



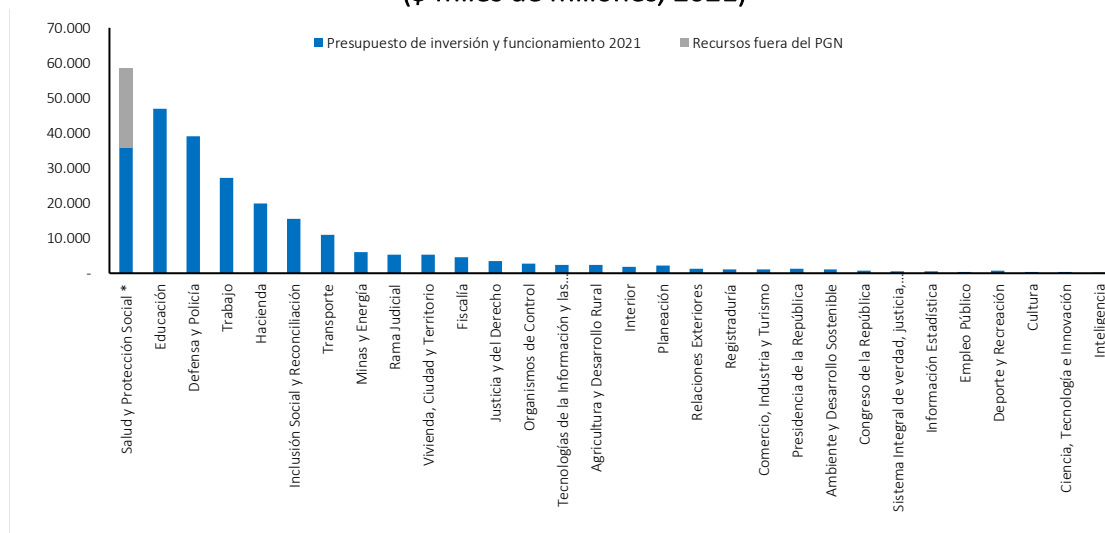
"PROPUESTAS PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA EN LA PRÓXIMA DÉCADA"

SEPTIEMBRE
2021

1. Antecedentes

Durante las últimas décadas, Colombia ha presentado avances innegables en materia de salud pública. El aumento de las coberturas de aseguramiento y acceso, así como la protección financiera de la población frente a enfermedades de alto costo han sido los principales logros del sistema de salud colombiano. Lo anterior ha sido posible gracias a que, durante los últimos años, el sector salud es uno de los que más ha recibido recursos por parte del Presupuesto General de la Nación (PGN). Para el año 2021 la partida presupuestal de salud aumentó 16.6%, pasando de \$30.9 a \$36.1 billones asignados, siendo el tercer sector con mayor asignación de recursos en el último presupuesto, descontando el rubro destinado al servicio de la deuda. Ahora bien, teniendo en cuenta todas las fuentes de recursos, incluso aquellos que no hacen parte del PGN como las cotizaciones, el sector salud es, de lejos, el que más recursos ha demandado para su financiación (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Presupuesto de inversión y funcionamiento por sectores (\$ miles de millones, 2021)



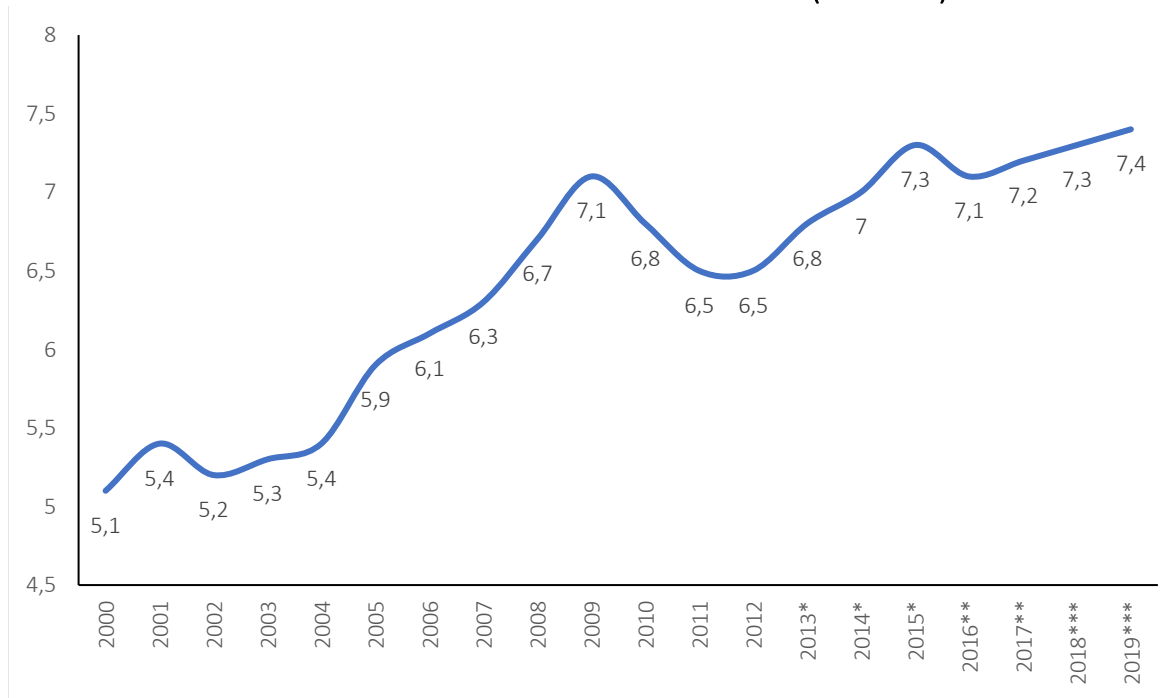
* Incluye \$ 22,7 billones de las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo y la contribución de los regímenes especiales y de excepción. Estos recursos no hacen parte del PGN y se recaudan directamente en la ADRES.

Fuente: elaboración ANIF con base en Ministerio de Hacienda y Crédito Público & Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando se analizan las cifras del sector frente a otros países, Colombia presenta dos resultados opuestos. El primero de ellos es que, aparentemente, la economía colombiana no gasta lo suficiente en salud. De acuerdo con la OCDE (2019), el país tuvo un gasto per cápita de USD\$960, bastante menos que países como Estados Unidos (USD\$10.586), Noruega (USD\$6.187) o Islandia (USD\$4.349), del promedio de la OCDE (USD\$3.992), e incluso que las otras dos economías latinoamericanas presentes en esta organización (Chile (USD\$2.182) y México (USD\$1.138)). Sin embargo, cuando se compara el gasto en salud como porcentaje del PIB, Colombia presenta un resultado sobresaliente. A pesar de que el promedio de la

OCDE es de 8.8%, el promedio para Colombia es de 7.4% (ver Gráfico 2), cifra bastante alta si se tiene en cuenta, además, que somos un país de ingreso medio-bajo (Gutiérrez, 2018).

Gráfico 2. Gasto total en salud en Colombia (% del PIB)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021).

a. Discusiones recientes de política pública sobre la sostenibilidad del gasto en salud

La innovación tecnológica y el crecimiento y envejecimiento de la población a nivel global están generando presiones al alza de los costos de los sistemas de salud en el mundo. Específicamente para Colombia, Gutiérrez (2018) calculó que sólo el cambio tecnológico absorberá en los próximos años el equivalente a 6.2% del PIB. En este mismo sentido, encontró que el 44% del aumento en los costos será en esta materia, el 38% por el crecimiento de la población, el 12% por el cambio en la estructura demográfica y 6% por el aumento en la atención de enfermedades crónicas. Sin embargo, estas cifras fueron estimadas antes de la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 y no incluyen el choque negativo al empleo ni la mayor demanda de atención en servicios de salud, que generan presiones al alza en cuanto a los costos del sistema y, por consiguiente, a las finanzas públicas nacionales y territoriales. Ejemplo de lo anterior son los \$34.6 billones de \$40.5 del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) utilizados para atender la actual emergencia sanitaria, aunque resulta insostenible pensar que ante cada emergencia el Gobierno cuente con los recursos necesarios para superarlas.

Motivado por lo anterior, este documento tiene como objetivo presentar una serie de propuestas para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia durante la próxima década. Específicamente, luego de realizar un análisis de las fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se presentarán los planes de acción estudiados desde ANIF para mejorar la eficiencia en el gasto público en salud y también para obtener mayores recursos para financiar el sistema.

Frente a la eficiencia de las fuentes y usos de recursos del sistema de salud a nivel mundial, la literatura presenta diferentes ópticas al respecto. Sin embargo, cabe resaltar que, al hacer el diagnóstico de los diferentes sistemas, se han encontrado similitudes frente a las problemáticas que estos enfrentan. Dentro de los desafíos que tiene la sostenibilidad financiera del sector, quizá el más importante es la información que se maneja dentro del sistema, pues tener un completo monitoreo permite tener un control claro de los gastos en el corto plazo y elaborar proyecciones a mediano y largo plazo, además de tener la capacidad de generar alertas tempranas y de tener un seguimiento preciso de la evolución de las fuentes de ingresos. No obstante, existe evidencia de que la información compartida hacia las entidades de hacienda pública se da hasta dos años después, lo que dificulta que las decisiones se tomen basadas en argumentos de salud pública y no estrictamente monetarios (OCDE, 2015).

Con este objetivo en mente el documento continúa de la siguiente manera. La Sección I presenta con mayor detalle las discusiones recientes de política pública sobre la sostenibilidad del gasto en salud y el marco general del sector en diferentes economías. La Sección II expone un análisis de las diferentes fuentes y usos de los recursos del SGSSS, teniendo en cuenta la línea de base y las necesidades de corto, mediano y largo plazo. La Sección III presenta las diferentes propuestas que desde ANIF se han estudiado para ganar eficiencia en el gasto público en salud y para lograr obtener más ingresos para el sistema. Finalmente, la Sección IV concluye y plantea una serie de recomendaciones de política pública respecto del financiamiento del sector salud.

b. Antecedentes y estructura de financiamiento del sistema de salud en diferentes economías

Existe un alto grado de consenso sobre los factores que ponen en riesgo la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. Como se mencionó anteriormente, en gran medida las decisiones en materia de salud se toman a partir de restricciones presupuestales y los techos de gasto en salud no son ajenos a esta situación. También se ha encontrado que la descentralización de los sistemas puede afectar su sostenibilidad financiera, pues en la medida que más actores intervienen hasta llegar a la prestación final del servicio, se pueden debilitar las restricciones presupuestarias (OCDE, 2015). Sin embargo, a pesar de estos factores en común, no existe una “fórmula mágica” para determinar la estructura financiera de los sistemas de salud alrededor del mundo que permita la sostenibilidad del sector. A continuación, se presenta un análisis de la estructura de financiamiento del sector salud para

diferentes países de la OCDE y algunos indicadores en salud, para poder demostrar no solo la existencia de una amplia variedad y ponderaciones de fuentes de ingresos sino también que, a pesar de estas diferencias, se pueden lograr desarrollos en salud similares.

El primer punto para determinar la sostenibilidad financiera de los distintos modelos de salud pública es entender su financiación, es decir, las fuentes de ingresos que se tienen para poder solventar los gastos del sistema. De acuerdo con las estadísticas de salud definidas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE, para la mayoría de los países adscritos existen cinco fuentes principales dentro de los esquemas de financiación de la salud en el mundo: i) transferencias de ingresos domésticos del gobierno, ii) contribuciones a la seguridad social, iii) pagos obligatorios, iv) pagos voluntarios y v) otros ingresos domésticos.

En términos generales, de acuerdo con las definiciones realizadas por la OCDE en *Un Sistema de Cuentas de Salud 2011*, las transferencias de ingresos domésticos del gobierno son todos aquellos ingresos gubernamentales asignados al sistema de salud. Dentro de estos se encuentran las transferencias internas y subvenciones, transferencias del gobierno para grupos específicos, subsidios y otras transferencias. Las contribuciones a la seguridad social son todos los pagos realizados por los empleadores a nombre de sus empleados o de estos últimos por cuenta propia, los pagos realizados por trabajadores independientes y por aquellos no empleados que contribuyen por su cuenta para poder acceder al sistema de salud. Los pagos obligatorios incluyen todos los otros pagos diferentes a contribuciones a la seguridad social, como primas de seguros privados y pagos a cuentas de ahorro médico obligatorios. Por su parte, los pagos voluntarios incluyen las primas de seguros privados voluntarios. Finalmente, en otros ingresos domésticos están incluidos todos aquellos ingresos que no se contabilizaron anteriormente y están compuestos principalmente por otros ingresos por parte de los hogares y de las corporaciones. Respecto de este último, se pueden entender en esta categoría los fondos especiales organizados para que sean las mismas firmas las que provean los servicios médicos a sus empleados. Adicionalmente, es importante mencionar que los sistemas de salud pueden ser financiados y operados tanto a nivel centralizado como descentralizado.

Australia

En el caso australiano se tiene un programa de aseguramiento universal en salud (Medicare) que es administrado regionalmente y financiado en un 68.8%¹ del total por las transferencias de ingresos domésticos del gobierno (OCDE, 2020). Este sistema de salud cubre al 100% de la población principalmente en atenciones hospitalarias y servicios médicos y farmacéuticos. No obstante, la otra gran fuente de ingresos de este sistema son los otros ingresos domésticos (20.3%) que incluyen pagos por seguros adicionales para recibir atenciones hospitalarias privadas, odontología, entre otros. Bajo este sistema, los hogares de mayores ingresos, es decir, quienes deben y pueden adquirir un seguro privado que descongestione

¹ Datos para el 2017 de acuerdo con las *Estadísticas en Salud OCDE – 2021*.

el sistema público, reciben por parte del Gobierno un reembolso por la adquisición de esta prima y, a su vez, quienes tienen esta obligación y no la cumplen son multados.

Si bien la atención médica no es el único determinante de la mortalidad, definitivamente es uno de los más importantes. De acuerdo con lo encontrado por Cutler, Deaton y Lleras-Muney (2006), la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha disminuido en más de un 50% desde 1960 gracias a las intervenciones médicas y, a su vez, esta disminución ha contribuido en un 70% en el aumento de la expectativa de vida para el periodo 1960-2000 en los Australia. Además, se ha determinado que un 19% del aumento en la expectativa de vida para ese mismo periodo, ha sido gracias al mejoramiento en los cuidados médicos neonatales (Cutler, 2004). En este sentido, es probable que el sistema de salud australiano haya contribuido en gran medida para que la expectativa de vida de los ciudadanos de ese país esté cercana a los 82.6 años.

Cuadro 1. Financiamiento Sistemas de Salud – Australia

Fuentes Principales (porcentaje - participación del esquema de financiamiento)					Tradicional	Innovador
Ingresos Internos del Gobierno	Contribuciones a la Seguridad Social (2)	Pagos Obligatorios (diferentes a 2)	Pagos Voluntarios	Otros Ingresos Domésticos	Si	
68,8	n/a	1,1	9,8	20,3		
Criterios			Indicadores			
Cobertura	Gasto Corriente en Salud (USD per cápita)	Gasto de Bolsillo (USD per cápita)	Expectativa de Vida	Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad (adultos)	Prevalencia de Diabetes (20-79 años)	
100,0%	5187,4	845,2	82,6	67,2%	5,6%	
Descripción						
<p>Australia tiene un programa universal público de aseguramiento en salud, regionalmente administrado, financiado a través de ingresos fiscales generales y de impuestos de gobierno. La inscripción al programa es automática para ciudadanos. Aproximadamente la mitad de los australianos adquieren un seguro complementario privado para tratamientos en hospitales, servicios dentales, entre otros. El gobierno federal paga un reembolso por este gasto y, a su vez, cobra una multa impositiva a los hogares de ingresos altos que no adquieren este seguro complementario.</p>						

Fuente: *Estadísticas en Salud OCDE – 2021.*

Alemania

Este país cuenta con un sistema de financiamiento bastante diferente del analizado anteriormente. Precisamente es en Alemania donde nace el modelo Bismark, diseñado para que las personas disfruten del aseguramiento en salud a partir de las contribuciones que realizan al sistema. En este caso también se cuenta con una cobertura del 100% de la población que puede acceder a servicios de atención hospitalaria y de recuperación, salud

mental y cobertura de medicamentos prescritos, pero la mayoría de los ingresos del sistema provienen de las contribuciones a la seguridad social con un 63.7% del total de ingresos². Las otras entradas provienen principalmente de transferencias de ingresos domésticos del gobierno y otros ingresos domésticos, con una participación del 13.9% cada uno. Lo interesante es que, a pesar de las diferencias en la estructura de financiamiento, se tiene una expectativa de vida similar a Australia con 81.1 años.

Cuadro 2. Financiamiento Sistemas de Salud – Alemania

Fuentes Principales (porcentaje - participación del esquema de financiamiento)					Tradicional	Innovador
Ingresos Internos del Gobierno	Contribuciones a la Seguridad Social (2)	Pagos Obligatorios (diferentes a 2)	Pagos Voluntarios	Otros Ingresos Domésticos	Si	
13,9	63,8	6,9	1,5	13,9		
Criterios			Indicadores			
Cobertura	Gasto Corriente en Salud (USD per cápita)	Gasto de Bolsillo (USD per cápita)	Expectativa de Vida	Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad (adultos)	Prevalencia de Diabetes (20-79 años)	
100,0%	6645,8	738	81,1	62,8%	10,4%	
Descripción						
<p>El aseguramiento en salud en Alemania es obligatorio.</p> <p>El 86 por ciento de la población está inscrita en el Seguro Médico Obligatorio (SMO) que provee cobertura para pacientes internos y externos, salud mental y prescripción de medicamentos.</p> <p>La administración es manejada por organismos no gubernamentales llamados "fondos de enfermedad".</p> <p>Los "fondos de enfermedad" son financiados por contribuciones generales del ingreso y una contribución suplementaria (1% del salario), ambas compartidas por empleadores y empleados.</p>						

Fuente: *Estadísticas en Salud OCDE – 2021.*

Estados Unidos

Respecto de las economías desarrolladas, Estados Unidos presenta el tercer tipo de organización financiera del sistema de salud. Este sistema presenta una mezcla de aseguramiento público y privado, donde no hay una cobertura universal. El Gobierno provee el financiamiento del programa *Medicare* para aquellas personas mayores de 65 años, aquellos que sufren de alguna discapacidad, así como también para veteranos de guerra y personas de bajos ingresos. La principal forma de aseguramiento es privada y es provista en su mayoría por los empleadores. De acuerdo con lo afirmado anteriormente, se puede observar la relación que mantiene el acceso a la salud y la expectativa de vida, pues para este país tenemos un nivel de cobertura cercano al 91.5% y la expectativa cae a los 78.6 años. En este punto es importante continuar resaltando que el objetivo del documento no es

² Datos para el 2018 de acuerdo con las *Estadísticas en Salud OCDE – 2021.*

encontrar una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, pero si es relevante entender que la correlación existe.

Cuadro 3. Financiamiento Sistemas de Salud – Estados Unidos

Fuentes Principales (porcentaje - participación del esquema de financiamiento)					Tradicional	Innovador
Ingresos Internos del Gobierno	Contribuciones a la Seguridad Social (2)	Pagos Obligatorios (diferentes a 2)	Pagos Voluntarios	Otros Ingresos Domésticos	Si	
38,5	11,9	34,3	n/a	15,3		
Criterios			Indicadores			
Cobertura	Gasto Corriente en Salud (USD per cápita)	Gasto de Bolsillo (USD per cápita)	Expectativa de Vida	Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad (adultos)	Prevalencia de Diabetes (20-79 años)	
91,5%	11071,7	1123,8	78,6	70,2%	10,8%	
Descripción						
<p>El sistema de salud estadounidense es una combinación de público y privado.</p> <p>El gobierno federal provee el financiamiento del programa Medicare para adultos mayores de 65 años o más y algunas personas con discapacidades, así como también programas para veteranos y personas de bajos ingresos.</p> <p>El aseguramiento privado, la mayor fuente de aseguramiento, es usualmente provista por los empleadores.</p>						

Fuente: *Estadísticas en Salud OCDE – 2021.*

Chile

Ahora, en cuanto a economías similares a la colombiana dentro de la OCDE, se encuentra primero a Chile con una estructura que, de manera similar a Estados Unidos, cuenta con un sistema mixto de atención en salud integrado por un seguro público (Fondo Nacional de Salud – FONASA) y uno privado (Instituciones de Salud Previsional – ISAPRE). El que una persona pertenezca a un seguro o al otro está determinado por su nivel de ingresos principalmente. En este caso, la cobertura del sistema llega al 95.6% de la población y la expectativa de vida alcanza los 80.6 años.

Cuadro 4. Financiamiento Sistemas de Salud – Chile

Fuentes Principales (porcentaje - participación del esquema de financiamiento)					Tradicional	Innovador
Ingresos Internos del Gobierno	Contribuciones a la Seguridad Social (2)	Pagos Obligatorios (diferentes a 2)	Pagos Voluntarios	Otros Ingresos Domésticos	Si	
35,8	15,1	9,5	6,2	33,4		
Criterios			Indicadores			
Cobertura	Gasto Corriente en Salud (USD per cápita)	Gasto de Bolsillo (USD per cápita)	Expectativa de Vida	Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad (adultos)	Prevalencia de Diabetes (20-79 años)	
95,6%	2.159,4	731,2	80,6	64,4%	8,6%	
Descripción						
<p>El sistema de salud chileno está compuesto por un sistema de atención mixto integrado por el Fondo Nacional de Salud - FONASA (seguro público) y un seguro privado conformado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).</p> <p>El FONASA cubre a todos los trabajadores dependientes, independientes y a sus familias luego de una cotización del 7% de sus ingresos mensuales. Además, cubre a las personas de bajos recursos, a los causantes de subsidio único familiar, adultos mayores pensionados, personas con pensión de invalidez y a los beneficiarios del Programa de Reparación PRAIS.</p> <p>Las ISAPRES financian las prestaciones y beneficios en salud a las personas que cotizan el 7% o más de sus ingresos mensuales.</p>						

Fuente: *Estadísticas en Salud OCDE – 2021.*

México

La seguridad social en salud en México es provista por instituciones nacionales centralizadas y la cobertura para los no asegurados hasta 2020 fue proporcionada por parte de las autoridades estatales y federales. De manera similar a otros países, el sector privado opera en casi total independencia del gubernamental, aunque este último es quien dispone todas las regulaciones en la materia. Aunque en el sistema mexicano el Gobierno y las contribuciones por parte de empleadores y empleados tengan una participación similar en el total del financiamiento del sector, con 27.8% y 22.9% respectivamente, son otros ingresos domésticos los que contribuyen con la mayor proporción con 43.1%. Empresas como Petróleos Mexicanos (PEMEX) y las fuerzas armadas han constituido fondos para proveer con los servicios de salud a sus funcionarios. Lamentablemente, los países latinoamericanos dentro de la OCDE cuentan con los niveles más altos de desigualdad social y, para el caso mexicano, tenemos el menor nivel de cobertura en salud con un 88.3% de la población asegurada. Se podría decir que eso se ve reflejado en el principal indicador al que se le ha hecho seguimiento en esta sección, la expectativa de vida de 75 años es un valor bajo con respecto a Chile o Colombia, por ejemplo.

Cuadro 5. Financiamiento Sistemas de Salud – México

Fuentes Principales (porcentaje - participación del esquema de financiamiento)					Tradicional	Innovador
Ingresos Internos del Gobierno	Contribuciones a la Seguridad Social (2)	Pagos Obligatorios (diferentes a 2)	Pagos Voluntarios	Otros Ingresos Domésticos	Si	
27,8	22,9	n/a	6,2	43,1		
Criterios			Indicadores			
Cobertura	Gasto Corriente en Salud (USD per cápita)	Gasto de Bolsillo (USD per cápita)	Expectativa de Vida	Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad (adultos)	Prevalencia de Diabetes (20-79 años)	
88,3%	1153,6	474,3	75	64,1%	13,5%	
Descripción						
<p>El sistema de salud mexicano consta de tres componentes principales que operan paralelamente: esquemas de aseguramiento social basados en el empleo, servicios de asistencia pública para los no asegurados respaldados por un plan de protección financiero y un sector privado compuesto por proveedores de servicios, aseguradoras y fabricantes y distribuidores de dispositivos médicos y farmacéuticos. Los planes de seguro social son administrados por instituciones nacionales altamente centralizadas, mientras que la cobertura para los no asegurados está a cargo de las autoridades y proveedores estatales y federales. La institución de seguro social más grande, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se rige por un acuerdo corporativista, que refleja las realidades políticas de la década de 1940 más que las necesidades del siglo XXI.</p>						

Fuente: *Estadísticas en Salud OCDE – 2021.*

Colombia

Dentro de los países analizados, después de Alemania, el sistema de salud colombiano es el segundo en percibir como mayor fuente de ingresos las contribuciones a la seguridad social, con una participación del 36.4%. No obstante, la diferencia con las transferencias de ingresos domésticos del gobierno es apenas de 1.2 pp, debido a que con estos recursos se subsidia la seguridad social en salud de aquellas personas que no tienen capacidad de pago para contribuir al sistema. En este sentido, se puede observar que el sistema de salud colombiano está principalmente constituido por un régimen contributivo y otro subsidiado, con otro componente similar al sistema mexicano donde empresas como Ecopetrol, las fuerzas armadas y el magisterio, entre otros, cuentan con sus propios fondos y prestación de servicios. Este último componente participa con un 15.1% del total de ingresos del sistema.

Continuando con el análisis para los países presentado anteriormente, aunque el sistema de salud colombiano por ley tiene una cobertura del 100% de la población, la cobertura efectiva es del 95.1% debido a asimetrías de información que han impedido incluir a todas las personas pertenecientes al SISBÉN 1 y 2, especialmente de las zonas rurales del país, que no están registradas dentro del régimen contributivo o subsidiado. No obstante, a pesar de este nivel de cobertura la expectativa de vida para un colombiano en promedio es de 77.1 años. Si bien es un mejor resultado que en México, esta cifra ejemplifica que deben existir otros

factores que también determinan la mortalidad como, por ejemplo, el nivel de ingresos, mejoras nutricionales, salud pública entendida desde los servicios públicos como el acueducto y el alcantarillado, el grado de urbanización, entre otros, de acuerdo con lo señalado por Cutler et al. (2006).

Existe otro indicador que se ha analizado teniendo en cuenta las presiones que ejerce sobre el gasto total en salud y su comprensión dentro del cambio tecnológico e innovación, el gasto en bienes farmacéuticos y otros bienes médicos perecederos. Para Colombia el gasto en estos bienes corresponde al 15.6%³ del total del gasto en salud, cifra que se encuentra por encima de países como Estados Unidos y Australia, que tienen una proporción del 11.8%⁴ y 13.8% respectivamente. Con una proporción un poco más alta se encuentra Alemania con un 14.2%⁵. No obstante, México cuenta con una cifra del 22.7% que es la quinta más alta dentro de la OCDE, superada por Hungría (27.9%), Grecia (27.6%), Letonia (27.4%), la República Eslovaca (26.4%) y Lituania (24%). En el caso de economías que no pertenecen a la OCDE, como es el caso de Rusia, se encontró una proporción del 19.6%.

Cuadro 6. Financiamiento Sistemas de Salud – Colombia

Fuentes Principales (porcentaje - participación del esquema de financiamiento)					Tradicional	Innovador
Ingresos Internos del Gobierno	Contribuciones a la Seguridad Social (2)	Pagos Obligatorios (diferentes a 2)	Pagos Voluntarios	Otros Ingresos Domésticos	Si	
35,2	36,4	5,7	7,6	15,1		
Criterios			Indicadores			
Cobertura	Gasto Corriente en Salud (USD per cápita)	Gasto de Bolsillo (USD per cápita)	Expectativa de Vida	Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad (adultos)	Prevalencia de Diabetes (20-79 años)	
95,1%	1212,6	181,7	77,1	58,6%	7,4%	
Descripción						
<p>En Colombia no se tiene una cobertura del 100% debido a problemas de registro e información de los ciudadanos. Aunque toda la población puede acceder al sistema, no se tiene toda la información principalmente de población migrante y desplazada.</p> <p>El gobierno colombiano ofrece varios servicios de atención en salud para población migrante. Una de las principales dificultades que tiene la financiación del sistema de salud es la informalidad laboral, pues no existe una obligatoriedad en la cotización en salud.</p> <p>La estructura del sistema de salud colombiano permite que el gasto de bolsillo sea uno de los más bajos en la OCDE*.</p>						

³ Datos para el 2017 de acuerdo con las *Estadísticas en Salud OCDE – 2021*.

⁴ En este caso, esta cifra corresponde al año 2017, de acuerdo con las *Estadísticas en Salud OCDE – 2021*, aunque existe información para el 2018 (11.6%). Sin embargo, se utilizan los datos de 2017 para poder comparar con Australia y Colombia pues estos países solo cuentan con información hasta este año.

⁵ Cifra igual para el 2017 y 2018 de acuerdo con las *Estadísticas en Salud OCDE – 2021*.

Fuente: *Estadísticas en Salud OCDE – 2021.*

Adicionalmente, dentro de los indicadores más relevantes de los sistemas de salud analizados y por el que vale la pena resaltar particularmente al colombiano, se encuentra el gasto de bolsillo. De acuerdo con los datos presentados anteriormente, es posible observar que, en comparación con los países desarrollados y las economías de la región para el año 2018, Colombia presentó el valor más bajo en este aspecto con un total de US\$181.7 per cápita.

2. Análisis de fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Para dar inicio al panorama de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS en Colombia, es importante entender la estructura y los actores que hacen parte de este sistema, para así poder comprender el origen de los ingresos y su destinación final. En el Gráfico 1 se presenta la estructura principal del sistema de salud colombiano, sin tener en cuenta a las Fuerzas Militares, al Magisterio, las ARL y Ecopetrol, pues estas organizaciones tienen sistemas independientes.

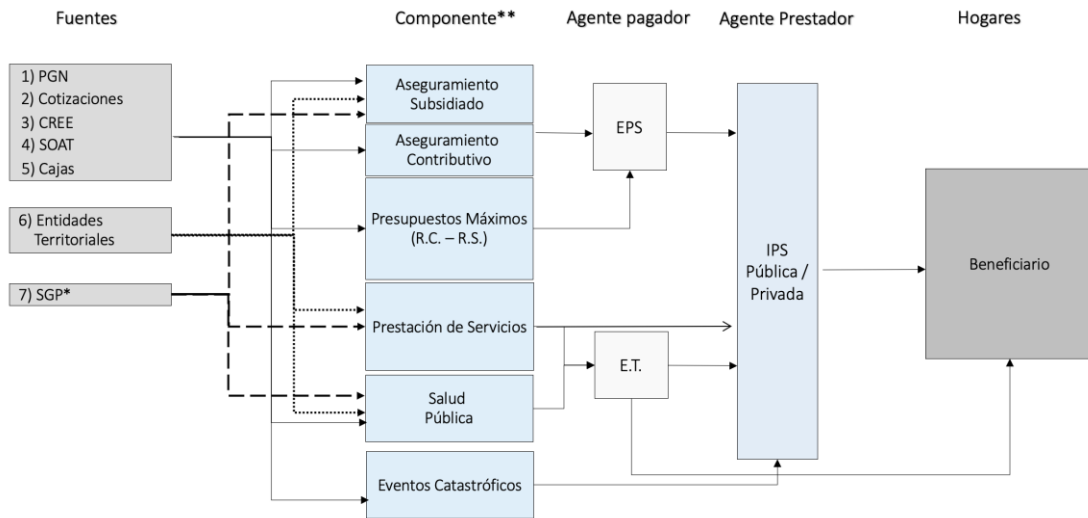
Los recursos de las primeras cinco fuentes son administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES, que es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) creada con el objetivo de garantizar el adecuado flujo de los recursos al sistema. La sexta fuente de financiamiento corresponde a los esfuerzos que realizan las entidades territoriales para aumentar sus ingresos, por ejemplo, con el recaudo de impuestos como el del tabaco y los licores, establecidos para aumentar los recursos del sistema. Finalmente, la séptima fuente son los recursos apropiados en el Sistema General de Participaciones – SGP, que son administrados a nivel territorial, pero son asignados desde el Gobierno Central.

Los componentes que financian las fuentes mencionadas corresponden a las ciudadanía en general, afiliada al sistema bajo los regímenes contributivo y subsidiado, la prestación de los diferentes servicios de salud, la salud pública entendida como “el conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo”⁶. Adicionalmente, se tiene el componente de presupuestos máximos para régimen contributivo y subsidiado establecidos desde el MSPS para que las Entidades Promotoras de Salud – EPS, puedan gestionar y administrar los recursos para atenciones y medicamentos no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación – UPC. Por último, se financian también los eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas y de cualquiera otro aprobado por el

⁶ MSPS: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/salud-publica.aspx>

MSPS. Por su parte, los agentes pagadores son las EPS y las entidades territoriales quienes garantizan el acceso de la ciudadanía a los servicios médicos en las diferentes instituciones prestadoras de salud (IPS) en todo el territorio nacional. En conclusión, todo el sistema está organizado para garantizar el derecho a la salud de quienes son los beneficiarios finales del sistema, los hogares colombianos.

Gráfico 1. Estructura financiera del Sistema General de Seguridad Social Salud en Colombia



Notas: *Recursos de entidades territoriales que se manejan centralizadamente. **Recursos de la subcuenta de garantías, para gastos de funcionamiento y otros pesan el 0,7% del total de los usos. Estos recursos no tienen en cuenta el gasto por Covid-19 (Pruebas, aplicación vacuna, Oferta UCI, entre otros). Tampoco incluyen el gasto directo que hacen las entidades territoriales en salud

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS, Colombia.

a. Línea de base de fuentes y usos

Para comenzar con el análisis de las cifras financieras del sector, es importante presentar un diagnóstico del sistema a partir del contexto histórico del comportamiento de los ingresos y los gastos. Para el periodo 2010-2019 el sistema ha tenido un comportamiento superavitario, con un margen muy estrecho especialmente para el año 2013 y para el periodo entre 2015 y 2017. Sin embargo, esta diferencia en promedio de \$2 billones no es suficiente para que el sistema pueda tolerar un choque negativo en materia de salud pública. En efecto, ante la llegada del virus SARS-CoV-2 en 2020, el Gobierno Nacional tuvo que acudir a la emisión de bonos de deuda pública para financiar las necesidades de gasto adicional que enfrentó el sistema y estos mayores niveles de deuda han comprometido la estabilidad macroeconómica y financiera del país desde entonces.

La primera parte de la estructura financiera del sistema, los ingresos del aseguramiento en salud, está compuesta por cuatro grandes fuentes: los aportes de las cotizaciones, el Presupuesto General de la Nación (PGN), los recursos del Sistema General de Participaciones

(SGP), el recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y, adicionalmente, otras fuentes como los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE), rendimientos financieros e intereses, el subsidio familiar de las cajas de compensación familiar, rentas cedidas, recuperación de cartera, excedentes financieros FOSYGA-ADRES, desahorro del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET), regalías, esfuerzo propio (entidades territoriales) y los recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME).

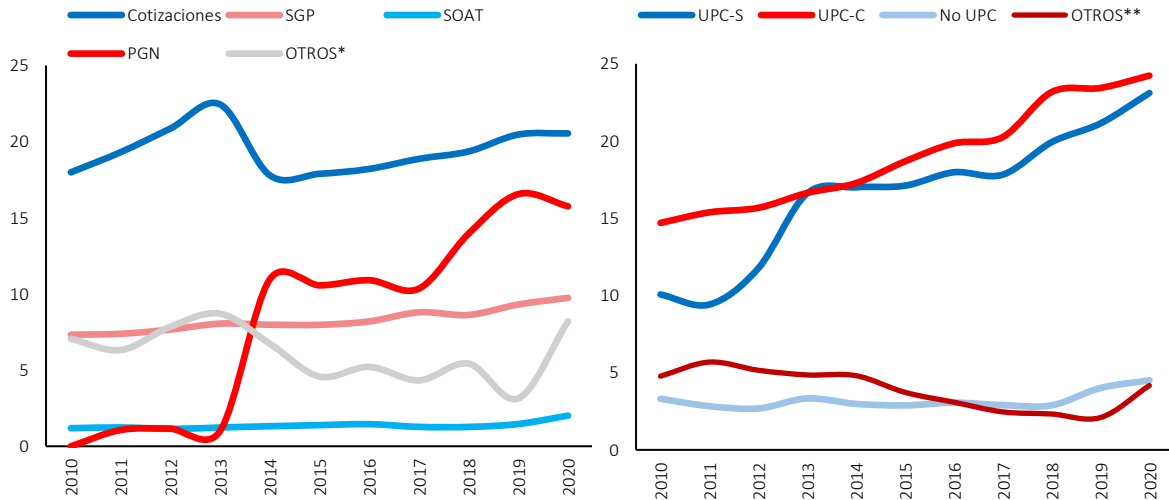
Por otra parte, los usos financiados por los ingresos mencionados anteriormente se dan principalmente en dos frentes destinados a cubrir, por una parte, los gastos generados en el cumplimiento y garantía del Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), de acuerdo con lo establecido en la Resolución 5857 de 2018, y por otra, a financiar aquellos servicios y tecnologías en salud que no se encuentran en el Plan o No PBS. Hasta inicios del año 2020, las EPS autorizaban estos últimos y ejercían los recobros a la ADRES. Luego, en concordancia con lo establecido en el Artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, las EPS autorizan y pagan estos servicios y tecnologías sujetas a los denominados techos o presupuestos máximos.

En el Gráfico 2 se puede observar la evolución tanto de las fuentes de ingresos como de los usos desde el año 2010, de acuerdo con el MSPS. Aquí es posible observar que las cotizaciones en salud son la mayor fuente de ingresos del aseguramiento, a pesar de la caída que tuvo a partir de la entrada en vigor de la Ley 1607 de 2012 que eliminó el pago de parafiscales para fortalecer el empleo formal en Colombia. Es también desde este punto que los recursos aportados desde el Gobierno aumentaron considerable y actualmente los recursos apropiados en el PGN son el segundo rubro de mayor importancia, en especial para financiar el régimen subsidiado en salud. Además, es posible observar que hay una trayectoria constante y creciente en los ingresos por SGP, que obedece a su fórmula de cálculo, y del SOAT, dado que este último está acorde con el crecimiento del mercado de los automóviles y motocicletas que ha experimentado el país en los últimos años. Por otra parte, en las trayectorias de usos es posible observar que la financiación de servicios y tecnologías con cargo a la UPC, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, cubren la mayor parte del gasto del aseguramiento en salud en Colombia. Particularmente, para el régimen subsidiado es posible observar que entre 2011 y 2012 creció rápidamente por la unificación de regímenes.

Finalmente, el Gráfico 3 presenta el balance del aseguramiento en salud en Colombia, donde se puede observar que para los últimos años el sistema, aunque no es deficitario, presenta una brecha bastante pequeña entre ingresos y gastos que no permite vislumbrar una sostenibilidad financiera en el largo plazo bajo el formato que se tiene actualmente. Las fuentes expuestas parecen ya no alcanzar para todos los gastos que tiene el país y diferentes fuerzas como el crecimiento y envejecimiento de la población, la mayor participación del régimen subsidiado, la baja gestión frente a la prevención en salud, el cambio tecnológico y

la mayor intervención del sistema judicial generarán mayores presiones en el gasto público en salud.

Gráfico 2. Fuentes y Usos del Aseguramiento en Salud (billones de pesos constantes de 2018)

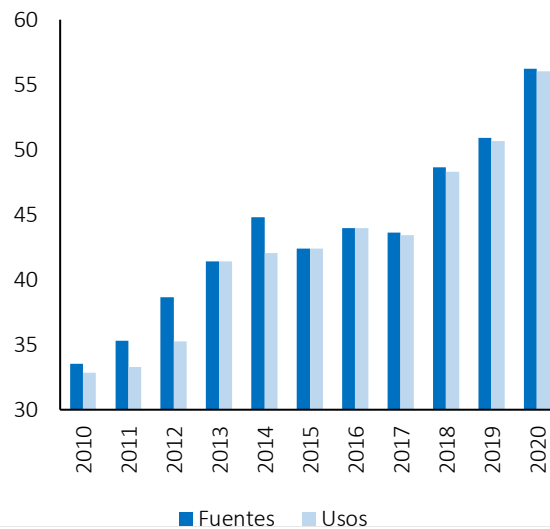


* incluye CREE, Rendimientos financieros e intereses, cajas de compensación familiar, rentas cedidas, recuperación de cartera, excedentes financieros FOSYGA-ADRES, desahorro FONPET, regalías, esfuerzo propio, FOME.

** incluye las transferencias a Supersalud y a ADRES, sentencias y conciliaciones URA, destinatarios de otras transferencias corrientes, compensación chance, prestaciones económicas RC, prestaciones económicas REX, reclamaciones, fortalecimiento red nacional de urgencias emergencia sanitaria, otros programas de salud PYP, recursos con destinación específica, pago obligaciones ESES, reconocimiento rendimientos financieros cuentas de recaudo EPS SSF, apoyo financiero y fortalecimiento patrimonial a las entidades del sector salud, devoluciones y cuentas por pagar vigencia anterior

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

Gráfico 3. Fuentes y Usos del Aseguramiento en Salud (billones de pesos)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2021.

b. Necesidades de corto plazo

No obstante, también existen responsabilidades fiscales de corto plazo que demandan una alta cantidad de recursos para su solvencia. Ejemplo de esto es el Acuerdo de Punto Final establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 donde se busca, por una parte, el saneamiento de las cuentas acumuladas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, y por otra, asegurar la transformación de los mecanismos de gestión y financiación de dichas tecnologías en el mediano y largo plazo. Como se pudo observar en el Gráfico 3, el margen entre ingresos y gastos del sector de aproximadamente \$2 billones no evitaron que, vía endeudamiento, para el año 2019 el Gobierno Nacional aprobara la apropiación de los recursos necesarios para saldar las deudas del sector con los regímenes contributivo y subsidiado por un valor cercano a los \$6.7 billones.

Como se pudo observar en el análisis de base de fuentes y usos, el sistema de salud colombiano presenta un margen bastante estrecho entre la generación de ingresos y las demandas de gasto del sistema. Sin embargo, la sostenibilidad financiera del sistema no solo se ve afectada por las presiones de gasto mencionadas. Existen también otros choques que afectan negativamente esta sostenibilidad pues diversos factores como la deuda que históricamente ha tenido el Gobierno Nacional con diferentes actores del sistema de salud y la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 han generado un alto impacto financiero a este sistema. A continuación, se presentan los principales detalles presupuestales tanto del saneamiento de las deudas No PBS como de la pandemia.

i. Deudas No PBS y proceso de saneamiento

El Acuerdo de Punto Final, definido en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, es un conjunto de medidas diseñadas para mejorar la eficiencia del gasto en salud. Con este Acuerdo se busca sanear las deudas existentes entre los diferentes actores del sistema y facilitar una mayor sostenibilidad financiera de este último, con el objetivo de evitar que estas deudas se generen en el futuro.

A partir de la identificación de las deudas del Gobierno Nacional y las entidades territoriales con las EPS e IPS se buscará un saneamiento tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Para el primero, la ADRES adelanta un proceso de pago de alrededor de \$5.2 billones de pesos por servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, mientras que para el régimen subsidiado se adelantará un saneamiento por un aproximado de \$1.5 billones. Es importante mencionar que los recursos que el gobierno destine para el saneamiento de estas deudas se obtendrán de la emisión de bonos de deuda pública.

ii. Nuevas necesidades por SARS-CoV-2

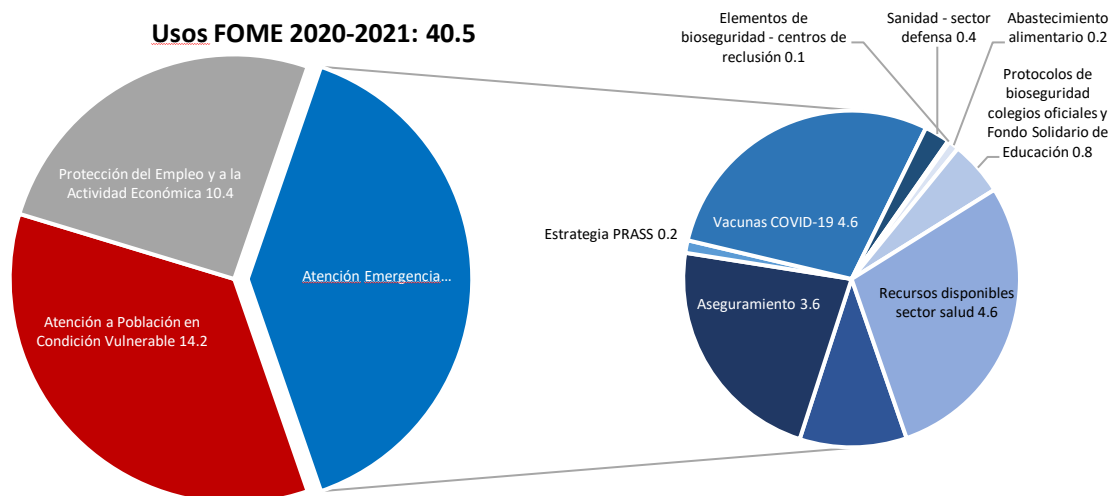
A partir del Artículo 215 de la Constitución Política, el 17 de marzo de 2020 el presidente de la República declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica mediante el Decreto 417 de 2020 que, aunado al Decreto 637 del mismo año, permitieron fortalecer las medidas de contingencia frente a la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2. Quizá una de las más importantes fue la creación del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) que por medio del Decreto Legislativo 444 de 2020 estableció por objetivo la atención de las necesidades en salud de la población colombiana, conjurar los efectos negativos sobre la actividad productiva del país y brindar las condiciones necesarias para mantener el empleo y el crecimiento económico.

Para financiar dicho Fondo, de acuerdo con lo establecido en los Decretos Legislativos 444, 552, 562, y 568, se destinaron recursos de seis fuentes principales y una séptima no especificada, pues obedece a las demás que determine el Gobierno Nacional. Las seis fuentes principales fueron:

- Préstamo a la Nación del Fondo de Ahorro y Estabilización – FAE, del Sistema General de Regalías – SGR.
- Préstamo a la Nación del Fondo Nacional de Pensiones de Entidades Territoriales – FONPET.
- Préstamo a la Nación del Fondo de Riesgos Laborales – FRL.
- Impuesto solidario por el COVID-19.
- Inversión obligatoria en Títulos de Solidaridad – TDS.
- Rendimientos financieros generados por la administración de los recursos.

Finalmente, el FOME recaudó recursos de las fuentes mencionadas por un valor cercano a los \$40.5 billones para las vigencias 2020 y 2021, donde el 39.5% de los recursos (\$16 billones) se utilizaron para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2, como se puede observar en el Gráfico 4. Dentro de la atención a la emergencia sanitaria, el aumento de los recursos disponibles del sector salud y la adquisición de las vacunas fueron los dos rubros que más demandaron recursos, con un valor aproximado del \$4.6 billones cada uno. Adicionalmente, ante la súbita caída del empleo y, por ende, de las cotizaciones en salud de los colombianos, se destinaron \$3.6 billones para garantizar el aseguramiento durante el periodo de emergencia sanitaria decretado por el presidente de la República. Finalmente, el cuarto rubro más importante en este campo fue la ampliación de la oferta con \$1.6 billones.

Gráfico 4. Usos del FOME 2020-2021
(billones de pesos)



Fuente: Libro Blanco – *Medidas Económicas adoptadas para la atención de la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19* – Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2021).

c. Necesidades y senda de gasto de mediano y largo plazo:

Para entender las necesidades de mediano y largo plazo del sector en el país, es importante dilucidar los diferentes factores de política pública que han presionado al alza el gasto en salud. El primero es la igualación del plan de beneficios que, como pudo observarse en el Gráfico 2, a partir del periodo 2011-2012 hizo que el gasto para financiar al régimen subsidiado aumentara drásticamente. Simultáneamente, otro factor presente fue el logro de una mayor cobertura del régimen subsidiado con lo que finalmente se obtuvo un doble efecto de incremento en el nivel de gasto, pues no solo se debió aumentar los recursos a la población existente sino también disponer de otros adicionales para atender a los nuevos beneficiarios.

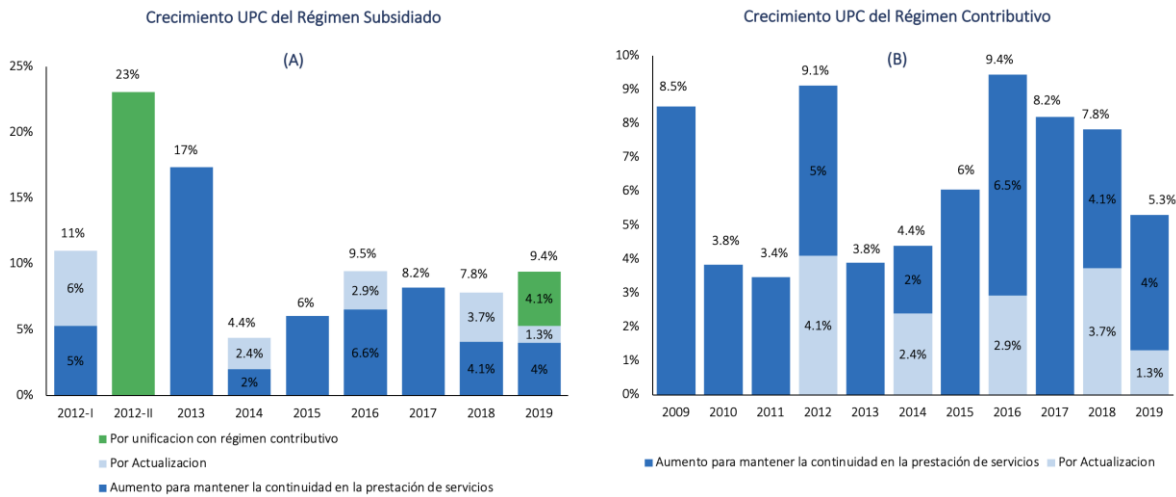
Otro factor para tener en cuenta dentro del análisis es la creciente intervención del sistema judicial que se ha vivido desde mediados de la década de los 2000, donde por vía jurídica se ha permitido el gasto de recursos en tratamientos y medicamentos a particulares de muy alto costo. Adicionalmente, se tienen esquemas de contratación con incentivos perversos al interior de las IPS. Quizá uno de los factores más determinantes en el aumento sostenido del gasto en salud es la falta de prevención de las diferentes enfermedades por parte del sistema y sus diferentes actores, pues el sistema de salud colombiano está enfocado en curar la enfermedad y no en su prevención, lo que resulta más costoso tanto para el sistema como para los usuarios en términos financieros y de calidad de vida.

Los últimos tres factores, la mayor demanda de los servicios, el envejecimiento de la población y el cambio tecnológico están relacionados en la medida que tienen como factor común a la población. El primero de estos es un reflejo de la confianza de los colombianos en el sistema y del crecimiento inercial de la población, no obstante, el crecimiento desbordado de esta demanda aumenta más que considerablemente el gasto, particularmente teniendo en cuenta que este fenómeno se da simultáneamente en ambos regímenes. El segundo, tiene en cuenta que el promedio de edad de la población colombiana es cada vez mayor y esto también facilita la incidencia de enfermedades crónicas de alto costo. Finalmente, el crecimiento y envejecimiento de la población, junto con la mayor demanda de servicios, los nuevos tratamientos y medicamentos para atender nuevas y crecientes afecciones cada vez más costosas (teniendo en cuenta, entre otros, que esto incentiva la innovación) presionan al alza al gasto en salud.

Ahora bien, los anteriores son los factores que han generado presiones en el gasto hasta ahora. Sin embargo, para el escenario de proyección de gasto de corto, mediano y largo plazo contemplado en este documento se espera que principalmente sean cuatro los factores que generen las mayores presiones al gasto en salud en Colombia. En el corto plazo, el primer factor es la atención de la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2. Los otros tres elementos, el envejecimiento de la población, el cambio tecnológico y la mayor demanda por servicios ejercerán las presiones al alza en el mediano y largo plazo.

De acuerdo con la estructura del sistema de salud colombiano, existe un elemento reconocido como la unidad de pago por capitación o UPC que es el valor anual determinado para cada uno de los afiliados al sistema de salud para financiar los servicios y las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (PBS) en ambos regímenes, contributivo y subsidiado, cada uno con su respectivo valor definido anualmente por el MinSalud. Como se observará más adelante, es a partir de este elemento que se da la transición entre los factores que han presionado el gasto en salud hasta ahora y los que lo harán en el futuro. A partir del Gráfico 5 es posible afirmar que la igualación en el plan de beneficios en 2012 llevó a la mayor tasa crecimiento que ha tenido la UPC del régimen subsidiado, lo que aumentó considerablemente el gasto por parte del gobierno como ya se mencionó. Por otra parte, también es posible determinar que el componente más importante en la definición del aumento del valor de la UPC ha sido el mantenimiento en la continuidad en la prestación de los servicios y, finalmente, la actualización de dicho valor es el que cierra los determinantes en la tasa de crecimiento de la UPC.

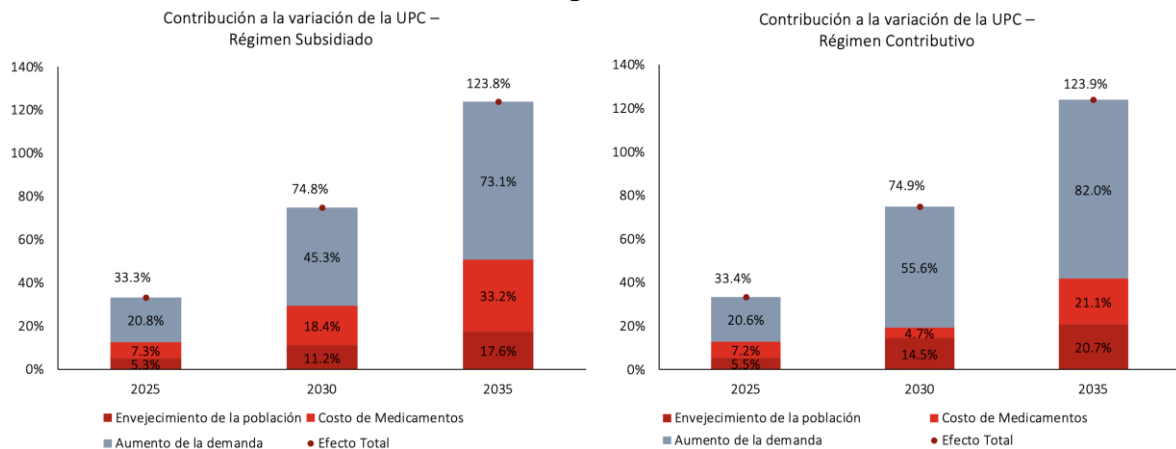
Gráfico 5. Histórico de la Tasa de Crecimiento del Valor de la UPC por Régimen.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Con este histórico de precedente, es posible entonces tener los elementos necesarios para hacer una evaluación a futuro de la variación de la tasa de crecimiento del valor de la UPC, teniendo en cuenta los factores mencionados que presionarán el gasto a 2035. Como se presenta en el Gráfico 6, tanto para régimen contributivo como para el subsidiado, el incremento en la demanda de servicios de salud será la principal fuente de aumento en el gasto, con un crecimiento de 73.1% acumulado para el subsidiado y de 82.0% para el contributivo. En total, se espera que el crecimiento en el valor de la UPC acumulado a 2035 sea de 123.8% para el régimen subsidiado y de 123.9% para el contributivo.

Gráfico 6. Pronóstico Acumulado Interanualmente del Crecimiento del Valor de la UPC por Régimen.

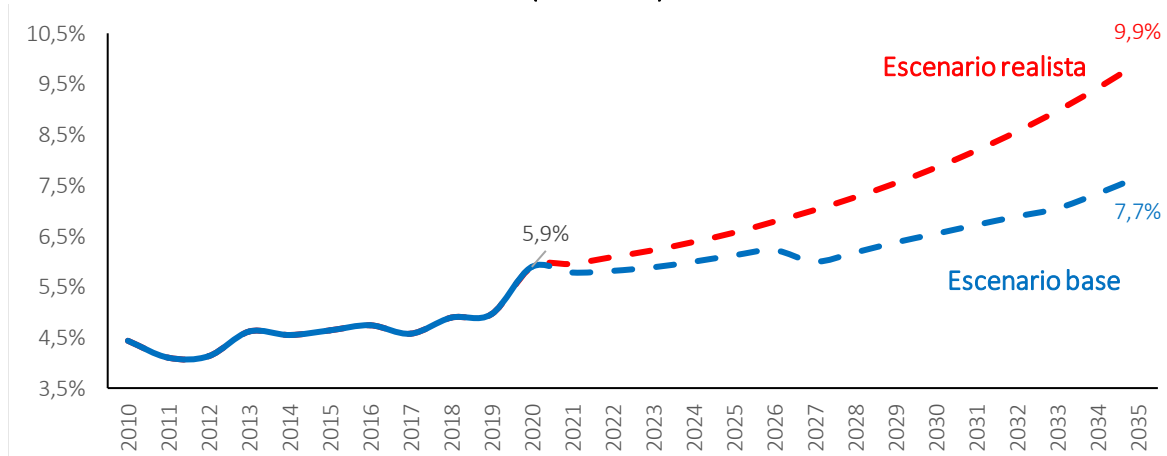


Fuente: Cálculos ANIF con base en EConcept y Ministerio de Salud y Protección Social.

Como resultado de estos incrementos en la tasa de crecimiento del valor de la UPC, en el Gráfico 7 es posible observar el resultado agregado del modelo de predicción del gasto del aseguramiento en salud para Colombia, donde se presentan dos escenarios, uno base u optimista y otro realista o menos alentador. Ambos modelos de proyección tienen en cuenta los factores expuestos antes en esta sección. Además, también contemplan otros elementos inerciales, como la inflación y las dinámicas de la economía y gobierno colombianos, como lo son el PIB y los ingresos corrientes de la nación, en el plano que todas las variables están ajustadas a precios constantes del año 2018.

El primer modelo de proyección o escenario base planteado afirma que el gobierno tendrá que hacer un aporte adicional de 1.8pp del PIB respecto del aporte que hizo a 2020 de 5.9pp del PIB. Por su parte, el escenario realista plantea un aporte adicional de 4pp del PIB, llegando a un equivalente de 9.9% en 2035. Lo importante de estos resultados es que, por más esfuerzos que se realicen en materia de prevención y de contención de los factores presentados a lo largo de esta sección, es inevitable que el gobierno tenga que hacer estos aportes al sistema para garantizar el aseguramiento en salud de todos los colombianos. Eso, en la medida en que la población continuará envejeciendo, las nuevas tecnologías en salud tendrán cada vez mayores costos y la demanda de los servicios continuará en aumento, particularmente en el corto y mediano plazo por la falta de control y prevención a enfermedades preexistentes y latentes que dejaron de estudiarse como consecuencia de la pandemia.

**Gráfico 7. Proyecciones del Gasto del Aseguramiento en Salud.
(% del PIB)**

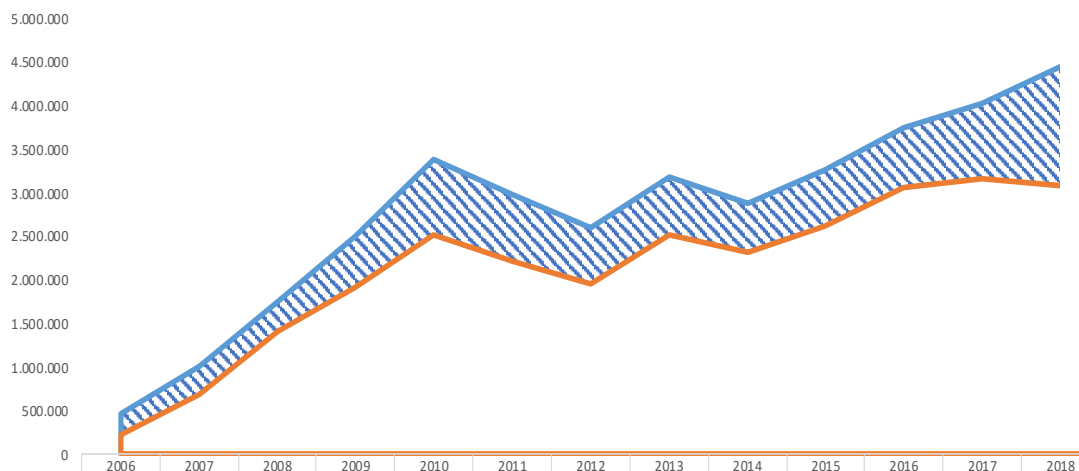


Fuente: Cálculos de ANIF con base en datos del Ministerio de Salud y Protección Social e EConcept.

Continuando con el análisis de los modelos proyectados, adicionalmente el sistema tiene otras presiones, particularmente de corto plazo, que han puesto en riesgo su financiación. El Gráfico 8 presenta el desbalance acumulado por recobros del sistema por un total de \$7.4 billones, es decir, la diferencia entre los servicios y tratamientos en salud facturados por las IPS/EPS de ambos regímenes al sistema y lo que realmente se les ha pagado. Para corregir

esta brecha, el Gobierno Nacional planteó el Acuerdo de Punto Final por medio del que la ADRES espera otorgar los recursos adeudados a las IPS/EPS. Al cierre de la vigencia 2020 se aprobaron \$6.8 billones. Del total del monto, \$5 billones corresponden a la legalización del giro previo realizado durante los años 2018 y 2019 y \$1.8 billones fueron girados a las IPS/EPS en 2020 y, a junio de 2021, \$195 mil millones.

Gráfico 8. Desbalance Corriente Acumulado por Recobros del Sistema de Salud.
(millones de pesos)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2019.

3. Propuestas

Colombia ha realizado esfuerzos inconmensurables para lograr una cobertura en salud de más del 96% de la población. El gasto que ese avance ha demandado se ha obtenido principalmente de las contribuciones a la nómina y recursos del Gobierno Nacional. Sin embargo, la tendencia creciente del gasto no puede solventarse exclusivamente con el aumento de los ingresos por concepto de estas fuentes. En primer lugar, debido a la tendencia creciente de tamaño y envejecimiento de la población, el Gobierno Nacional no puede destinar cada año una mayor proporción del PGN para atender los gastos del sector salud, no solo porque sus recursos son limitados, sino también porque debe atender otros sectores que pueden resultar más productivos, tanto en materia de salud como en otras variables de índole económica, como lo son la provisión de servicios públicos de agua y saneamiento básico, la educación, entre otros. En segundo lugar, presionar al alza las cotizaciones en salud puede desincentivar el empleo formal porque incrementaría los costos de contratación de las diferentes industrias y sectores económicos. En conclusión, ambas necesidades, en salud y fiscales, tienen un alto grado de inflexibilidad.

Actualmente, los rectores de la política pública en salud y de la política fiscal se enfrentan al desafío de solventar las presiones que ejercen diferentes factores que, durante los próximos años, generarán un aumento del gasto del aseguramiento en salud de la población. Todo eso, al tiempo que se debe garantizar la mejor calidad en la prestación de los servicios de salud. Para lograr esto, desde ANIF se plantea una serie de ajustes al sistema de salud y sus componentes, particularmente en materia de eficiencia del gasto y de las fuentes.

a. ¿Cómo hacer más eficiente el gasto?

Particularmente durante la segunda década de los 2000, el sistema de salud colombiano ha mostrado ser exitoso en su propósito de aumentar el aseguramiento de la población, tanto en materia del tratamiento de las distintas enfermedades, dolencias y afecciones, como en la protección financiera del usuario y sus familias. Sin embargo, como cada sistema de salud en el mundo, no está exento de mejoras y cambios que deben realizarse en cada vigencia para garantizar que el sistema responda de manera efectiva, eficiente y eficaz a las nuevas y crecientes necesidades en salud de los colombianos.

Estos ajustes, ciertamente, demandan una gran cantidad de recursos y dada la fragilidad en la sostenibilidad financiera del sistema, resulta imperativo buscar y formular soluciones que no solo aporten más recursos, sino que también mejoren la eficiencia en su destinación y ejecución. Es sobre estos dos ejes, incremento de recursos y eficiencia del gasto, sobre los que se fundamentan las propuestas de ANIF, que serán presentadas a lo largo de esta sección. Dentro de la eficiencia del gasto se plantea: revisar los mecanismos de contratación, ahorros en el gasto hospitalario, prevención y autocuidado y la actualización en el cálculo de la UPC. Por su parte, el incremento en las fuentes se analizará desde el gasto privado, los aportes de la Nación y las entidades territoriales (anticipando que esta última estrategia no es la más adecuada para continuar con el desarrollo económico de las regiones y no se tuvo en cuenta dentro de las estimaciones realizadas en este documento).

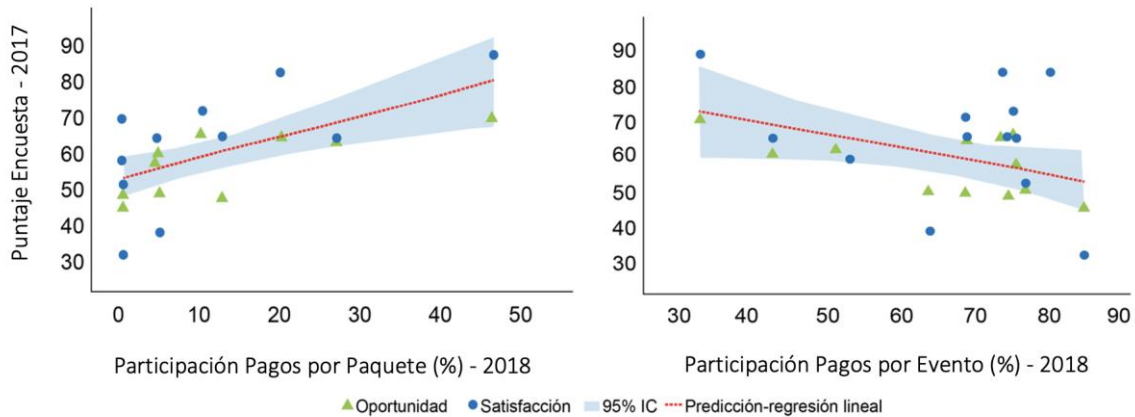
i. Mecanismos de contratación más eficientes

La correcta alineación de los incentivos en la forma de contratación y prestación de los servicios de salud es un factor fundamental, no solo para disminuir el riesgo financiero de los prestadores y aseguradores, sino también para garantizar la efectiva mejoría en el estado de salud de los usuarios del sistema. Sin embargo, el sistema de salud colombiano todavía presenta fallas en este aspecto. De acuerdo con Botero et al. (2020), la contratación de la prestación de los servicios de salud se da por evento o actividad, un mecanismo diseñado para que el asegurador le pague al prestador por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados al usuario para atender alguna enfermedad, dolencia o afección durante un periodo determinado (Decreto 4747 de 2007). Para el caso del régimen contributivo, este mecanismo representa aproximadamente el 70% del gasto (Estudio de Suficiencia UPC, 2021). No obstante, implica un aumento en el riesgo financiero, particularmente para el asegurador, porque no define un tiempo específico

de atención y promueve el uso ineficiente de los servicios y tecnologías en salud mencionados como, por ejemplo, al generar incentivos para aumentar el número de procedimientos y hospitalizaciones, además de no garantizar plenamente la recuperación y mejoría en la calidad de vida del paciente.

Las estimaciones realizadas por Botero et al. (2020) (Gráfico 9) son evidencia sustancial para determinar que el pago por evento no es el mecanismo de contratación más eficiente si se lo compara con la contratación por paquete. El pago por paquete entendido como el “conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico” (Estudio de Suficiencia UPC, 2021).

Gráfico 9. Relación entre Calidad y Mecanismos de Contratación.



Fuente: ANIF con base en Botero et al. (2020).

La contratación por evento no genera incentivos adecuados de gestión del riesgo y, usualmente, presenta un costo mayor que otros mecanismos. En ese sentido, para ANIF es primordial alinear incentivos, de tal forma que sea posible mejorar los resultados en salud y, al mismo tiempo, ganar eficiencia en el gasto, ya que disminuir en 1pp la contratación por evento generaría ahorros cercanos a \$125.6 mil millones. Además, Botero et al. (2020) afirman que deben existir mecanismos de contratación complementarios que permitan, por un lado, distribuir el riesgo entre actores y por otro, generar beneficios monetarios directamente relacionados con mejoras en la calidad de los servicios prestados.

Para llevar a cabo este ejercicio, es primordial que la reorganización entre prestadores y aseguradores tenga un nivel de vigilancia mucho mayor por parte de las secretarías municipales de salud y la Superintendencia Nacional de Salud. Es esencial regular las prácticas en salud por medio de canales especializados de denuncia para los usuarios, donde las entidades se encarguen de promover que sean los mismos usuarios del sistema los que identifiquen el tipo de práctica que reciben.

ii. Eficiencia del gasto hospitalario

Otro factor para tener en cuenta dentro del análisis de posibles mejoras del sistema es la eficiencia hospitalaria, que puede ser abordado desde dos frentes. El primero es el gasto intrahospitalario que se genera a partir del producto final de las IPS o total de atenciones. Este gasto particular está dividido entre el costo real de dichas atenciones y otras variables de capacidad instalada como, por ejemplo, el número de camas, ambulancias y oferta de servicios. Se mide como el total de recursos necesarios para atender todas las atenciones que ofrece. De acuerdo con Botero et al. (2020), en promedio, las IPS presentaron un nivel de eficiencia del 81% para el periodo 2017-2019, lo que quiere decir que, en general, el total de atenciones hospitalarias en Colombia para ese periodo podrían haberse ejecutado con el 81% del total de recursos totales reales empleados.

Por otra parte, el segundo gasto es el interhospitalario, que compara la eficiencia entre las diferentes IPS. En este sentido, Botero et al. (2020) proponen reasignar los recursos del sistema de tal manera que las IPS más eficientes cubran la mayor parte de la prestación de los servicios respecto de las menos eficientes. Al hacer esto, el sistema de salud podría aumentar la atención en salud de la población colombiana, en promedio, 15% sin tener la necesidad de aumentar los recursos con los que actualmente cuenta el sector.

Ahora bien, en este punto del análisis el comportamiento de las IPS por tipo, público y privado, se torna un punto central. Según cálculos de Botero et al. (2020), las IPS públicas, en promedio, tienen una eficiencia del 51% (que ponderado por el tamaño medio de las instituciones pasa a ser del 52%). Si se desagrega entre los tres niveles de complejidad, se tiene que el Nivel 1 tiene una eficiencia del 52% (ponderado, 53%), el Nivel 2 de 77% (ponderado, 72%) y el Nivel 3 de 88% (ponderado, 91%). Por su parte, las IPS privadas tienen un nivel de eficiencia del 73% (ponderado, 76%).

El mejorar la eficiencia intra e interhospitalaria genera una ganancia monetaria para el sistema y sus actores. Si el sistema genera estas eficiencias en la prestación de los servicios de salud, se tiene un potencial de ahorro anual de aproximadamente \$525 mil millones que se verían materializados particularmente si se cubre el potencial de mejora en los hospitales públicos de niveles 1 y 2. Además, estos recursos representan un posible aumento en la capacidad y calidad de atención y respuesta del sistema, sin contar con que se generan simultáneamente externalidades positivas como aumentar el empleo y mejorar el impacto medioambiental del sector al aprovechar mejor sus recursos.

Esta propuesta ciertamente recae dentro de las directrices que plantea la entidad rectora de la política en salud en Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social. De acuerdo con los cálculos presentados, es posible que esta propuesta sea tenida en cuenta de cara a la reforma a la salud que se está planteando, no solo desde el gobierno actual, sino también

para el próximo, pues las condiciones financieras del país, debilitadas por la pandemia vivida entre 2020 y 2021, abren la posibilidad a toda propuesta que pueda generar ahorros para el GNC, particularmente en el sector salud.

iii. Prevención y Autocuidado

La prevención y el autocuidado reducen la incidencia de las enfermedades no transmisibles y su carga, tanto para el ciudadano como para el sistema. En materia de salud pública, se han identificado tres tipos de prácticas que mejoran los resultados de la población y generan potenciales ahorros para el sistema. La primera es la adopción de un estilo de vida saludable que, al convertirse en hábito, reduce el riesgo de desarrollo de enfermedades no transmisibles (ENT) como, por ejemplo, la diabetes, ECV, ERC, hipertensión arterial y diferentes tipos de cáncer. La segunda es la detección temprana de enfermedades como, por ejemplo, el tamizaje para diferentes tipos de cáncer como el de mama, próstata, colon y estómago, que resultan altamente costo-efectivos en términos de gasto y calidad de vida para el paciente y el sistema. Finalmente, la tercera es el uso razonable de los recursos. Esta última es importante en la medida que la promoción del autocuidado, como el tratamiento de afecciones menores en casa y el alfabetismo en salud, generan ahorros en el corto y mediano plazo.

En términos cuantitativos, el autocuidado y el uso inteligente de los recursos podría generar ahorros para el sistema del orden de \$366 mil millones por incapacidades, \$355 mil millones por visitas a consulta externa y \$525 mil millones por visitas a urgencias (EConcept, 2019), es decir, aproximadamente \$1.25 billones. A su vez, la narrativa argumentativa de esta sección también se ve respaldada por la Organización Mundial de la Salud (2014), quien afirma que las medidas de prevención en salud pueden disminuir los retos en materia del gasto en salud anual en curación a 2050, en promedio, entre un 3% y 4% en los países de la OCDE, organización a la que pertenece Colombia.

Ahora bien, para continuar con lo planteado en la propuesta anterior y aportar argumentos de cara a la reforma a la salud, la prevención y el autocuidado debe estar dentro de las prioridades de la política pública en salud, principalmente por las consecuencias que la pandemia ha dejado en la sociedad y su estilo de vida. Particularmente el sedentarismo y, tanto el encierro como los choques mentales que hemos recibido durante más de un año, han impulsado el aumento en el número de atenciones por afecciones cardiovasculares y mentales. Sin embargo, este no es un problema nuevo, se viene gestando de tiempo atrás. De acuerdo con los datos de SISPRO del MinSalud (2021), es posible identificar que para el periodo 2015-2020 las afecciones que más crecieron en número de atenciones fueron los trastornos mentales y del comportamiento con un 121% y las enfermedades del sistema circulatorio con 68%. Por este motivo, es necesario que desde el MinSalud se plantee una mayor cooperación entre las EPS, las ARL y las IPS, que ayude a prevenir este tipo de enfermedades que, como se pudo ver, representan un alto costo para el sistema.

iv. Futuro del Plan de Beneficios: contenido, actualización y tecnologías no financiadas con la UPC

El ajuste de riesgo es una herramienta que permite la distribución equitativa de fondos entre entidades que asumen riesgos, haciendo coincidir el reembolso con la necesidad de recursos (Duncan, 2018). El ajuste de riesgo no es un sistema de contención de costos. Más bien, una vez que la autoridad financiera central decide el presupuesto de atención médica, se puede utilizar el ajuste de riesgo para asignar los recursos donde más se necesitan (IBID)⁷. El ajuste de riesgo permite que la autoridad sanitaria (o la entidad a cargo de los recursos de la salud) pague los planes de salud por el riesgo de los beneficiarios inscritos en ese plan, en lugar de una cantidad promedio para la población. Se pueden aplicar diferentes niveles de ajuste de riesgo, dependiendo de los datos disponibles.

Idealmente, los sistemas de ajuste de riesgo que incluyen el estado de salud de la población, en general, deberían generar incentivos para mejorar los resultados de salud. La identificación completa del paciente contribuye a un mejor manejo de su enfermedad, obteniendo así mejores resultados de salud y un uso más eficiente de los recursos. Sin embargo, la experiencia con los sistemas de ajuste del riesgo muestra que el logro de una mejor salud y menores costos requiere una interacción más directa con los proveedores (en lugar de la interacción indirecta que implica el sistema de ajuste del riesgo basado en la condición). En este sentido, un sistema de ajuste del riesgo financiero, como mínimo, debe combinarse con un programa de incentivos de calidad (que se analiza posteriormente).

Al usar un sistema de reembolso basado en condiciones de salud se pueden favorecer algunas condiciones como las enfermedades crónicas, que pueden llegar a representar más del 60% de la carga de enfermedad del país (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2020). Esto se hace con la idea de que, al compensar enfermedades crónicas por encima de otras condiciones, las EPS usarán estos ingresos para prestar una mejor atención a los pacientes con estas condiciones. En el caso colombiano, se podría desarrollar un modelo más extenso, que no incurra en sobre ponderar los reclamos presentados por los proveedores de atención primaria para pacientes crónicos y no sub pondere ciertas especialidades dentro del modelo de regresión que genera puntajes de riesgo de los afiliados. Lo anterior, de la mano con un esquema de incentivos que priorice el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por encima de una atención excesivamente orientada al cuidado y tratamiento.

Actualmente existe la posibilidad de selección adversa en el mercado de aseguramiento, dado que el sistema ignora las condiciones (i.e. perfil de riesgo) del afiliado (Santa María, García, & Vásquez, 2009). La selección sistemática de una EPS que genera costos de reclamos desproporcionados dentro de una única clase de calificación resulta de la falta de ajuste de

⁷ Existen otros sistemas basados en el riesgo (p.ej. capitación, paquetes de pagos y participación en las ganancias) que brindan incentivos a las aseguradoras y proveedores para contener los costos.

los pagos para igualar el riesgo del miembro. Los pagos por enfermedades de alto costo arreglan parcialmente este problema, pero un sistema de ajuste basado en condición solucionaría el problema de fondo, permitiendo el pago de una única prima a las aseguradoras.

Se está proponiendo un sistema de ajuste de riesgos prospectivo basado en condiciones de salud, el cual incrementa la precisión de la predicción de los costos de los afiliados al SGSSS con respecto al modelo basado únicamente en variables demográficas existentes. A grandes rasgos, la propuesta consiste en implementar ajustadores basados en la condición utilizando una adaptación del clasificador de condiciones jerárquico (HCC) descrito en Pope et. al. (2007). Lo anterior, en adición a las variables de edad, sexo y tipo de territorio, manteniendo el carácter prospectivo del modelo.

Tanto el modelo propuesto como el que actualmente opera en el país, pronostican un costo de atención en un periodo futuro, basado en un conjunto de características determinables en el presente. De aquí, ambos modelos reciben la connotación de ser prospectivos. La diferencia fundamental entre el sistema de ajuste de riesgos propuesto y el actual radica en el conjunto de características (determinables en el presente) que se utilizan para pronosticar los costos de atención futuros (variable objetivo). Mientras que el modelo actual considera únicamente las variables demográficas edad, sexo y tipo de territorio de los afiliados, el sistema de ajuste de riesgos propuesto considera las condiciones subyacentes de los afiliados al SGSSS, con el fin de incrementar la precisión de los pronósticos.

En paralelo al ajuste de riesgo por condiciones de salud, se debe implementar un programa de incentivos en calidad que responda a la necesidad de que las EPS funcionen dentro de sus presupuestos asignados sin alterar la atención médica necesaria de los afiliados. Este objetivo requiere que las EPS realicen dos sistemas simultáneamente:

- Un sistema de contratación que delega la responsabilidad financiera a los proveedores con los que se contrata la EPS. Cómo se contrata una EPS depende de la EPS; sin embargo, una contratación financiera exitosa transferirá parte del riesgo financiero a los proveedores.
- Los contratos deben garantizar que los proveedores brinden todos los servicios de calidad necesarios, con informes adecuados sobre métricas a nivel de proveedor y sanciones contractuales cuando no se cumplan los objetivos.

El Ministerio debería considerar un sistema de medición de la calidad que proporcione penalizaciones (y si es necesario bonificaciones) a las EPS que no cumplan (o superen) los objetivos de calidad. El Ministerio opera actualmente una serie de métricas de informes de calidad que se van a tener en cuenta a la hora de diseñar este mecanismo.

v. Planes Voluntarios en Salud

Dentro de las propuestas de mejora en la eficiencia del sistema, la última se basa en fomentar la adquisición de planes voluntarios en salud (PVS), pues esto también tendría un efecto positivo en el ahorro del sistema. Varios factores son fundamentales para poder llegar a esta conclusión. Hay cerca de 2.5 millones de personas que cuentan con un PVS (sin incluir ambulancias prepagadas); el costo promedio de un servicio en el sistema es del orden de \$44.000, con base en la nota técnica de la UPC; de acuerdo con ACEMI-PROESA (2021), un afiliado con un PVS consume entre 8 y 9 servicios menos en salud; la elasticidad precio de la demanda de los PVS se ubica entre -2.32 y -4.67 (Casablanca et al., 2021); finalmente, una disminución del 5% en el precio de los PVS incrementaría su demanda entre 267 mil y 538 mil nuevos usuarios. Teniendo en cuenta lo anterior, es posible afirmar que por la mejora en la eficiencia en la adquisición y compra de planes voluntarios en salud el sistema podría generar ahorros del orden de \$213.9 mil millones.

b. ¿Cómo obtener más ingresos para el SGSSS?

i. Rentas territoriales

Seguramente no es eficiente destinar una mayor proporción de los recursos del Gobierno Nacional y generar mayores cobros a las personas naturales para obtener los recursos que el sistema requiere para su sostenibilidad durante los próximos años. De esta manera, desde ANIF se estudia la posibilidad de aumentar los ingresos por medio de otras fuentes.

La primera de ellas está relacionada con replantear los impuestos a tabacos y cigarrillos. Estos productos afectan negativamente la salud de sus consumidores y aumentan la probabilidad de incidencia de enfermedades pulmonares y de la sangre. En ese sentido, los impuestos deben propender por ayudar a financiar las atenciones que se generan por estas causas. La Ley 1819 de 2016 establece dos componentes impositivos para el tabaco y sus derivados: uno específico y otro *ad valorem*. El primero de ellos dicta que para 2018 el componente específico será de \$2.100 por cada veinte (20) cigarrillos, cigarritos, tabacos y cigarros, y se actualizará cada año de acuerdo con el índice de precios al consumidor (IPC) que presente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. Por su parte, el componente *ad valorem* es equivalente al 10% de la base gravable, que será el precio de venta al público efectivamente cobrado en los canales de distribución. Respecto de estos componentes es posible ver un espacio de acción por parte de las autoridades fiscales, pues en los países de la Unión Europea, por ejemplo, la carga fiscal por cajetilla de cigarrillos va desde el 69.4% del precio de venta medio ponderado al público, hasta el 91.34% en los Países Bajos (Comisión Europea – Unión de Impuestos y Aduanas, 2021).

No obstante, teniendo en cuenta los cálculos realizados desde el MSPS⁸, incluso al duplicar el componente específico del impuesto al tabaco, los ingresos por el recaudo de esta materia apenas alcanzarían una cuantía cercana a los \$300 mil millones, cifra que de lejos no soluciona de manera estructural los problemas financieros que afronta el sistema de salud y sí podría afectar otras variables como, por ejemplo, el empleo del sector y el contrabando de estos productos.

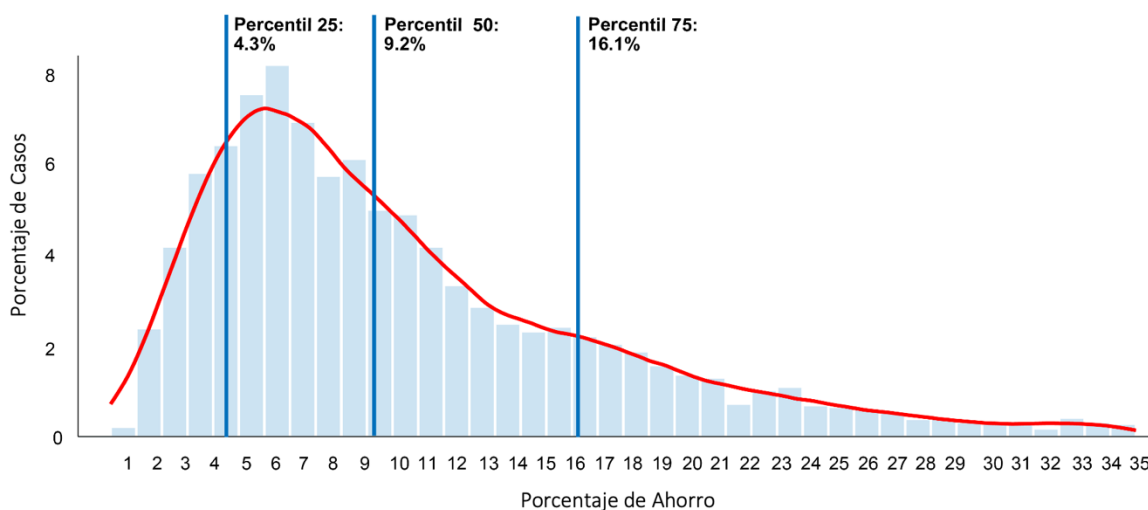
ii. Rentas del orden nacional

Como se ha mencionado en secciones anteriores de este documento, la sostenibilidad financiera del país tiene en los aportes del Gobierno Nacional uno de sus principales pilares. Eso se refleja en la participación que tienen estos ingresos sobre el total del aseguramiento en salud, para el 2020 fue del 45.3%, sumados PGN y SGP. La cifra evidencia una alta dependencia del aseguramiento en salud a los esfuerzos que el Gobierno ejerza para garantizar su sostenibilidad y, como se explicó anteriormente, ante choques económicos negativos como, por ejemplo, la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2, obliga a aumentar los niveles de deuda para compensar la disminución de los ingresos ocasionada por la caída en el sector productivo y, por ende, directamente en el contributivo e indirectamente en el subsidiado. A su vez, los mayores niveles de endeudamiento afectan negativamente la sostenibilidad fiscal y, como se pudo observar, puede conducir a que en el exterior se generen perspectivas de desarrollo y crecimiento negativas del país que impidan conseguir un mayor financiamiento por parte de inversionistas y, en consecuencia, acrecienten la débil sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano.

No obstante, teniendo en cuenta lo presentado antes en materia de eficiencia, se realizó un ejercicio para medir el impacto de los parámetros de ahorro identificados sobre los recursos que debe aportar el Gobierno Nacional para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Este ejercicio se construyó por medio de simulaciones de Montecarlo donde se hicieron 3.000 repeticiones, la variable aleatoria fue el porcentaje de ahorro sobre la contratación por evento y la distribución base para lograr las simulaciones fue Log-normal. El Gráfico 10 presenta las simulaciones de Montecarlo de la distribución de las eficiencias y efectos sobre la serie del gasto.

⁸ Sujetos de verificación.

Gráfico 10. Distribución del Porcentaje de Ahorro en el Gasto en Salud – Todas las Alternativas.



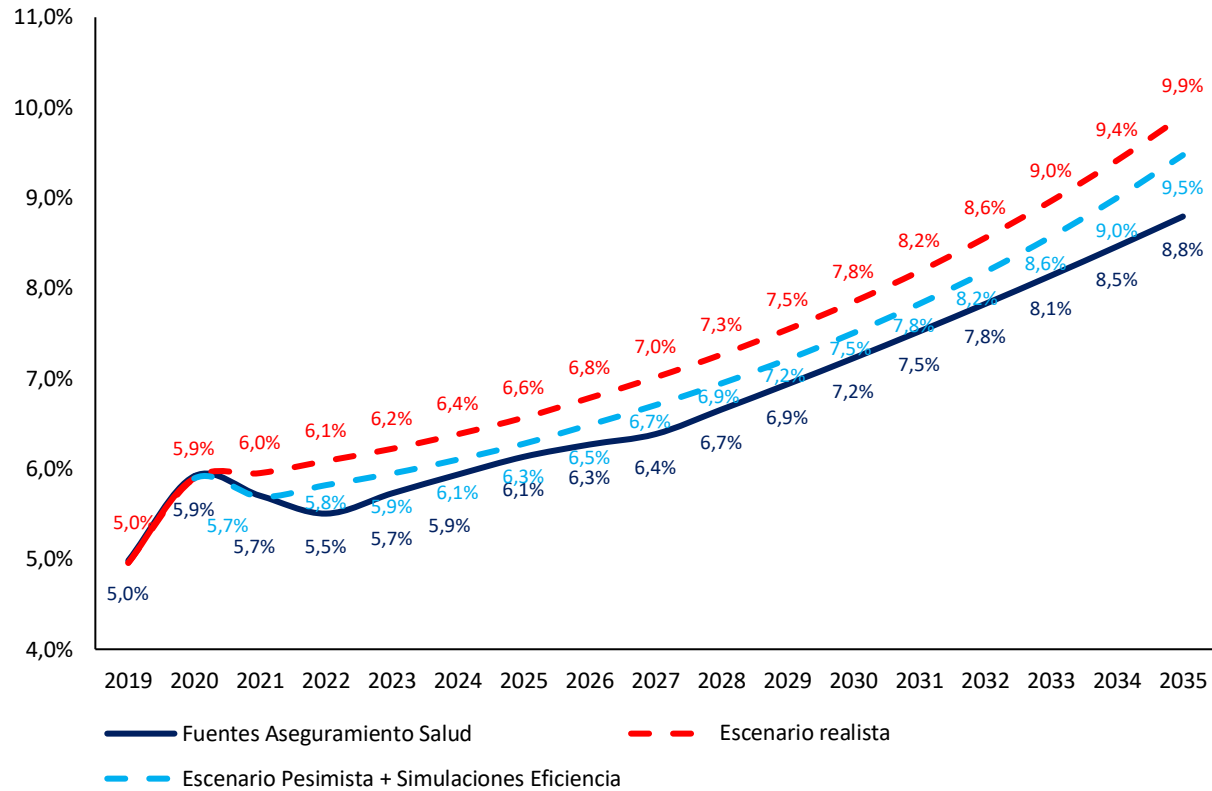
Fuente: Cálculos de ANIF.

El Gráfico 10 muestra la distribución de los ahorros y como resultado plantea que, en la mediana, es decir, el percentil 50, el sistema podría tener un ahorro cercano al 9.2% del gasto total en salud, lo que representa un ahorro monetario aproximado a pesos del 2018 de \$6 billones. Cabe resaltar que este ahorro podría generarse teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia planteados en secciones anteriores.

Tomando estas simulaciones como punto de partida, adicionalmente se realizó una proyección de las fuentes y usos del sistema, particularmente desde el enfoque de los aportes que deberá hacer el Gobierno Nacional para garantizar el aseguramiento en salud de los colombianos a 2035. Como se pudo observar en el Gráfico 7, el escenario de gasto realista proyectado en este documento alcanzaría un total equivalente a 9.9% del PIB dentro de 15 años. De manera simultánea, se realizó también la proyección de las fuentes, teniendo en cuenta la evolución de todos sus componentes, donde a 2035 se tiene que alcanzarán el nivel de 8.8% del PIB. Sin lugar a duda, lo anterior es muestra de la necesidad que tiene el sistema de apalancarse en los aportes de la Nación, pues entre los escenarios de fuentes y usos planteados hasta el momento hay una brecha de 1.1pp del PIB.

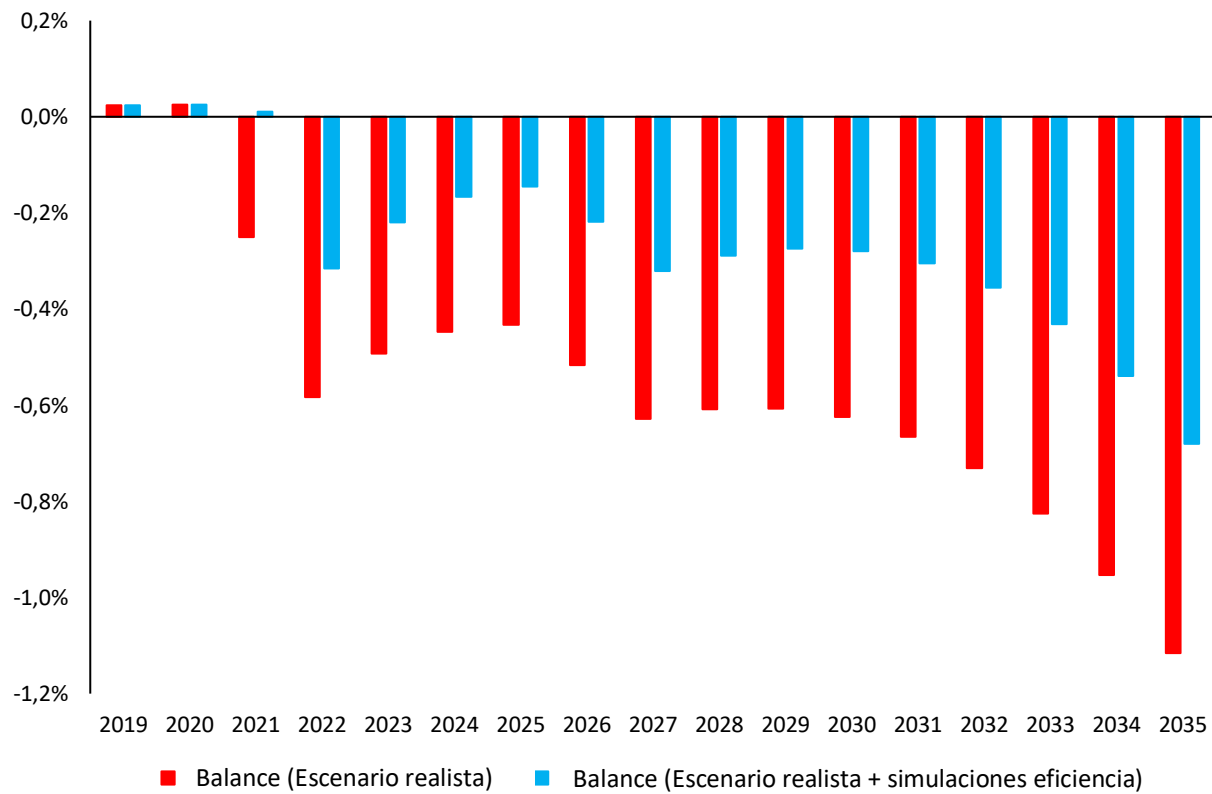
Sin embargo, al incorporar las simulaciones de eficiencia en el gasto es posible observar una disminución sustancial en el gasto como porcentaje del PIB de 0.4pp y con esto, disminuir la brecha en el balance del aseguramiento en salud, como se puede destacar en el Gráfico 11. De este último gráfico es posible resumir que, a 2035, la brecha entre fuentes y usos del aseguramiento en salud sin tener en cuenta los ejercicios de eficiencia en el gasto será equivalente al 1.1% del PIB (Gráfico 12) mientras que, si estos ejercicios y sus efectos reales son incorporados, el margen podría cerrarse en 0.4pp pues el gasto caería al equivalente de 9.5% del PIB, arrojando un balance equivalente a solo 0.7% del PIB (Gráfico 12).

Gráfico 11. Fuentes y Usos del Aseguramiento en Salud.
(% PIB)



Fuente: Cálculos de ANIF con base en Ministerio de Salud y Protección Social.



Gráfico 12. Balance del Aseguramiento en Salud.
(% PIB)



Fuente: Cálculos de ANIF con base en Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con los resultados presentados, es posible afirmar que las necesidades de financiamiento del sistema a 2035 demandarán, en promedio, \$2.5 billones de pesos de 2018 para lograr las metas planteadas en los gráficos 12 y 13 teniendo en cuenta los componentes de eficiencia planteados y analizados en este documento. Caso contrario, si estos no son tenidos en cuenta, será necesario que el Gobierno Nacional tenga que aportar entre \$6 y \$7 billones de pesos de 2018, en promedio, anualmente hasta 2035 (Cuadro 7). En este sentido, desde ANIF no se vislumbra aumentar las presiones fiscales que tiene el Gobierno Nacional para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, sin tener en cuenta una mejora en la eficiencia en el gasto en salud y una reforma fiscal estructural que no solo equilibre las finanzas del sector en el corto plazo, sino que también garantice esta sostenibilidad en el largo plazo.

**Cuadro 7. Aportes Necesarios de la Nación en los Escenarios Propuestos de Gasto.
(Billones de pesos constantes de 2018)**

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
 Escenario Realista	2.5	6.1	5.4	5.1	5.1	6.4	8.1	8.2	8.6	9.2	10.3	11.8	14.0	17.0	20.8
 Escenario Realista + Simulaciones de Eficiencia	0.1	3.3	2.4	1.9	1.7	2.7	4.1	3.9	3.9	4.1	4.7	5.8	7.3	9.6	12.7

Fuente: Cálculos de ANIF con base en Ministerio de Salud y Protección Social.

iii. Gasto privado y gasto de bolsillo

Como se pudo evidenciar en el análisis realizado para distintas economías adscritas a la OCDE, Colombia tiene uno de los gastos de bolsillo más bajos. Esta condición permite pensar en la posibilidad de generar mayores ingresos frente a este componente del gasto, especialmente en los hogares de mayores ingresos. De manera similar a lo presentado para el sistema de salud australiano, los hogares de mayores ingresos realizan una serie de aportes para la adquisición de seguros de salud privados que permiten disminuir la carga del servicio público y, a su vez, en la medida que los servicios no son utilizados, ayudan a financiar el resto del sistema. Para el caso colombiano, esto podría asemejarse a la adquisición de servicios de medicina prepagada, con la salvedad que los ingresos recaudados por esta fuente son directamente recibidos por los aseguradores y no ayudan a financiar el resto del sistema cuando los servicios no son utilizados.

En línea con lo anterior, también es posible pensar que aumentar las cuotas moderadoras y los copagos podría generar un ingreso adicional importante y también controlar el

incremento de la demanda por servicios. Por ejemplo, en 2019 estos componentes representaron un ingreso para el sistema del orden de \$735 mil millones. Ahora bien, para poder evaluar un posible impacto en el aumento del precio de estos componentes, se utiliza la elasticidad precio de la demanda de cuotas y copagos que se ubica entre -0.06 y -2.56 (Santa María et al., 2010). Por una parte, si se incrementa el copago para las citas y consultas (de acuerdo con los códigos 8901 a 8905 de la nota técnica de la UPC), el ahorro para el sistema sería de hasta \$80.5 mil millones. Por otra, si se incrementa el copago para todos los servicios ambulatorios (con base en el estudio de suficiencia UPC, 2021), el ahorro generado para el sistema es aproximadamente de \$218.6 mil millones. Estos resultados muestran no solo un posible ahorro de \$299.1 mil millones, sino que el incremento en los precios aumentaría los ingresos en un orden de \$92.2 mil millones, con el consecuente control del aumento de la demanda de servicios.

Por otra parte, la transición epidemiológica ocurrida en el país durante las últimas décadas ha conducido a un rápido crecimiento en la incidencia y, por ende, en las atenciones y costos de las enfermedades crónicas. Como se mencionó en secciones anteriores, se espera que este sea uno de los principales componentes que genere mayores retos sobre el gasto en salud de los colombianos, motivo por el que el sistema debe buscar una forma de generar una sostenibilidad financiera en el largo plazo para atender estas enfermedades que, en su mayoría, son de alto costo. Por esta razón, se plantea la posibilidad de generar un Fondo de Aseguramiento de Alto Costo que ayude a solventar las presiones en gasto de este tipo de afecciones.

No obstante, la principal condición de este Fondo es que tenga un modelo de riesgo compartido, tal y como ha funcionado satisfactoriamente en países como España, Uruguay y Perú, donde el sistema paga los servicios, tecnologías y medicamentos a las farmacéuticas de acuerdo con el éxito de la atención al paciente. Para el caso colombiano, se puede pensar en un modelo de riesgo compartido entre la industria farmacéutica, los aseguradores y los prestadores del servicio de salud. Un esquema de esas características generaría beneficios a los pacientes pues habría incentivos a mejorar la prevención de las distintas enfermedades y, en caso de tener mayor riesgo de padecerlas, ayudaría a un diagnóstico más temprano y preciso. La gran ventaja de este modelo es que los recursos para financiar el fondo pueden venir de distintas fuentes, pero se maximizaría su eficiencia y lo más importante, se garantizaría la mejor calidad en la atención en salud de los pacientes.

4. Conclusiones y recomendaciones

Las finanzas del sistema de salud colombiano, así como las de otros países, no cuentan con una fórmula mágica que garantice su estabilidad en el largo plazo. De hecho, las fuentes de financiación y los usos que se le dan a los recursos destinados a salud en el mundo tienen un sinnúmero de formas y variaciones. El reto para el sistema de salud colombiano se encuentra en garantizar una estabilidad financiera en el largo plazo, que no sea completamente

dependiente del aumento de los recursos que pueda aportar el Gobierno Nacional o de un aumento en la base de cotización que termine socavando el empleo formal en el país.

Como la literatura lo ha plasmado, la sostenibilidad financiera del sistema de salud depende de menguar las presiones que diferentes factores ejercen sobre el gasto en salud, incrementar los recursos o, ante la imposibilidad de aumentarlos de acuerdo con las necesidades del país, mejorar su eficiencia. Los factores que más ejercerán presiones al alza en el gasto en salud serán la innovación tecnológica, el crecimiento de la población, el cambio en la estructura demográfica y el aumento en la atención de enfermedades crónicas. Ciertamente, las tendencias de crecimiento de todas estas variables durante las últimas décadas hacen difícil pensar que mitigar el impacto que tienen sobre el gasto sea el medio idóneo para garantizar la estabilidad financiera del sistema de salud.

Por otro lado, la caída en la productividad del país por cuenta de la pandemia generada por el virus SARS-CoV-2, pone en duda la posible estabilidad del sistema por cuenta de un aumento en los recursos que asume el Gobierno Nacional. También dificulta que se aumente la presión sobre el bolsillo de los empresarios y empleados colombianos por concepto de contribuciones. En este sentido, desde ANIF se plantea que debe haber una mejora en la eficiencia de los recursos por medio de diferentes mecanismos como:

- Ajustar el futuro del Plan de Beneficios, revisando el contenido, actualización y tecnologías no financiadas con la UPC que se ajusten de manera más adecuada a las necesidades en salud del país y de sus ciudadanos.
- Plantear nuevos paradigmas respecto de la eficiencia del gasto intra e interhospitalario.
- Alinear los incentivos dentro del sistema de salud actual para fomentar la prevención y el autocuidado.

De esta manera, los resultados que resumen el ejercicio propuesto a lo largo de este documento se encuentran condensados a continuación en el Cuadro 8.

No obstante, aun con todos estos esfuerzos, continuará existiendo una alta dependencia del sistema de salud a los recursos del Gobierno Nacional, pues el PGN deberá aportar 0.3% del PIB anualmente a 2035 para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Esa realidad obliga al país a buscar mecanismos de acción que no solo mejoren la eficiencia, sino que también generen un aumento constante en los recursos con que actualmente se cuenta para no retroceder en todos los logros que se han alcanzado en materia de salud en Colombia.

Las propuestas y estimaciones presentadas en este documento suponen una herramienta de gran importancia de cara a las discusiones que se presentaran en el corto plazo, por un lado, con la reforma a la salud que se ha venido tratando desde el gobierno actual y por el otro,

para la estructuración y evaluación del plan del próximo gobierno en materia de salud pública.

Cuadro 8. Resumen de las propuestas presentadas y su impacto presupuestal.

Propuesta	Impacto Presupuestal
Mecanismos de contratación más eficientes	Disminuir en 1pp la contratación de pago por evento generaría ahorros por \$125.6 mil millones.
Eficiencia del gasto hospitalario	Potencial de ahorro anual de \$525 mil millones.
Prevención y autocuidado	\$366 mil millones.
Planes voluntarios de salud	Ahorro por \$213.9 mil millones.
Futuro del Plan de Beneficios: contenido, actualización y tecnologías no financiadas con la UPC	Permite distribuir los recursos de manera más eficientemente en función del riesgo en salud y genera incentivos para desarrollar esquemas de contratación que favorezcan la atención integral.

Si bien es cierto que la mayoría de las propuestas aquí presentadas recogen discusiones e ideas que han sido tratadas en el pasado por actores como el Gobierno Nacional, agremiaciones y centros de pensamiento, es importante resaltar que este es el primer documento que se aproxima a la cuantificación de metas reales que pueden llevarse a cabo en la práctica con sentido de realidad social y financiera. De esta forma, se convierte en un gran insumo para participar con argumentos sólidos en las discusiones mencionadas anteriormente que se llevarán a cabo durante los próximos años.

Por otra parte, cabe resaltar que los ejercicios son exhaustivos en lo que respecta a la técnica metodológica y, aun cuando existen otras variables como, por ejemplo, el monto de los desperdicios hospitalarios, fueron únicamente incluidos dentro de las estimaciones aquellos factores con datos precisos y confiables para obtener una evaluación lo más certera y limpia posible. Finalmente, cabe resaltar que los escenarios aquí planteados obedecen a las estimaciones estadísticas realizadas y ofrecen la perspectiva que ANIF tiene de cara al futuro de los diferentes factores que presionarán al alza el gasto del aseguramiento en salud.

Teniendo en cuenta los resultados de las simulaciones de fuentes y usos del aseguramiento en salud presentados en este documento, y más aún los factores estudiados para determinar estas dinámicas, desde ANIF se propone que la Cámara Farmacéutica de la ANDI siga una agenda en la que primero estudie los hallazgos presentados en conjunto con la Cámara de Salud y de Aseguramiento, para luego abrir la discusión a los afiliados y, de esta manera, poder obtener un plan de mejoramiento del sistema de salud colombiano para guiar las conversaciones con la administración gubernamental actual y la entrante.

Los principales argumentos que deben ser tenidos en cuenta por parte de la Cámara Farmacéutica obedecen a:

- Redefinir los mecanismos de contratación intra e interhospitalarios dado su alto potencial de mejoramiento en la eficiencia del gasto que permitiría generar un gran nivel de ahorro para el sector.
- Hacer énfasis en los esquemas de gestión del riesgo financiero y en salud, donde la calidad y la mejora en la eficiencia de las atenciones sea una prioridad mientras se discute el cálculo de la nueva UPC basada en condiciones, lo que permitiría preparar de mejor manera al sector ante este cambio.
- Resaltar la importancia de la prevención y el autocuidado dentro de las estrategias para alcanzar las metas que se propongan de cara al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

Referencias

ACEMI-PROESA (2021). Planes Voluntarios de Salud en Colombia. Evolución y Perspectivas. Fasecolda-ACEMI-PROESA.

Botero, J.A., Arellano, M., Medina, D.S., & Echeverri, C. (2020). Evolución del Sistema de Salud Colombiano: Una Mirada Integral en el Marco de la Ley Estatutaria en Salud de 2015. Grupo de Estudios de Economía y Empresa – EAFIT.

Constitución Política de Colombia. Art. 215. 7 de julio de 1991.

Cutler, D. (2004). *Your Money or Your Life*. Oxford: Oxford University Press.

Cutler, D., Deaton, A., & Lleras-Muney, A. (2006). The Determinants of Mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20 (3): 97-120.

Decreto 417 de 2020. Por el cual se Declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en Todo el Territorio Nacional. 17 de marzo de 2020.

Decreto 444 de 2020. Por el cual se Crea el Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME y se Dictan Disposiciones en Materia de Recursos, Dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. 21 de marzo de 2020.

Decreto 552 de 2020. Por el cual se Adicionan Recursos al Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME, Creado por el Decreto 444 de 2020, en el Marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica y se Dictan Otras Disposiciones. 15 de abril de 2020.

Decreto 562 de 2020. Por el cual se Adoptan Medidas para Crear una Inversión Obligatoria Temporal en los Títulos de Deuda Pública, en el Marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica. 15 de abril de 2020.

Decreto 568 de 2020. Por el cual se Crea el Impuesto Solidario por el COVID 19, Dentro del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica Dispuesto en el Decreto Legislativo 417 de 2020. 15 de abril de 2020.

Decreto 637 de 2020. Por el cual se Declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en Todo el Territorio Nacional. 6 de mayo de 2020.

Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se Regulan Algunos Aspectos de las Relaciones Entre los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Responsables del Pago de los

Servicios de Salud de la Población a su Cargo, y se Dictan Otras Disposiciones. 7 de diciembre de 2007.

Dirección de Epidemiología y Demografía. (2020). Análisis de la Situación de Salud ASIS-Colombia. MinSalud, único, 98. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS24022014.pdf>

Duncan, I. (2018). Healthcare Risk Adjustment and Predictive Modeling (Second edi). ACTEX Learning.

EConcept. (2017) La Salud en Colombia: Avanzando en Terrenos Difíciles. Documento de Investigación para la Cámara Farmacéutica de la ANDI – Colombia.

European Comission. (2021). Excise Duty Tables. Part III – Manufactured Tobacco. Directorate-General Taxation and Customs Union. https://ec.europa.eu/taxation_customs/system/files/2021-04/excise_duties-part_iii_tobacco_en.pdf.

Gutiérrez, C. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Cuadernos Fedesarrollo 60.

Ley 1607 de 2012. Por la cual se Expiden Normas en Materia Tributaria y se Dictan Otras Disposiciones. 26 de diciembre de 2012. D.O. No. 48665.

Ley 1819 de 2016. Por medio de la cual se Adopta una Reforma Tributaria Estructural, se Fortalecen los Mecanismos para la Lucha Contra la Evasión y la Elusión Fiscal, y se Dictan otras Disposiciones. 29 de diciembre de 2016.

Ley 1955 de 2019. Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022. Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad. 25 de mayo de 2019. D.O. No. 50964.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2021). Libro Blanco – Medidas Económicas adoptadas para la atención de la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 – Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste del Riesgo para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, Recursos para Garantizar la Financiación de Tecnologías y Servicios de Salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). Informe de la Actualización Integral de los Servicios y Tecnologías de Salud Financiados con Recursos de la UPC Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informe-actualizacion-servicios-tecnologias-financiados-upc2021.pdf>.

OECD. (2015). Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>.

OCDE. (2019). Budgeting practices to improve health system performance: An OECD survey of countries from the Latin American and Caribbean region.

OCDE. (2021). Health Statistics – 2021. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeld=9>.

OECD, Eurostat, & World Health Organization. (2017). A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>

Pope, G. C., Kautter, J., Ellis, R., Ash, A., Ayanian, J., Iezzoni, L., Ingber, M., Levy, J., & Robst, J. (2004). Risk Adjustment of Medicare Capitation Payments Using the CMS-HCC Model. *Health Care Financing Review*, 25(4), 119–141.

Santa María, M., García, F., & Vásquez, T. (2009). El sector salud en Colombia: riesgo moral y selección adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*.