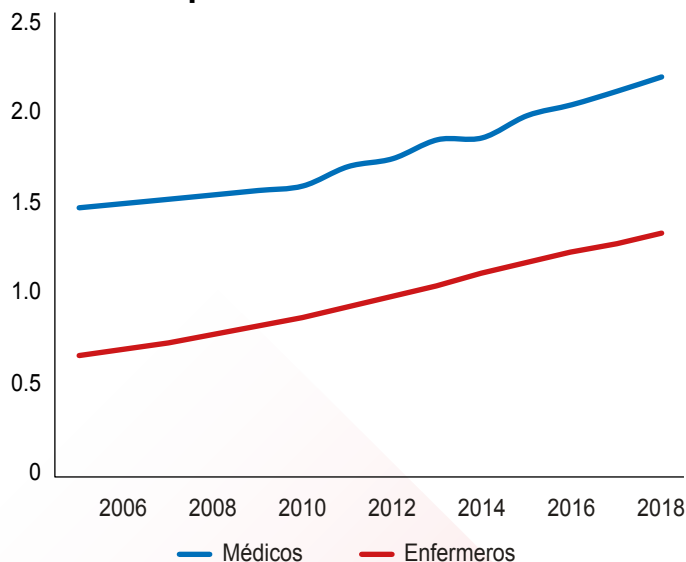


Gráfico 3. Número de médicos y enfermeros por cada 1000 habitantes



Mayo 12 de 2022

las regiones. De hecho, en 2017 716 de los 1122 municipios sólo contaban con una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) pública. Para la población que vive en municipios retirados con un hospital de primer nivel, el costo y la dificultad del transporte a municipios con hospitales de segundo y tercer nivel vuelve prohibitivo el acceso a servicios especializados de salud.

Ahora bien, el sistema se enfrenta a varios retos que comprometen su sostenibilidad actualmente. Entre ellos se encuentra el aumento acelerado en el gasto, la desnaturalización del aseguramiento y la inestabilidad de los ingresos. Alinear los incentivos de los actores del sistema, más allá de garantizar su sobrevivencia, va a permitir mantener y superar los resultados que ha generado en términos de la salud para los colombianos.

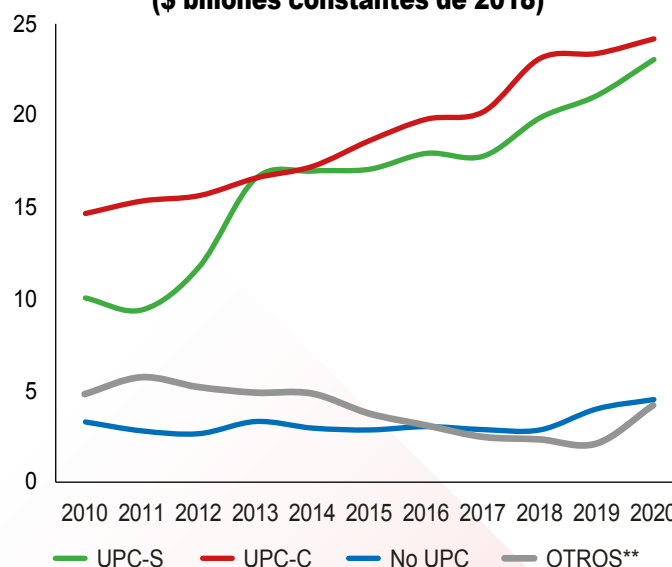
El gasto en salud en países de ingresos medios aumenta por dos grupos de factores. Primero, por elementos rezagados que no se han solucionado propios de países de ingresos bajos. Segundo, por factores emergentes similares a los que enfrentan países de altos ingresos (Londoño & Frenk, 1997). Entre los factores rezagados que aumentan el gasto se encuentran el aumento de la cobertura de servicios de salud y las inequidades en el acceso a servicios de salud, entre otros. Por el otro lado, entre los factores emergentes está el cambio del perfil epidemiológico asociado al envejecimiento de la población y el cambio tecnológico.

En Colombia, el gasto en salud aumentó en 123% entre el 2004 y el 2018, frente al aumento del 74% del PIB en este mismo periodo. Algunos factores para tener en cuenta a la hora de explicar son la iguala-

ción de los PBS del régimen contributivo y del subsidiado entre el 2009 y el 2012, sumado al aumento de las prestaciones que no se cubren con la UPC, inicialmente vía recobros y posteriormente vía presupuestos máximos, cómo se ve en el Gráfico 4. Sin embargo, cabe decir que esas presiones en el gasto se derivan de medidas necesarias para garantizar los derechos de la población en términos de salud y permitieron mejoras en los resultados en salud.

Como porcentaje del PIB, el gasto en salud de Colombia es similar al de otros países de su nivel de ingresos y se encuentra significativamente por debajo del nivel de gasto de países de ingresos altos. Aún así, ese nivel de gasto implica una presión alta sobre los recursos públicos teniendo en cuenta que el recaudo en Colombia es menor al de países de ingresos más altos. Vale la pena resaltar que no existen

Gráfico 4. Usos del aseguramiento (\$ billones constantes de 2018)



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, 2021.

Mayo 12 de 2022

espacios para concertar entre los actores del sistema una senda de gasto de mediano plazo, alineada con las metas en términos de acceso efectivo a prestaciones de salud. Esa falta de planeación pone en riesgo la sostenibilidad del sistema en el tiempo al generar incertidumbre para los actores involucrados.

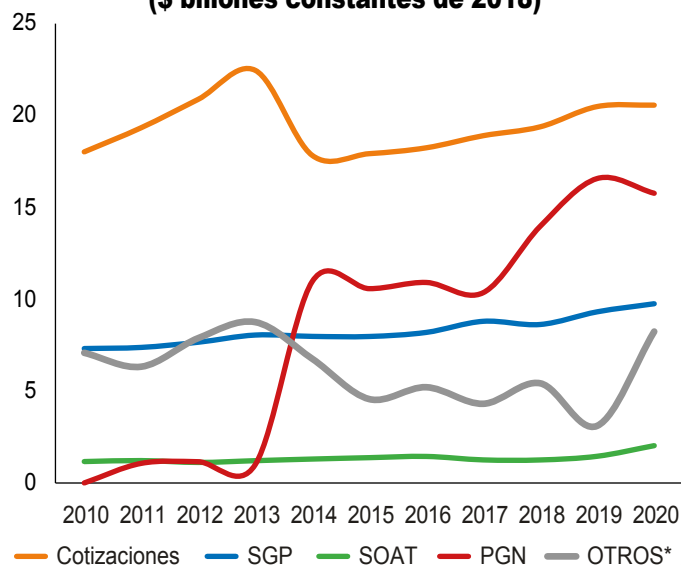
Por su parte, los ingresos del sistema no han crecido al mismo ritmo de los gastos. Los aportes de los trabajadores formales son actualmente la principal fuente de ingresos, como se puede ver en el Gráfico 5. Dada la naturaleza del sistema laboral, esos recursos juegan un rol contracíclico en el sistema. Adicionalmente los aportes a salud son un desincentivo importante a la formalización de los trabajadores, quienes terminan absorbiendo la mayor

parte del costo. La segunda fuente de financiación del sistema son recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN), que han aumentado su participación en dos ocasiones, durante el 2013 y entre el 2017 y 2019.

Como se discutió anteriormente, el principal gasto del sistema corresponde a las transferencias de UPC de ambos regímenes. El cálculo de la UPC ha estado a cargo del Ministerio de Salud desde hace dos décadas, tiempo en el que la metodología no ha cambiado significativamente. Esa metodología refleja cómo el sexo, la edad y el tipo de territorio en el que vive un afiliado afectan sus reclamaciones esperadas. Entre mejor refleje la prima el costo subyacente de los afiliados, las EPS podrán hacer una mejor gestión del riesgo y entre menor sea la correspondencia entre la prima y el costo, las aseguradoras empezarán a depender de la distribución de riesgo de sus afiliados para estar en capacidad de poder cubrir los servicios médicos necesarios. De igual forma se debe incluir un sistema de ajuste ex post basado en resultados en salud. De esta manera se podrán alinear los intereses de prestadores y aseguradores en función del desarrollo de nuevas formas de contratación más innovadora y eficiente.

El tercer gasto del sistema, por orden de magnitud, es la provisión de servicios que no estaban incluidos en el PBS. Ese tipo de servicios médicos implican una carga significativa y creciente para el sistema, que se redujo en cierta medida por medio de la Ley Estatutaria de Salud en el 2015. Esa ley marca el paso de un modelo de priorización explícita en el que la canasta de beneficios define a qué prestaciones puede acceder

Gráfico 5. Fuentes del aseguramiento (\$ billones constantes de 2018)



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, 2021.

Mayo 12 de 2022

la población, a un modelo de priorización implícita, donde existen listas de prestaciones no cubiertas y los afiliados tienen acceso a todas las prestaciones no incluidas en esa lista. Para cubrir el costo de los servicios no financiados con cargo a la UPC inicialmente las aseguradoras recurrieron al recobro de estos servicios al Ministerio de Salud. La medida debilitó la función de las EPS de aseguramiento y generó fricciones en el sistema por los procesos largos asociados a los cobros. Adicionalmente, la diferencia entre los valores recobrados y los valores reconocidos generaron un vacío que dejó efectos profundos sobre el sistema.

La dilución de la función de aseguramiento por parte de las EPS es un punto crítico frente a la contención del gasto del sistema. El pago por prestación, como estaban funcionando los cobros, es un mecanismo costoso y que genera incentivos inadecuados. En teoría, los presupuestos máximos, el ajuste *ex post* definido por el ministerio en el 2020 para cubrir las prestaciones no UPC, devolvieron parcialmente la función de aseguramiento a las EPS frente a las tecnologías de salud no UPC. Ahora bien, el efecto de la pandemia sobre la implementación de los presupuestos máximos y el poco tiempo de vigencia de la medida hacen imposible saber el efecto final que tuvo sobre el funcionamiento del sistema. Más recientemente, la inclusión de la mayoría de las tecnologías de salud de presupuestos máximos al PBS es un paso adicional para fortalecer el papel de las EPS en el aseguramiento en el sistema.

Conclusiones

En sus casi 30 años de historia, el sistema de salud ha jugado un rol crucial para mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable, y para garantizar mejores resultados en salud de toda la población. El aumento en el aseguramiento de la población ha permitido un mayor acceso a prestaciones de todos los niveles. El aumento en el acceso se ha visto en todos los niveles de ingresos de la población, aunque las diferencias entre estos grupos persisten. Mejorar la oferta de servicios de salud con un énfasis en el diagnóstico temprano y en la prevención es clave para que los resultados de salud de la población continúen mejorando. Adicionalmente, encontrar soluciones que permitan garantizar la sostenibilidad del sistema es clave para la supervivencia del mismo. La sostenibilidad del sistema se puede abordar limitando el aumento del gasto y definiendo con cuidado como invertir estos recursos, encontrando fuentes nuevas de financiación y fortaleciendo el aseguramiento.

Atender los retos mencionados en este documento es necesario no solo por garantizar la continuidad del sistema, sino para mantener los avances que ha permitido el sistema y seguir disminuyendo las inequidades en la atención efectiva y en los resultados de salud. Un diagnóstico atinado de los retos permitirá la formulación de alternativas que garanticen un futuro sostenible del sistema. Debemos mantener y fortalecer el sistema de aseguramiento, no podemos regresar al esquema de operación que existía antes de 1993.

Mayo 12 de 2022

INDICADORES ECONÓMICOS

\$MM(1) CAMBIO PORCENTUAL ANUAL

		22 abril 2022	A la última fecha	Un mes atrás	Tres meses atrás	Un año atrás
1. Medios de pago (M1)		184.772	14,8	12,0	15,3	13,3
2. Base monetaria (B)		138.333	13,0	15,2	16,3	9,6
3. Efectivo		102.743	13,9	15,7	15,4	21,7
4. Cuentas corrientes		82.029	15,9	7,4	15,1	4,1
5. Cuasidineros		457.814	12,2	11,2	10,6	0,8
6. Total ahorro bancos comerciales		286.825	13,5	15,3	20,0	10,4
7. CDTs		170.988	10,0	4,8	-3,5	-11,7
8. Bonos		35.323	4,7	5,3	11,3	5,0
9. M3		702.252	13,2	11,8	12,2	4,3
10. Cartera total		549.083	15,3	13,9	12,3	-1,5
11. Cartera moneda legal		532.872	15,9	14,3	11,8	0,2
12. Cartera moneda extranjera		16.211	-0,9	2,6	27,0	-33,2
13. Total bancos comerciales		533.660	15,2	13,7	12,2	-1,5
14. CFC		11.868	20,5	19,1	14,0	-0,6
15. TES ⁽²⁾		418.846	16,6	16,5	14,3	10,6
16. I.P.C.	Abr		9,23	8,53	6,94	1,95
17. IPC sin alimentos	Abr		5,94	5,31	4,47	1,56
18. IPC de alimentos	Abr		26,17	25,37	19,94	3,97
19. TRM (\$/US\$)	May11	4.086,71	10,01	3,48	10,14	-4,31

VALORES ABSOLUTOS

20. Reservas internacionales ⁽³⁾		57.626	58.087	58.447	59.028
21. Saldo de TES (\$MM)		418.846	411.914	401.679	359.308
22. Unidad de Valor Real (UVR)	May11	303,73	300,50	291,16	280,04
23. DTF efectiva anual	May9-May15	6,52	5,58	3,74	1,79
24. Tasa interbancaria efectiva	May3-May9	6,04	5,10	4,10	1,76

FECHAS CLAVE Mayo 16 al 20 de 2022

LUNES 16

COL: importaciones, marzo.
COL: Indicador de Seguimiento a la Economía, marzo.
COL: PIB, primer trimestre.
U.E: Previsiones de crecimiento de la Comisión Europea.
U.E: balanza comercial, marzo.

MARTES 17

EE.UU: ventas minoristas, abril.
EE.UU: producción industrial, abril.
U.E: PIB (preliminar), primer trimestre.
Reino Unido: tasa de desempleo de la OIT, marzo.
Japón: PIB, primer trimestre.
Japón: producción industrial, marzo.

MIÉRCOLES 18

COL: financiación de vivienda, primer trimestre.
COL: estadísticas vivienda VIS y no-VIS, primer trimestre.
COL: comercio exterior y movimiento de zonas francas, marzo.
EE.UU: inicios de vivienda, abril.
U.E: Reunión del BCE sobre política no monetaria.
U.E: Índice de Precios al Consumidor, abril.
Reino Unido: Índice de Precios al Consumidor, abril.
Reino Unido: Índice de Precios al Productor, abril.
Japón: balanza comercial, abril.

JUEVES 19

EE.UU: venta de viviendas existentes, abril.
U.E: Cuenta Corriente, abril.
U.E: Informe de la Reunión de Política Monetaria del BCE.
Japón: Índice Nacional de Precios al Consumidor, abril.
China: Decisión sobre la tasa de interés de PBoC.

VIERNES 20

COL: Índice de Costos del Transporte de Carga por Carretera, abril.
COL: Encuesta Mensual de Expectativas Económicas, marzo.
U.E: Consumer Confidence, mayo.

(1) Miles de millones de pesos. (2) Saldo TES del sector público. (3) Millones de dólares.
Fuente: cálculos ANIF con base en el Banco de la República.