

# COMENTARIO ECONÓMICO DEL DÍA

Mayo 25 de 2022

Página  
1

## Fortalecer el aseguramiento para preservar los logros del sistema de salud colombiano

En 1993, la Ley 100 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que, aunque ha sufrido cambios importantes en sus 30 años de existencia, mantiene las mismas características principales. El sistema, que cuenta con cobertura universal, ha sido uno de los más innovadores de la región. Se fundamenta en el aseguramiento como medida para reducir los costos y mejorar los resultados en salud para la población. Pese a que tiene espacio para mejorar, el sistema ha permitido avances importantes para la sociedad y es tal vez uno de los mayores logros en equidad en el país.

En el último año el Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) ha manifestado la intención de fortalecer el aseguramiento del sistema y garantizar una mejor calidad de los servicios de salud. El MinSalud ha propuesto dos iniciativas para abordar estas problemáticas. Por un lado, la implementación de una metodología de cálculo de la prima de aseguramiento que tenga en cuenta algunas condiciones de salud y, por el otro, un programa de incentivos a las aseguradoras (Entidad Promotora de Salud, EPS) que tengan mejor desempeño. Siguiendo las declaraciones del ministro Fernando Ruiz, fortalecer el aseguramiento es una tarea que recae no solo sobre las decisiones del MinSalud, también en las EPS

(Ruiz Gómez, 2022). En este *Comentario Económico del Día* hacemos un recorrido por los logros y los desafíos que enfrenta el sistema de salud en Colombia.

### Avances y retos

El SGSSS se basa en el aseguramiento a través de las EPS, aseguradoras públicas y privadas. Los ciudadanos con capacidad de pago hacen aportes proporcionales a sus ingresos al sistema y están afiliados al régimen contributivo, mientras que los ciudadanos sin capacidad de pago se pueden afiliar de forma gratuita al régimen subsidiado. Los afiliados a ambos regímenes tienen derecho a las mismas prestaciones y la prima que paga el gobierno a las aseguradoras (Unidad de Pago por capitación, UPC) se define con base en la edad, el sexo y el territorio del afiliado. Esta prima cubre las prestaciones definidas por el Plan de Beneficios de Salud, mientras que los presupuestos máximos son la prima que cubre las demás prestaciones que no se encuentren en la lista de exclusiones (las prestaciones que no se pueden cubrir con recursos del SGSSS). Las EPS compiten en calidad, dado que los afiliados se pueden cambiar de EPS y las EPS no pueden rechazar pacientes basados en su estado de salud.

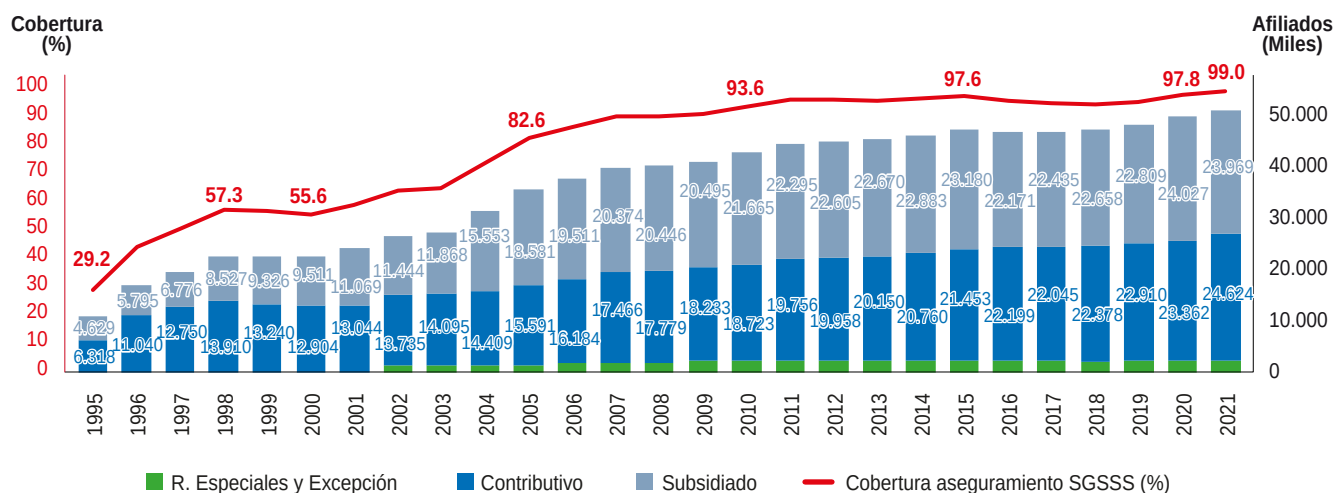
A través de las casi tres décadas de funcionamiento del SGSSS, el aseguramiento en Colombia ha aumentado de forma sostenida, pasando de menos del 25% de la población antes de 1993 y llegando a un máximo histórico de 99% en el 2021, como se ve en la Gráfico 1. Ese aumento en el aseguramiento ha permitido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

Aun así, todavía existen barreras importantes para garantizar un acceso universal a las prestaciones del PBS. Entre 1997 y 2019, el acceso a consultas preventivas de la población urbana en el primer quintil de ingresos pasó del 35% al 63%, mientras que para el quintil de mayores ingresos paso de 50% a 71%. El acceso limitado a este tipo de

consultas es preocupante, en especial si se tiene en cuenta que es un servicio disponible desde los hospitales de primer nivel y que es una prestación costo efectiva.

Los problemas en el acceso a las prestaciones están asociados parcialmente a barreras de la oferta de prestaciones de salud. Hay limitaciones por el lado del talento humano y de la infraestructura de salud del país que no se ha logrado solventar. Colombia es uno de los pocos países en Latinoamérica con un mayor número de médicos por cada 1,000 habitantes que de enfermeros, y el aumento del talento humano en salud ha sido moderado durante los últimos años. Por el otro lado, la infraestructura para la prestación de servicios de salud es bastante desigual a través de las regiones. De los 1122 municipios de Colombia, para el 2017 716 solo contaban con una EPS pública. Para la población que vive en municipios retirados con un hospital de primer nivel, el costo y la dificultad del transporte a municipios con hospitales de segundo y tercer nivel vuelve prohibitivo el acceso a servicios especializados de salud.

**Gráfico 1. Evolución de la afiliación al SGSSS**

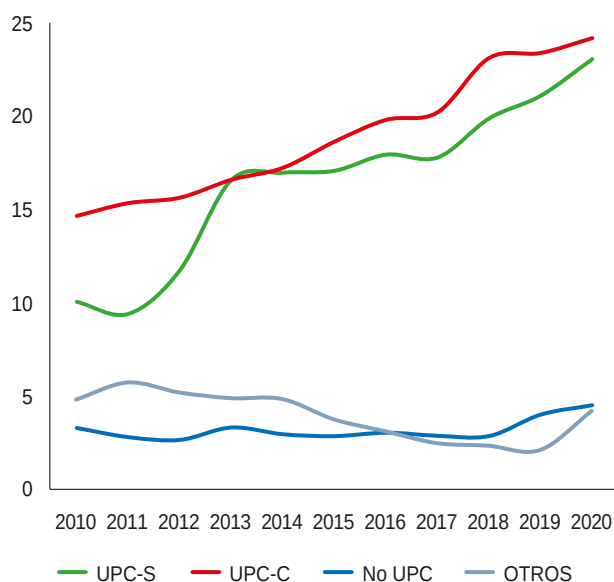


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

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

En Colombia, el gasto en salud aumentó en 123% entre el 2004 y el 2018, frente al aumento del 74% del PIB en este mismo periodo. Es positivo que el gasto en salud aumente, especialmente porque ha permitido la igualación de los PBS del régimen contributivo y del subsidiado, entre el 2009 y el 2012, y el aumento de las prestaciones que no se cubren con la UPC, inicialmente vía recobros y posteriormente vía presupuestos máximos, cómo se ve en la Gráfico 2.

**Gráfico 2. Evolución del gasto por uso**



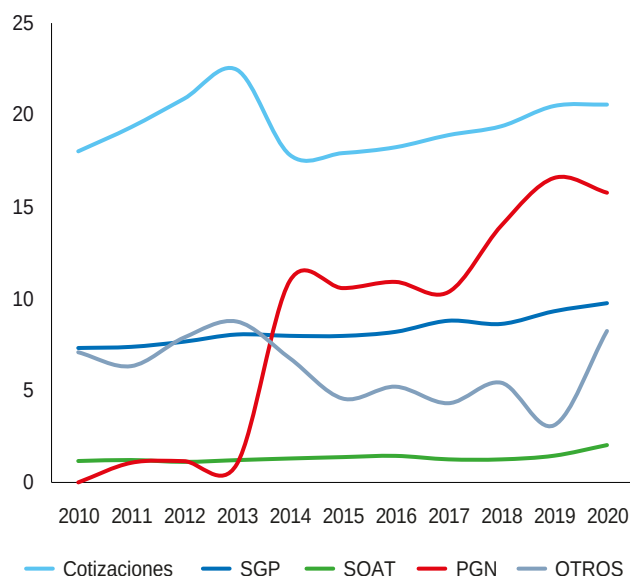
Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, 2021.

Como porcentaje del PIB, el gasto en salud de Colombia es similar al de otros países de su nivel de ingresos, pero se encuentra significativamente por debajo del nivel de gasto de países de ingresos altos. Aumentar ese nivel de gasto implica una presión alta sobre los recursos públicos, pues el recaudo en Colombia es menor al de países de ingresos más altos. Vale la pena resaltar que no existen espacios para concertar entre los actores del sistema una senda de gasto de mediano plazo, alineada con las metas en términos de acceso efectivo a prestaciones de salud. Esa falta de planeación pone en riesgo la sostenibilidad del sistema en el tiempo porque genera incertidumbre para los actores involucrados.

Por su parte, los ingresos del sistema no han crecido al mismo ritmo de los gastos. Los aportes de los trabajadores formales son actualmente la principal fuente de ingresos, como se puede ver en la Gráfico 3. Dada la naturaleza del sistema laboral, esos recursos juegan un rol contracíclico en el sistema. La segunda fuente de financiación del sistema son recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN), que han aumentado su participación en dos ocasiones, durante el 2013 y entre el 2017 y 2019.

Como se discutió anteriormente, el principal gasto del sistema corresponde a las transferencias de UPC de ambos regímenes. El cálculo de la UPC ha estado a cargo del MinSalud desde hace dos décadas, tiempo en el que la metodología no ha cambiado significativamente. Esa metodología refleja cómo el sexo, la edad y el tipo de territorio en el que vive un afiliado afectan el costo esperado de las prestaciones que requerirá (reclamaciones). Entre mejor refleje la prima el costo subyacente de los afiliados, las EPS podrán hacer una mejor gestión del riesgo. Actualmente, la UPC no refleja muy bien el costo esperado de los afiliados, de modo que las EPS no necesariamente están recibiendo los recursos adecuados para gestionar las prestaciones que necesitan sus afiliados. Frente a esta problemática, el MinSalud propuso incluir algunas condiciones médicas en el cálculo

**Gráfico 3. Ingresos del SGSSS por fuente**



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, 2021.

de la UPC, que permitan un mejor ajuste de la prima a las reclamaciones. Este cambio metodológico estará acompañado de un programa de incentivos al desempeño de las EPS, que permitirá avanzar a su vez en la calidad de las prestaciones.

Adicionalmente, para generar eficiencias en el sistema, es clave la relación entre EPS y prestadores de servicios (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS). En el pasado se han usado contratos por capitación y por servicio, que tienen incentivos complejos sobre el cuidado de los pacientes. Los contratos por capitación definen el pago de una prima fija por una canasta de prestaciones, que se prestan de ser necesario, generando ineficiencias en cuanto a que las IPS tienen incentivos a prestar el mínimo de prestaciones posibles y no hay con-

trol sobre la calidad de los servicios prestados. Por el otro lado, los contratos por servicio implican un pago definido de antemano por cada prestación, y generan incentivos a prestar más servicios de los necesarios. El MinSalud ha hecho avances en este frente también y recientemente propuso nuevas formas de contratos (ahora llamados acuerdos de voluntades) entre EPS e IPS que incentiven la calidad de las prestaciones y que definan claramente los incentivos para los prestadores.

El tercer gasto del sistema, por orden de magnitud, es la provisión de servicios que no estaban incluidos en el PBS. Ese tipo de servicios médicos implican una carga significativa y creciente para el sistema. La ley estatutaria de salud del 2015 generó un cambio en la concepción de las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios, que no se internalizó en los métodos de financiación. Las prestaciones no excluidas, que no están en el PBS, se financian actualmente con una prima separada a la UPC. A partir del 2022, el MinSalud parece estar moviéndose hacia la unión de las dos primas, la UPC y los presupuestos máximos, una medida que permitiría fortalecer la función de aseguramiento de las EPS.

## Conclusión

En sus casi 30 años de historia, el sistema de salud ha jugado un rol crucial en el mejoramiento de la calidad de vida de la población más vulnerable. El aumento en el aseguramiento ha permitido un mayor acceso a prestaciones de todos los niveles. El acceso a prestaciones de salud ha aumentado para la población en todos los niveles de ingreso, aunque las diferencias entre estos grupos persisten. Mejorar la oferta de servicios de salud, con un énfasis en el diagnóstico temprano y en la prevención, es clave para que los resultados de salud de la población continúen mejorando, sin generar presiones adicionales sobre el gasto del sistema. Adicionalmente,

encontrar soluciones que permitan garantizar la sostenibilidad del sistema es clave para su supervivencia. La sostenibilidad del sistema se puede lograr si se limita el aumento del gasto y se planea con exactitud cómo se invierten los recursos, si se encuentran fuentes nuevas de financiación y se fortalece el aseguramiento.

Los pasos que está tomando el MinSalud para fortalecer el aseguramiento son una buena señal para la continuidad del sistema y los avances que se han logrado en estos treinta años. Vale la pena definir esfuerzos encaminados a seguir disminuyendo las inequidades en la atención efectiva y en los resultados de salud.

#### Equipo de Investigaciones de ANIF

**Presidente de ANIF**  
Mauricio Santa María S.

**Vicepresidente de ANIF**  
Anwar Rodríguez C.

**Investigador Jefe de ANIF**  
Daniela Escobar L.

#### Investigadores

Juan Sebastián Burgos V.  
Camila Ciurlo A.  
Daniel Escobar A.  
José Antonio Hernández R.  
Laura Llano C.  
Norberto Rojas D.

Erika Schutt P.  
Camilo Solano C.  
Daniel Franco L.  
Fabián Suárez N.  
Samuel Malkún M.  
Lina Ramírez V.