

Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias

Colombian Health spending 1993-2003: its composition and trends

Gilberto Barón-Leguizamón

Consultor independiente. gi_baron@cable.net.co

Recibido 4 Mayo 2006/Enviado para Modificación 8 Octubre 2006/Aceptado 12 Enero 2007

RESUMEN

Objetivo El análisis en torno a 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.

Metodología Los resultados obtenidos responden a un esfuerzo más o menos continuo de sistematización y estandarización de la metodología adoptada y de actualización de cálculos y estimativos para un periodo de once años, justamente durante el cual ha tenido vigencia la reforma de la Ley 100 de 1993. El análisis de los mismos permite identificar cambios en los flujos de recursos y establecer comparaciones objetivas de acuerdo con estándares internacionales disponibles. El proyecto comenzó a desarrollarse en el Departamento Nacional de Planeación y tuvo allí una continuidad de cinco años, pasando luego al Programa de Apoyo a la Reforma de Salud del Ministerio de la Protección Social, donde ha tenido nuevas proyecciones institucionales durante los últimos cuatro años.

Resultados La contribución tal vez más importante del trabajo consiste en la producción de estimativos anuales del gasto total en salud, público y privado, como series de tiempo y para un periodo relativamente significativo.

Discusión Los resultados confirman un cumplimiento de los supuestos de la reforma en términos del monto significativo de recursos canalizados al sector, sustitución importante en el financiamiento del gasto privado por gasto de aseguramiento, mayor dinamismo e importancia de los fondos públicos en el financiamiento del gasto total y manejo de un segmento importante de recursos, por parte de algunos de los nuevos agentes, creados con la reforma. Lo cual contrasta con la poca importancia del gasto en promoción y prevención y en los programas de salud pública y los programas de atención básica.

Palabras Clave: Seguridad social, sistema de salud, Colombia (fuente: *DECS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Analysing the magnitude, composition, evolution and trends in Colombian national spending on health, forming a proposal and making an important contribution towards knowledge re the reality of social health security.

Methodology The results obtained respond to an ongoing effort to systematise and standardise the adopted methodology and update calculations and estimates for the eleven-year period during which Law 100/1993 was being reformed. Analysing the above led to identifying changes in the flow of resources and establishing objective comparisons according to current/available international standards. The project began in the Colombian Planning Department (lasting 5 years) and was then passed to the Ministry of Social Protection's Health Reform Support Programme where new institutional scope has been applied during the last four years.

Results Perhaps the work's most important contribution consists of producing annual estimates of total public and private spending on health as a time-series, for a relatively significant period.

Discussion The results confirm fulfilment of the reform's suppositions in terms of the significant amount of resources channelled to the sector, the important substitution of financing private spending for spending on health insurance, greater dynamism and the importance of public funds in financing total spending and the managing of an important segment of such resources by some of the new agents created by the reform. This contrasts with the little importance paid to spending on promotion and prevention and on public health and basic attention programmes.

Key Words: Social security, healthcare system, Colombia (source: *MeSH, NLM*).

El propósito del artículo consiste en señalar y describir los cambios más significativos en el tamaño, composición, evolución y tendencias del gasto total nacional en salud, como efectos de las reformas adoptadas en el sistema colombiano de salud, mediante las Leyes 60 y 100 de 1993. La Ley 60, en desarrollo de la Constitución Política de 1991, promovió la descentralización de competencias y de recursos en el sector de la salud, a través de las transferencias de la nación a los entes territoriales. Fue reformada por la Ley 715 de 2001. La Ley 100 creó el Sistema de Seguridad Social Integral y, como parte de éste, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La reforma adoptada con la Ley 100 se inscribía dentro de unas grandes tendencias de reforma en el ámbito internacional, que en las décadas anteriores sustentaban las concepciones de los sistemas de salud y, por tanto, la orientación de las políticas de atención en salud. En la década de los ochenta, las aplicaciones de la teoría económica ejercieron una marcada influencia en la concepción de los servicios de salud, por lo cual la formulación de las políticas en salud expresaban una alta valoración de los mecanismos de mercado y de los incentivos económicos, lo que conllevaba, a su vez, una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención (1). Luego, a comienzos de los

noventa, dentro de unos procesos amplios de reforma en América Latina, caracterizados por políticas de ajuste y de estabilización macroeconómica, y basados en la apertura externa de las economías y en la desregulación y flexibilización de sus mercados, se introdujeron reformas, en algunos casos de fondo, en los sistemas de salud.

Dentro de ese contexto emergió el enfoque teórico conocido como competencia regulada (2), dadas las características de los mercados de servicios de salud, cuyas conocidas fallas limitan su funcionamiento como mercados competitivos. Dicho enfoque ganó amplio respaldo en las propuestas de reforma impulsadas por entonces, por el Banco Mundial. En tal sentido, la reforma adoptada en Colombia mediante la Ley 100 de 1993 optó por un modelo que combina la acción del Estado con la del mercado, buscando alcanzar mejores condiciones de eficiencia, equidad y calidad de los servicios, y el cumplimiento de los objetivos principales, cuales eran: lograr una cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de tales servicios (3).

De lo anterior resultó la aplicación de dos estrategias básicas: de una parte, la afiliación obligatoria a la seguridad social para toda la población del país; y por otra, la adopción de un esquema de competencia, inspirada en la teoría de la competencia regulada, con el fin de contener costos, aumentar la eficiencia y mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

A diferencia de otros países de similar desarrollo, donde el financiamiento necesario para respaldar el cumplimiento de los objetivos de las reformas de los sistemas de salud se revelaba como un problema crítico, la reforma colombiana obtuvo suficiente respaldo político, expresado incluso desde la propia Constitución Política de 1991, al procurar una inyección importante de recursos, especialmente para la atención de salud de la población más pobre y vulnerable.

De este modo, mediante las leyes 60 y 100 de 1993, se adoptaron estrategias y mecanismos de movilización y mancomunación de los recursos, como la unificación y aumento de las cotizaciones a la seguridad social del 8 al 12 % sobre los ingresos salariales y no salariales, creación de nuevas fuentes de recursos de origen fiscal y aumento y redestinación de otros, cofinanciación o financiación combinada de fuentes fiscales y un mecanismo de solidaridad, para la progresiva asignación de subsidios a la demanda para los grupos de

población más pobre, con un mayor esfuerzo de financiamiento de las entidades territoriales, mediante el sistema de transferencias y los recursos propios de las mismas entidades (3).

En este artículo se presenta un análisis descriptivo que intenta contrastar los resultados de los estimativos del gasto total en salud, según el tamaño, composición y cambios en los flujos de los recursos, tanto desde el punto de vista del origen o financiamiento, como de la destinación o uso de los mismos, con respecto a los supuestos o previsiones iniciales de las reformas y su posible evolución y tendencias esperadas según los objetivos contemplados.

METODOLOGÍA

El método y las categorías empleados en el análisis, se basan en el enfoque metodológico conocido como cuentas nacionales de salud (CNS) basadas en cuentas administrativas, el cual se utiliza desde 1964 en la producción de estimativos y series del gasto nacional en salud, público y privado, de los Estados Unidos (National Health Accounts, US Department of Health and Human Services y Health Care Financing Administration).

Dicha metodología se difundió, a comienzos de los noventa, en países como Egipto, Filipinas y Jordania, México y otros países de América Latina, mediante estudios del Banco Mundial y asesorías de la Universidad de Harvard y otros socios de proyecto a distintos gobiernos. En Colombia la metodología se adoptó como producto de las recomendaciones formuladas por expertos de la Universidad de Harvard en desarrollo de un convenio celebrado en 1994 entre el Ministerio de Salud y la Escuela de Salud Pública de dicha Universidad, para la implementación del plan maestro de la reforma introducida mediante la Ley 100 de 1993 (4).

La metodología permite determinar la composición del gasto según fuentes de financiamiento y, a la vez, según usos de los recursos. De acuerdo con esta última dimensión se definen unas categorías de gasto, de manera específica:

- administración (gastos de personal y generales)
- inversión (infraestructura y dotación, investigación, capacitación y otros)
- atención en salud, según tipos de servicios (ambulatorios, hospitalarios, de promoción y prevención); así como los programas de salud pública y plan de atención básica (PAB)

- demás usos: cubre una gran variedad de conceptos, dada la naturaleza privada y pública de los agentes que intervienen en la administración de los recursos, como por ejemplo, los gastos de publicidad, ventas, comisiones y honorarios y los gastos financieros de las EPS; así como diversas erogaciones por concepto de indemnizaciones, cuotas, sentencias, conciliaciones y otras transferencias corrientes y el servicio de la deuda de las entidades oficiales y de los entes territoriales.

Dado el carácter agregado de los resultados, debe tenerse en cuenta también que ellos integran diferentes componentes del gasto, y diversos agentes dentro de ellos, así:

- gasto privado en seguros voluntarios, incluyendo la medicina prepagada y el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)
- gasto en aseguramiento del régimen contributivo, a través de las entidades promotoras de salud (EPS) privadas y públicas, junto con los regímenes especiales (Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, Fondo de Previsión Social del Magisterio y División de Salud de Ecopetrol) y las entidades adaptadas al sistema (EAS); y del régimen subsidiado, a través de las administradoras del régimen subsidiado (ARS), conformadas por las EPS-RS, las empresas solidarias de salud (ESS) y las cajas de compensación familiar (CCF), incluyendo uniones temporales y convenios interinstitucionales entre éstas.
- gasto público directo del Ministerio de la Protección Social (antiguo Ministerio de Salud) y de sus entidades adscritas, incluyendo los entes territoriales de salud y otros programas y dependencias oficiales
- gasto directo de las familias y los individuos o gasto de bolsillo (pagos realizados con recursos propios de las personas, en el momento de acceder a la prestación de los servicios, independientemente de su condición de afiliados o no al sistema, e incluye lo correspondiente a copagos, cuotas moderadoras o de recuperación y todos los demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud).

Con base en tales componentes, la clasificación del gasto total en salud es como sigue:

- gasto público total: gasto público 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.

Adoptando una ligera variación de la clasificación anterior, el gasto total en seguridad social en salud, sería igual a la suma del gasto de los regímenes contributivo y subsidiado.

Y finalmente, en cuanto al período de análisis, resulta pertinente una caracterización del mismo, según la cual 1993 corresponde a la situación prerreforma, 1994-1995 constituye un periodo de transición donde aún se mantiene la estructura de agentes del sistema anterior, y a partir de 1996, el periodo de consolidación de la reforma, con la entrada en funcionamiento del conjunto de instituciones, agentes y regímenes, en desarrollo de las disposiciones establecidas en las leyes 60 y 100 de 1993.

RESULTADOS

Una de las premisas básicas de la reforma adoptada con la Ley 100 de 1993, era que para garantizar el cumplimiento de sus objetivos esenciales, resultaba indispensable aumentar de manera significativa los recursos de financiamiento para la atención de salud. Los resultados analizados confirman que, en efecto, las reformas produjeron un incremento significativo en los montos de financiamiento, con el consiguiente efecto de aumento en el nivel de gasto total, al pasar éste, como proporción del PIB, de 6,2 % en 1993, a 7,8 % en 2003, tendiendo a estabilizarse en ese nivel durante los cuatro últimos años, y luego de haber alcanzado 9,6 % en 1997 (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Gasto total en salud como proporción del PIB 1993-1997-2000-2003

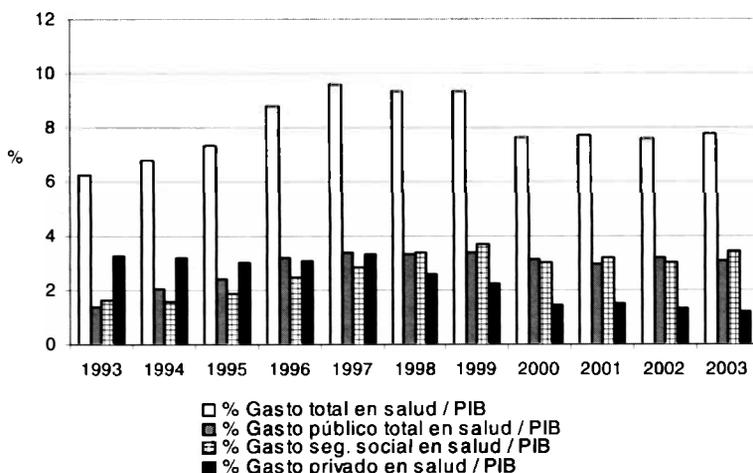
Gasto	1993	1997	2000	2003
% Gasto total en salud / PIB	6,2	9,6	7,7	7,8
% Gasto público total en salud / PIB	1,4	3,4	3,2	3,1
% Gasto seguridad social en salud / PIB	1,6	2,8	3,0	3,5
% Gasto privado en salud / PIB	3,3	3,4	1,5	1,2
% Gasto de bolsillo / PIB	2,7	2,9	0,9	0,6
Gasto per cápita				
En pesos corrientes	87 979	290 805	316 894	392 571
En pesos constantes (2000=100)	255 717	403 147	316 894	320 074
En dólares corrientes	112	255	152	136
En dólares constantes (2000=100)	102	317	152	111

Fuente: Barón (2007).

Obsérvese el significativo aumento del gasto en seguridad social en salud y del gasto público total en salud como proporción del PIB, en contraste con

la disminución del gasto privado, y dentro de éste del gasto de bolsillo, también como proporción del PIB.

Figura 1. Gasto total como porcentaje del PIB 1993-2003



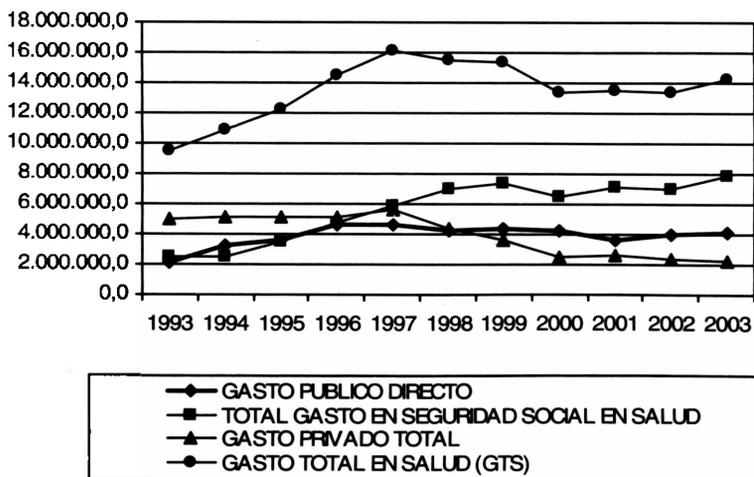
Fuente: Referencia 3

En comparación con otros países de América Latina, Colombia se identifica con un gasto en salud relativamente alto (8,5 % como proporción del PIB, en promedio, durante el periodo 1998-2002), en tanto que el promedio de la región durante el mismo periodo fue de 7 %.

No obstante lo anterior, el gasto per cápita en salud es realmente bajo, por lo cual Colombia con US\$ 152 para 2000, formaba parte de un 66 % de los países del mundo, con un gasto inferior a los US\$ 500 (3).

De otro lado, los resultados señalan cambios importantes en cuanto a la composición y dirección de los flujos de recursos, teniendo como el hecho más destacado, la sustitución operada en el financiamiento del gasto total a través del gasto directo (o de bolsillo), por el gasto proveniente del aseguramiento, especialmente a partir de 1997, lo que de paso explica, la disminución registrada en el gasto total en salud como proporción del PIB (Figura 2).

Figura 2. Evolución del gasto total en salud 1993-2003
(millones de pesos constantes de 2000)



En cuanto a la composición del gasto total en salud (Tabla 2, Figura 3), destaca el incremento significativo de la participación del gasto total en seguridad social en el gasto total en salud, mientras que ocurre lo contrario con la participación relativa del gasto privado, y especialmente del gasto directo de bolsillo, la cual se reduce significativamente durante el periodo.

Tabla 2. Composición del gasto total en salud 1993-1997-2000-2003

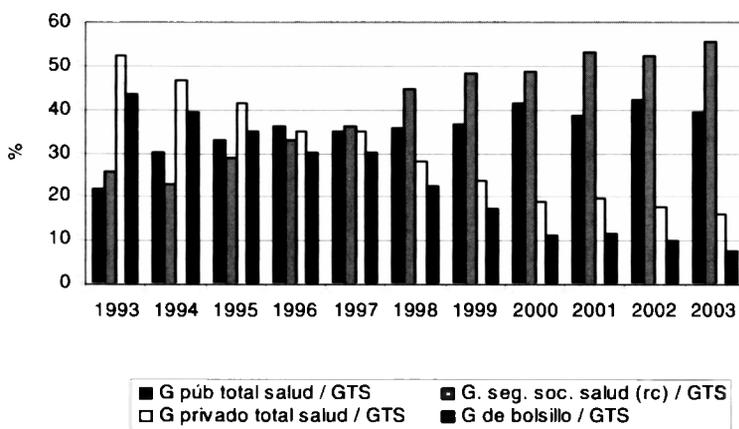
Gasto	1993	1997	2000	2003
% Gasto publico total en salud/GTS	21,9	35,2	41,6	39,6
% Gasto seguridad social en salud (RC)/GTS	25,7	29,7	39,4	44,5
% Gasto total SSS (RC+RS)/GTS	25,7	36,1	48,7	55,5
% Gasto privado en salud/GTS	52,3	35,1	19,1	15,9
% Gasto de bolsillo/GTS	43,7	30,2	11,2	7,5
% GTS GSSS/GTS	44,2	58,4	72,9	76,0
% R.C./GTSGSSS		50,9	54,0	58,5
% R.S./GTSGSSS		11,0	12,9	14,5
% S.O/GTSGSSS		38,1	33,1	26,9

Fuente: Referencia 3

Del mismo modo, en la evolución de los distintos componentes del gasto, se revela como factor más dinámico de crecimiento, el financiamiento público del gasto, especialmente en cuanto se refiere a los subsidios a la demanda (o régimen subsidiado), el cual registra un incremento real (o en pesos constantes del año 2000) de 12,2 % promedio anual durante el periodo 1996-2003, mientras

que el componente del gasto financiado con aportes y cotizaciones a la seguridad social (régimen contributivo) registró un crecimiento real de 5,5 % como promedio anual, también durante el mismo periodo.

Figura 3. Composición del gasto total en salud 1993-2003



Fuente: Referencia 3

Como resultado de lo anterior, puede establecerse también que Colombia, en comparación con los países de similar desarrollo, ha llegado a registrar una participación significativamente alta del gasto público en salud en relación con el gasto total en salud (78,3 % en promedio, durante 1998-2002), de hecho la más alta después de Cuba (85,7 %) en toda la región de América Latina y el Caribe.

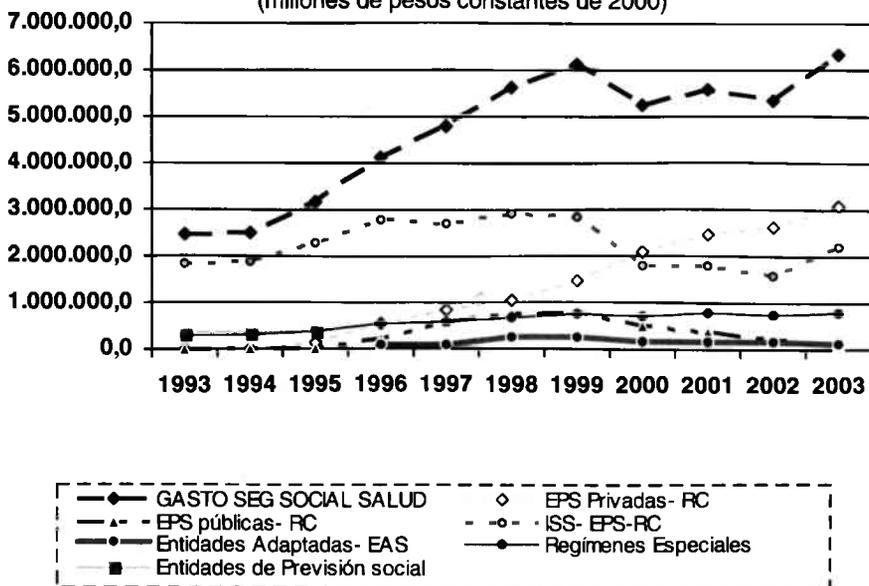
En cuanto a la participación de los agentes del sistema en el manejo de los recursos, resalta el crecimiento sostenido e importante del gasto de las EPS privadas en el gasto total desde 1996, frente a una disminución continua del gasto de las EPS públicas desde 1999. En este sentido también se advierte un contraste o un comportamiento diferencial del gasto del Instituto de Seguros Sociales ISS-EPS, el cual se mantiene en un nivel relativamente alto durante el subperiodo 1993-1999, para luego registrar una disminución significativa en el mismo, a partir de 2000 (Figura 4).

De acuerdo con la metodología adoptada, las cuentas de salud permiten también conocer la estructura y composición tanto de las fuentes de financiamiento, como de los usos de los recursos. Del lado del financiamiento, se consideran cinco categorías: familias, empresas, presupuesto general de la

nación, entes territoriales y recursos de los agentes. Los resultados sugieren, como el hecho más destacado, un aumento en la participación relativa de los fondos públicos provenientes del presupuesto general de la nación y de los entes territoriales, en relación con las demás fuentes de financiamiento: de 21,6 % en 1993 a 28,6 % en 2003, mientras que la participación promedio durante 1996-2003 fue de 27,2 % (Figura 5).

Finalmente, desde el lado de los usos de los recursos y partiendo de las cifras más agregadas, los promedios de participación según categorías durante 1996-2003, son de 66,2 % como gasto de atención en salud, 17 % gastos de administración, 8 % inversión y 8,8 % correspondiente a demás usos (Figura 6). A su vez, el gasto de atención en salud se distribuye (también como porcentajes promedios del mismo periodo): 60 % como atención ambulatoria, 30,6 % como atención hospitalaria, 7,4 % para las actividades de promoción y prevención y el 2,1 % para los programas de salud pública y Plan de Atención Básica (Figura 7).

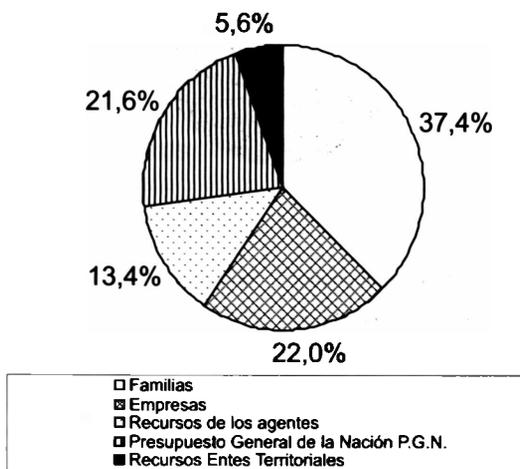
Figura 4. Gasto en seguridad social en salud - Régimen contributivo
(millones de pesos constantes de 2000)



Fuente: Referencia 3

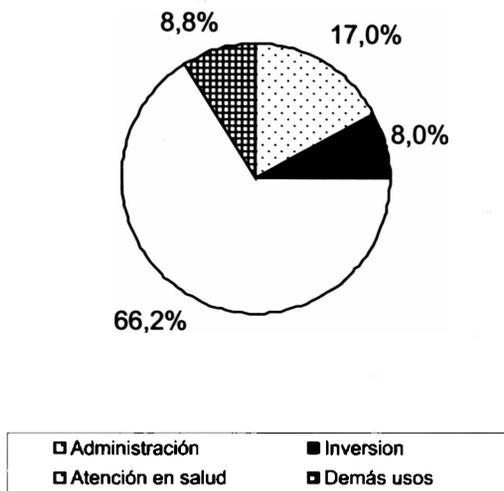
Estos resultados ponen de presente el nivel relativamente alto de los gastos de administración del sistema, frente a participación muy baja de los gastos de promoción, prevención y programas de salud pública.

Figura 5. Financiamiento del gasto total en salud 1996-2003
(Participación porcentual promedio)



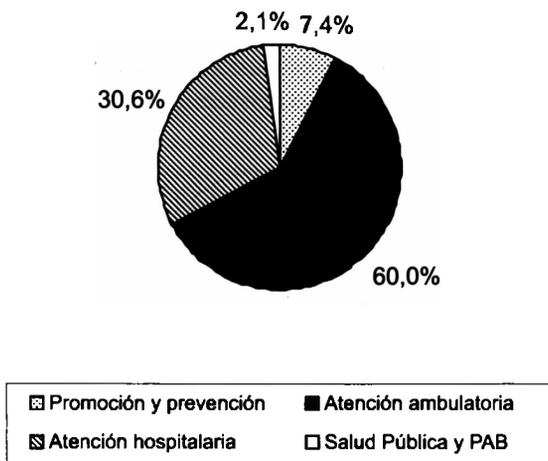
Fuente: Referencia 3

Figura 6. Usos de los recursos 1996-2003
(Participación porcentual promedio)



Fuente: Referencia 3

Figura 7. Distribución del gasto de atención 1996-2003
(Participación porcentual promedio)



Fuente: Referencia 3

DISCUSIÓN

En relación con las clasificaciones propuestas, es preciso reconocer que se debe avanzar en la tarea de armonización con otras metodologías existentes, en nuestro caso con la cuenta satélite de salud y seguridad social, que desde 2002 viene desarrollando el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE en Colombia, especialmente en lo relativo a las clasificaciones internacionales de financiamiento.

Una debilidad manifiesta de la clasificación de fuentes de financiación aquí adoptada, se refiere a la categoría "recursos de los agentes", cuya magnitud es realmente muy alta para el último año del periodo, y en la cual se realiza la imputación con cargo a los recursos patrimoniales de algunos agentes (por ejemplo, las EPS públicas) por pérdida en el ejercicio contable; o como recursos propios, provenientes de la venta neta de servicios (por ejemplo en el caso del Instituto Nacional de Cancerología o el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, entre otros), los cuales, en últimas, se deben seguir rastreando hasta sus fuentes originales, que serían el gobierno, por tratarse de recursos del presupuesto de la nación (aun cuando se denominen "recursos administrados") o, eventualmente, las familias, cuando hay pagos directos por tales servicios.

Del lado de los usos, igualmente se puede hacer una observación similar en relación con la categoría "demás usos". Aquí la cuestión se resuelve más sencillamente, presentando de manera desagregada los conceptos que permiten distinguir, por ejemplo, los gastos no operacionales de las EPS, las ARS o las entidades de medicina prepagada, de otros que se identifican con algunas partidas de transferencias corrientes netas de las entidades oficiales.

Adicionalmente es preciso llamar la atención sobre la necesidad de mejorar y mantener los criterios de sistematicidad y comparabilidad de las encuestas, por ejemplo, manteniendo los mismos periodos de referencia y el mismo nivel de detalle y pertinencia de las preguntas, dentro de una visión de comparabilidad a largo plazo, y no en respuesta a las preocupaciones o intereses coyunturales o de corto plazo, dados los problemas encontrados para las estimaciones de gasto de bolsillo.

Finalmente, hay que señalar que el reto que se plantea para la realización de este tipo de estudios es el de mantener actualizados los resultados de las cuentas, con el propósito de que éstas contribuyan efectivamente al análisis más inmediato del gasto nacional en salud y su financiamiento, y sobre su verdadero impacto en el estado de salud de la población, como la mejor forma de ganar reconocimiento de su utilidad como una herramienta eficaz para la toma de decisiones y la formulación de políticas de salud ♦

REFERENCIAS

1. Restrepo M. La reforma al financiamiento de la salud en Colombia. En: Daniel Titelman y Andras Uthoff (comp), Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica & Cepal, Tomo II; 1999.
2. Enthoven CA. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1988; (13): 125-32.
3. Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento. Ministerio de la Protección Social-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá D.C: Impresol Ediciones Ltda: marzo 2007.
4. Ministerio de Salud/Programa de la Universidad de Harvard. La reforma de salud en Colombia y el Plan maestro de implementación. Informe Final de la Misión de las ESP Universidad de Harvard, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud- BID. Santafé de Bogotá; 1996.