



OPINIÓN Y DEBATE EN SALUD

RECORDAR LAS TENDENCIAS DEL GASTO NACIONAL EN SALUD DE COLOMBIA (1993-2003)

JAIME CARDONA BOTERO. Abogado, especializado en Derecho Laboral y Seguridad Social, Magister en Administración Pública, catedrático Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. jaicabo@gmail.com

OBJETIVO

Recordar el estudio realizado por el economista Gilberto Bacón Leguizamón, publicado el 2007 por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación, y del cual este autor hizo una reseña en la Revista Salud Pública, Volumen 9, Numero 2, Abril-Junio 2007.

Consideramos esta reseña como una herramienta fundamental para una futura discusión sobre las políticas públicas en salud especialmente para determinar el alcance e impacto que pueden tener las mismas, cuando se tienen problemas de economía en crisis y de inequidad en los accesos a la prestación de los servicios finales de salud

El estudio realiza un análisis en torno a las magnitudes, composición, evolución y tendencias del gasto nacional en salud de Colombia, constituye una propuesta y una contribución importante al conocimiento de la realidad sobre la seguridad social en salud.

PROPUESTA DEL ESTUDIO

La reforma del sector salud son el resultado de la implantación de las leyes 60 de 1993, sustituida por la ley 715 de 2001, y la Ley 100 de 1993 reformada por la Ley 715 de 2007, y de los propósitos establecidos en la Constitución Política de 1991, que definió la descentralización, las competencias y recursos para los sectores sociales de salud, educación, agua potable y gasto social a nivel territorial a partir de las transferencias de la nación y las rentas cedidas por la misma a las entidades territoriales. Consecuencia de todo lo anterior se implanta el SGSSS como forma única de acceso a los servicios de salud para todos los colombianos.

El SGSSS se colocó como uno de los más novedosos dentro del ámbito internacional y por lo tanto cambió la implementación de las políticas públicas del sector salud en el país.

En la década de los ochenta las teorías económicas de moda ejercían gran influencia en la estructuración de la



prestación de los servicios de salud, consecuencia del valor que se le daba al mercado y a los incentivos económicos, lo que refleja la definición que se dio al papel del Estado como ente interventor en el libre mercado

Los años noventa, se realizaron procesos de reforma estructural y política en América Latina, consecuencia del Consenso de Washington, buscando la estabilidad macroeconómica basada en la apertura externa, la desregulación y flexibilización de los mercados lo que conllevaron también a reformas en los sistemas de salud.

En virtud de las teorías económicas impuestas en Latinoamérica surgió el enfoque teórico de la “Competencia regulada”, en el mercado de los servicios de salud, cuyas fallas limitan su propio mercado; concepto base de la propuesta de reforma impulsada por el Banco Mundial e impuesta en Colombia.

El país tomó un modelo de salud que combina la acción del Estado dentro del mercado regulado, buscando alcanzar condiciones de eficiencia, equidad y calidad de los servicios para lograr una cobertura universal, acceso a los grupos de población más pobre y mejorando la eficiencia y calidad de los servicios.

En consecuencia, surgieron dos estrategias: la afiliación obligatoria a la seguridad social en salud, y la adopción de un mercado competitivo basado en “competencia regulada”, buscando

contener costos, aumentar la eficiencia, mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

La reforma fue suficientemente sustentada y respaldada institucionalmente a partir de la propia Constitución Política de 1991 y posteriormente con el proyecto de ley que luego se convirtió en la N° 100 de 1993, que trajo como consecuencia la implantación de normas básicas en el SGSSS para movilizar recursos permanentes al sistema así:

- Aumento y unificación de las cotizaciones a la seguridad social sobre el 12% de los ingresos salariales o no salariales.
- Creación de nuevas fuentes de recursos fiscales, y el aumento y distribución de otros.
- Cofinanciación de fuentes fiscales y de recursos de solidaridad para asignar subsidios de demanda a la población pobre.
- Mayor esfuerzo fiscal territorial mediante las transferencias y los recursos propios.

El análisis del gasto nacional en salud resalta los resultados estimativos en el sector según el tamaño, composición y cambios en los flujos de recursos desde su origen, y el gasto de los mismos, teniendo en cuenta la destinación definida en la reforma, al igual que la evolución que se ha hecho de estos recursos, y por último, las tendencias según los objetivos del sistema.



METODOLOGÍA EMPLEADA

Un esfuerzo continuo de la sistematización y estandarización de la metodología adoptada y de actualización de cálculos y estimativos para el periodo de 1993–2003, en el cual se implementó el sistema general de seguridad social en salud SGSSS.

El análisis permite identificar cambios en los flujos de recursos y establecer comparaciones de acuerdo con los estándares internacionales.

Se basa en método conocido como “cuentas nacionales de salud” (CNS), basadas en cuentas administrativas utilizadas desde 1964, estimadas en la producción y gasto nacional de salud público y privado en los Estados Unidos

Se difundió en los años noventa en Egipto, Filipinas, Jordania, Méjico y otros países de América Latina, en estudios del Banco Mundial y asesorías de la Universidad de Harvard. En Colombia se adoptó por recomendación del estudio realizada por la misma Universidad en 1994 para la implantación del SGSSS.

La metodología permite descomponer el gasto desde dos aspectos: fuente de financiamiento, y según el uso de los recursos

De acuerdo al gasto se definen las categorías de:

- Administración (gastos de personal y generales).
- Inversión (infraestructura y dotación, investigación, capacitación y otros).
- Atención en salud, de acuerdo al tipo de servicios (ambulatorios, hospitalarios, promoción y prevención), programas de salud pública, y plan de atención básica (PAB).
- Demás usos, de acuerdo a la naturaleza del agente (público, privado) como: gastos de publicidad, ventas, comisiones, gastos financieros de la EPS, indemnizaciones, cuotas, sentencias, servicio de la deuda, etc.

Por el carácter agregado de los resultados, también se clasifica como componentes del gasto, y los diversos agentes de ellos, así:

- Gasto privado en seguros voluntarios: medicina prepagada y el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT).
- Gasto en aseguramiento del régimen contributivo a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas, de los regímenes especiales: Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Fondo de Previsión del Magisterio, División de Salud de ECOPETROL, de las Entidades Adaptadas al Sistema (EAS), y del régimen subsidiado conformado por las EPS, las Empresas Solidarias de Salud (ESS) y las Cajas de Compensación familiar (CCF),



incluyendo las uniones temporales y los convenios interinstitucionales.

- Gasto publico directo del Gobierno, incluyendo el Ministerio de la Protección Social MPS, las entidades territoriales, y otras entidades y programas oficiales.
- Gasto directo familiares e individuales: gasto de bolsillo, realizados con recursos propios realizados en el momento de acceder a los servicios, independiente de su condición de afiliado o no al SGSSS, e incluye los llamados Copagos y todos los demás pagos relacionados con la atención recibidas.

De acuerdo a los anteriores componentes el gasto total de salud se clasifica en:

- Gasto público total = gasto publico directo + gasto público en seguridad social en salud (régimen subsidiado)
- Gasto en seguridad social en salud (régimen contributivo)
- Gasto privado total = seguros privados voluntarios + gasto directo o de bolsillo

También se puede clasificar el gasto total en seguridad social en salud = gasto del régimen contributivo + gasto del régimen subsidiado

El periodo analizado se caracteriza porque el año 1993 es el de la pre- reforma, el período 1994-1995 es el periodo de transición donde se mantiene la estructura del sistema anterior, y a partir de 1996 se consolida la reforma al entrar

en pleno funcionamiento las instituciones, agentes y regímenes determinadas en las normas del SGSSS.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Es la producción de estimativos anuales del gasto total de salud, público y privado, para un periodo significativo de 10 años, teniendo en cuenta que para cumplir los objetivos de la reforma se requería el aumento significativo de los recursos para la atención en salud, lo cual se confirma con el incremento en los montos de financiamiento con el consiguiente aumento del gasto en salud dentro del total del PIB al pasar en 1993 del 6,2% al 2003 en un 7,8%, haber alcanzado el 9,6% en 1997, y tener una tendencia a estabilizarse en los últimos cuatro años del estudio (2000-2003).

Aumenta en igual forma el gasto en seguridad social en salud y el gasto público total en salud como proporción del PIB, y disminuye el gasto privado, y en especial el gasto de bolsillo, en proporción del PIB.

Consecuencia de lo anterior es el cambio en la composición y dirección de los flujos de recursos sustituyendo en el gasto total el gasto directo (o de bolsillo) por el gasto de aseguramiento (gasto total de aseguramiento) a partir de 1997.

Se destaca en igual forma el crecimiento del financiamiento del gasto público en cuanto a los subsidios a la demanda (régimen subsidiado) que registra un



incremento real (o en pesos constantes del año 2000) de 12.2% promedio anual entre 1996-2003, y del gasto financiado con aportes de la seguridad social (régimen contributivo) con un crecimiento real del 5.5% de promedio anual durante el mismo periodo.

Frente a la participación de los agentes del sistema se destaca el crecimiento sostenido e importante del gasto de las EPS privadas en el gasto total desde 1996 frente a la disminución continua del gasto de las EPS públicas desde 1999¹.

Como consecuencia de la metodología adoptada se puede conocer la estructura y composición de las fuentes como de los usos de los recursos destinados a la salud, por lo cual se consideran como fuentes de financiamiento: familias, empresas, nación, entes territoriales y otros agentes. Por lo tanto en los resultados se identifica un aumento relativo de los fondos públicos provenientes de la nación y de los entes territoriales en relación con las demás fuentes de financiamiento: del 21,6% en 1993 al 28,6% en 2003, mientras que la participación promedio durante el periodo 1996-2003 fue de 27,2%.

Desde el uso de los recursos y partiendo de las cifras agregadas los promedios de participación según categorías durante

1996-2003 son de: 66,2% gasto de atención en salud, 17% gastos en administración, 8% en gastos de inversión, y 8,8% en gastos en demás usos. A su vez el gasto de atención en salud se distribuye en el mismo periodo en: 60% en atención ambulatoria, 30,6% en atención hospitalaria, 7,4% en actividades de promoción y prevención y el 2,1% para programas de salud pública.

Los anteriores datos presentan un alto gasto en administración y un bajo gasto en las actividades propias de salud: promoción y prevención, y los planes de salud pública.

En comparación con los países latinoamericanos el promedio del total de los gastos en salud fue del 7% del PIB, mientras el de Colombia fue del 8,5% durante el periodo 1998-2002.

Colombia, en comparación con países de igual desarrollo, registra el segundo más alto gasto público en salud en relación con el gasto total en salud del 78,3% en promedio durante el periodo 1998-2002, después de Cuba que es del 85,7% (el más alto en América Latina y el Caribe)

Pero en cuanto al gasto per-cápita en salud es bajo en Colombia con US\$ 152 para el año 2000, formando parte de los 66% de los países del mundo con un gasto inferior a los US\$ 500.

¹ Es de anotar la desaparición de la mayor EPS pública del país, el Instituto de los Seguros Sociales (ISS), y la condición previa a la misma de la prohibición de afiliar nuevos usuarios, lo cual demuestra el decrecimiento del gasto de las EPS públicas desde el final de los años noventa.



DISCUSIÓN

Los resultados confirman un cumplimiento de los supuestos de la reforma en términos de los recursos canalizados del sector salud, de la sustitución significativa del gasto privado por gasto de aseguramiento, mayor dinamismo e importancia de los fondos públicos en la financiación total, manejo importante de recursos por parte de algunos de los nuevos agentes del SGSSS, y la deficiencia del gasto en la promoción y prevención, en los programas de salud pública y de intervenciones colectivas.

Con relación a las clasificaciones se debe armonizar la propuesta en el estudio con otras metodologías existentes, en el caso colombiano con la “cuenta satélite de salud y seguridad social” desarrollada por el DANE desde 2002, y que comprende las clasificaciones internacionales de financiamiento.

Se manifiesta una clasificación de fuentes de financiamiento muy débil en la categoría de “recursos de agentes”, cuya magnitud es muy alta para el último año del periodo estudiado (2003), ya que en ella se imputan los recursos patrimoniales de algunos agentes, por ejemplo: las EPS públicas con pérdidas en el ejercicio contable, o como recursos propios provenientes de la venta de sus servicios como en el caso del Instituto Nacional de Cancerología o la EPS Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta; recursos que de acuerdo con sus fuentes originales debían ubicarse como gastos

públicos (así se denominen “recursos administrados”) en el primer ejemplo, o como gastos de familias cuanto hay pagos directos por servicios prestados, como en el segundo ejemplo.

En cuanto a los usos de los recursos también se hace una observación igual en relación con la categoría de “demás usos”, en la cual se debe desagregar mas los conceptos que permitan distinguir los gastos operacionales de las diferentes EPS de acuerdo al régimen donde operen (contributivo y subsidiado) o de las Empresas de Medicina Prepagada o de otros donde se identifiquen plenamente los recursos transferidos por las instituciones públicas a través de transferencias, rentas cedidas o presupuestos territoriales.

Se requiere mantener y mejorar el sistema y comparar las encuestas, base del estudio, manteniendo periodos de referencia similares, con el mismo nivel de detalle y pertinencia en las preguntas para tener una comparación a largo plazo, con el fin de que el estudio del Gasto Nacional de Salud no pierda su vigencia, manteniendo actualizados sus resultados, contribuyendo al análisis más inmediato del sector salud y su financiamiento, para medir su impacto en el estado de salud de la población. Por lo tanto estos estudios no pueden ser resultado de situaciones coyunturales a corto plazo, sino herramientas eficaces permanentes para la formulación de políticas públicas adecuadas y oportunas.



CONCLUSIÓN

Recordar este estudio, serio, sistemático, de riqueza estadística y de análisis válido para los estudiosos del SGSSS, es de gran importancia para tener en cuenta una herramienta eficaz que sirva no solamente a estos, sino en especial a quienes tienen en sus manos, bien desde el sector público gubernamental y en lo privado con relación a lo público la responsabilidad para definir o proponer políticas públicas en salud, que como instrumento debe ser materia permanente, constante y mejorado para una toma acertada o por lo menos aproximada a una realidad de lo que

sucede con relación al sector salud, y en especial al desarrollo del SGSSS, que se convierte en última instancia en la única forma de acceso a los servicios de atención cuando se tiene como objetivo de este sistema la Universalidad en la afiliación, además de los principios de la eficacia y la solidaridad, que se vuelven reales a través de calidad (en toda su extensión) y de la equidad para cada uno de los usuarios. Es por lo tanto que para el cumplimiento de cada uno de estos componentes de los objetivos del SGSSS que debe servir la permanencia del Gasto Nacional de Salud (GNS) como instrumento para la toma de decisiones más acertadas en el sector salud.