

El gasto en salud en Colombia

Desde la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993, el sistema de salud en Colombia ha estado sometido a crecientes presiones financieras provenientes de la ampliación de coberturas, la actualización del plan de beneficios, la judicialización de sus decisiones y la introducción de nuevas tecnologías provenientes de la industria farmacéutica.

Mario Cruz

Director Cámara de Vida y Personas de Fasescolda

Tamaño del sector salud

Colombia gasta en salud 7.3% de sus ingresos. Esta proporción ha crecido de manera sostenida en los últimos 20 años (en el 2000 era del 5.6%). Este incremento se ha relacionado con factores como un mayor ingreso por habitante, la consolidación de una creciente clase media, el envejecimiento poblacional, el cambio en los patrones de morbilidad y el reconocimiento de la salud como derecho fundamental. A este respecto, hay que señalar que la literatura académica encuentra una relación positiva entre el ingreso de las familias y la demanda por servicios de salud¹.

En un estudio realizado en el año 2012 a más de 173 países, tanto pobres como de ingresos altos, se encontró que la elasticidad de la demanda por servicios de salud era baja pero positiva. Se ubicaba entre 0.51 y 0.65², esto quiere decir que un incremento del 10% en los ingresos de una familia se refleja en un aumento entre el 5.0% y el 6.5% en su demanda por servicios de salud.

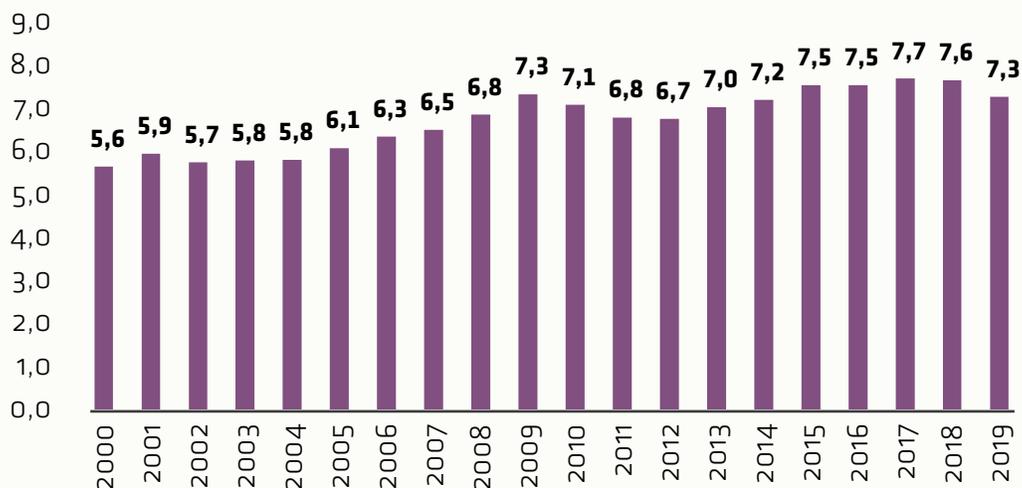
Otro estudio realizado en el año 2011 por investigadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) encontró elasticidades entre 0.75 y 0.95 para un conjunto de 143 países.³ Musgrove y otros investigadores encontraron en el año 2000 una elasticidad entre 1.1 y 1.3 en un estudio para 191 países.⁴

Lo que parecen evidenciar estos estudios es que los países pobres, en general, gastan poco en salud y que en la medida en avanzan en sus procesos de desarrollo incrementan su demanda; esto es lo que podría haber pasado en Colombia en las últimas dos décadas. Algo similar ocurre con los países que pasan del lote de países de ingreso medio a países de ingreso alto, allí se produce una aceleración de la demanda por estos servicios. Finalmente, están los países ricos, que alcanzan unos «topes» de gasto en salud y se estabilizan alrededor de ellos.

En Colombia, el gasto en salud ha crecido más que la economía desde la promulgación de la Constitución de 1991 y muy particularmente entre los años 2005 y

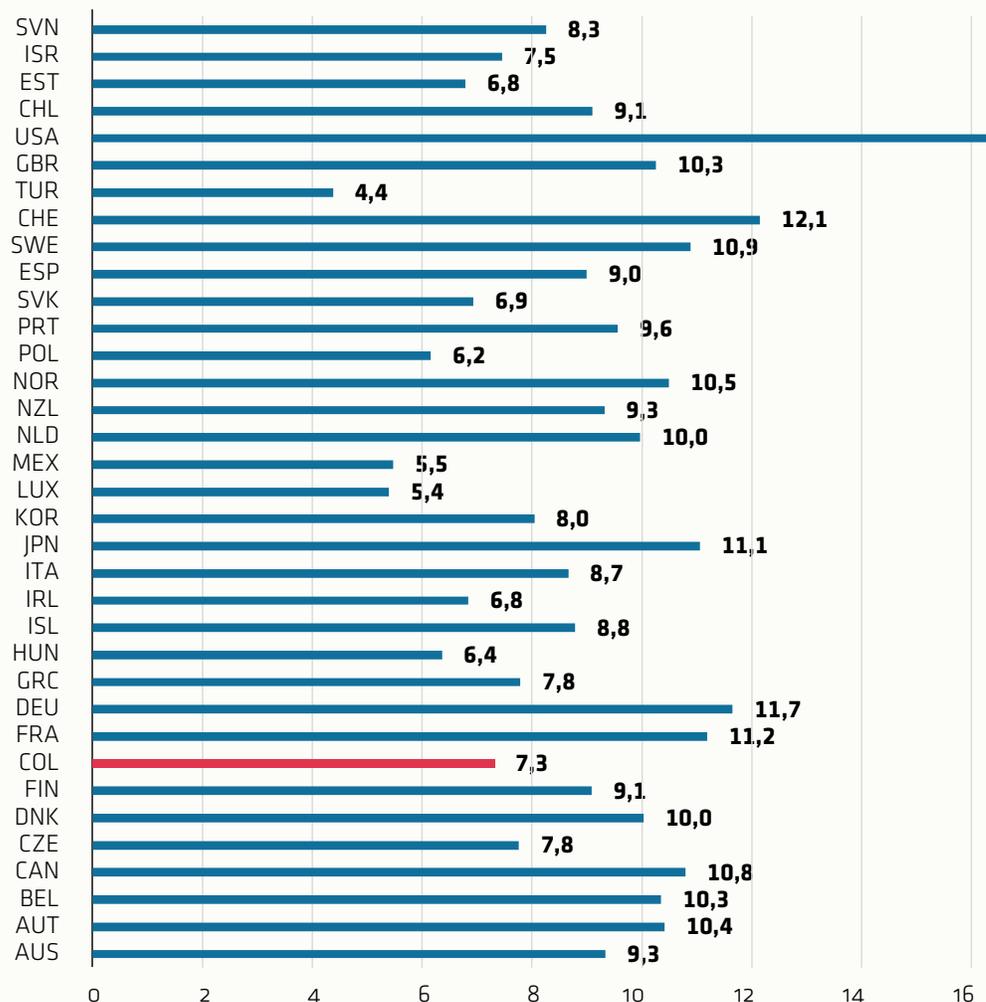
Gráfico 1: Gasto en salud como proporción del PIB Colombia (2000-2019)

Fuente: elaboración propia con base en datos de la OCDE



1. Técnicamente, se denomina elasticidad ingreso de la demanda por servicios de salud. Cuando la elasticidad es mayor que 1.0 se trata de un bien de lujo; se consume más del bien a medida que se cuenta con más recursos. Al contrario, cuando es menor que 1.0, el bien es normal o necesario. Si la relación entre el ingreso y la demanda de un bien es negativa, se trata de un bien inferior.
2. Farag M, NandaKumar AK, Wallack S, Hodgkin D, Gaumer G, Erbil C. The income elasticity of health care spending in developing and developed countries. *Int J Health Care Finance Econ*. 2012
3. The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis by Xu Kea, Priyanka Saksena and Alberto Hollyb. Working paper.
4. Philip Musgrove, Riadh Zeramdini and Guy Carrin. *Bulletin of the World Health Organization, the International Journal of Public Health* 2002 ; 80(2) : 134-142

Gráfico 2:
Gasto en salud como proporción del PIB (OCDE-2019)



2017, periodo en el que se amplió el aseguramiento a toda la población a través del régimen subsidiado de salud. Sin embargo, desde entonces el indicador muestra algo de fatiga, lo que pareciera sugerir que el gasto en salud solo se profundizará en la medida que el país avance hacia estadios más elevados de desarrollo, el gráfico 1 evidencia esta tendencia.

La pregunta que emerge de este comportamiento es cuál será la evolución del gasto en salud en Colombia. ¿Seguirá creciendo o ha llegado a su máximo? Algunas voces señalan que fenómenos como el envejecimiento, la mayor incidencia de las enfermedades crónicas y la recuperación del crecimiento económico hacen inevi-

table su repunte; otras, en tanto, han señalado que la dependencia excesiva del sistema público y las cada vez mayores restricciones fiscales podrían llevar a que el crecimiento se agote.

Como se indicó, el gasto en salud es mayor en los países más avanzados y menor en los países de ingresos bajos; estudios realizados por la OMS muestran que esta participación se encuentra entre el 5.0% y el 17.0% del ingreso nacional. Colombia pareciera situarse en el lote intermedio si se compara con los demás los países del mundo; sin embargo, comparado con los miembros de la OCDE, aún luce rezagado (ver gráfico 2).

GASTO EN SALUD

La OCDE clasifica el gasto en salud en tres categorías: gasto obligatorio, gasto voluntario y gasto de bolsillo.

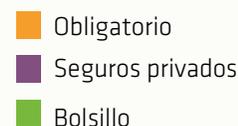
Gasto obligatorio

Se financia con impuestos generales y contribuciones parafiscales; puede ser gestionado por entidades públicas o privadas, a través de distintos modelos de provisión. En Colombia, este gasto se hace a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual reconoce las primas de las coberturas de un plan básico de salud (PBS) que es determinado y actualizado periódicamente por el Gobierno Nacional; además, reconoce prestaciones económicas⁵, subsidios a hospitales públicos, recursos para prevención de enfermedades, promoción de la salud y atención de víctimas de accidentes de tránsito cuando el vehículo no tiene el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT). De cada 100 pesos que se gastan en salud, 73 corresponden al SGSSS.

Lo más insólito es que los recursos públicos y obligatorios financian, además, servicios y tecnologías en salud que no están incluidos en el PBS, pero que son reconocidos por médicos tratantes o por fallos judiciales. En la práctica, el SGSSS tiene un paquete de coberturas y servicios ilimitados, cuyas únicas restricciones son las contenidas en la Ley 1751 de 2015⁶.

La mayor parte del gasto obligatorio, cerca de un 92%, está representado en las primas pagadas por el Estado a las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) a cambio de garantizar las coberturas del PBS a la población. La unidad de pago por capitación (UPC), como se denomina la prima, es girada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a las EAPB y a prestadores de los regímenes contributivo, subsidiado y especial. En 2019 los recursos fueron del orden de 46.4 billones de pesos y cubrieron a cerca de 49 millones de colombianos.

Gráfico 3:
Gasto en salud en Colombia por componente 2010-2019



5. Incapacidades y pagos por licencia de maternidad y paternidad.

6. El artículo 15 de la Ley 1751 establece lo siguiente: «En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.»

Gráfico 4:
Población y cobertura sistema de salud

- Población DANE
- Cobertura aseguramiento SGSSS (%)

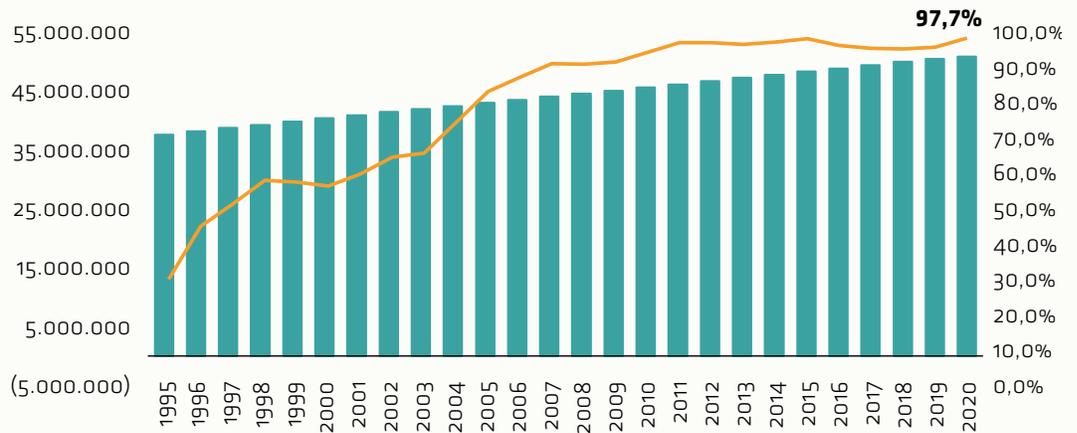


Gráfico 5:
Gastos del SGSSS (millones de pesos corrientes)

- Reconocimiento UPC
- No PBS
- Prestaciones económicas

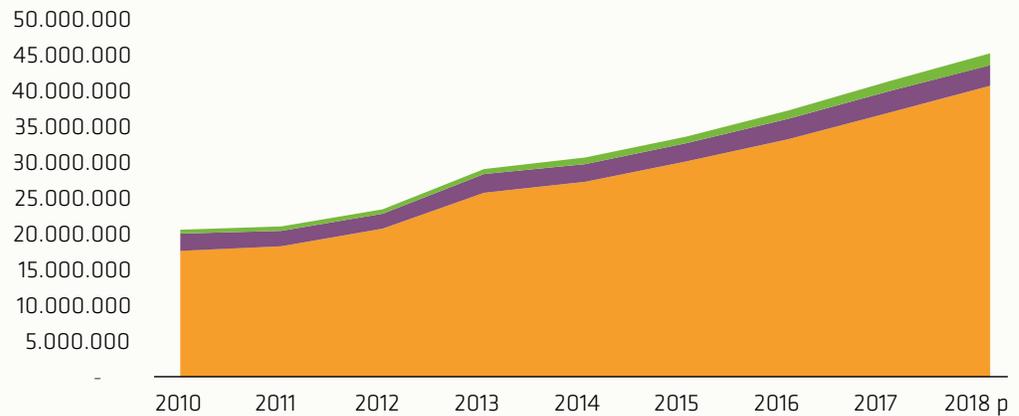
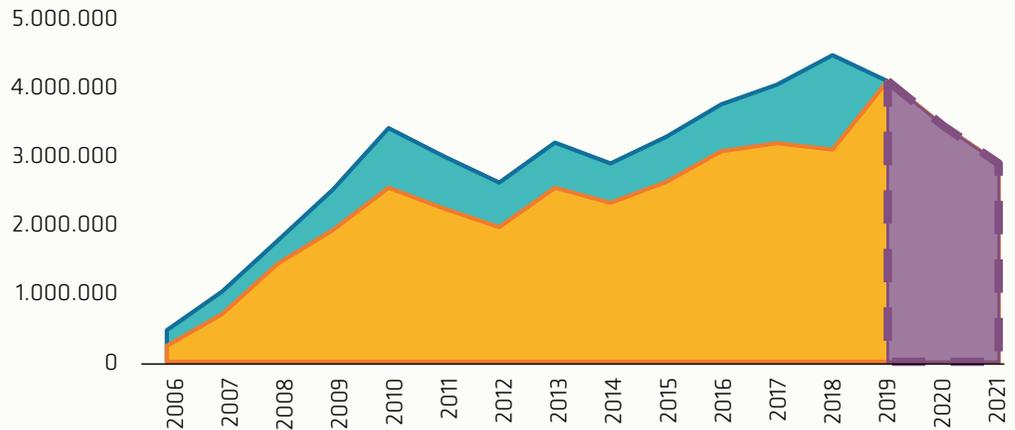


Gráfico 6:
Costo de tecnologías no incluidas en el PBS (en millones)

- Valor recuperado
- Valor aprobado
- Techo



LA UPC se actualiza anualmente y el plan de beneficios cada dos años. La prima reconocida es distinta por régimen (subsidiado y contributivo), así como por otras variables sociodemográficas: sexo, edad, ubicación geográfica y grupo étnico. Estas diferencias están condicionadas por el nivel de riesgo de las poblaciones, por las frecuencias de uso de servicios y por la actualización del plan de beneficios. Para 2021 la UPC promedio es de \$940.000 por persona en el régimen contributivo y de \$872.000 en el subsidiado. El gráfico 5 muestra la evolución de los pagos realizados por concepto de UPC, de prestaciones económicas y de los servicios y tecnologías no cubiertos por el PBS en el periodo 2010 a 2018.

Los servicios y tecnologías no cubiertos en el PBS crecieron notablemente en los últimos 15 años, como lo ilustra el gráfico 6, que recoge datos provenientes de Ministerio de Salud y Protección Social. Este crecimiento estuvo motivado por varios factores: la entrada

masiva de nuevos medicamentos y tecnologías en salud (muchos de ellos a un enorme costo), una política laxa de precios, la judicialización de decisiones médicas, una mayor autonomía de los profesionales de la salud y la entrada en funcionamiento de herramientas electrónicas, como Mi-Pres, que facilitaron su prescripción.

Tres de cada cuatro pesos que se gastan por tecnologías no PBS son medicamentos de alto costo que sirven de tratamiento a enfermedades crónicas como cáncer y otras degenerativas y de baja frecuencia como las enfermedades huérfanas. El otro peso se va en suplementos nutricionales y en gastos sociales como transporte, alojamiento y acompañamiento de los pacientes. Con la entrada en vigor de la denominada ley de punto final, el Gobierno Nacional cambió la forma en que se reconocen estos servicios, trasladando el riesgo a las EAPB, quienes desde el año 2020 cuentan con unos «techos presupuestales» prefijados



ANDRÉS ORIÓN ÁLVAREZ
ABOGADOS

1993

2021


ORIÓN ABOGADOS
ASOCIADOS

Nos renovamos para ustedes

El mismo servicio, más experiencia
y nueva imagen

 +57 (4) 311 4391

 Centro Empresarial Dann Financiera
Carrera 43 A N° 7 - 50 A, Oficina 313
Medellín, Colombia

 Ingresa a: www.orionabogados.com

que deberán ser suficientes para atender la demanda de este tipo de servicios⁷ (las proyecciones se señalan en la parte derecha del gráfico).

Las prestaciones económicas se refieren al pago de licencias de maternidad y paternidad y a las incapacidades de origen común que son reconocidas por el sistema de salud. En Colombia las incapacidades son reconocidas de la siguiente manera: los dos primeros días por el empleador, los días 3 a 180 por el sistema de salud, los días 180 a 540 por el sistema pensional y las que superen este periodo son asumidas nuevamente por el sistema de salud.

Los recursos restantes que se gastan a través del sistema obligatorio son utilizados en temas de salud pública y subsidios a la oferta para los hospitales públicos. En salud pública, los recursos son ejecutados por las entidades promotoras de salud (EPS) y las entidades territoriales (alcaldías, gobernaciones y distritos) en acciones de prevención y promoción. Los recursos de oferta son ejecutados por los entes territoriales para garantizar la atención de personas no afiliadas al sistema obligatorio (población pobre no atendida) y para la sostenibilidad de los hospitales públicos en regiones dispersas y apartadas.

Gasto voluntario en seguros privados

Este tipo de gasto en salud corresponde a los seguros privados, los cuales se financian con recursos de familias y empresas que adquieren planes y productos ofrecidos por distintos actores en el mercado, con unas coberturas preestablecidas que complementan o suplementan el PBS. En Colombia, la ley los ha denominado planes voluntarios de salud; existen cuatro tipos: planes de medicina prepagada, pólizas de salud, planes complementarios de salud y planes de ambulancia prepagada y medicina domiciliaria.

Estos planes son ofrecidos por distintas personas jurídicas que son vigiladas por el Estado. En el año 2020, entre un 8.0% y un 9.0% de la población reportó tener algún seguro privado de salud.⁸ Los recursos movilizadas son del orden de 7.0 billones de pesos anuales, lo que es equivalente a un 0.7% del PIB. Este gasto tiene un efecto de ahorro cercano a los 450.000 millones de pesos y ayuda a descongestionar la red de prestación de servicios⁹. (Ver ilustración 1).

Ilustración 1: Gasto en salud 2019 (en billones)



Gasto de bolsillo

El bajo gasto de bolsillo constituye un gran avance social, en la medida en que la probabilidad de que una familia caiga en la pobreza es baja si debe enfrentarse a un problema de salud serio. Algunas estimaciones señalan que apenas entre un 2.0% y un 3.0% de las familias se ven afectadas severamente en términos financieros ante una enfermedad grave o catastrófica.¹⁰ Del otro lado, hay voces que señalan que aún existe espacio para que el gasto de bolsillo aumente, liberando de esta manera la presión fiscal existente en el sistema obligatorio.

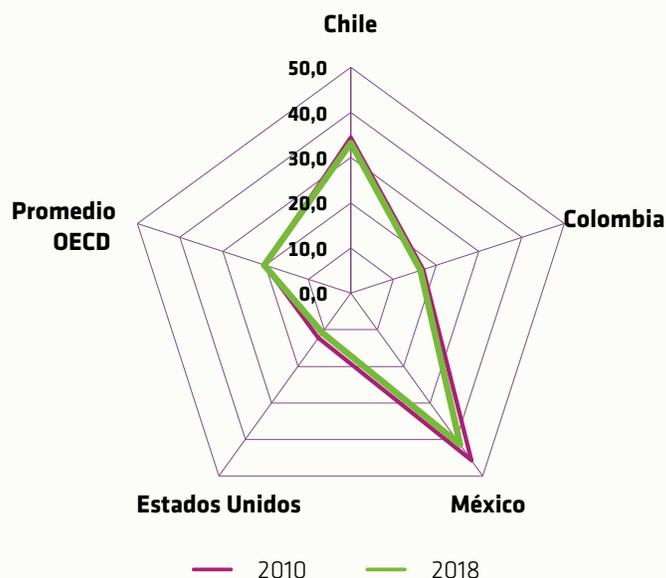
El bajo gasto de bolsillo constituye un gran avance social, en la medida en que la probabilidad de que una familia caiga en la pobreza es baja si debe enfrentarse a un problema de salud serio. Algunas estimaciones señalan que apenas entre un 2.0% y un 3.0% de las familias se ven afectadas severamente en términos financieros ante una enfermedad grave o catastrófica. Del otro lado, hay voces que señalan que aún existe espacio para que el gasto de bolsillo aumente, liberando de esta manera la presión fiscal existente en el sistema obligatorio.

Conclusiones

Colombia tiene un gasto en salud creciente que podría seguir ampliándose en la medida en que el país pueda avanzar en su proceso de desarrollo de largo plazo. Los esfuerzos que se han hecho desde el Estado para ampliar el aseguramiento y actualizar el PBS nos permiten contar con un sistema que ofrece altas coberturas, mejores resultados de salud y avances en equidad que se reflejan en el aporte a la reducción de la pobreza y en los índices de capital humano.

Subsisten retos relacionados con la enorme presión financiera que tiene el sistema, por la innovación far-

Gráfico 7:
Gasto de bolsillo como porcentaje del
gasto en salud en países de la región



macéutica y la judicialización de decisiones médicas. También hay retos importantes en materia de transparencia y legitimidad, habida cuenta de los problemas de corrupción y de fraude que son noticia cada tanto.

El país se caracteriza por tener un bajo gasto privado en salud, tanto en aseguramiento como en gasto de bolsillo, lo que refleja de alguna manera el derecho fundamental a la salud y la preeminencia del principio de equidad. Sin embargo, no es descabellado pensar que esto podría cambiar, a medida que el país avance hacia otras configuraciones que permitan una mayor participación del aseguramiento privado sin que esto signifique una renuncia a los avances sociales conseguidos.

7. Ley 1955 de 2019

8. Incluyendo las pólizas de accidentes personales

9. PROESA 2021

10. Pardo, R. 2017. Ministerio de Salud y Protección Social



**Que tú
asegurado nunca
esté desprotegido,
llévalo contigo
a otro nivel.**



Maxpar llega a Colombia para ser el mayor proveedor de soluciones de asistencia de vidrios en el mercado de seguros.

Con Maxpar tienes **beneficios para ti y tus clientes**



- Gestión de reclamaciones y centro de llamadas telefónicas.
- Tu compañía podrá lanzar nuevos productos sin aumentar el Headcount.

- Diferenciación de cartera.
- Gestión de inventario y logística.
- Gestión de red acreditada en más de 150 ciudades de Colombia.

- Transferencia de riesgo.
- No afecta la póliza.
- No hay deducible.
- Genera un aumento de comisión.



Si deseas más información, comunícate conmigo y estaré dispuesta a llevarte a otro nivel con Maxpar

Isabela Motta
Account Manager en Maxpar
comercial.maxpar@maxpar.com

