

# La financiación del sistema general de seguridad social en salud

*Para analizar los principales retos de la financiación del sistema de salud del país, por invitación de Gestarsalud se reunieron en un panel de discusión el Ministro de Salud, el Director de Regulación Económica de la Seguridad Social del Ministerio de Hacienda y el Presidente de Fasecolda. A continuación una breve reseña del análisis de Fasecolda.*

Por:

**Roberto Junguito**

Presidente Ejecutivo Fasecolda

**María José Vargas**

Directora de Estudios Económicos

**Ángela Concha**

Investigadora Cámara Técnica de Transporte

**Diana Lancheros**

Investigadora Cámara Técnica de Vida y Actuaría

FASECOLDA

En todos los países la salud figura entre las prioridades de la sociedad. Por ello, la cobertura universal en salud fue un compromiso internacional establecido por Naciones Unidas. Uno de los principales retos es lograr el financiamiento requerido para el cumplimiento de esta meta. En el ámbito internacional también se discute

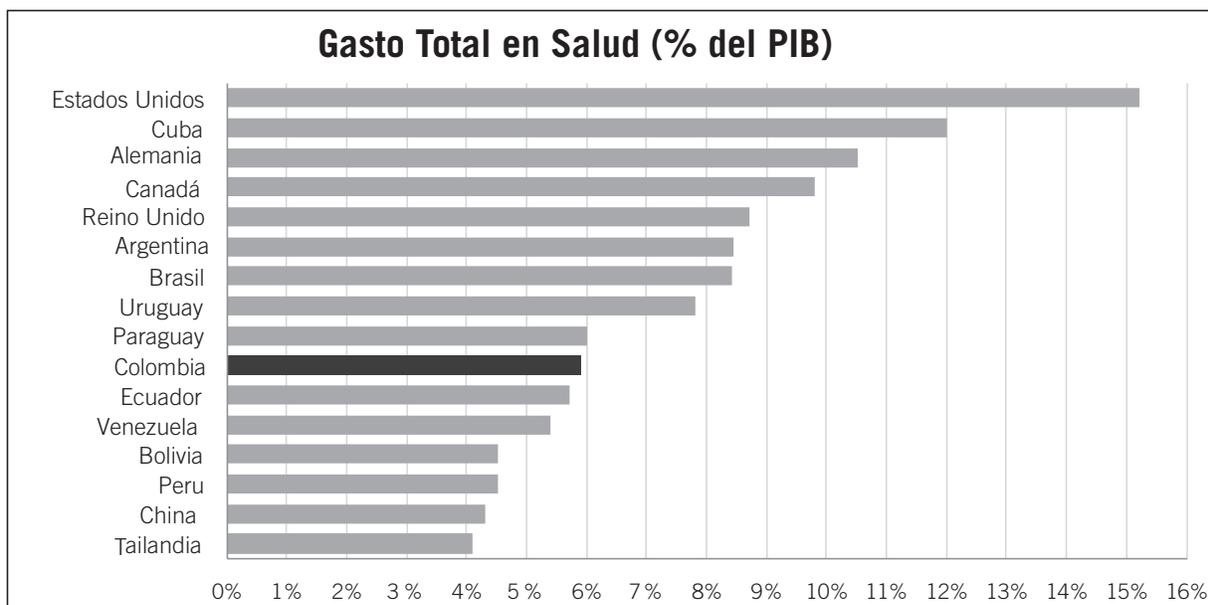
cómo depender menos de los pagos en efectivo o “de bolsillo” requeridos para cancelar los servicios y, quizás más importante, cómo evitar el despilfarro de los recursos que para ella se asignan. En este breve informe se analiza el tema de la financiación de la salud en Colombia inscrito bajo el marco internacional.

### El gasto en salud a nivel internacional

En la Gráfica 1 se presentan los indicadores del gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, PIB, en varios países. Se observa que existe una amplia variación. El mayor gasto relativo se registra en Estados Unidos con un 15% del PIB. También sobresalen como países que dirigen una importante porción de su ingreso nacional: Cuba, Alemania, Canadá y Reino Unido. Entre los países latinoamericanos, además de Cuba, se destacan Argentina y Brasil. Colombia dedica un 6% del PIB al gasto en esta materia, porcentaje similar al

de Ecuador y Venezuela y que se podría calificar como “moderado”.

Cabe anotar, sin embargo, que aunque es importante el monto total de recursos que se dedican a la salud como porcentaje del ingreso de los países, este indicador no garantiza su eficiencia, ni una cobertura adecuada del sistema. Por ejemplo Estados Unidos, aún no cuenta con cobertura universal, mientras que Tailandia sólo invierte el 4% del PIB y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, ha alcanzado la cobertura para casi todos los habitantes constituyéndose un caso exitoso.



Fuente: Estadísticas Mundiales de salud 2011. OMS

### Fuentes de financiación de la salud

En la Gráfica 2 se presenta un análisis por país de las diversas fuentes de recursos por medio de las cuales se financian los gastos de salud. Estas se agrupan en cuatro fuentes principales: las contribuciones obligatorias a la seguridad social, los aportes y transferencias de los presupuestos públicos (nacionales y regionales o municipales), los “gastos de bolsillo” o en efectivo que deben pagar los beneficiarios de los servicios y la financiación cubierta mediante planes privados de salud.

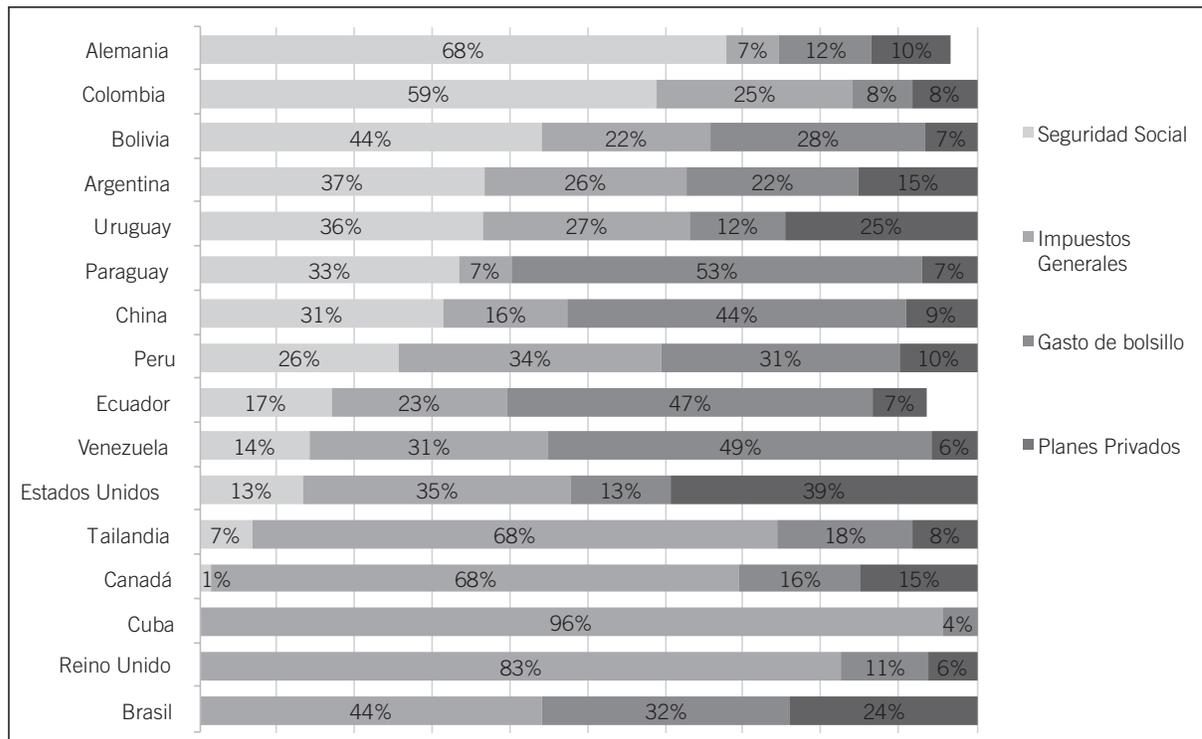
Como se puede observar, existen grandes diferencias en los esquemas de gasto en salud según la fuente de los recursos. En un extremo se encuentran países como Alemania en los cuales el financiamiento

## En el tintero

proviene principal y casi exclusivamente de aportes o contribuciones obligatorias de los ciudadanos. Al otro lado están aquellas naciones donde es un bien público financiado casi con exclusividad mediante aportes y transferencias del Gobierno. Colombia es uno de los países donde la financiación recae en mayor medida

en las contribuciones obligatorias de la seguridad social (59% del gasto total en salud). La experiencia internacional indica que, en la mayoría de los países, los planes privados están poco desarrollados. En países como China, Perú, Ecuador y Venezuela, los gastos en salud se financian principalmente con gastos de bolsillo.

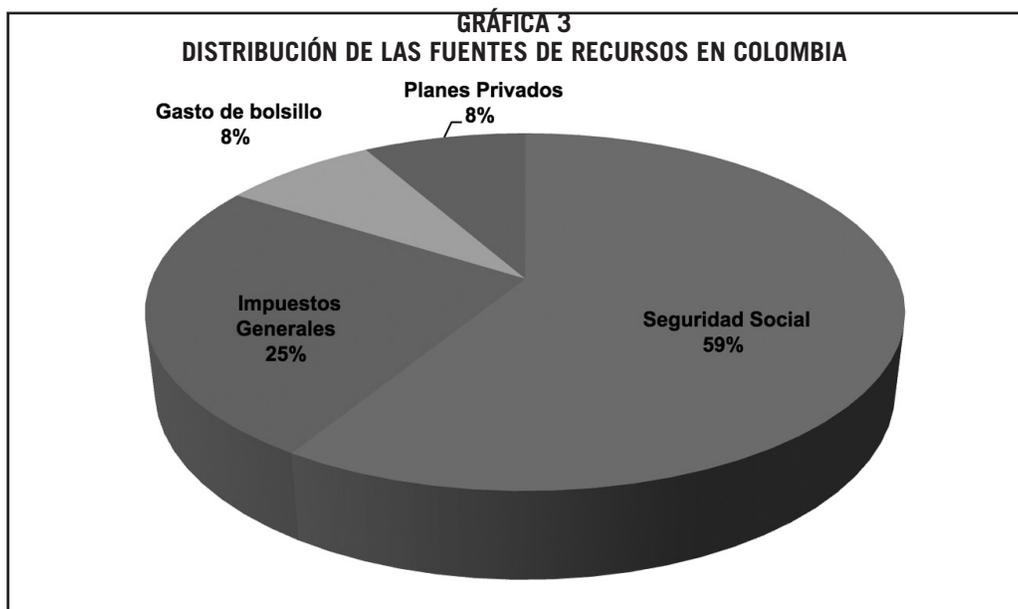
**GRÁFICO 2**  
**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD POR FUENTE DE RECURSOS**



Fuente: Estadísticas Mundiales de salud 2011. OMS

### Las fuentes de financiación en Colombia

Tal como se destacó en la gráfica anterior, los gastos del sistema de salud en Colombia tienen como principal componente a las contribuciones obligatorias a la seguridad social, representadas en el denominado POS contributivo, las cuales representan el 59% de total del financiamiento de la salud. Por su parte, el 25% de la financiación se lleva a cabo mediante aportes y transferencias del presupuesto nacional y de los gravámenes y sobretasas a los impuestos departamentales como licores, cigarrillos y cerveza. Los planes privados de salud, (planes de atención complementaria, planes de Medicina Prepagada y pólizas de salud ofrecidas por las compañías de seguros), contribuyen con el 8% de la financiación. Esto deja como financiamiento residual a los gastos de bolsillo que se les exigen a los usuarios de los servicios de salud, representados en la compra de bonos y pagos en efectivo, los cuales corresponden al 8% restante.



Las contribuciones a la Seguridad Social son realizadas tanto por los empleados como por los empleadores. Sin embargo, cabe recordar que en Colombia cerca del 60% de los trabajadores son independientes e informales y no hacen parte del régimen contributivo obligatorio. Adicionalmente la tasa de desempleo abierto es una de las más altas de América Latina, lo cual hace que exista una reducida tasa de contribuciones efectivas al régimen de salud y de pensiones. De esta forma el régimen contributivo, no obstante su gran importancia relativa de aporte a la salud, que como se ilustró en la Gráfica 3 alcanza al 59% del total, aporta menos recursos de los podría aportar potencialmente y además genera importantes presiones sobre el mercado laboral. El establecimiento de cotizaciones por día y la reciente adopción de la Ley de Primer Empleo que otorga incentivos tributarios para la contratación formal son disposiciones que pueden ayudar a mejorar esta situación.

Una comparación de la fuente de recursos en el caso colombiano frente a la experiencia internacional deja ver que en Colombia, la salud recibe una menor proporción de recursos fiscales frente a lo registrado en

la mayoría de los otros países. Del lado fiscal, además de las transferencias del presupuesto nacional, se dirigen los recursos de impuestos departamentales al tabaco, licores y cigarrillos. Esta destinación específica tiene una gran lógica económica: se establece un impuesto al consumo de bienes que tienen efectos nocivos en la salud para desestimular su compra y se destinan los recursos captados para el apoyo de los programas de salud subsidiada.

Uno de los problemas con el esquema de aportes al régimen subsidiado en el caso colombiano es que, para compensar las bajas transferencias de recursos fiscales, se ha exigido al régimen contributivo transferir un porcentaje del 1,5% de los aportes captados al sistema subsidiado. Si bien para el régimen subsidiado

- » Una persona que cuenta con un plan voluntario de salud le cuesta al sistema público (POS) aproximadamente el 40% de lo que le costaría si no lo tuviera.

esta transferencia representa una fuente importante de recursos, la realidad es que representa una transferencia de los pobres a los más pobres: cerca del 85% de los contribuyentes al régimen contributivo que cotizan al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, recibe menos de dos salarios mínimos, es decir, son los más pobres de los formales quienes están subsidiando a los informales. De ahí que la suspensión transitoria de esta transferencia establecida por el Gobierno y su compromiso de fondear el sistema subsidiado con mayores recursos del presupuesto nacional sea una medida en la dirección correcta.

Sobre los planes privados de salud, el aspecto que se debe destacar es que éstos presentan un beneficio directo para los asegurados e indirecto y positivo para el sistema, cuando se considera que una persona que cuenta con un plan voluntario le cuesta al sistema público (POS) aproximadamente el 40% de lo que le costaría si no lo tuviera. Esto conlleva a recomendar su fomento. De hecho, la Ley 1438 de 2011, propone incentivar los planes voluntarios aunque la forma como se realizará está pendiente de reglamentación. Dentro de la experiencia internacional se observa que algunas de las herramientas utilizadas por los gobiernos para incentivar estos planes son las deducciones de su costo en el impuesto a la renta a empleados y empleadores, así como la exención del IVA a los planes voluntarios, experiencia que podría replicar Colombia.

### Eficiencia en el uso de los recursos

Otro de los temas referentes al financiamiento de la salud es la eficiencia en la asignación de los recursos. Para comenzar cabe destacar que los costos de los servicios de salud siempre serán crecientes. En el mundo, el aumento promedio en los costos médicos excede el crecimiento del PIB y de la inflación, principalmente a causa de los cambios demográficos, el envejecimiento de la población, aumentos en la longevidad, la creciente demanda de servicios de salud y, principalmente, en razón de los costos de las nuevas tecnologías y recursos clínicos<sup>1</sup>.

En cuanto a la creciente demanda de servicios de salud, que explica cerca del 25% de los aumentos en los costos de la salud en el mundo, en el caso colombiano la inestabilidad jurídica ha jugado un rol fundamental al incluir, por vía judicial, medicamentos y procedimientos que no estaban tarifados previamente. Si bien la reciente reforma intentó solucionar algunos de estos problemas, debe tenerse en cuenta que el POS seguirá siendo una lista taxativa donde quedarán por fuera eventos que podrán ser introducidos vía tutela.

Finalmente, es muy importante evitar el despilfarro de los recursos asignados a la salud. La Comisión Europea de Lucha contra el Fraude en Salud estima que de los US\$5,3 billones que se gastan anualmente



» El gasto en salud como porcentaje del PIB en Colombia se encuentra en el promedio latinoamericano, lo que evidencia que hay campo para aumentarlo.

en esta materia a nivel mundial, el 6% (US\$300.000 millones) se pierden por corrupción. Asimismo, la experiencia internacional indica que entre el 20-40% de los recursos orientados a la salud son despilfarrados (Health System Financing, OMS). El caso de Colombia no parece ser diferente. Los indicadores internacionales sitúan a Colombia como uno de los países donde se presenta un mayor desvío en los recursos públicos, ya que se ubica en el lugar 132 entre 142 países clasificados en el indicador de ética y corrupción del World Competitiveness Index de 2010. Es por esta razón que se debe ser extremadamente cuidadoso en diseñar la institucionalidad en el manejo de estos recursos para que sean invertidos de forma eficiente.

### **Reflexiones finales**

En materia de Seguridad Social en Salud, Colombia enfrenta dos retos en el mediano plazo. Por un lado, el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en cuanto a la cobertura universal. De otra parte,

la homologación de los planes obligatorios de salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado. Esto implicará la necesidad de invertir más recursos en salud y hacer más eficiente su uso.

No hay una receta única para contar con un sistema de salud financieramente sostenible, eficiente y equitativo. El gasto en salud como porcentaje del PIB en Colombia se encuentra en el promedio latinoamericano, lo que evidencia que hay campo para aumentarlo. Se observa que el sistema depende fuertemente de las contribuciones y que dadas las particularidades del mercado laboral, la alta tasa de desempleo y de informalidad, existe una gran presión sobre esta fuente de recursos. Se observa también que es regresivo financiar el régimen subsidiado con recursos del contributivo al estar generando subsidios cruzados entre los más pobres, razón por la cual es necesario aumentar la financiación pública. Finalmente, que existe la opción de aliviar el sistema aumentando los ingresos vía aseguramiento privado.

### **Bibliografía**

---

- Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage. World Health Organization (2010)
- Estadísticas Mundiales de Salud 2011. Organización Mundial de la Salud

### **Referencias Bibliográficas**

---

- 1- Howard Bolnick, FSA, MAAA, 2008.