

Financiación del sistema de salud: retos y perspectivas

Catalina Gutiérrez Sourdis, Olga Lucía Acosta Navarro y Eduardo Andrés Alfonso Sierra *

Introducción: ¿por qué un sistema único?

Los sistemas de seguridad social financiados con contribuciones se desarrollaron en América Latina desde mediados del siglo pasado, y fueron la manera tradicional de financiación de las coberturas de protección social, salud y vejez. Más recientemente, desde finales de 1990, se empezó a ampliar de manera voluntaria el sistema contributivo a trabajadores independientes con capacidad de pago. Posteriormente, con miras a lograr la cobertura universal, se diseñó un componente no contributivo para incorporar a la población sin capacidad de pago, financiado con recursos públicos. Estos diseños han generado una gran polémica, porque desincentivan la contribución de personas con capacidad de pago y en algunos casos generan una atención diferencial entre pobres y no pobres, han derivado en complejos sistemas de administración de los fondos y han promovido la informalidad al encarecer el trabajo formal y ofrecer beneficios sin costo a los trabajadores informales. Colombia no es la excepción.

Si los sistemas basados en seguridad social para trabajadores formales excluyen a segmentos importantes de la población, y los sistemas complementarios contributivos han mostrado también sus limitaciones, ¿cuál es entonces la mejor forma de financiar los sistemas de salud en el marco de la transición hacia la cobertura universal? En Colombia, con frecuencia, la respuesta inmediata a esta pregunta ha sido plantear una financiación completa con impuestos generales. La financiación con impuestos generales, sin embargo, genera otras distorsiones económicas y puede aumentar la volatilidad de los recursos dirigidos a salud al someterlos al sistema de aprobación general del presupuesto.

La discusión dicotómica que ha prevalecido en el debate colombiano sobre si debemos movernos hacia un sistema de financiación por impuestos generales o no, oculta la posibilidad de considerar combinaciones innovadoras. Los países se están moviendo hacia regímenes mixtos, con esquemas novedosos de financiación de los cuales podemos aprender y algunos de los cuales podemos aplicar. Más aún, existe una diversidad de bases sobre las cuales se puede recaudar, y varios países han establecido impuestos especiales de destinación específica y han establecido mecanismos innovadores para cobrar y recaudar contribuciones.

El propósito del trabajo es evaluar el sistema de financiación de la salud y su administración, en términos de eficiencia económica y eficiencia administrativa, capacidad de ofrecer protección financiera a los asegurados y equidad (parámetros definidos en el recuadro 1). También se quiere determinar qué tan adecuado resulta el sistema para financiar la salud de los colombianos si el país decide transitar hacia un sistema único de salud.

La evaluación y recomendaciones se realizaron con base en la revisión de los estudios que se han adelantado en los últimos 20 años sobre el tema, una comparación del diseño del sistema frente a lo recomendado por la teoría económica y una revisión internacional en torno a la manera como 58 países del mundo financian sus sistemas de salud.

Principales resultados

El estudio encuentra que el sistema de financiación colombiano generado por la Ley 100 incrementó la protección financiera de los hogares y mejoró sustancialmente la equidad vertical y la capacidad redistributiva del sistema. Sin embargo, hay espacio para mejorar en cuanto a equidad horizontal y en la eficiencia, tanto administrativa como económica. Adicionalmente, será necesario modificar el sistema si el país desea transitar hacia un sistema único de salud, en donde todos los colombianos tengan un único régimen y sistema de contribución, y acceso al mismo paquete de beneficios, de prestadores y de aseguradores.

*Acerca de los autores

Catalina Gutiérrez Sourdis, Economista Ph.D. de New York University. Profesora de la Escuela de Gobierno, Universidad de los Andes.

Olga Lucía Acosta Navarro, Economista, Magíster en Economía y Desarrollo, y Especialista en Política y Regulación Económica de la Universidad de París I. Experta de la Cepal.

Eduardo Andrés Alfonso Sierra, Economista, Magíster de la Universidad de los Andes. Actualmente es consultor.

Recuadro 1.

Criterios para evaluar el desempeño de un sistema de financiación

- **Protección financiera universal:** es la capacidad de cubrir a todas las personas del riesgo de empobrecer debido a un gasto inesperado en salud, independientemente de su estado laboral o su nivel de ingreso. Se mide por el nivel de cobertura, el nivel de gasto de bolsillo, el porcentaje de población que acude a aseguramiento privado y la protección ante eventos catastróficos.
- **Eficiencia administrativa:** es la facilidad y eficiencia con la cual se recaudan, administran, fiscalizan y monitorean los recursos. Se mide por los costos administrativos, el tamaño de las bases impositivas y el nivel de la evasión.
- **Equidad en la distribución del costo de financiar la salud:** en un sistema equitativo, el costo de financiar la salud recae sobre todas las personas; aquellos con mayor capacidad pagan más por los mismos beneficios. La equidad vertical da un tratamiento diferencial a las personas con diferente nivel de ingreso. La equidad horizontal da un tratamiento igual en los pagos y la elegibilidad para recibir servicios entre personas con el mismo nivel de ingreso. Se mide a través de la incidencia de los subsidios y la estructura y progresividad de las contribuciones impositivas.
- **Eficiencia económica:** es la capacidad de recaudar el mayor monto posible con las menores distorsiones económicas. Se mide usualmente por el impacto en la generación de empleo formal y en el desempleo. También se mide por la diferencia entre la disponibilidad para pagar de los ciudadanos por el paquete de servicios ofrecido y el monto que efectivamente pagan.

El desempeño del sistema colombiano

Protección financiera

Uno de los grandes logros del sistema de salud colombiano es el incremento en el grado de protección financiera. Mientras que cada 100 familias no aseguradas, 68 se enfrentan a un evento en salud que genera un gasto catastrófico (gasto superior al 10% de su ingreso), solo 38 familias del régimen subsidiado y 17 del contributivo enfrentan esta situación.

El gasto empobrecedor —aquel que lanza a las familias por debajo de la línea de pobreza— se reduce al 6% para el régimen subsidiado y al 1% para el régimen contributivo, comparado con quienes no pertenecen a ningún régimen de salud y son atendidos directamente en los hospitales con cargo a recursos públicos (vinculados). Ante una necesidad, las limitaciones económicas disminuyeron de manera importante como razón principal para no acudir al médico: en el 2000, el 57% de los colombianos manifestaban no haber acudido al médico ante una necesidad por falta de dinero, mientras que esta cifra era solo el 27% de los habitantes urbanos y 35% de los

habitantes rurales en el 2010. Sin embargo, el sistema es aún más eficiente cubriendo gastos de bolsillo bajos que gastos catastróficos, con lo cual hay espacio para mejorar estos logros.

La revisión realizada de 58 países muestra que Colombia tiene el tercer gasto de bolsillo promedio más bajo, solo mayor al cubano y al holandés. De manera similar, el gasto en seguros privados es del 8%; internacionalmente oscila entre el 0% en Islandia y el 23% y 24% en Brasil y Uruguay, respectivamente.

Eficiencia económica

Para evaluar los efectos del sistema de financiación sobre la eficiencia económica (véase recuadro 1 para definición y medidas), recurrimos a la teoría y revisamos los estudios que se han realizado al respecto en los últimos veinte años. Creemos que la discusión parece estar sobreestimando los efectos de este cambio sobre la formalidad, una característica estructural de las economías en desarrollo.

En Colombia, el sistema de recaudo basado en impuestos sobre la nómina, si bien desincentiva la formalidad, lo hace más por el lado de los trabajadores, quienes optan por no contribuir, que por el de las firmas. La eliminación de los impuestos sobre la nómina pagados por la firma y el trabajador traería beneficios en formalidad, pero las ganancias son modestas, si se tiene en cuenta que estos impuestos tendrían que ser reemplazados por otras fuentes que también recaen sobre las firmas o los consumidores. Los estudios demuestran que las ganancias en formalidad son mayores si se eliminan las contribuciones sobre la nómina pagadas por los empleadores pero no por los trabajadores, de modo similar a los esquemas chileno, israelí y holandés. Mantener la contribución por parte de los trabajadores reduce la cantidad de recursos que se tienen que recolectar por otras fuentes y, con ello, el impacto negativo sobre la generación de empleo formal de estas nuevas fuentes de recaudo.

La teoría económica demuestra que si los trabajadores valoran el paquete, las contribuciones que pagan sobre este no generan distorsiones. La evidencia disponible para Colombia sugiere que los trabajadores sí valoran los beneficios en salud recibidos y, por lo tanto, están dispuestos a pagar por estos. Financiar la seguridad social en salud mediante contribuciones sobre el ingreso laboral es entonces el mecanismo más eficiente.

Para reemplazar los recaudos sobre la nómina aportados por las firmas, lo más conveniente es reemplazarlos por impuestos a la renta (o a las utilidades). Lo importante para reducir la informalidad es eliminar la distinción en las contribuciones entre formales e informales, pues es en este punto donde se introducen las distorsiones y se generan inequidades. Las diferencias en la contribución deben estar dadas solo por el nivel de ingreso y no por el estado ocupacional. Además de ello, desligar las contribuciones de las firmas de la nómina hace que estas contribuciones no estén atadas a un régimen específico, sino que financian todo el sistema de salud, con lo cual se facilita la creación de un régimen único de salud.

Equidad

Para evaluar la equidad del sistema, los autores revisan la incidencia neta de los subsidios, la estructura de las contribuciones y la distribución de la población entre el régimen contributivo y el subsidiado según su capacidad de pago.

La tabla 1 resume los resultados de los trabajos previos sobre incidencia, y muestra un incremento muy importante en la progresividad. Los estudios que comparan la pobreza antes de los subsidios y la pobreza después de los subsidios en salud, encuentran, además, que el sistema de salud también contribuyó a reducir la pobreza en un 4% y la desigualdad en 2 puntos del Gini.

Tabla 1. Subsidios netos como proporción del ingreso del hogar

Quintil	1992	2003	2008
	Molina y Giedion (1994)	Núñez y Acosta (2007)	Núñez (2009)
1	6,2	49,2	38,6
2	3,7	16,2	16,5
3	1,8	8,7	9,7
4	1,0	3,7	5,9
5	0,1	-2,9	1,7

Fuente: elaboración propia con base en Molina y Giedion (1994), Núñez y Acosta (2007) y Núñez (2009).

Si bien el análisis muestra que el sistema de financiación en salud es verticalmente progresivo en promedio, aún mantiene inequidades importantes. Estas últimas están asociadas con las reglas de elegibilidad para el sistema subsidiado y con el diseño de las contribuciones que es diferencial según la posición ocupacional. Por ejemplo, mientras que un independiente debe contribuir con el 12,5% de su ingreso base de cotización, un trabajador formal solo debe aportar el 4%, independientemente de si ambos tienen el mismo nivel de ingreso. Si las firmas no transfieren a los trabajadores el 8,5% con que deben contribuir, en forma de menores salarios, para todo efecto, los cuenta propia estarían contribuyendo más. En el caso de los trabajadores que ganan un salario mínimo o una cifra cercana al salario mínimo, es claro que las firmas no pueden pasar este costo en menores salarios, y, por lo tanto, las inequidades se hacen evidentes. Adicionalmente, se calcula que 4,6 millones de beneficiarios del régimen subsidiado podrían hacer aportes parciales.

Además de las inequidades en el monto de las contribuciones, existen inequidades en los beneficios recibidos según el régimen de afiliación. Los beneficios recibidos se miden como el monto de recursos por afiliado a cada régimen. La tabla 2 muestra las inequidades en este frente: en el 2009 el valor per cápita promedio de los regímenes exceptuados era 15% más alto que el régimen contributivo, y 130% más alto que el régimen subsidiado. Para el régimen de vinculados (aquellos que no están asegurados por el régimen subsidiado o por el contributivo y son atendidos por la red pública con cargo a los recursos públicos), ni

siquiera se dispone de un valor oficial. Si se divide el gasto efectuado por hospitales públicos con cargo directo a los entes territoriales por el número personas sin aseguramiento, el gasto por persona atendida sería de algo más de 2 millones de pesos al año.

Tabla 1. Subsidios netos como proporción del ingreso del hogar

Año	Per cápita contributivo	Per cápita subsidiado	Per cápita prestación de servicios (a)	Per cápita prestación de servicios (b)	Per cápita exceptuados
Per cápita en pesos corrientes					
2004	419,481	186,006	220,524	124,954	621,610
2009	627,536	311,254	2,684,514	170,621	721,302

Nota: a) divide los gastos efectuados sobre el número de no vinculados, b) divide los gastos efectuados sobre el número de usuarios estimados como los no vinculados más el 50% de los afiliados al régimen subsidiado.

Fuente: elaboración propia a partir de datos consolidados por la Cepal.

Recomendaciones

La unificación de los regímenes contributivo y subsidiado no solo es conveniente desde el punto de vista de la equidad, sino que al constituirse como un sistema único de administración, simplificaría el flujo de recursos y facilitaría su vigilancia y control. El país debe moverse hacia un régimen único de aseguramiento financiado con contribuciones, impuestos generales y rentas de destinación específica.

Para esto es indispensable eliminar la asignación individual de las contribuciones de las firmas. Es decir, las firmas no contribuyen a nombre de un trabajador específico, sino a un fondo común —que mancomune los recursos aportados por trabajadores y firmas, y los impuestos nacionales— que después se distribuye entre toda la población. La eliminación del impuesto sobre la nómina pagado por la firma puede reemplazarse con un aumento del impuesto de renta o una sobretasa de destinación específica sobre este impuesto. El cambio debe resultar, en promedio, neutral para los empleadores: en vez de pagar sobre la nómina, ahora pagarían más por renta.

La reforma tributaria reciente avanzó en esta dirección al eliminar las contribuciones sobre nómina pagadas por las firmas para trabajadores que devengan menos de 10 salarios mínimos y reemplazarlo con un impuesto a las utilidades de destinación específica. Sin embargo, la reforma no eliminó la diferenciación que existe entre las contribuciones individuales que deben hacer los cuenta propia (12%) y los asalariados (4%), con lo cual, sigue siendo más oneroso estar afiliado al régimen contributivo para los cuenta propia, de manera que se mantiene un incentivo hacia la no contribución de estos trabajadores. De igual forma, se continúa la distinción entre el régimen contributivo y el subsidiado, con dificultades para pasar de uno a otro sin perder el acceso al régimen subsidiado. Esto mantendrá el incentivo a pertenecer al régimen subsidiado.

La contribución obligatoria de todos los colombianos en proporción a su ingreso no está exenta de dificultades,

entre éstas, quizás la más importante es el control de la evasión y la elusión, para lo cual hay que continuar con los esfuerzos en curso y explorar diferentes alternativas, como atar la cotización al estrato socioeconómico.

La figura 1 ilustra cómo funcionaría un régimen único de salud. Todos los trabajadores pagarían entre el 5 y el 7% de su ingreso, independientemente de si son asalariados o cuenta propia. Para quienes no tienen capacidad de contribuir, el Estado les otorgaría un subsidio a la contribución. Este subsidio debería ser continuo y reducirse paulatinamente a medida que disminuya el ingreso del trabajador hasta hacerse nulo a partir de cierto nivel de ingresos; sería canalizado a través de las entidades territoriales como parte del sistema de asistencia social (Más Familias en Acción y Red Unidos). Esto facilitaría la focalización, la coordinación de beneficios a la población pobre y la disminución de costos frente al montaje de un sistema separado para focalizar el subsidio, además del establecimiento de mecanismos de corresponsabilidad y salida consistentes con el resto de sistema de asistencia social.

Para enfrentar los estados de pérdida de empleo temporal o la discapacidad permanente, sería necesario establecer mecanismos paralelos de seguros de desempleo y protección al cesante para toda la población, que cubrieran directamente las contribuciones a salud en caso de pérdida del empleo. Puede incluso pensarse en un esquema en el cual, parte de la contribución individual obligatoria a salud financie un seguro que garantice el pago de la contribución a salud en caso de desempleo o incapacidad temporal.

Los ciudadanos deberían poder escoger cualquier EPS que desearan, independientemente de si recibieran subsidio o no, y hacer su contribución directamente a estas, o a un fondo universal que se encargaría de remunerar a cada EPS de acuerdo con las unidades de pago por capitación (UPC) de sus afiliados.

Las EPS seguirían actuando como compradoras estratégicas de servicios y agencias aseguradoras. Algunos hospitales requerirían de transferencias directas de la nación para su funcionamiento, pues no cuentan con una población lo suficientemente grande para cubrir los costos fijos. Sin embargo, estos hospitales serían indispensables para asegurar la oferta en zonas apartadas.

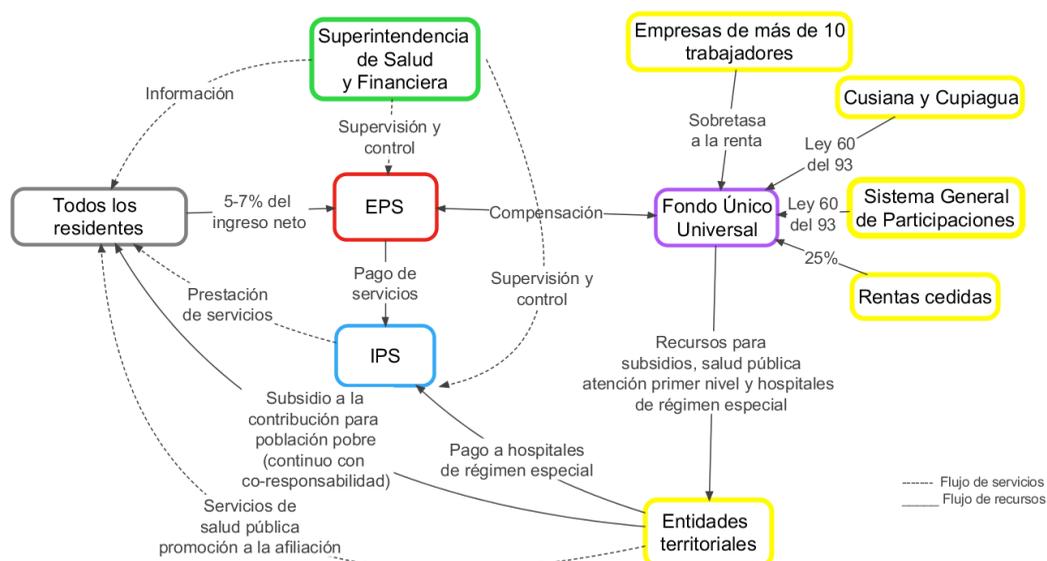
Creemos que esta propuesta soluciona varios de los problemas del sistema actual, y que el país debe pensar seriamente en avanzar en la dirección de un sistema unificado y en mejorar la eficiencia en la administración de los recursos recaudados. Todo ello contribuirá al logro de los objetivos intermedios del sistema de salud y, por lo tanto, a una mejor salud para todos los colombianos.

Recomendaciones de política

Para transitar hacia un sistema único de salud, con una mayor eficiencia administrativa, mejor recaudo y mayor equidad, se propone:

1. Crear un fondo único que se nutra con las contribuciones de los trabajadores, las firmas y los recursos de la nación destinados a la salud.
2. Que todos los colombianos pertenezcan a un régimen único de salud.
3. Que todos los trabajadores, independientemente de si son asalariados o cuenta propia, realicen contribuciones entre un 7% y un 5% de su ingreso. El Estado subsidiará de manera escalonada y progresiva la contribución de los que no puedan pagar.
4. Las contribuciones sobre la nómina pagadas por las firmas se deben reemplazar por una sobretasa a la renta, de destinación específica, pagada por las empresas.
5. Unificar las bases de información aún dispersas y hacer los cruces entre estas y otras bases de información como la DIAN, para reducir la evasión.

Figura 1. Propuesta: estructura de financiación de un régimen único en salud



Fuente: elaboración propia.

Comité editorial

Carlos Caballero, Director Escuela de Gobierno
 Sandra García, Profesora Escuela de Gobierno
 Ana María Ibáñez, Decana Facultad de Economía
 Raquel Bernal, Directora CEDE
 Ximena Peña, Profesora Facultad de Economía
 Camilo López, Coordinador proyectos especiales
 Deiryn Edith Reyes, Secretaria general Escuela de Gobierno

En esta edición

Ximena Peña, Editora
 David Bautista, Diagramación y concepto gráfico
 Edicsson Quitián, Corrección de estilo

CEDE

<http://economia.uniandes.edu.co/CEDE>
 Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo
<http://gobierno.uniandes.edu.co/>