



Posibles impactos

**de la eliminación de las aseguradoras
en el marco de la reforma a la salud que
propone el gobierno actual**

Posibles impactos de la eliminación de las EPS en el marco de la reforma a la salud que propone el gobierno actual

En los últimos 30 años, el sistema de salud colombiano ha recorrido un importante camino en términos de cobertura, acceso a servicios, calidad en la prestación y protección financiera de los usuarios. Todo eso, con base en el sistema de aseguramiento que es, sin duda, el mayor logro en equidad que ha tenido el país.

La llegada de la nueva administración Nacional plantea grandes interrogantes respecto a la continuidad del aseguramiento en Colombia. El nuevo gobierno ha planteado una agenda de reformas, entre ellas al sector salud, que pueden poner en riesgo los avances evidenciados las últimas décadas. En este documento se hace un análisis técnico y detallado de los impactos que podría generar la posible eliminación de las aseguradoras (EPS) en el marco de la reforma a la salud que propone el gobierno.

El documento se divide en tres secciones. En la primera abordamos la situación en salud antes y después de la implementación de la Ley 100, la cual instauró el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El análisis hace uso de indicadores clave que muestran los avances y retos que enfrenta el sistema. La segunda parte evalúa y analiza los posibles impactos que tendría la eliminación de las Entidades Promotoras de Salud – EPS –, como agentes aseguradores, en el sistema de salud en distintos ámbitos y ponemos sobre la mesa las principales preocupaciones que podría generar esta medida. En el tercer aparte se hace uso de experiencias internacionales de México y Costa Rica para evaluar los efectos que ha tenido a implementación la Ley General de Salud en 2019 en el primer caso y de los resultados del modelo de seguro social costarricense de 1941, para hacer una comparación con lo que eventualmente pasaría en Colombia. Finalmente, en las conclusiones se resaltan las ideas más relevantes del texto y destacamos la importancia de las EPS en el sistema de salud colombiano.

1. El sistema de salud en Colombia: Un proceso de mejora continua en los últimos 30 años

La aprobación e implementación de la Ley 100 ha supuesto un avance significativo en las dimensiones claves para juzgar el desempeño de un sistema de salud. En esta introducción, se busca mencionar la situación previa del sistema y la evolución que ha tenido posterior a la reforma, teniendo presente los principales logros y retos a futuro.

El sistema de salud de Colombia antes de la Ley 100

El sistema de salud previo a la Ley 100 tenía su principal debilidad en la cobertura. Solamente uno de cada cinco colombianos tenía aseguramiento en salud (ver Gráfico 1), situación que no era sostenible, pues la red de hospitales públicos tampoco proporcionaba la atención que requería la población. En el Gráfico 2 se observa cómo el gasto de bolsillo para 1993 en salud de un colombiano promedio era

del 43.7%, una proporción elevada para un país de ingreso medio bajo como lo era Colombia en los noventa, que profundizaba las condiciones de inequidad y convertía al sistema de salud en un privilegio. Dado el bajo acceso y el alto gasto de bolsillo, el sistema era una herramienta que profundizaba inequidades. El sistema de salud previo a la reforma del 93 era un catalizador de la pobreza en Colombia.

Gráfico 1. Cobertura de salud
(% de la población, 1993)

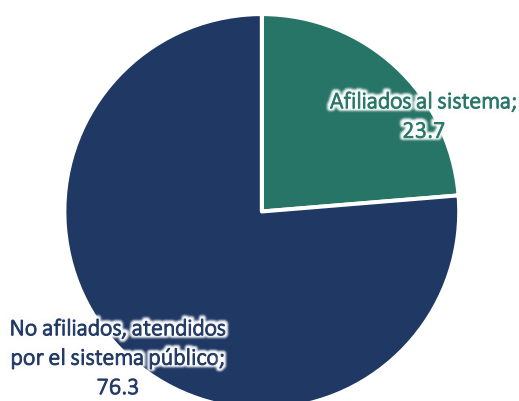
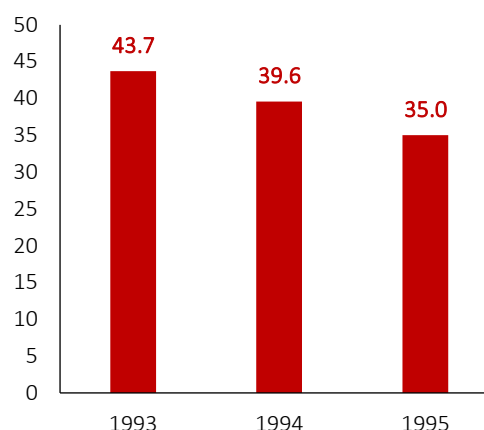


Gráfico 2. Gasto de bolsillo
(% del gasto total, 1993-1995)



Fuente: elaboración ANIF con datos de Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas y Cuentas de salud de Colombia 1993-2003.

El sistema tampoco mostraba un buen desempeño en indicadores críticos, aunque es necesario mencionar que existen determinantes socioambientales que afectan el desempeño del sistema por afuera de su alcance normal (acceso a agua potable, alimentación, saneamiento, entre otras), las cifras denotaban un fuerte rezago del sistema previo al 93. Tomando como referencia las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en mortalidad infantil, Colombia se ubicaba en 33.8 fallecimientos por cada mil nacidos vivos. Para Estados Unidos, esta cifra se ubicaba en 8.4 y para Reino Unido 6.3 muertes. Incluso desde un análisis regional, la mortalidad infantil en Chile en 1993 se ubicaba en 13.1, lo que significa que la tasa de Colombia estaba 2.6 veces por encima de un país de la región; una cifra que denota las dificultades de prevención del sistema anterior.

El sistema de salud de Colombia antes de la Ley 100 se mostraba como un sistema excluyente, con el potencial de generar pobreza e inequidad, no solo por la baja cobertura en aseguramiento, sino por las demoras por parte de la red pública de servicios, encargada de la atención en salud de las personas que no se encontraban cubiertas y que recibían un servicio por “caridad”. En este entendido era un sistema que no lograba resultados sobresalientes en mejora de los indicadores básicos de salud. Bajo este marco sobre el cual se regía la salud de los colombianos, existía justificación para adelantar una reforma estructural que se logró consolidar en 1993.

El sistema de salud posterior a 1993: grandes avances con posibilidades de mejora

Con el contexto anterior, podemos notar que el sistema de salud colombiano tenía problemáticas evidentes que se traducían en baja cobertura, un acceso limitado y altos costos para los usuarios. A

continuación, mostramos cómo a partir de la puesta en marcha de la Ley 100, el sistema de salud colombiano tuvo avances importantes en términos de cobertura, gasto de bolsillo, atención y calidad en el servicio.

Avances de las últimas décadas

Cobertura

Así como en la pasada sección se indicó al porcentaje de aseguramiento como el problema más crítico del sistema previo a la reforma, es este el indicador que demuestra una mejora sin precedentes en el sistema de salud del país. Colombia comenzó su reforma con un aseguramiento por debajo del 50%. En 1993, la cobertura del quintil de menores ingresos, el aseguramiento se ubicaba en el 4.3% frente a un 46.9% del quintil superior. La diferencia de este indicador superaba los 42.6 p.p. lo que evidencia la inequidad generada por el sistema previo (ver Gráfico 3). Desde el punto de vista geográfico, la afiliación al sistema alcanzaba un 23.7%, de la cual 31.1% era en zonas urbanas y la afiliación en zonas rurales solo llegaba al 6.6%. La cobertura en estas últimas tuvo un salto con un incremento de 87.7 p.p. ubicándose en el 94.3% (Gráfico 4). La reforma a la salud demostró en la dimensión de cobertura no solamente un incremento significativo, sino que lo hizo de manera progresiva, lo cual representa un gran logro del sistema actual.

Gráfico 3. Afiliación a salud por quintiles
(% por quintiles de ingreso per cápita del hogar, 1993 – 2021)

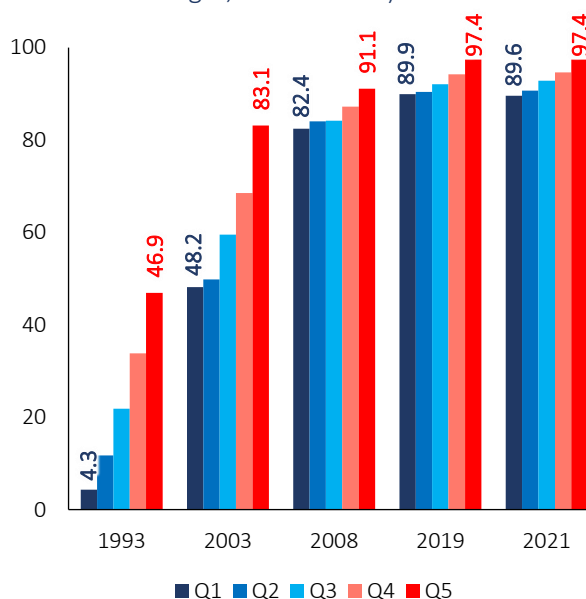
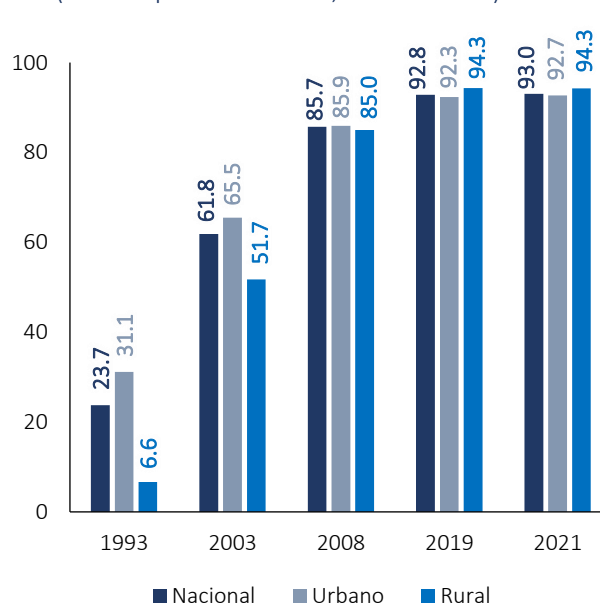


Gráfico 4. Afiliación a salud por área geográfica
(% de la población total, 1993 – 2021)



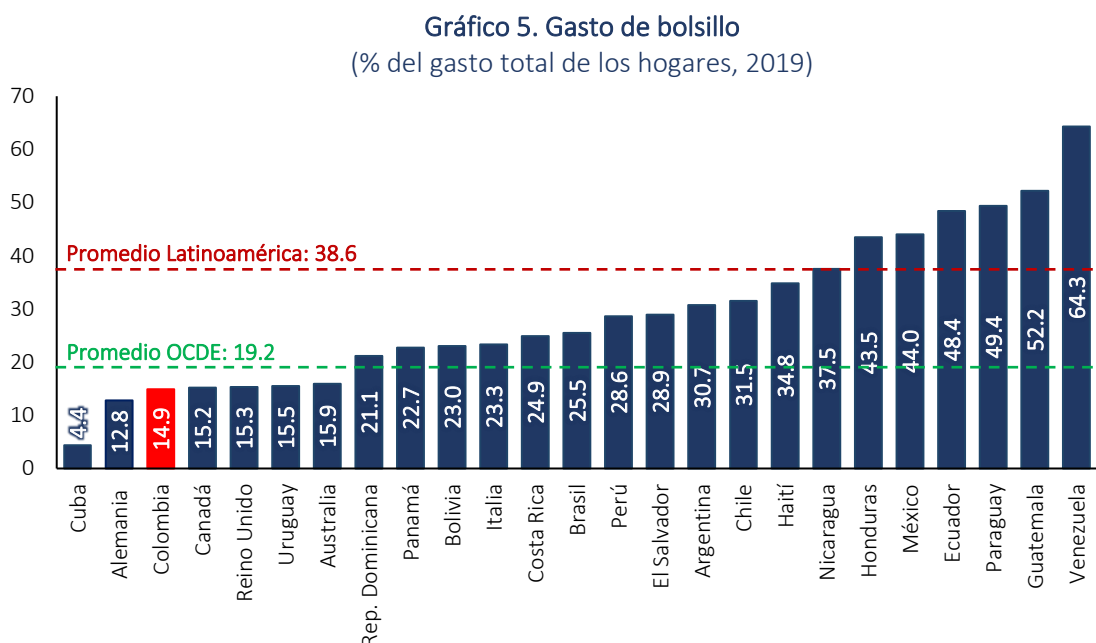
Fuente: elaboración ANIF con datos de Encuesta de Calidad de Vida (ECV) – DANE.

Hoy el sistema prácticamente tiene una cobertura universal llegando en el 2021 a niveles del 99% tomando referencias las cifras del Ministerio de Salud, por encima de países como Estados Unidos, Chile, Costa Rica o México. La exclusión que era la norma bajo el anterior sistema se transformó en un sistema de amplia cobertura, tanto en los regímenes subsidiado, contributivo y en regímenes

especiales. Para resaltar en este apartado, el salto más significativo de cobertura se da en el quintil de ingreso más bajo.

Gasto de bolsillo

La segunda gran transformación del sistema se dio a partir del gasto de bolsillo. Frente a los niveles superiores del 40% a los cuales se hacía mención en la sección anterior, en el 2019 el gasto de bolsillo en Colombia se ubicó en 14.9%, por debajo de la media de América Latina del 38.6% e incluso por debajo de los países de la OCDE (19.2%). El sistema de salud colombiano logró un nivel de gasto de bolsillo por debajo de países con reconocidos sistemas de salud como lo son Canadá (15.2%), Reino Unido (15.3%), Italia (23.3%), entre otros.



Fuente: elaboración ANIF con datos de Banco Mundial.

En este aspecto no hay diferencias observables entre el gasto de bolsillo de las personas afiliadas a uno u otro régimen. Si revisamos los datos de un estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social¹, a la pregunta de si se han destinado recursos propios y/o familiares para cubrir costos de citas médicas, exámenes o medicamentos, los resultados muestran que las personas que pertenecen al subsidiado destinan el 20%, mientras que las del contributivo es del 25%, con lo cual se observa que no hay mayor diferencia, reforzando una vez el cierre de brechas.

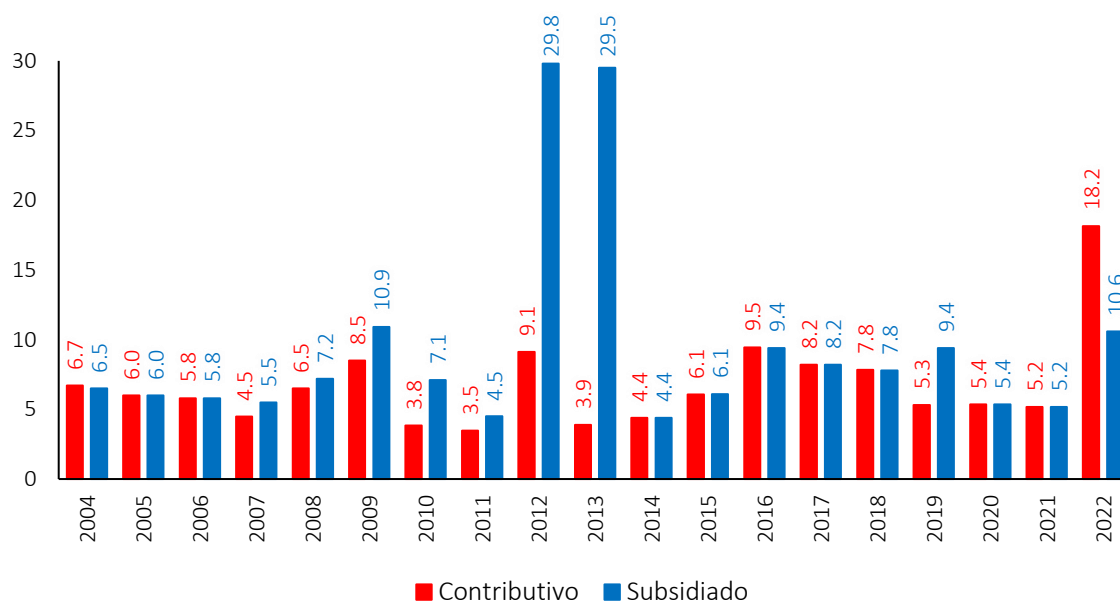
En este sentido, los mecanismos de UPC y presupuestos máximos del régimen subsidiado y contributivo han convergido en niveles similares garantizando la protección financiera de los afiliados en los dos regímenes. Esto ha representado en las últimas décadas una garantía de acceso al sistema,

¹ Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS – Régimen Contributivo y Subsidiado, 2022.

donde los usuarios no ponen en riesgo su situación financiera para ser tratados, algo que no se puede afirmar de los sistemas de salud en todo el mundo.

Este hecho representa el segundo gran logro del sistema de salud colombiano en los últimos treinta años, el final de la barrera financiera para el acceso efectivo. Como se muestra en el Gráfico 6, los incrementos que ha tenido la UPC del régimen subsidiado son muestra de la igualación de la UPC a partir de 2012.

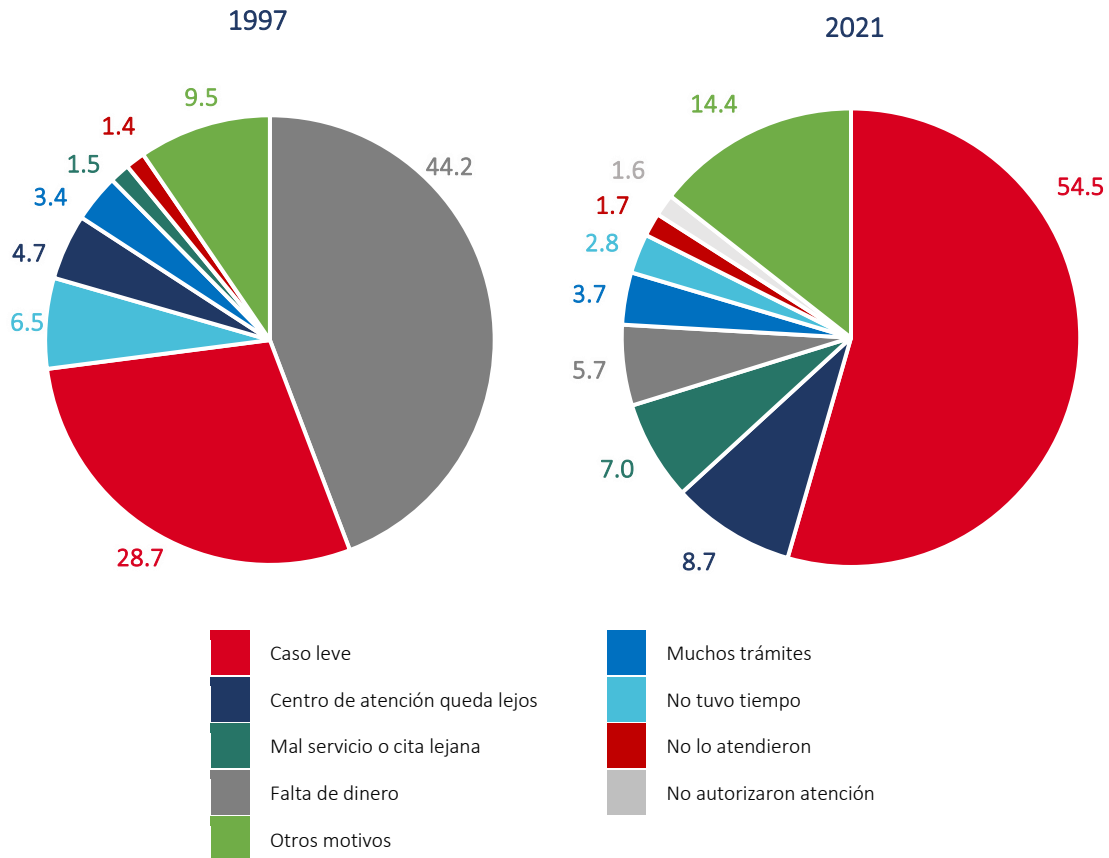
Gráfico 6. Crecimiento UPC en el régimen subsidiado y contributivo
(2004 – 2022)



Fuente: elaboración ANIF con datos de MSPS.

Otro ejemplo de esta igualación son las razones por las cuales no se recibió o solicitó atención médica, con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del DANE. En 1997 la falta de dinero era la primera causa, seguida de reportar caso leve y en tercer lugar estaba la falta de tiempo. Para 2021 la situación cambió, pues la respuesta más repetida fue que se trataba de un caso leve, en segundo lugar, las personas contestaron que el centro de atención le queda muy lejos. Como muestra el Gráfico 7, la barrera de acceso por falta de recursos pasó de ser la primera razón a ser la cuarta. Si bien se registran avances significativos en el acceso y calidad del servicio, aún queda mucho por hacer.

Gráfico 7. Razones por las cuales no solicitó/no recibió atención médica
(% de los encuestados, 1997 - 2021)

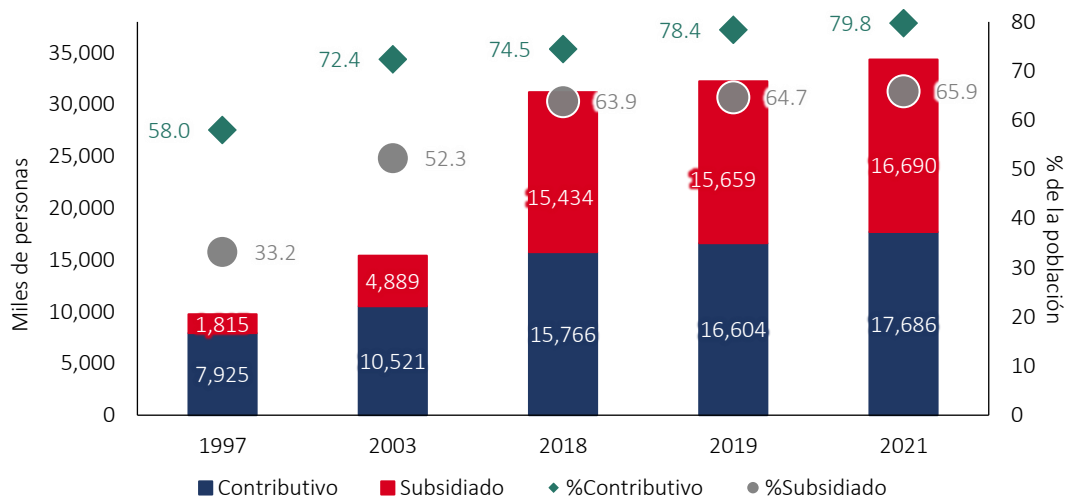


Fuente: elaboración ANIF con datos de Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) – DANE.

Acceso y calidad del servicio

En cuanto al acceso del servicio es importante evaluar la atención tanto preventiva como clínica. El indicador de consultas por prevención ha aumentado desde el año 1997, lo cual es muestra que el enfoque preventivo prevalece dentro de los afiliados, pero es necesario reforzar e impulsar. Como se muestra en Gráfico 8, en 2021 casi un 80% de los pacientes acuden a consulta por prevención en el régimen contributivo y en el subsidiado la cifra llega al 66%. Si bien aún hay diferencia entre el porcentaje de la población que asiste a este tipo de consultas, la brecha se ha cerrado significativamente con el pasar de los años.

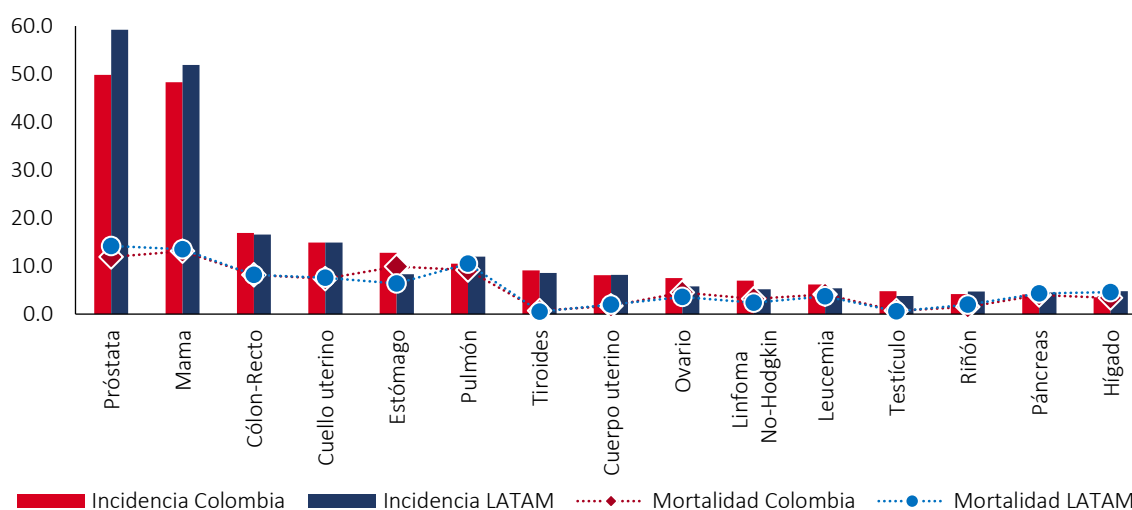
Gráfico 8. Consulta por prevención por régimen de afiliación
(miles de personas y % de la población, 1997 – 2021)



Fuente: elaboración ANIF con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) – DANE.

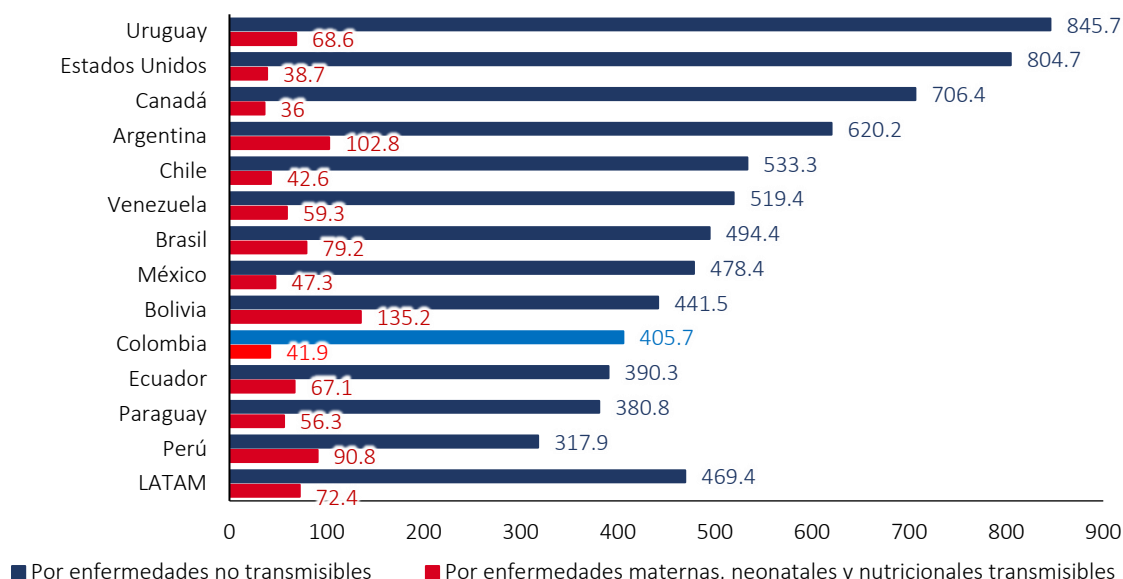
Así mismo, si se evalúan cifras sobre la atención curativa se puede notar que Colombia se encuentra bien ubicada internacionalmente en los indicadores de incidencia y mortalidad por tipos de cáncer, lo que evidencia la fortaleza de la red de atención clínica y hospitalaria. En el Gráfico 9 se observa que las tasas de incidencia y de mortalidad de cáncer para el caso colombiano son menores que en Latinoamérica en la mayoría de los casos. De igual forma, si se desagrega por mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, como lo muestra el Gráfico 10, el país se encuentra bien situado en la comparación internacional.

Gráfico 9. Tasas de incidencia y mortalidad de cáncer Colombia y Latinoamérica
(por cada 100,000 personas, 2020)



Fuente: elaboración ANIF con datos de la OMS.

Gráfico 10. Tasa de mortalidad por enfermedades
(por cada 100,000 personas, 2019)

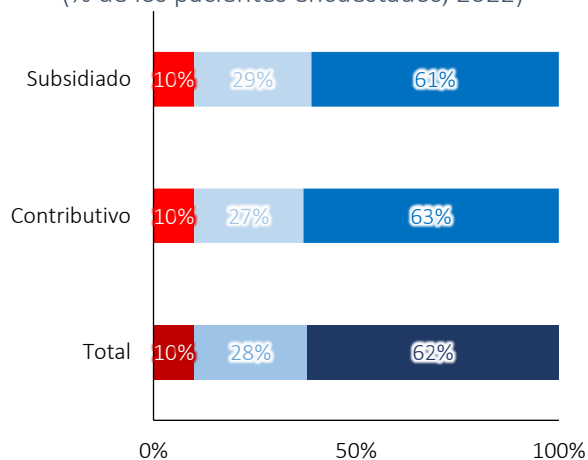


Fuente: elaboración ANIF con datos de la OMS.

Por otro lado, según el Estudio Nacional de evaluación de los servicios de las EPS del 2022 desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección social, se tiene que el 90% de las personas afiliadas al sistema consideran que pueden acceder a servicios como hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas, exámenes y terapias, esto sin mostrar brechas significativas entre ambos regímenes. Por otro lado, si se clasifica según la región y zona geográfica, los datos no difieren mucho. La Gran Encuesta del Sistema de Salud en Colombia realizada por la ANDI e Invamer muestra que a la pregunta *¿considera usted que puede acceder al sistema de salud cuando lo requiere?* el 73% de los encuestados responde que sí, resaltando principalmente la región Norte (86%) y Antioquia y el Eje Cafetero (72%), como muestra el Gráfico 12.

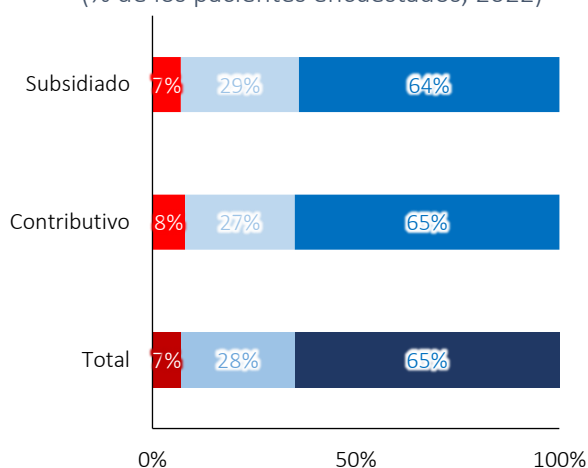
Ahora, en lo que respecta a la calidad, la encuesta del Ministerio registra que el 65% de los usuarios calificaron su experiencia de usuarios como buena o muy buena, y tan solo el 10% reportó problemas para acceder a los servicios de salud, nuevamente, sin diferencia entre regímenes (ver Gráfico 13). Si se evalúa la calidad por tipo de servicio prestado (cirugías, exámenes médicos, hospitalización, consultas de medicina general, prescripción y entrega de medicamentos y urgencias) se obtienen los mismos resultados, como se observa en el Gráfico 14, con los datos de la ANDI e Invamer.

Gráfico 11. Acceso a servicios de salud* a través de la EPS
(% de los pacientes encuestados, 2022)



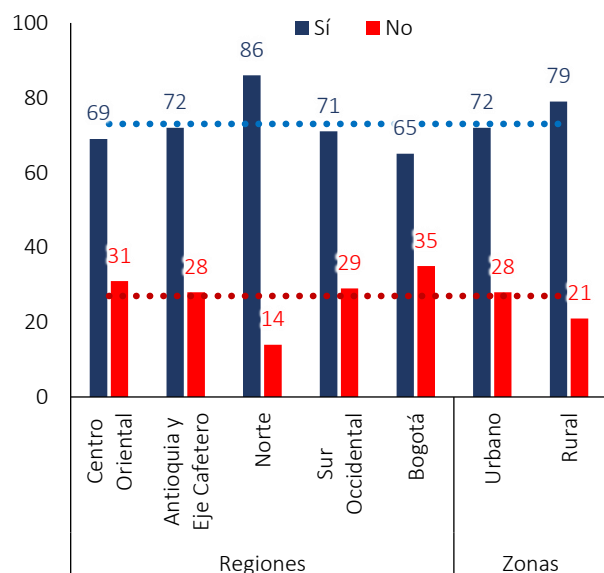
■ Mala o muy mala ■ Regular ■ Muy buena o buena
Fuente: elaboración ANIF con datos de Estudio Nacional de evaluación de los servicios de las EPS – 2022 de MSPS. *Hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas, exámenes y terapias.

Gráfico 13. Calificación de la experiencia de los servicios de salud prestados por las EPS
(% de los pacientes encuestados, 2022)



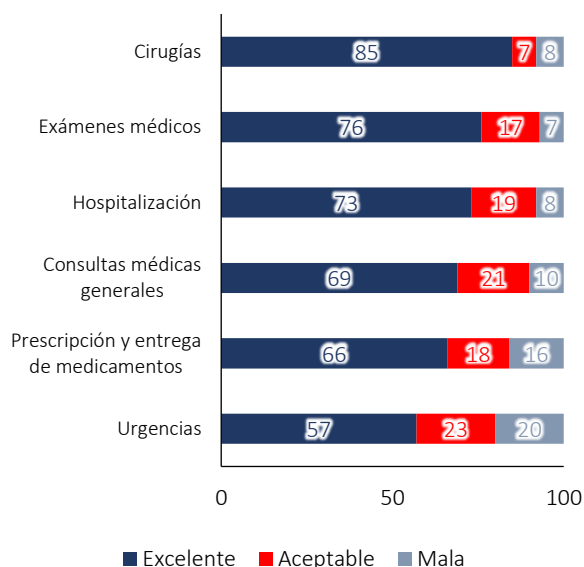
■ Mala o muy mala ■ Regular ■ Muy buena o buena
Fuente: elaboración ANIF con datos de Estudio Nacional de evaluación de los servicios de las EPS – 2022 de MSPS.

Gráfico 12. ¿Considera que puede acceder al sistema de salud cuando lo requiere?
(% de encuestados, 2023)



Fuente: elaboración ANIF con datos de La Gran encuesta del Sistema de Salud en Colombia, ANDI e Invamer.

Gráfico 14. ¿Cómo califica la última atención recibida por tipo de servicio?
(% de encuestados, 2023)



Fuente: elaboración ANIF con datos de La Gran encuesta del Sistema de Salud en Colombia, ANDI e Invamer.

Además de considerar la opinión de los pacientes, es relevante evaluar por medio de otros indicadores clave el avance en cuanto a la calidad del servicio. A partir de la Resolución 256 de 2016 se estableció el Sistema de Información para la Calidad, en donde se compilan los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (efectividad, experiencia del usuario, la seguridad y gestión del riesgo), en aras de estimular la competencia entre los agentes del sector. En este sentido, a continuación, se observan dos indicadores de calidad (Gráfico 15 y Gráfico 16), que son muestra del acople y seguimiento a pacientes de enfermedades no transmisibles, como lo son la diabetes y la hipertensión arterial (HTA). En el caso de la proporción de pacientes diabéticos a los cuales se les ha tomado el examen de hemoglobina glicosilada en los últimos seis meses, vemos que hasta 2020 hubo un incremento sostenido en la incidencia del examen aumentando 26.1pp, dato que se contrajo en 2021. Por su parte, la proporción de pacientes hipertensos a los cuales se les realizó el estudio para enfermedades renales crónicas mostró un deterioro en 2019 y 2020. Pese a la recuperación en 2021 del indicador (casi del 60%), aún falta para llegar al máximo alcanzado en 2018 (70.6%).

Gráfico 15. Toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre
(% de pacientes diabéticos, 2015 – 2021)

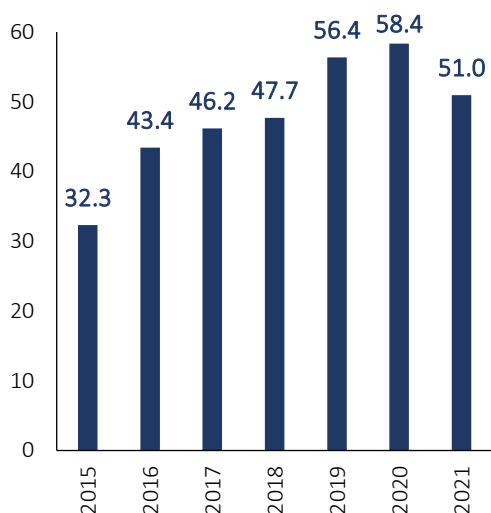
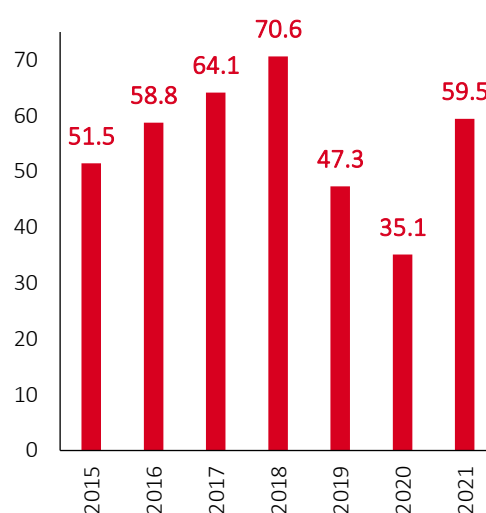


Gráfico 16. Estudio para enfermedades renales crónicas
(% de pacientes con HTA, 2015 – 2021)



Fuente: elaboración ANIF con datos del Monitoreo de la Calidad – MOCA.

Desafíos que persisten

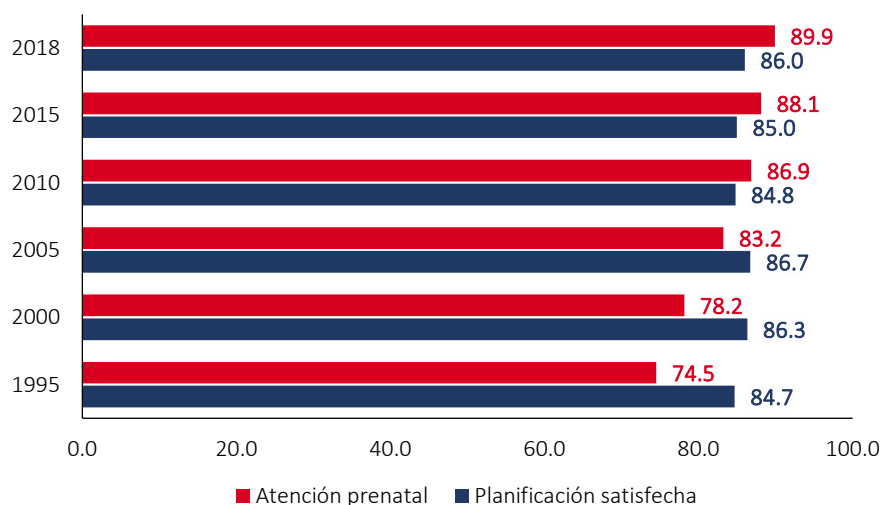
Es necesario mencionar que varios de los retos del sistema siguen vigentes. Continúa el reto de conseguir la sostenibilidad del sistema en un escenario de mayor expectativa de vida y de una persistente informalidad laboral. Además de las brechas del servicio en zonas alejadas frente a los centros urbanos que tienen mejores condiciones y menos dificultad de acceso.

Si bien el sistema tiene una deuda pendiente con la prevención y promoción y en términos generales la salud pública, los resultados de estos indicadores han mostrado mejoría en los últimos años, principalmente impulsados por las acciones que han desarrollado las EPS en torno a estos temas.

La prevención son todas aquellas acciones que se realizan de forma anticipada para mitigar o evitar la aparición temprana de la enfermedad, morigerar sus efectos, moderar los factores de riesgos para la salud y de muerte. Claros ejemplos de los servicios de prevención son la vacunación, el control prenatal, tamizajes de enfermedades, entre otros. Por otro lado, los programas de promoción hacen alusión a la planificación familiar, salud oral, campañas antitabaco, alimentación saludable. Con esto, lo que busca este tipo de servicio es fomentar e impulsar la salud de las personas, pues aún falta mucho por lograr en este aspecto.

La atención prenatal incrementó sustancialmente con un aumento 15.4pp (74.5% en 1995 vs 89.9% en 2018) en el indicador de mínimo cuatro visitas en el periodo de gestación. Por otro lado, al considerar la demanda de planificación familiar satisfecha por métodos tradicionales y modernos, como indicador clave de atención preventiva, el país se ha esforzado por aumentar la incidencia, llegando a un 86% en 2018. Pese a la mejora de estos indicadores, aún falta bastante para superar a países de la región como lo son Cuba, Brasil y Costa Rica, donde el primer indicador roza el 100% y el 90% para la demanda de planificación.

Gráfico 17. Atención prenatal y planificación satisfecha
(% de las madres, % de población etaria, 1995 - 2018)



Fuente: elaboración ANIF con datos de OMS.

En esta misma línea, si analizamos la mortalidad infantil en el país, vemos que se han reducido significativamente las cifras, sin embargo, las brechas a lo largo y ancho del territorio nacional continúan. Como se observa a continuación, las regiones periféricas son las más afectadas, incluso se pueden comparar con los países más pobres del mundo (ver Gráfico 18 y Gráfico 19).

Gráfico 18. Mortalidad infantil por departamentos
(por cada mil niños nacidos vivos, 2022)

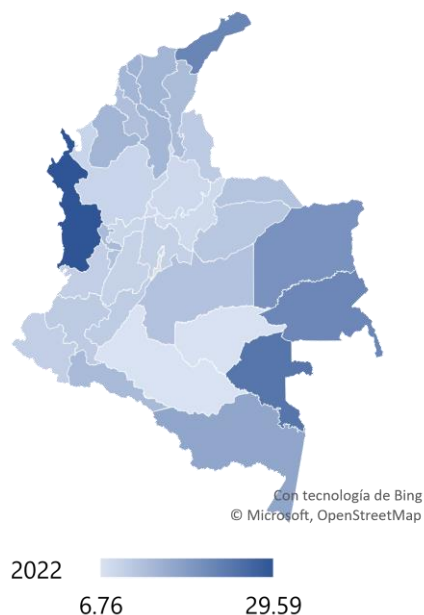
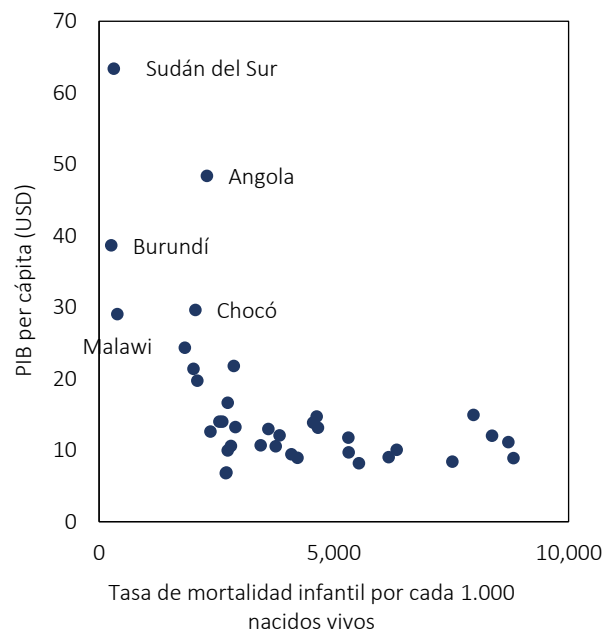


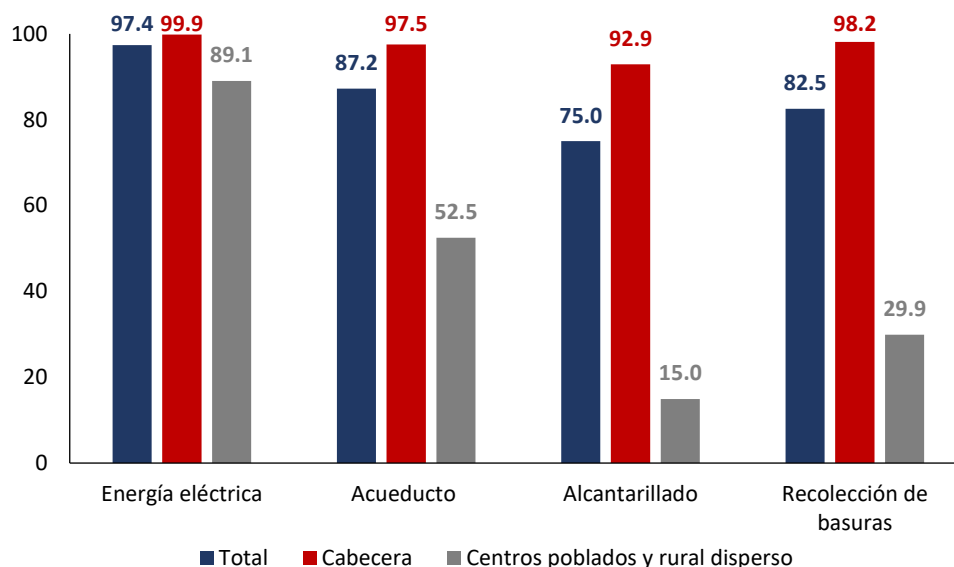
Gráfico 19. Comparación PIB per cápita y tasa de mortalidad infantil, departamento y países pobres
(dólares constantes 2021, mortalidad 2022)



Fuente: elaboración ANIF con datos Así Vamos en Salud, OMS, DANE.

Sin embargo, como se mencionó en el primer apartado, los indicadores clave no solamente dependen de lo que hagan los actores del sistema en salud, pues hay elementos no gestionables que tienen implicaciones en la salud y bienestar de la población. De acuerdo con los Objetivos del Milenio (ODS), son cinco los aspectos que repercuten: a. ciudades y comunidades sostenibles, b. producción y consumo responsables, c. acción por el clima, d. energía asequible y no contaminante, y e. agua limpia y saneamiento. Así las cosas, el Gráfico 20 muestra el porcentaje de hogares que cuentan con servicios públicos desagregado por zona geográfica, donde se observa que apenas el 46% de los domicilios de los centros poblados y el rural disperso cuentan con los servicios de energía, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras. Esto si bien se sale de la disposición de los agentes del sistema, acentúa, una vez más, las brechas ya existentes en términos de salud.

Gráfico 20. Hogares que cuentan con servicios públicos
(% del total, 2021)



Fuente: elaboración ANIF con datos de Encuesta de Calidad de Vida (ECV) – DANE.

Además de la atención de determinantes sociales y ambientales que afectan la salud de la población se debe revisar el número de personal médico por habitantes, la forma en la cual se pueden afianzar nuevas tecnologías que pueden tener un gran impacto como la telemedicina, entre otras. Hay que tomar medidas para incrementar la eficiencia del gasto, particularmente a través de un enfoque preventivo que reduzca el gasto a largo plazo frente al escenario en el cual se centra el sistema en la atención.

Sin embargo, desconociendo estos avances, el gobierno considera que es necesaria una reforma a la salud. La propuesta presentada al Congreso de la República pretende refundar el sistema de salud colombiano, en vez de mejorar sobre lo construido. Se ha hecho énfasis en la eliminación del espíritu “transaccional” y propender por un sistema con acceso universal, que tenga la capacidad de llegar a las regiones más remotas del país y que se enfoque en la cooperación y no la competencia de los prestadores como elemento central.

Con estas bases como referentes y teniendo la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como elemento central en la gestión del riesgo en salud y financiero, el gobierno muestra hoja de ruta con la reforma al sistema de salud.

2. Posibles impactos de la salida de las EPS

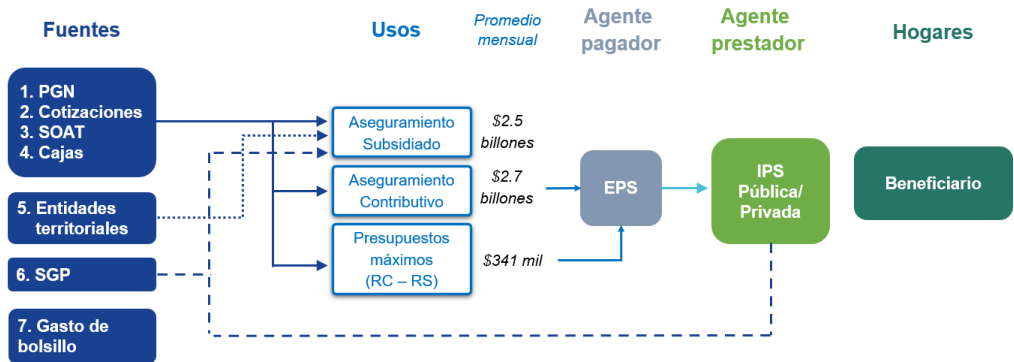
El objetivo principal de esta sección es analizar cuáles serían los posibles impactos de la eliminación de los aseguradores en el sistema de salud colombiano, teniendo en cuenta los avances resaltados en el apartado anterior, en el marco del proyecto de Ley 339 del Gobierno Nacional sobre la reforma a la salud. Dentro de los temas a tratar tenemos los efectos sobre financiación y sostenibilidad, competencias territoriales, costo y gasto de bolsillo, acceso a servicios, y talento humano y productividad.

Gasto público, sostenibilidad del sistema y flujo de recursos

Garantizar el flujo de recursos del sistema es una actividad de alta complejidad. Del levantamiento de la fuente de recursos hasta el beneficiario final (los usuarios) hay una cadena de agentes que cumplen roles específicos. Tal como lo muestra Ilustración 1, las fuentes del aseguramiento provienen del Presupuesto General de la Nación (PGN), las cotizaciones, el SOAT, las Cajas de compensación, las Entidades Territoriales y Sistema General de Participaciones. Más del 90% de los recursos son para cubrir el aseguramiento de ambos regímenes y presupuestos máximos (para servicios y tecnologías fuera del PBS). Por otro lado, de estas mismas fuentes se destinan recursos para la prestación de servicios, salud pública y eventos catastróficos (ver Ilustración 2). Las EPS son quienes pagan a los prestadores (IPS públicas y privadas) dependiendo de las relaciones contractuales para garantizar el cubrimiento de las necesidades de sus afiliados.

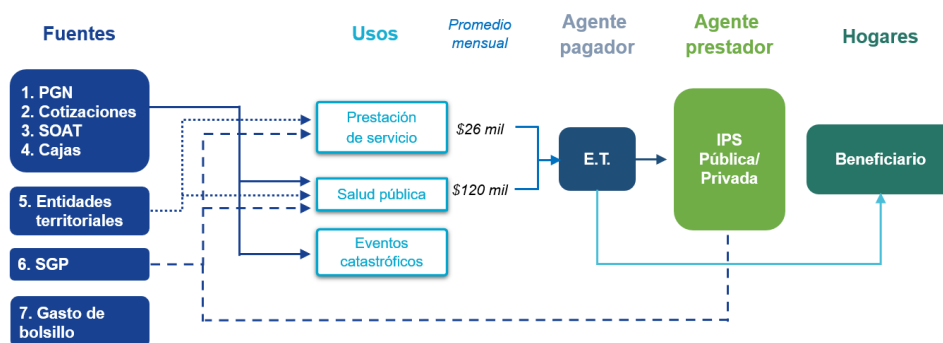
Los recursos en su mayoría son administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) creada con el objetivo de garantizar el adecuado flujo de los recursos al sistema. El conjunto de fuentes territoriales corresponde 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 y demás rentas cedidas, establecidos para aumentar los recursos del sistema. Cabe resaltar que dentro de los usos del aseguramiento del régimen contributivo también se incluyen el pago de las prestaciones económicas como lo son las incapacidades y licencias de maternidad.

Ilustración 1. Fuentes y usos del aseguramiento en salud



Fuente: elaboración ANIF.

Ilustración 2. Fuentes y usos de los demás rubros en salud



Fuente: elaboración ANIF.

La ADRES es quien reúne todos los recursos del aseguramiento y, tal como lo muestra la Ilustración 3, distribuye los recursos para las EPS, quienes son las encargadas de girar a las IPS. Para el caso del régimen subsidiado la ADRES hace una liquidación mensual de afiliados en los primeros cinco días del mes y para el régimen contributivo, una vez por semana. A su vez, esta entidad hace la compensación, e incluso desde el año pasado los recursos de los operadores de PILA llegan directamente a las cuentas de la ADRES. Esta compensación es un mecanismo con el cual la ADRES liquida y reconoce a las EPS la UPC y los recursos del pago de incapacidades, además de las actividades de promoción y prevención.

Ilustración 3. Flujo de los recursos del aseguramiento

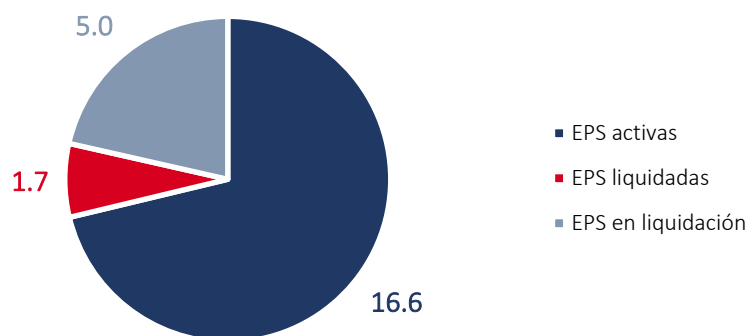


Fuente: elaboración ANIF con datos de la ADRES.

En promedio, la ADRES gira a las EPS un monto cercano a los \$6 billones de pesos mensuales, para los cerca de 49 millones de afiliados que tienen hoy las distintas EPS. Las EPS son las encargadas de coordinar y administrar los riesgos financieros y de salud para todos los agentes del sistema. La experticia y el *Know How* que han adquirido los aseguradores, en términos de manejar, controlar, gestionar las cohortes, los programas de riesgo, las diferencias en los perfiles y la cadena logística para atender usuarios y pacientes no es algo que se adquiere de un día para otro. En ese sentido, si la reforma finalmente elimina el rol de las EPS, los términos del modelo de transición tienen que ser muy claros, sobre todo en enfermedades de alto costo (como el cáncer, VIH, entre otros), que tienen un tratamiento que no se puede interrumpir y que implican en la mayoría de los casos múltiples prestadores de servicios. Lo que más pone en riesgo la reforma es esa gestión individual de cada paciente.

Ahora bien, tal como se ha visto con la reciente liquidación de las EPS, la cartera adeudada de los aseguradores a los prestadores está generando mayor presión fiscal para el sistema de salud en su conjunto. En ese sentido, una transición desordenada puede generar un impacto en las finanzas, lo que podría afectar la calidad y oportunidad del servicio. Estas cuentas, no son sostenibles ni en el corto ni el mediano plazo y si bien no le conciernen al Gobierno, al no haber nuevas fuentes de financiación, genera problemas e incertidumbre en el flujo de los recursos del sistema. De estos \$ 23.3 billones, el 70%, es decir \$ 16.3 billones corresponden a cartera corriente, es decir, deuda que se vence en menos de 90 días, y el restante hacía referencia a cartera vencida (ver Gráfico 21).

Gráfico 21. Total deuda EPS
(billones, 2022)



Fuente: elaboración ANIF con datos SuperSalud.

La reforma plantea que ahora la ADRES sea quien gire los fondos a las IPS, lo que, extralimita las capacidades con las que la entidad cuenta hoy. El flujo de recursos se modificaría al introducir la Cuenta Única de Recaudo (CUR) para recibir los aportes de cotizaciones de salud a nivel nacional. Esto genera dudas sobre las capacidades administrativas de la ADRES para asumir la auditoría de cientos de millones de facturas médicas que pasan cada año por el sistema de salud, teniendo en cuenta que se elimina la función de “intermediario” como lo sostiene el gobierno de turno. Pues actualmente, la entidad tiene capacidad de resolver 50,000 facturas mensuales, lo que se contrasta con los 2.5 millones de facturas diarias que procesa el sistema de salud, y las cerca de 100 millones de facturas que las EPS auditan por los servicios prestados cada año.

Otras de las preocupaciones que vemos es que, el marchitamiento de las EPS a través de su pérdida de funciones y competencias es evidente. En primer lugar, se pierde el incentivo que antes tenían como aseguradoras, para realizar veeduría sobre la gestión los recursos por parte de las entidades prestadoras de servicios de la salud. Más aún, el modelo propuesto del Manual Único Tarifario elimina los incentivos de cobertura y calidad, lo cual, se puede traducir en mayores gastos en el sector salud.

En este sentido, no se sabe tampoco qué pasará con los activos de las EPS, dado que muchos de los activos son de su propiedad y no del Estado, el cual no podrá disponer de ellos. Dado lo anterior, se podrían constituir los siguientes escenarios: a. El Estado adquiere los activos, pero estimar el costo de adquisición de la infraestructura es el primer paso; b. La infraestructura de las EPS es reconvertida

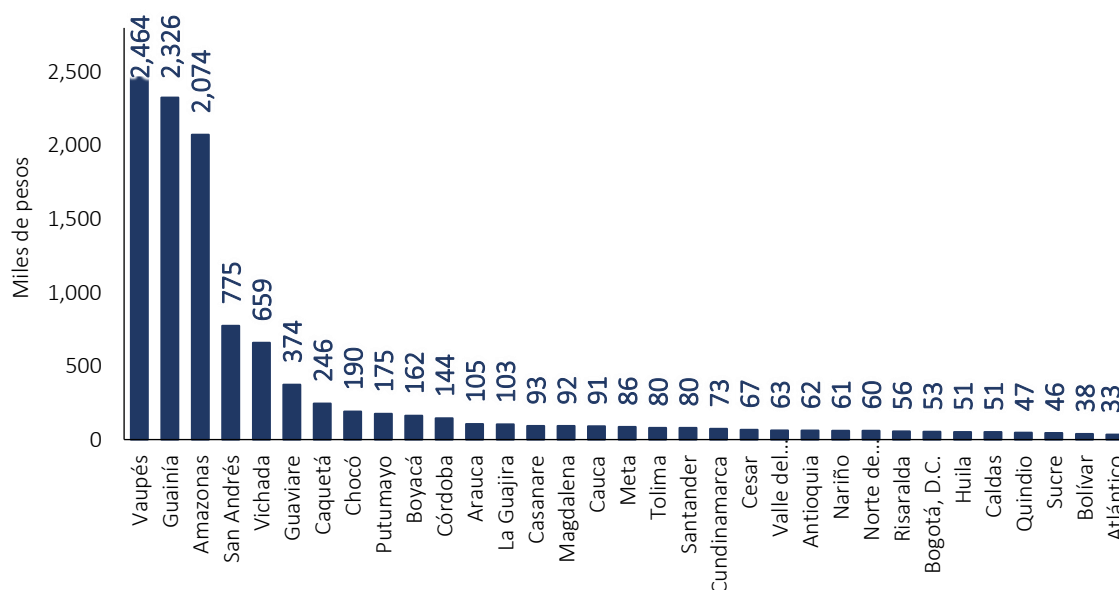
para la atención de planes complementarios en salud, dejando un vacío en las capacidades del sistema para atender a sus usuarios, con lo cual se mostraría el efecto sustitución de la atención primaria y con ello los CAPS con los planes complementarios y la medicina prepagada. Esto sin duda es un problema del que poco se ha discutido y ahonda la incertidumbre sobre los efectos de la reforma.

Competencias territoriales

La ley 715 define el conjunto de funciones y recursos de que disponen la Nación y las entidades territoriales para gestionar y organizar la prestación de los servicios de educación y salud, saneamiento básico entre otros. A la Nación le corresponde formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional y coordinar la ejecución seguimiento y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así mismo debe definir las prioridades y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), además de dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, entre otras.

La norma dicta que es responsabilidad de las entidades territoriales (departamentos y municipios) dirigir y coordinar el sector salud con un conjunto de disposiciones similares a la Nación. A su vez, debe gestionar el recaudo y la ejecución de los recursos con destinación específica, además de administrar el Fondo Local de Salud. En términos del aseguramiento, cada departamento debe ejercer la vigilancia y control. En cuanto a los municipios, estos deben financiar y cofinanciar la afiliación de la población vulnerable y pobre al Régimen Subsidiado, y ejecutar de manera eficiente los recursos. De manera paralela, promover la afiliación de personas con capacidad de pago al Régimen Contributivo y evitar la evasión y la elusión.

Gráfico 22. Saldo per cápita de las cuentas maestras
(miles de pesos, enero-junio 2022)

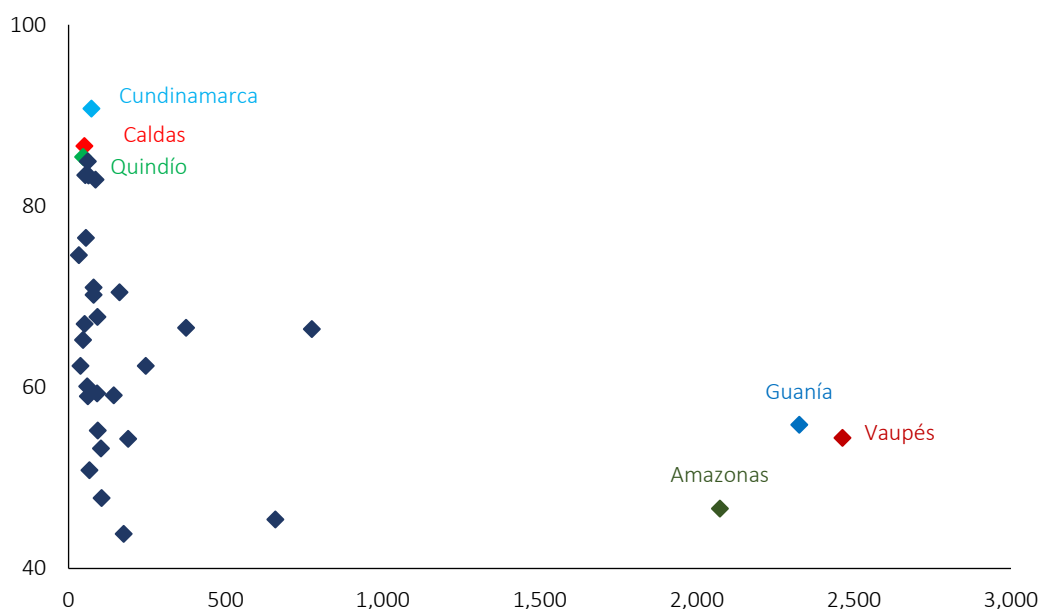


Fuente: elaboración ANIF con datos de Cuentas Maestras, MinSalud.

En este sentido, con el fin de ejercer un control y seguimiento adecuado a los recursos, se establece el mecanismo de cuenta maestra, el cual garantiza una correcta destinación de los recursos según lo previsto en la ley. Según el Gráfico 22, cuando se revisan los saldos de las cuentas maestras per cápita en el primer semestre del año, se puede notar que los territorios más apartados son aquellos que tienen un monto mayor de saldo, lo cual muestra la baja capacidad de ejecución frente a temas de salud.

En el Gráfico 23 se puede observar la relación entre el índice de gestión de recursos departamental y los saldos per cápita de las cuentas maestras. El resultado es contundente: los departamentos que terminan con montos más altos al final de la vigencia son aquellos que tienen los puntajes más bajos en el índice de gestión departamental, es decir, Vaupés, Guainía y Amazonas. Por otro lado, son Cundinamarca, Caldas y Quindío los que tienen mejores resultados en la gestión de recursos y menores saldos finales en las cuentas maestras.

Gráfico 23. Comparación de la ejecución de las cuentas maestras per cápita y gestión de recursos departamental
(saldo final de las cuentas maestras y el índice de gestión, ene-jun 2022 y 2021)



Fuente: elaboración ANIF con cuentas maestras de MinSalud, índice de gestión de recursos departamentales de DNP.

Visto así, una de las preocupaciones más grandes con respecto a la posible reforma es la capacidad disímil que tienen los territorios, sobre todo si se trata de recursos tan cuantiosos y de los que depende la prestación de los servicios de salud para los colombianos.

Costos para los usuarios y gasto de bolsillo

Uno de los grandes avances que ha tenido el sistema de salud colombiano es el nivel de gasto de bolsillo, como se mostró en la primera parte (ver Gráfico 2). Cuando se compara el gasto actual frente a los resultados del sistema previo, con la situación actual de América Latina e incluso comparado con países OCDE, el sistema de salud del país se encuentra entre los mejores en esta dimensión. Con datos de la Cuenta Satélite de Salud del DANE para el 2021, los gastos no cubiertos por el sistema ascendieron a un monto de \$3,48 billones de pesos. En el Gráfico 24 se estima lo que ocurriría en un escenario donde el gasto de bolsillo estuviera en niveles OCDE, de Latinoamérica y los que tenía previos a la Ley 100.

Bajo este marco, una modificación a las condiciones de aseguramiento sin un reemplazo adecuado puede tener resultados indeseados. En el caso de llegar a un gasto de bolsillo que represente cerca del 44% como estaba previsto en el 93, en el agregado el monto podría ascender a \$10.2 billones de pesos, lo que implicaría un gasto tres veces superior al nivel actual.

Desde una consideración menos pesimista, llegar a niveles de los países latinoamericanos o de la OCDE, se llegaría a una peor situación frente al sistema actual. El riesgo de hacer una reforma desorganizada y mal planteada es el de generar una pérdida de acceso a los servicios de salud y a generar barreras de entrada por medio de costos que hoy en día no están asumiendo los usuarios del sistema.

Gráfico 24. Escenarios de aumento de gasto de bolsillo total nacional anual (billones, 2021)

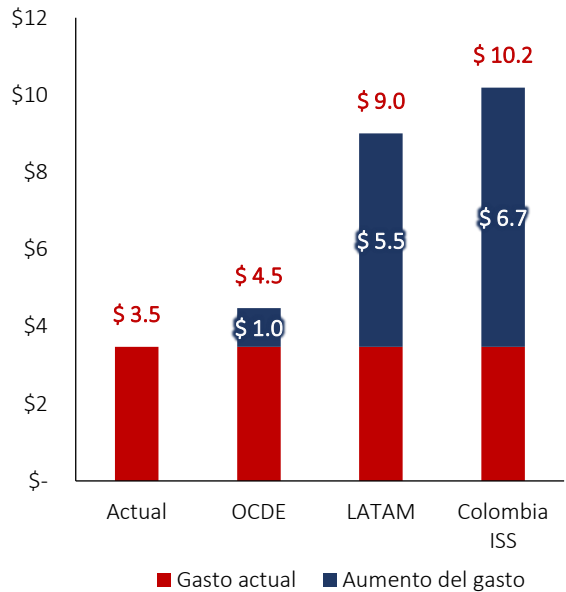
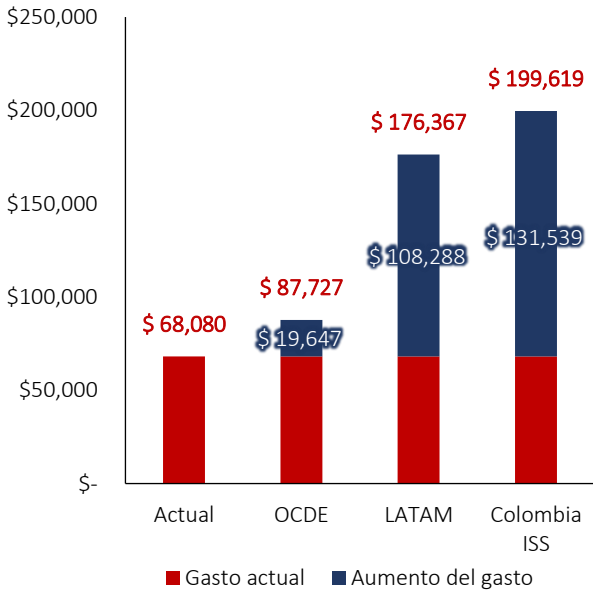


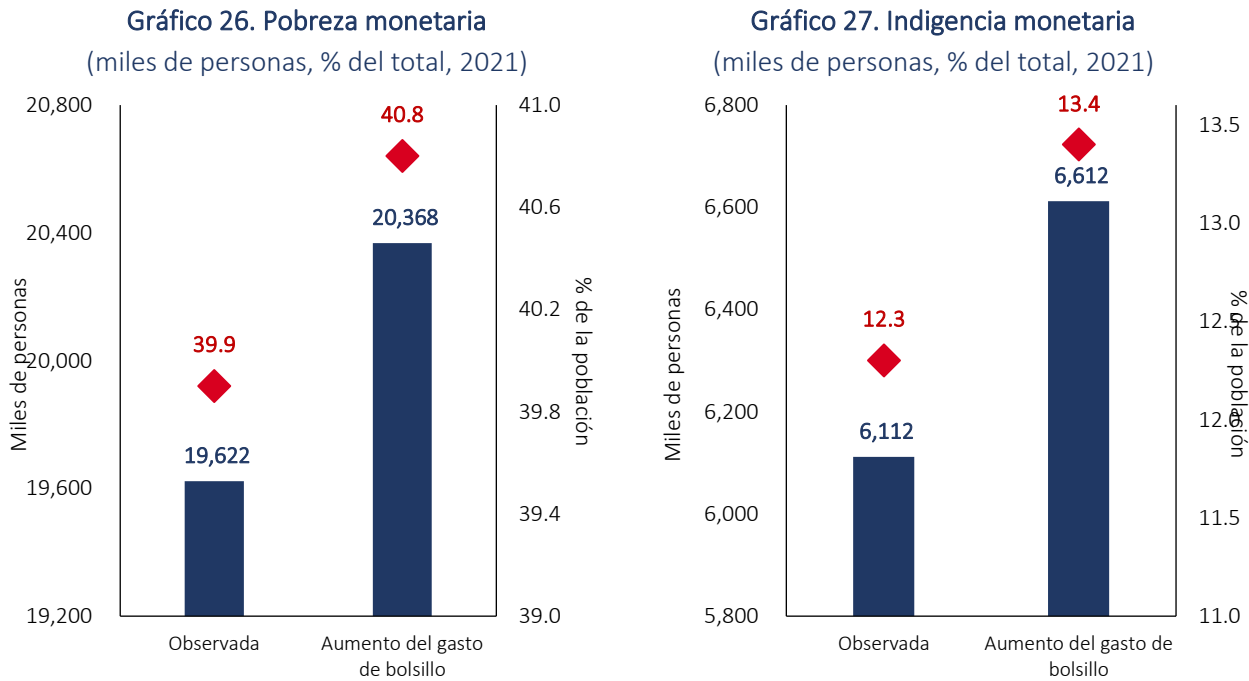
Gráfico 25. Escenarios de aumento del gasto de bolsillo per cápita anual (pesos, 2021)



Fuente: elaboración ANIF con datos de Cuenta Satélite de Salud – DANE.

También se realizó el mismo ejercicio para observar el efecto del cambio del gasto de bolsillo en los hogares (ver Gráfico 25). Se tomó como referencia los resultados del estudio previamente mencionados de la OCDE y se calcularon escenarios de aumento del gasto de bolsillo per cápita. Se encontró que, bajo el promedio de gasto de bolsillo de la OCDE, de los países latinoamericanos y del antiguo seguro social, la protección financiera del sistema a los hogares tendría deterioro significativo. Comparando con el escenario actual, bajo una perspectiva de gasto de bolsillo como el del promedio de la OCDE, el gasto incrementaría un 28.9%, en Latinoamérica un 159.1% y bajo el escenario del antiguo seguro social, un 193.2%. No hay duda de que el sistema actual ha logrado proveer seguridad financiera a los usuarios.

El hecho de no garantizar el aseguramiento podría significar poner el riesgo la prestación de servicios de salud de millones de personas, en particular de las poblaciones más vulnerables. En ese sentido, en ANIF quisimos estimar otro escenario en el que se duplicara el gasto de bolsillo, por falta de recursos para el aseguramiento. Tal como muestra los Gráfico 26 y Gráfico 27, la pobreza monetaria a nivel nacional podría aumentar en 1.5pp adicionales, es decir, en casi 750.000 personas, mientras que la indigencia 1.1pp, lo que significan 500.000 personas más.



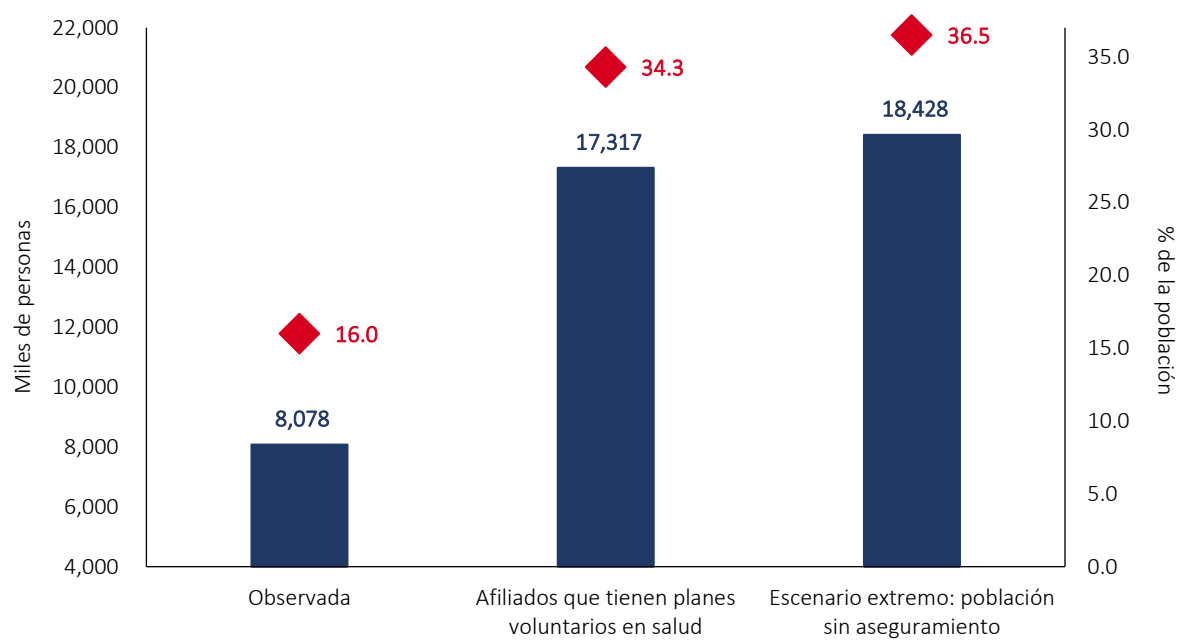
Fuente: Modelo de proyección ANIF.

Bajo esta misma línea, cuando evaluamos el índice de pobreza multidimensional (IPM) en el escenario extremo en donde la totalidad de la población se queda sin aseguramiento², este indicador aumentaría 20.5 puntos, es decir, más del doble que el dato registrado en 2021 y e incluso de 2020 cuando se situó en 18.1; año en donde la pandemia acentuó la pobreza y desigualdad. Por otro lado, asumiendo que solo las personas que tienen planes voluntarios continúen aseguradas, el IPM se

² La eliminación del modelo de aseguramiento supone la eliminación del concepto de cobertura.

incrementaría en 18.3 puntos, recordando que tan solo el 10.7% de la población (4.7 millones de personas) actualmente tienen contratado algún tipo de plan voluntario. Con lo anterior, resaltamos una vez más la preocupación de la eliminación de las EPS y con eso el declive del modelo de aseguramiento como lo conocemos ahora.

Gráfico 28. IPM con escenarios sin aseguramiento en salud
(Tota nacional, 2021)

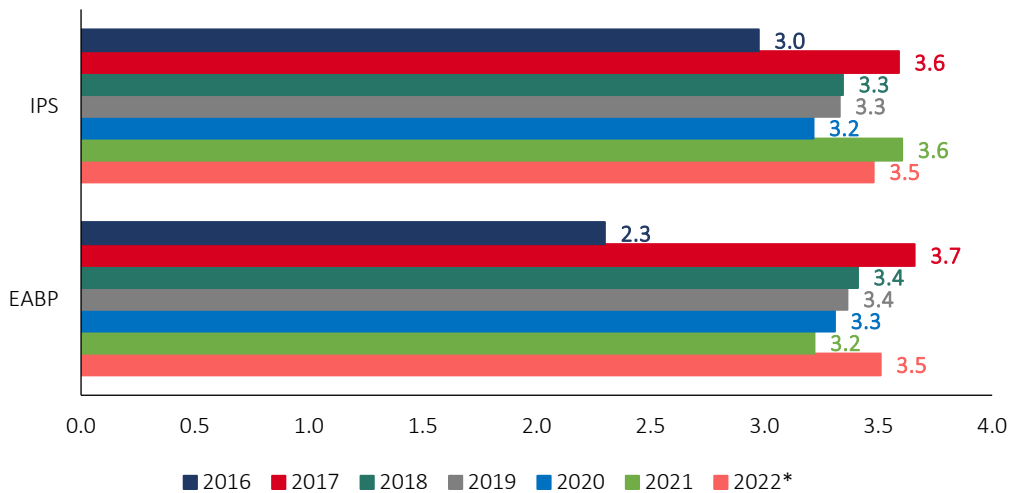


Fuente: Modelo de proyección ANIF.

En este sentido, una reforma que no se ejecute de manera ordenada y bajo los términos que necesita el país puede significar un aumento importante en los tiempos de acceso a servicios de salud. Según los datos de Así Vamos en Salud, en el Gráfico 29, vemos que los tiempos promedio de espera para medicina general son cortos y en principio se mantienen para todos los prestadores de servicio. Si bien se incrementaron en el último año, esto obedece en mayor medida por los retrasos en atención que se dieron producto del confinamiento de la pandemia COVID-19.

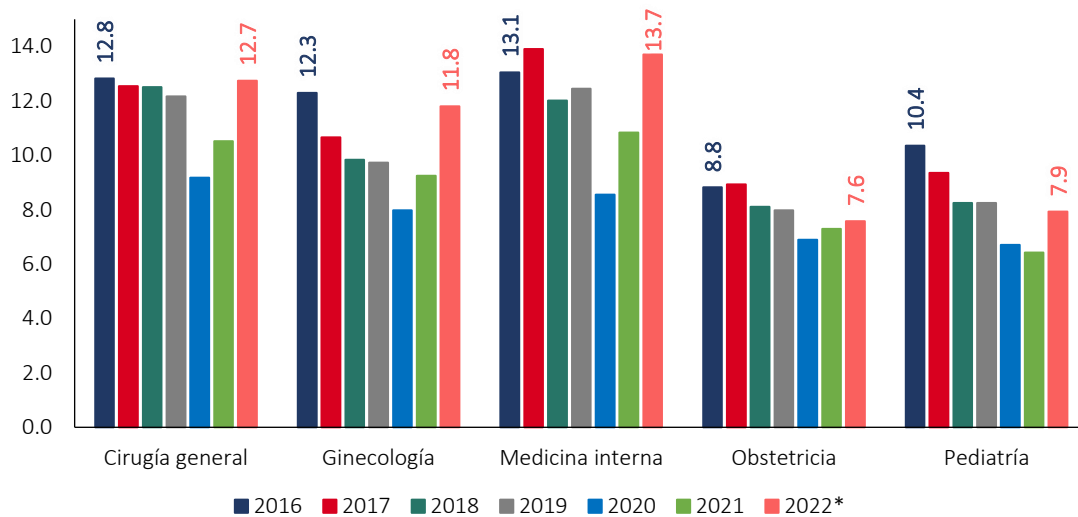
En esta misma línea, vemos que el tiempo promedio de espera de una cita de medicina especializada es de 11 días, aproximadamente, teniendo en cuenta las especialidades de cirugía general, ginecología, medicina interna, obstetricia y pediatría. Es preciso resaltar que en otras especialidades la oferta de profesionales en estas áreas es escasa, lo que genera mayores tiempos (ver Gráfico 30).

Gráfico 29. Tiempo de espera para cita de medicina general por prestador
(promedio de días, 2016 a 2022)



Fuente: elaboración ANIF con base en Así vamos en salud.

Gráfico 30. Tiempo de espera para cita con medicina especializada
(promedio de días, 2016 a 2022)



Fuente: elaboración ANIF con base en Así vamos en salud.

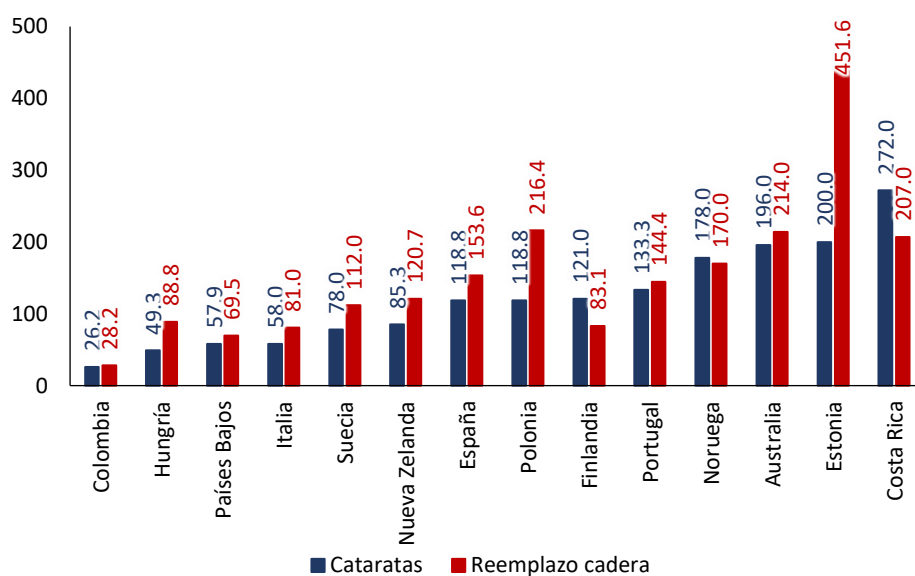
Frente a los avances en los últimos años con aumento de personal y mejora de tiempos de espera, existe la posibilidad de un rápido deterioro si cualquier intento de modificación del sistema no se hace con un proceso adecuado.

El riesgo particular es caer en las listas de espera de países que tienen un sistema público es el costo en tiempo para la atención para el usuario. Uno de los casos más representativos en el mundo es el NHS de Reino Unido, un sistema que funciona bajo un esquema completamente público. De este

modelo, que puede ser un ejemplo para la reforma, se observa brechas en desempeño con el esquema actual colombiano.

Ahora, si nos centramos en servicios quirúrgicos específicos, vemos que Colombia tiene, de lejos, los mejores tiempos de espera para cirugía de cataratas y de reemplazo de cadera. De hecho, el Gobierno Nacional tiene como referencia el sistema de salud costarricense, pero como lo muestra el Gráfico 31 este país se destaca por elevados tiempos de espera, casi 10 veces mayor a los plazos del sistema colombiano, generando la afectación directa en la salud de su población.

Gráfico 31. Tiempo de espera para cirugía de cataratas y reemplazo de cadera
(promedio de días, 2020)



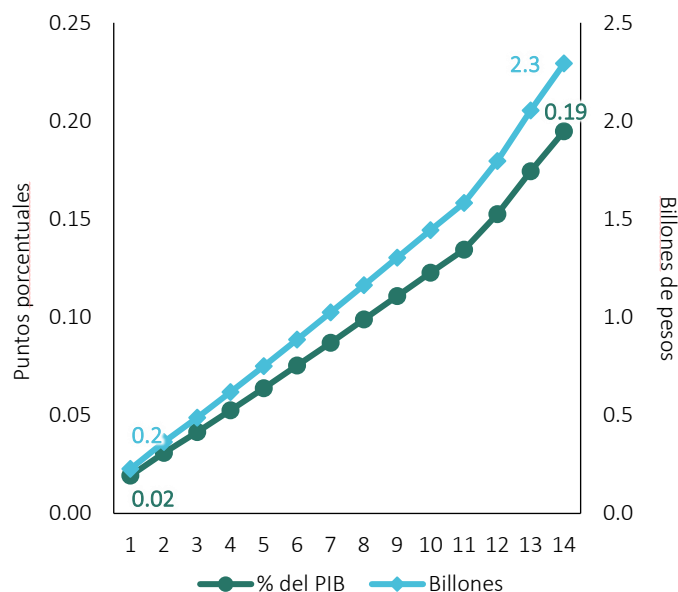
Fuente: elaboración ANIF con base MOCA y OCDE.

Estas eficiencias se han construido a partir del proceso de mejora continua del sistema colombiano y, aunque no se puede asumir de antemano un deterioro, si es preocupante tomar como referencia un sistema sin capacidad de atender de manera oportuna su población. Acá el riesgo latente es el cambio para empeorar, lo cual es preocupante ya que la atención inoportuna tiene consecuencias en agravamiento de condiciones prevenibles e incluso en muertes.

Como elemento adicional, el sistema de salud en Colombia ha logrado ampliar su fuente de financiamiento mediante los planes voluntarios en salud. En ANIF nos dimos a la tarea de estimar cuánto serían los ingresos adicionales que ingresarían al sistema si los planes de atención voluntarios se robustecen y promocionan. Los resultados arrojan que 14 años después de implementar la promoción de estos planes se puede generar un ingreso adicional de 0.2% del PIB, es decir, casi \$2.3 billones (ver Gráfico 32), lo que repercute directamente en una menor presión fiscal para el sistema

de salud. Desde el punto de vista de la prestación y de la salud financiera del sistema, no se observan razones para su desmonte en una tentativa reforma a la salud.

Gráfico 32. Modelo ANIF eficiencias por Planes Voluntarios de Salud
(% PIB)



Fuente: Modelo de proyección ANIF.

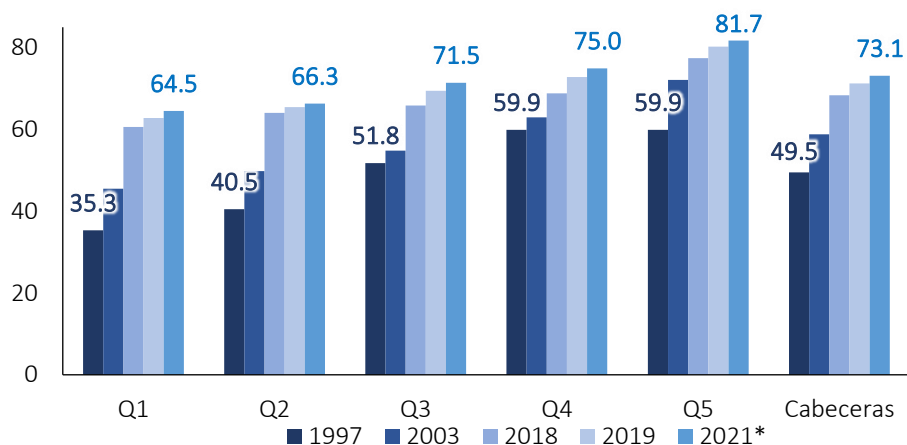
Acceso de los usuarios a los servicios de salud

Desde la implementación del actual sistema de salud, se ha hecho un enorme esfuerzo por disminuir las barreras de acceso a los servicios, pero aún queda mucho por hacer. No hay duda de que, la propuesta del gobierno de enfocar los servicios hacia un modelo preventivo y predictivo es relevante y crucial para la salud de los pacientes e incluso las finanzas del sistema, en especial para las zonas rurales y dispersas. Sin embargo, esto no puede ir en detrimento del aseguramiento de los usuarios, ni de la prestación de los servicios encaminados a la atención curativa de las enfermedades.

Como muestra el Gráfico 8, el porcentaje de pacientes que va a consulta por prevención ha aumentado de manera continua desde 1997. Si bien es un avance importante, aún existe una brecha de 13.9pp entre ambos regímenes. Esto en parte es explicado por la promoción que hacen las EPS a sus afiliados para prevenir y tratar enfermedades que pueden ser fácilmente detectables.

Si se realiza el mismo análisis considerando la división por quintiles, también se ve el progreso que ha tenido este indicador. No obstante, también sigue existiendo desigualdad entre la población con menor y mayor ingreso, pues del primer quintil, para 2021, el porcentaje de pacientes que asistieron a consulta preventiva era de 64.5%, 17.2pp menos que las personas del último quintil. Esto puede ser consecuencia del acceso a planes voluntarios en salud, que prestan un servicio más personalizado.

Gráfico 33. Consulta por prevención por quintiles nivel urbano
(% de personas, 1997 - 2021)



Fuente: elaboración de ANIF con datos de Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) – DANE.

Así las cosas, si el objetivo de la reforma es la atención primaria, aún no se entiende por qué se acabarían o cambiarían las funciones de las EPS si son estas las que tienen la capacidad de adelantar estos procesos teniendo en cuenta la información, infraestructura, capacidad y alcance con que cuentan. Hay que resaltar que el financiamiento del aseguramiento vía UPC se centra en tratamientos y costeo de medicamentos. Dentro de este financiamiento no se priorizan recursos para la generación de capacidades de prevención y promoción, solo en casos puntuales de salud mental a través de la Resolución 2808 de 2022. Por tal razón, las EPS son los actores idóneos del sistema para prestar este tipo de atención. Cabe resaltar que, para el caso del régimen contributivo, en el artículo 7 de esta resolución se fija el reconocimiento por actividades de promoción y prevención el valor de \$ 24,152.4 para el año 2023.

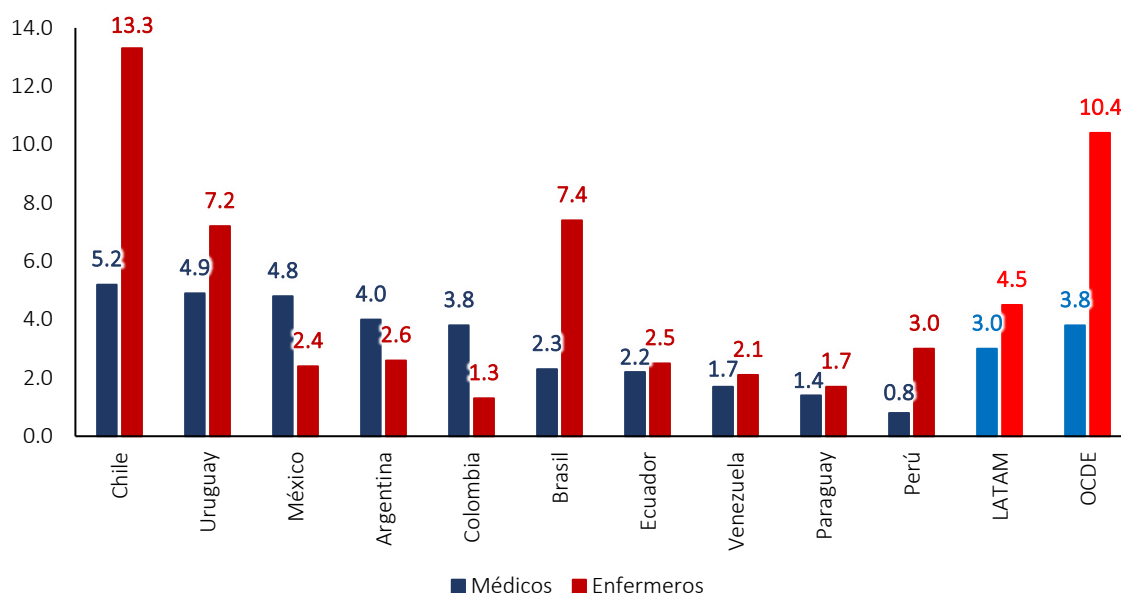
Talento humano y productividad

En este tema, hay una señal de alerta sobre la capacidad del Estado, en todos sus niveles, de asumir la carga laboral que actualmente se encuentra repartida entre los distintos agentes que componen el mercado de salud. Por otra parte, la UPC ha crecido de manera significativa en la última década en ambos regímenes. Desde la unificación del Plan Básico de Salud (PBS) en el 2012, la UPC ha crecido nominalmente un 102.4% en el régimen contributivo y 117.3% en el régimen subsidiado. Este incremento ha mitigado parcialmente las presiones financieras del sistema y aumentado sus capacidades para atender a los pacientes. Sin embargo, bajo una reforma prematura o un esfuerzo para reducir artificialmente la UPC, no se puede asegurar el proceso de formación y formalización del personal de salud, ni de las inversiones que son requeridas para la mejora del sistema³.

³ Minsalud.

Si se revisa la densidad de médicos y enfermeros del país comparado con el de sus pares de la región y con la OCDE, vemos que México, Argentina y Colombia son los únicos países que cuentan con un mayor número de médicos que de enfermeros. Para el caso de nosotros, la tasa de enfermeros por cada mil habitantes es el más bajo con 1.3%, 7pp menos que el promedio de la OCDE y un poco más de 3pp por debajo del promedio de Latinoamérica, como se observa en el Gráfico 34.

Gráfico 34. Número de médicos y enfermeros por cada 1,000 habitantes (2021*)



Fuente: elaboración de ANIF con datos de Banco Mundial y OMS. * último dato disponible por país.

Según las cifras del Ministerio de Salud⁴, en el 2020 se contaba con 406,833 profesionales universitarios en el sistema, 374,741 auxiliares, 30,604 tecnólogos y 962 técnicos profesionales. En total, se estimaron cerca de 810,000 personas ligadas al sistema de salud de Colombia, un volumen nada despreciable del mercado laboral (una participación del 4.3% en el total de ocupados) y que, bajo un escenario de reforma, no se tendría claridad sobre quién asumiría las responsabilidades de empleador (ver Gráfico 35).

Puntualmente, si se evalúa la densidad por nivel educativo, el personal universitario en 2011 era de 59.5 por cada 10,000 habitantes, cifra que aumentó 35.7pp en 2020, cuando se llegó a un nivel de 80.8. Considerando que una de las vulnerabilidades del sistema se concentra en la falta de personal en el sistema comparado con otros países, la cuestión que queda sin resolverse es si un sistema público tendrá la capacidad de seguir incrementando el capital humano del sistema. Un análisis similar se puede hacer con el personal auxiliar que pasó de 37.5 por cada 10,000 habitantes en 2011 a niveles de 74.4 en el 2020.

⁴ OTHS Minsalud.

Gráfico 35. Distribución de empleados del sector salud
(número de personas, 2020)

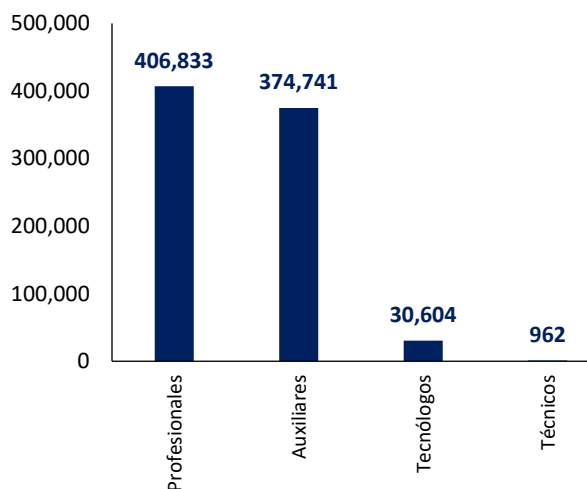
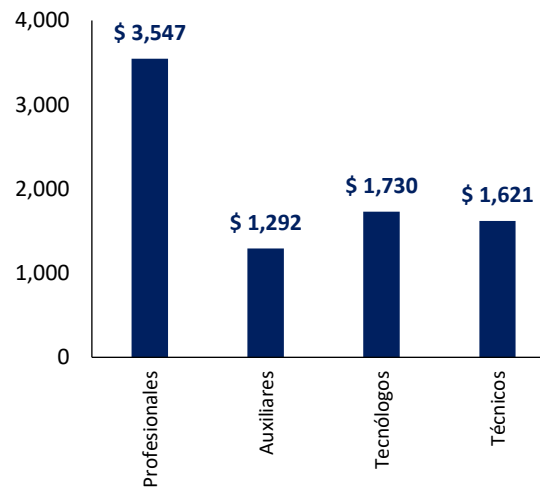


Gráfico 36. Promedio de IBC por empleados del sistema
(cifras en miles, 2020)

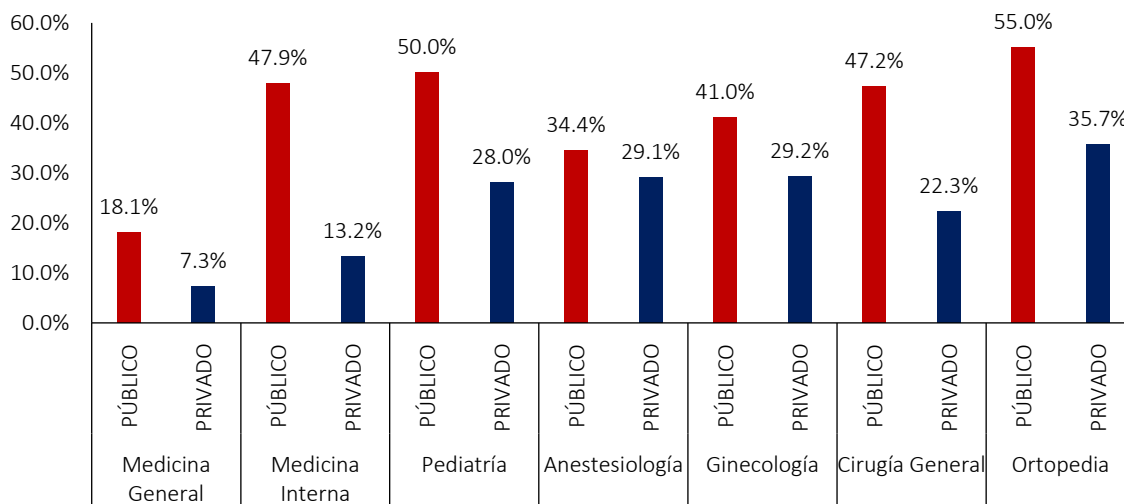


Fuente: Elaboración ANIF con base en Minsalud SISPRO.

Un segundo punto sobre el que la reforma tendrá que responder es la forma en la cual se asegurará la sostenibilidad del sistema en términos financieros en materia de costos del personal. Sin negar las dificultades que se han presentado en el periodo de funcionamiento de la Ley 100, el sistema ha sido capaz de costear su personal de salud. Tomando como base al Ministerio de Salud, se observa que, para el personal universitario, el ingreso base de cotización (IBC) se ubicó, en 2020, en \$3,547,183, para el personal auxiliar en \$1,292,173, los tecnólogos \$1,730,353 y a los técnicos profesionales se ubicó en \$1,620,902 (ver Gráfico 36).

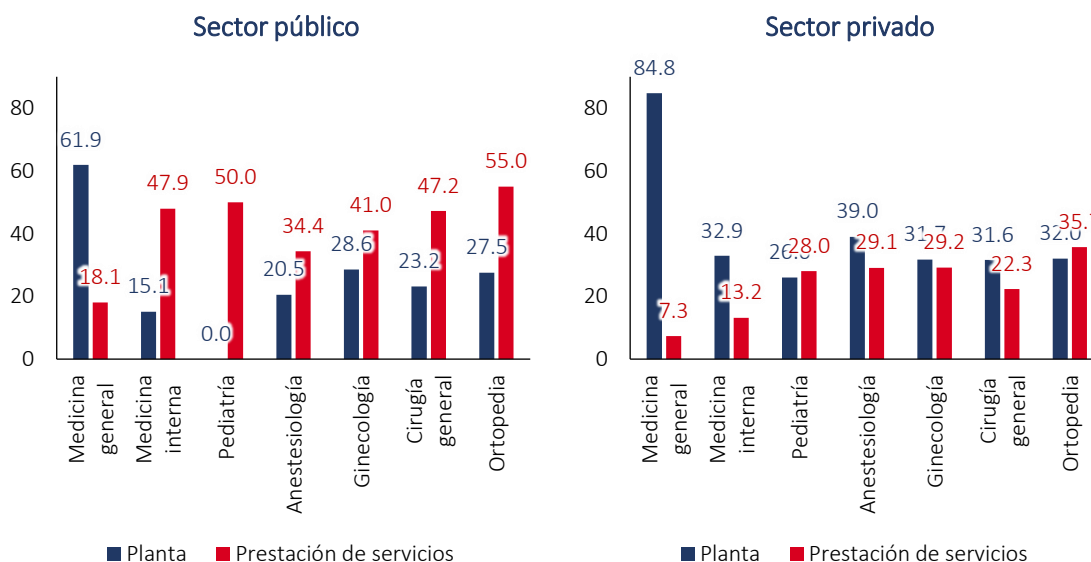
Si se hace un ejercicio simple donde se multiplica el ingreso base de cotización por el personal en cada segmento en particular, se encuentra un ingreso acumulado de casi \$2 billones de pesos, lo cual representa en un año \$23.8 billones de pesos. Dado el incremento de ingresos y cantidad de personal, hace falta conocer si el Estado en todos sus niveles está en capacidad de asumir dicha carga de una forma ordenada, algo para lo cual en un primer momento no se conoce y puede poner en riesgo tres procesos críticos: 1. El incremento de personal en la salud, particularmente el de médicos generales, enfermeros y especialistas; 2. La estabilidad laboral del sistema de salud frente a la incertidumbre de un nuevo modelo (sumado a la insistencia del nuevo gobierno de revisar los contratos CPS); y, 3. el aseguramiento de la estabilidad y la prestación del servicio para los pacientes sin traumatismos.

Gráfico 37. Distribución de contratos de prestación de servicios por especialidad
(% del número de especialistas, 2020)



Fuente: Elaboración ANIF con base en Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC.

Gráfico 38. Distribución de contratos de planta por especialidad y sector
(% del número de especialistas, 2020)

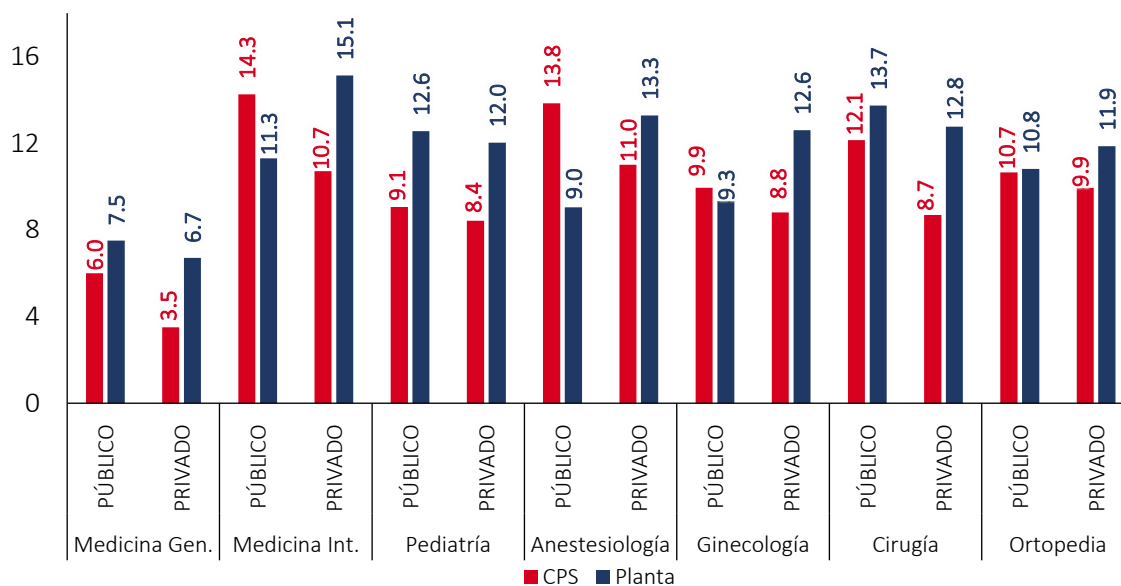


Fuente: Elaboración ANIF con base en Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC.

En un proceso de reforma, también es necesario mencionar el posible costo en términos de beneficios para el personal médico especializado. En las IPS privadas, con más regularidad se está presentando contratación de planta para el personal médico de mayor formación. Por el contrario, hay una mayor presencia de contratos de prestación de servicios en IPS de carácter público. Dado lo

anterior, el riesgo de una reforma también pasa por la posible precarización de la contratación de especialistas y de una posible reducción de sus ingresos como se detalla a continuación.

Gráfico 39. Salarios por especialidad y modo de contratación
(en millones de pesos, 2020)



Fuente: Elaboración ANIF con base en Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas – ACHC.

En materia salarial, suelen observarse salarios más competitivos en los prestadores privados, sumado a que la mayoría de la contratación es de planta. Aunque no se consideran los descuentos por pagos a seguridad social que benefician al personal de planta, la diferencia entre ambos tipos de contratos es evidente. Además de lo anterior, se duda de la capacidad del sector público para asumir las condiciones laborales del personal de IPS privadas, poniendo en riesgo las condiciones laborales del sector.

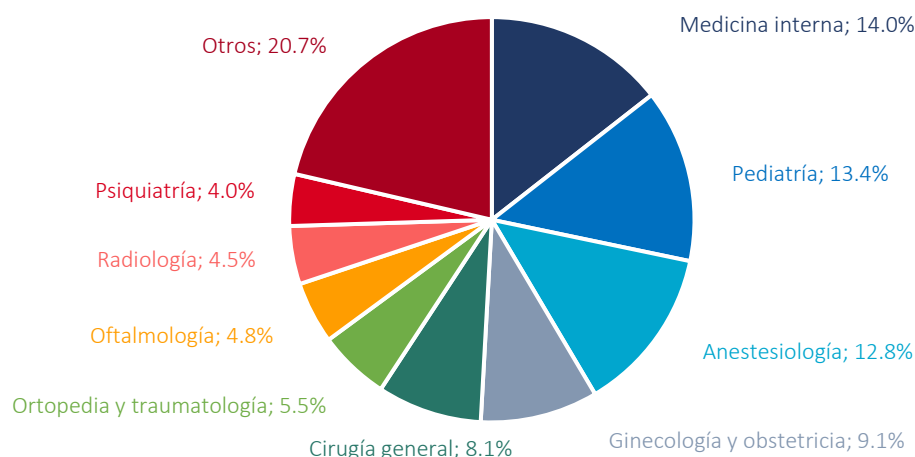
En términos de las especialidades médicas, según el estudio de Restrepo y Ortiz⁵, es la medicina interna la más ofertada con una participación del 14%, seguida por pediatría y anestesiología con 13.4% y 12.8%, respectivamente (ver Gráfico 40). Sin embargo, en 2016 la medicina interna ocupó el primer lugar en cuanto a mayor demanda de servicios, además de la medicina familiar, pediatría y anestesiología. Así las cosas, los resultados de la investigación mostraron que para este año había una diferencia entre oferta y demanda de talento humano especializado en cerca de 16,000 profesionales, brecha que se irá disminuyendo hasta 7,000 personas en 2030.

Es crucial que cualquier proceso de reforma tenga particular precaución con el manejo del capital humano del sistema. Tanto no resguardar los costos laborales, así como poner en riesgo la estabilidad laboral del personal pueden generar una crisis profunda en el sistema, en la prestación de los

⁵ Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030, Diego Restrepo y Luis Ortiz, 2017.

servicios y en una última instancia, en la calidad de vida de los colombianos. Hasta el momento, dichas condiciones no están exentas de ocurrir en un proceso turbulento de reforma. Tampoco lo es el hecho de que un esquema mal diseñado de compensación a los especialistas puede resultar en flujos migratorios hacía países donde encuentran mejores condiciones para desarrollar su actividad.

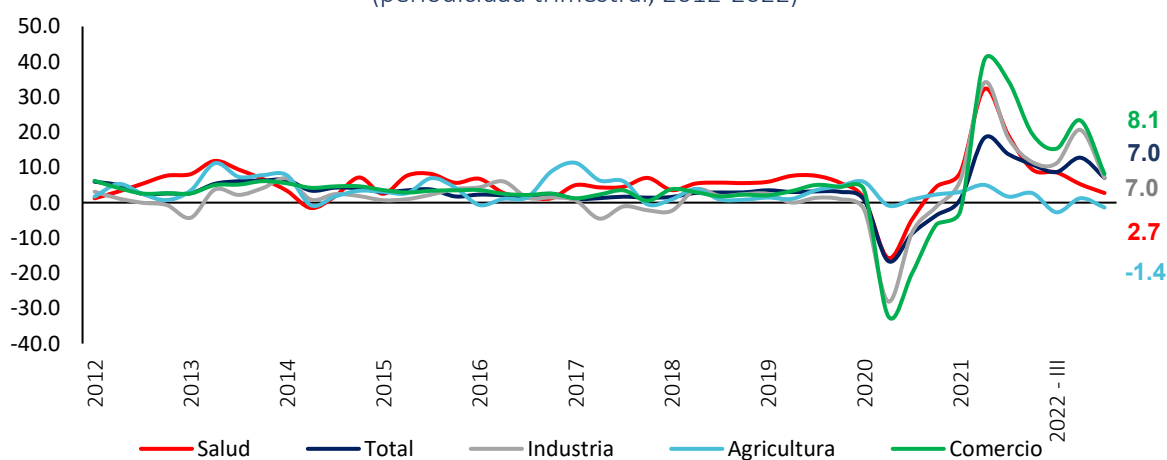
Gráfico 40. Oferta de médicos especialistas estimados en Colombia
(% del total, 2015)



Fuente: elaboración ANIF con datos de Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030, Restrepo y Ortiz.

Aparte de las consideraciones laborales, también es necesario considerar el papel del sector dentro de la economía agregada. En seguida, se presenta el crecimiento del sector salud trimestre a trimestre comparado con otros sectores económicos.

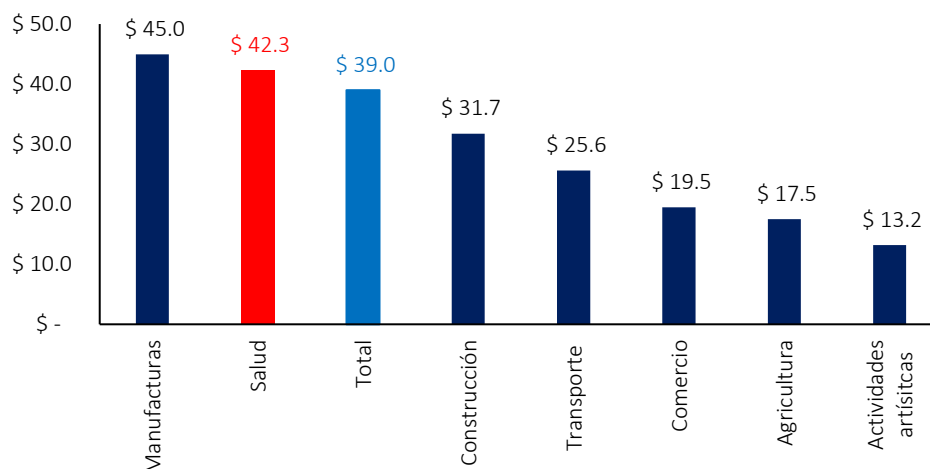
Gráfico 41. Crecimiento salud vs. Economía
(periodicidad trimestral, 2012-2022)



Fuente: Elaboración ANIF con base en DANE

Se observa que el sector de la salud crece consistentemente por encima de la economía, incluso por encima de sectores significativos como lo son manufacturas, comercio, agricultura entre otros. Este desempeño consistente del sector en la última década le ha permitido crecer de participaciones en el PIB de un 6.0% hace 20 años a un 8.5% en la actualidad. Así mismo se evidencia en el producto por trabajador donde el sector logra generar un valor agregado superior a la media de la economía como se presenta el Gráfico 42.

Gráfico 42. Valor agregado anual por trabajador
(millones de pesos, 2020)



Fuente: Elaboración ANIF con base en GEIH, 2021, cuentas nacionales y OTH Minsalud.

Tomando como referente los sectores con mayor participación en la economía, se observa un buen desempeño productivo del sector salud. Por trabajador, está contribuyendo alrededor de \$42,3 millones de pesos, superior a la media de \$39 millones de la economía y de sectores como la construcción, el transporte o el comercio.

En general, se observa que las actuales condiciones del sistema salud ha permitido a este sector a tener una productividad por encima de la media de la economía. Este hecho, sumado al crecimiento del sector por encima de la media de la economía contribuyen de manera notable a la dinámica económica, la acumulación de capital humano y el bienestar de los colombianos.

3. Casos de estudio: México y Costa Rica

México un modelo inviable que juega con la salud de los pacientes

La última reforma al sistema de salud en el 2019 la cual puso en marcha la instrumentación del Seguro Popular ha demostrado ser poco efectiva. Si bien algunos indicadores de salud mejoraron, como la disminución de las muertes prematuras, la situación del sistema de salud se encuentra en una posición crítica. El sistema de salud previo a la reforma presentaba un número de fallas que sugerían

que la inversión hecha por el gobierno desde el 2003 resultó ser poco eficiente en cuanto a la calidad y el desempeño de los indicadores de la salud.

Hacia mediados del año 2003, el Congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro popular de salud (SPS). Este seguro entró en operación el primero de enero de 2004 y cubriría en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. En 2008, el SPSS contaba con más de 27 millones de afiliados, lo que indicaba que en México todavía había más de 30 millones de personas sin protección social en salud.

En cuanto al financiamiento del sistema de salud estaba dividido en múltiples instituciones. En primer lugar, los servicios de salud que prestan las instituciones de seguridad social a sus afiliados se financiaban a partir de las contribuciones del empleador, es decir que para el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), PEMEX, es decir trabajadores de la empresa estatal comercializadora de petróleo, y las Fuerzas Armadas es el gobierno. La Secretaría de Salud y los Seguros Estatales de Salud (SESA) eran financiadas con recursos del gobierno federal en su mayoría, gobiernos estatales y pagos que los usuarios hacían al momento de recibir la atención. El Seguro popular de salud (SPS) se financiaba a partir de las contribuciones del gobierno federal, los gobiernos estatales y los individuos contribuyentes. Los hogares de menores recursos se han mantenido exentos de estos pagos. Con estos recursos, el SPS le compra servicios para sus afiliados a los Seguros Estatales de Salud (SESA).

De igual manera, es importante ahondar en el gasto total en salud como porcentaje del PIB en el cual hubo una mejora dado que aumentó de 5.1% en 2000 a 5.9% en 2008. No obstante, el gasto en salud como porcentaje del PIB está se encontraba por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo de lo que dedican a la salud países como Argentina (9.8%), Colombia (7.4%), Costa Rica (8.1%) y Uruguay (8.2%).

En 2008 el gasto público en salud representó 46.7% del gasto total en salud y la mayor parte de este gasto correspondió a la Secretaría de Salud (45.2%), seguida del IMSS (42%) y el ISSSTE (9.7%). En contraste en el 2007, el gasto privado en salud concentró 54.6% del gasto total en salud. Alrededor de 93% de este gasto fueron pagos de bolsillo y 7% correspondían al pago de primas de seguros médicos privados.

Con respecto a los tiempos de espera, Contreras Loya et al.⁶ hicieron un estudio de los tiempos de espera en los procedimientos quirúrgicos en el 2015. Por medio de este estudio se realizó una evaluación de los tiempos de espera para procedimientos quirúrgicos en una muestra de hospitales públicos en México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud. Los resultados resaltan la ineficiencia del sistema de salud dado que el tiempo de espera promedio para los siete procedimientos quirúrgicos en las tres instituciones fue de 14 semanas. Los hospitales del IMSS y el ISSSTE mostraron un mejor desempeño (12 y 13 semanas) frente a los hospitales de la SS (15

⁶ Waiting times for surgical and diagnostic procedures in public hospitals in Mexico. Contreras et al., 2015.

semanas). Por otro lado, el tiempo de espera promedio para los cuatro procedimientos diagnósticos fue de 11 semanas. Los hospitales del IMSS mostraron un tiempo de espera promedio mejor (10 semanas) que los hospitales del ISSSTE (12 semanas) y la SS (11 semanas).

Partiendo del análisis del sistema de salud antes de la reforma en el 2019 pasamos a los resultados que evidenció el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en el 2020.

Posibles repercusiones de implementar esta estrategia basado en el caso mexicano

En cuanto a la reforma de la salud que se radicó en Colombia no existe aún un plan concreto que deje claros los objetivos de este gobierno, más allá de la atención primaria. Es posible observar ciertas similitudes entre el sistema de salud actual en Colombia y el sistema mexicano anterior, donde fueron visibles aumentos en cuanto a la cobertura, indicadores como el mejoramiento de las muertes prematuras y en la salud preventiva, como retos en cuanto a la articulación de entidades y una mejor calidad del servicio. Sin embargo, el plan de acción entredicho por parte del ministerio causa incertidumbre y en el largo plazo podría repercutir de manera negativa en los avances que se han venido haciendo por parte del gobierno en el sistema de salud de Colombia.

Por las fallas mencionadas, desde que López Obrador empezó su gobierno propuso reformar desde cero el sistema mexicano por uno público que propendiera por la unificación del sistema a través de la creación de un nuevo organismo llamado INSABI (Instituto Nacional de Salud para el Bienestar). El nuevo sistema entró en funciones el 1 de enero de 2020 en vez de hacer modificaciones que mejoraran el sistema. Sin embargo, tres años después de la implementación de la reforma de la salud en México vemos las repercusiones sobre la calidad y la eficiencia del sistema que prometía mejorar los indicadores de salud en el país.

En primer lugar, se debe mencionar que el históricamente, ha habido un problema en el gasto de bolsillo el cual no se vio solucionado luego de la reforma. Se buscaba la gratuidad de sus servicios, en el censo de ingreso y gasto en los Hogares se reportó un incremento del 58% en el gasto de bolsillo llevando a mayor pobreza a familias pobres y vulnerables. En efecto, en el año 2020, 3.9%, es decir 1.377.055 hogares en México destinaron más de 30% de su capacidad de pago o ingreso disponible para gastos en salud. Esta cifra incrementó en 1.8 puntos porcentuales, ya que en el año 2018 este indicador era de 2.1%. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIG), para 2018, el gasto de bolsillo se concentró en la atención primaria o ambulatoria (60.9% del total), no obstante, para 2020 este porcentaje disminuyó a 48.6%, siendo similar al gasto que los hogares realizaron en medicamentos sin receta, el cual incrementó de 35.2% en 2018 a 48.2% en 2020.

Algunas de las causas de este elevado rubro, posicionándolo como uno de los más altos de la OCDE, son las carencias de los servicios sanitarios públicos lo cual conlleva a que las personas deban buscar atención médica privada, sumando también el bajo presupuesto destinado al sector de la salud y la

desaparición del Seguro Popular. En efecto, en 2021 el presupuesto fue 5.6% inferior al ejercido por el Seguro Popular en 2017 cuando se cubría a 53.5 millones de personas. Sin embargo, el objetivo de INSABI es 68.1 millones de personas. El gasto per cápita de esta población pasó de MXN\$ 3,656 en 2019 a MXN\$ 2,911 en 2021, es decir, una contracción del 20.3%. El sistema de salud con el cual cuenta México se encuentra en crisis, las consecuencias de una mala gestión de recursos llevaron a fallas en calidad, eficiencia e inclusive cobertura para las personas más necesitadas.

En términos del gasto público en salud, en 2019 México destinó alrededor de 2.7 % del Producto Interno Bruto (PIB), una cifra que se encontraba por debajo de los umbrales de 6% establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como referencia para avanzar en el objetivo de garantizar el acceso y cobertura universal a la salud; para 2020 se registró un incremento de este gasto al pasar a 3.3%, no obstante en retrospectiva fue un retroceso si se compara con el porcentaje del PIB en gasto público que se encontraba entorno al 5% en el 2011.

En línea con el gasto público en salud es importante mencionar el destino de los recursos el cual fue desigual entre los diferentes subsistemas. En 2019, el gasto per cápita total de las personas que no contaban con seguridad social fue de MXN\$4,421, en comparación con MXN\$6,408 de las personas que sí contaban con seguridad social. Es así como, los servicios de salud de la seguridad social dispusieron de más recursos humanos, equipo e insumos.

En cuanto al acceso al servicio de salud, de acuerdo con la medición multidimensional de la pobreza del CONEVAL en 2020, la carencia por acceso a nivel nacional aumentó de 16.2% en 2018 a 28.2% en 2020. Los datos de 2016 a 2020 muestran que el porcentaje de personas atendidas al presentar un problema de salud disminuyó de manera generalizada lo cual genera una gran preocupación dado que evidencia la mala gestión de recursos y el mal desarrollo de la reforma puesta en marcha en 2019. Para el caso de las personas afiliadas a Pemex el detrimento fue de 8 puntos porcentuales, de 6.4 para las afiliadas al Seguro Popular, y que posteriormente adquirieron derecho a los servicios del INSABI, (SP/INSABI, de aquí en adelante), 5.9 al ISSSTE y 3.1 al IMSS. Si bien, para las personas afiliadas al IMSS Bienestar el porcentaje aumentó en 11.7 puntos porcentuales de 2016 a 2018, de 2018 a 2020 disminuyó en 2.8 puntos porcentuales.

Adicionalmente, el sistema cuenta con atención de primer y segundo nivel totalmente cubierta, pero no de tercer nivel, en la cual se deben pagar cuotas de recuperación a los centros nacionales de salud lo cual fue prometido de manera insistente antes de la puesta en marcha aumentando los gastos en los cuales deben incurrir las personas generando menor bienestar. Es importante resaltar que, el presupuesto de la entidad encargada de gestionar el sistema de salud no fue congruente con el objetivo que se tuvo. Hoy podemos observar estas falencias puesto que se perdió el cubrimiento de enfermedades como el cáncer, VIH/sida y otras 63 enfermedades que anteriormente cubría el Seguro popular.

Adicionalmente, indicadores de calidad evidencian grandes desaciertos en el sistema. En efecto, en enero de 2022 las consultas para atender enfermedades crónico-degenerativas como cáncer, diabetes y VIH/sida tuvieron una caída de 41% frente a enero 2021 y peor aún; frente a enero del

2019 la caída representó el 78%⁷. Asimismo, se cuenta con fallas en la salud preventiva por una cobertura de vacunación inferior al 29% por falta de biológicos y su aplicación.

Costa Rica: mayor cobertura sacrificando calidad y oportunidad en el servicio

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) es la institución pública encargada de la seguridad social en la República de Costa Rica, se crea en 1941 y adquiere predominancia sobre los demás subsistemas, por lo cual termina siendo monopolio en el sector contributivo y después extendiendo su cobertura a trabajadores informales e indigentes. Es importante resaltar que la CCSS es un pagador único y está totalmente separado del Ministerio de Salud. Pero además es la dueña y operadora de la red prestadora, y la mayor empleadora en el sector de salud del país. Paralelamente, con una baja participación, existe una red para accidentes de tránsito y laborales, el Instituto Nacional de Seguros (Abel, 2022). La consolidación de la cobertura sanitaria universal tuvo lugar en la década de 1990, cuando el Ministerio de Sanidad dejó de prestar servicios sanitarios y transfirió algunas unidades de atención hospitalaria y la prestación de servicios de atención primaria al sistema de seguridad social. Sin embargo, es plausible decir que varios factores como la calidad y el acceso a segundo y tercer nivel de atención están en vilo todavía. Adicionalmente, el número de personas de mayor edad aumenta y la tasa de informalidad en el país representa el 44% son factores que generan presiones en la estabilidad del sistema.

Es importante mencionar que Costa Rica cuenta con ciertas características que en un primer momento lo hacen ejemplar alrededor del sistema de salud. En primer lugar, la cobertura sanitaria universal, cual se dio a partir de 1990 cuando el Ministerio de Sanidad dejó de prestar servicios sanitarios y transfirió algunas unidades de atención hospitalaria y la prestación de servicios de atención primaria al sistema de seguridad social. Adicionalmente, cuenta con un alto grado de coordinación intersectorial a nivel nacional y un diálogo efectivo entre usuarios y administradores de servicios de salud a nivel local.

Una de las razones de su éxito es que, al principio del proceso, se priorizó la cobertura de un paquete básico de servicios de atención primaria y de intervenciones clave de salud pública, haciendo hincapié en la prevención para todas las personas, incluidas aquellas que estaban fuera del sector formal. Esta estrategia integral de atención primaria se vio acompañada de la ampliación de la cobertura de agua potable y saneamiento. Las mejoras en agua y saneamiento estuvieron a cargo del Ministerio de Salud, y en particular, explican el cierre de brechas entre zonas urbanas y rurales en cuanto a calidad y acceso.

Ahora, es importante explicar el funcionamiento de la CCSS. En primer lugar, la red de proveedores de la institución está organizada en tres niveles de atención diferentes. Según el estudio realizado por la OCDE en el año 2017, la CCSS tiene 55,000 empleados, los cuales trabajan distribuidos por 29 hospitales, 103 regiones de salud y 1,094 unidades de atención primaria (llamadas Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, EBAIS). Provee 13.5 millones de consultas al año, de las cuales poco menos del 10% son consultas para el segundo nivel de atención. Debido a este tipo de organización,

⁷ Un presupuesto autoritario y no republicano, 2022, México Evalúa, Análisis finanzas públicas trimestrales.

los pacientes no tienen ninguna escogencia del proveedor o del asegurador. A los individuos se les asigna un EBAIS según su dirección, y estos a su vez funcionan en red con los centros definidos en el segundo nivel de atención. Cada EBAIS está compuesto por un médico general, una auxiliar de enfermería y un Asistente Técnico en Atención Primaria (ATAP) y tiene a su cargo una población entre 4.000 y 5.000 personas, alrededor de 1.000 y 1.500 hogares (Castaño, 2022). Los pacientes no tienen acceso directo al segundo nivel de atención, de manera que deben ser referidos desde la atención primaria (OCDE, 2017). En cuanto a los hogares pobres, están cubiertos por el régimen no contributivo, y el Ministerio de Hacienda recauda ingresos fiscales para este fin (Banco Mundial, 2013). Esta última categoría es similar al régimen subsidiado en Colombia, dado que el Estado le paga a la CCSS la afiliación de las personas que sean elegibles de acuerdo con un análisis de su nivel de pobreza. Sin embargo, en el estudio hecho por Castaño, se encuentra que cerca de 460.000 personas no están afiliadas. Lo anterior se debe a que se encuentran en sector informal de la economía y no tienen dinero suficiente para pagar la cuota mensual de afiliación, pero tampoco son elegibles para poderse beneficiar del seguro por cuenta del Estado, lo cual supone un reto y plan de acción para la CCSS.

En cuanto al financiamiento de la CCSS, depende en gran medida de contribuciones relacionadas con el funcionamiento y las políticas de empleo. Sin embargo, es relevante mencionar que el sistema se encuentra bajo presión dado que una proporción creciente de la fuerza laboral está en el sector informal. En el 2017 sólo el 53% de la población son contribuyentes formales de la CCSS, comparado con el 70% de diez años atrás (OCDE, 2017).

Según un estudio realizado por el Banco Mundial en el 2013, el régimen contributivo es obligatorio para todas las personas empleadas en el sector formal y se financia mediante un impuesto sobre la nómina del 15%, que procede de las cotizaciones de los empresarios, los trabajadores y el gobierno que pagan el 9,3%, el 5,5% y el 0,25%, respectivamente. Adicionalmente, los jubilados también cotizan el 14% de los ingresos por pensiones. También existe un Régimen de Seguro Voluntario de Salud que se financia con las cotizaciones de los particulares, los cuales deben aportar 10,3% de los ingresos declarados para los trabajadores independientes. Sin embargo, una vez que un individuo está afiliado, las cotizaciones pasan a ser obligatorias, ya que la persona no puede retirar su afiliación al seguro social de enfermedad.

Todas las fuentes de financiación se fusionan en un fondo único gestionado por la unidad central de administración financiera de la CCSS. De este fondo común del seguro social de enfermedad, los recursos se dirigen a las unidades administrativas y de asistencia sanitaria. No obstante, cabe mencionar la estabilidad del sistema, la cual se pone en peligro teniendo en cuenta que la pirámide costarricense ha ido evolucionando. En 1990, la población mayor de 65 años representaba sólo el 5%, pero se espera que aumente hasta el 21% de la población total en 2050 (OCDE, 2017). Si bien según el estudio que hizo Ramón Abel a finales del 2022, Costa Rica tiene indicadores de expectativa de vida al nacer, mortalidad materna y mortalidad evitable claramente mejores que los de Colombia; no se debe dejar de lado la tendencia de envejecimiento de la población, sumado a la creciente participación de la población en el mercado laboral informal, por lo cual el sistema deberá ajustarse el cinturón o encontrar otras maneras de financiamiento.

Por otro lado, cabe resaltar la tendencia que se ha visto de adquirir algún seguro voluntario. Lo anterior corresponde en parte a los tiempos de espera que deben asumir las personas para recibir consultas a especialistas. Los tiempos de espera se encuentran alrededor de 2 a 3 años y hasta 10 si son cirugías electivas (Abel, 2022). La capacidad de resolución en atención de segundo y tercer nivel es limitada lo cual genera este tipo de problemas y a su vez problemas de equidad dado que la personas que tienen recursos prefieren pagar a especialistas que trabajen en el campo privado.

Finalmente, respecto al gasto nacional en salud también encontramos una tendencia creciente. En el año 2017, este gasto representa el 9,3% del PIB lo cual se encuentra por encima del promedio de la OCDE. Sin embargo, según una revisión de las Cuentas Nacionales de Salud revela que el mayor incremento no se da en el gasto público (CCSS u otras entidades públicas) sino en el gasto privado. Según el Banco Mundial, de 1995 a 2010, la proporción del gasto privado aumentó más, pasando del 23,5% al 32% del Gasto Nacional Total en Salud. Debido a los problemas de atención de segundo y tercer nivel, las personas deben aumentar su gasto de bolsillo para recibir servicios de atención de la salud en el sector privado.

4. Conclusiones

Para finalizar se puede concluir que los innegables avances como lo son el aumento en la cobertura, la disminución en el gasto de bolsillo, la igualación entre la UPC de ambos regímenes, los mejores resultados atención y calidad, en los últimos 30 años se han dado de la mano del aseguramiento, lo que se traduce en la funcionalidad de las EPS. No se desconoce que se debe seguir propendiendo por la mejora en cuanto al cierre de brechas territoriales y resultados en atención de prevención y promoción, para fortalecer de manera integral la atención en salud.

Así las cosas, la posible eliminación del rol de los aseguradores, tal como ha planteado el gobierno nacional, tendría impactos en el flujo de los recursos del sistema al proponer a la ADRES como pagador único, situación que ya experimentamos con el FOSYGA y no tuvo éxito.

También afectaría la correcta y eficaz prestación de los servicios, pues al querer centralizar la atención en los CAPS y en la red de hospitales públicos, se pondrían en riesgo los avances que hemos tenido en cuanto a acceso, oportunidad y calidad en el servicio, como lo sugieren los casos de estudio que se analizaron. Esto a su vez, repercute la capacidad institucionalidad de las entidades territoriales, las cuales aún muestran brechas abismales en cuanto a gestión de recursos a lo largo del país.

Por otra parte, una transición desordenada puede significar presiones fiscales para el gobierno que son insostenibles en el corto y mediano plazo, sobre todo en un escenario de convulsión macroeconómica como el que vive hoy el país y el mundo. Además, la reforma puede tener un impacto directo sobre el bolsillo de los usuarios del sistema, tal y como sucedió en México y Costa Rica, ante la desmejora de oportunidad del servicio. En este sentido, un incremento en el gasto en salud por parte de los hogares tiene efectos directos en las cifras de pobreza e indigencia, lo que termina por afectar la calidad de vida de la población.

Otra de las preocupaciones más grandes está en la capacidad estatal de sostener al talento humano en salud. Si bien la reforma propone una Política de formación y educación superior en salud, para orientar las prioridades del talento humano según las necesidades de la población, la precarización de las condiciones laborales dentro del sistema pone en riesgo la calidad del servicio. Esto porque predomina el contrato de prestación de servicios en el sector público (red que quieren fortalecer desde el gobierno), y tampoco se generan suficientes incentivos salariales y no salariales al personal. Además de esto, el talento humano está volcado a la atención clínica, de manera que se debe hacer alianzas con la academia para fortalecer la educación a la atención primaria, foco de la reforma.

Sumado a lo anterior, como se observó en el último apartado, claros ejemplos de fracasos en la ejecución de las reformas son Costa Rica y México. Estos países han incursionado en el modelo de salud enfocado a la atención primaria, preventiva y predictiva, como lo busca la reforma del gobierno. No se puede desconocer la importancia que tiene este tipo de servicios dentro del sistema de salud, pero llevarlos a cabo sin ningún tipo de organización pone en duda la calidad, oportunidad y costo de la prestación de los servicios. En ambos casos, el gasto de bolsillo ha aumentado significativamente, pues luego de que todos los prestadores de servicios fueran públicos, las esperas de tres y cuatro años para citas con especialistas y hasta de diez años para cirugías, en el caso costarricense, hacen que los pacientes recurran a servicios privados. Esto se traduce en el retroceso en indicadores clave y, al final, terminar perjudicando a los más vulnerables, poniendo en riesgo el acceso equitativo de la población, puntualmente a los más pobres y enfermos.