

El Déficit Fiscal de la Salud en Colombia: Estimación de su Pasivo Actuarial

Por: Sergio Clavijo y Camila Torrente ^{*/}

Junio de 2008

Resumen

Este documento analiza el andamiaje del sistema de salud en Colombia con el propósito de establecer una primera aproximación al déficit público-privado generado por el sistema de aseguramiento en salud. Aquí se explica la compleja “plomaría” del sistema de compensaciones y subsidios cruzados y se realizan simulaciones con el fin de obtener órdenes de magnitud de los faltantes fiscales que podrían generarse en los años 2010-2019, cuando se espera haber alcanzado cobertura universal frente a la cifra actual del 86%. Por último, se obtiene un estimativo del Valor Presente Neto (VPN) del déficit fiscal que estaría generando el sistema de salud durante el período 2007-2050, el cual bordea el 97% del PIB (de 2007), cifra tan sólo algo inferior al pasivo actuarial que se ha estimado para las pensiones públicas, tras su período de reformas 2002-2007.

Clasificación JEL: Sistemas Salud (I-180); Seguridad Social (H550); América Lat. (O-540).

^{*/} Director e investigadora de ANIF (Asoc. Nal. Instituciones Finan. de Colombia), respectivamente. Los autores agradecen la información recibida de múltiples actores del sector de la salud en Colombia, incluyendo al Ministerio de Hacienda, el DNP, el Ministerio de Protección Social, así como entidades del sector privado vinculadas a ACEMI (Asoc. Col. de Empresas de Medicina Integral).
Email: sclavijo@anif.com.co

I. Introducción

Históricamente es posible distinguir tres etapas en el desarrollo del sistema de seguridad social a nivel internacional. La primera surgió con la visionaria idea de Otto Bismarck, en 1883, de establecer en Alemania un sistema de ahorro compulsivo que le permitiera al Estado garantizar beneficios de tipo pensional. De esta manera, la población que fuera envejeciendo tendría acceso a algún tipo de ingresos vitalicios resultantes (al menos parcialmente) de los ahorros generados durante su vida laboral como trabajador activo (Clavijo, 2001).

En una segunda etapa, dicho sistema se fue expandiendo hacia el resto de Europa y, en el caso particular de los Estados Unidos, se desarrollaron diversos sistemas de compensaciones laborales durante los años 1901-1928. Con la llegada de la Gran Depresión en 1929-1931, el apetito social por este tipo de compensaciones laborales fue creciendo, dando origen al conocido programa de *New Deal* (1935-36), bajo la Administración de Roosevelt. Dicho programa no sólo dio amplio espacio a la participación sindical, sino que estableció de manera formal el seguro de desempleo y los beneficios pensionales y de salud (Krugman, 2007 p.35ss).

Inicialmente, el fondeo de estos programas recayó sobre las grandes firmas. Ellas vieron con beneplácito la idea de competir por buena mano de obra a través del ofrecimiento de “paquetes de compensación laboral” que incluyeran beneficios pensionales y atención en salud. Esto era preferible a tener que recargar excesivamente los costos laborales directos mediante alzas salariales recurrentes, en un ambiente donde el grado de sindicalización se había elevado del 10% en 1930 a cerca del 30% en 1947.

Inclusive, durante los años cuarenta, el propio gobierno inducía ajustes salariales “progresivos” (premiando sólo a los estratos bajos), pero a cambio de ello las firmas competían ofreciendo sus programas de seguridad social, todo lo cual terminó por generar una mejora sustancial en la distribución del ingreso. Esta fue la base del desarrollo de una amplia clase media, gracias a esa “gran compresión” del diferencial de ingresos generada por el auge de los programas de seguridad social (Krugman, 2007 p.48 ss.).

Pero las grandes firmas norteamericanas se fueron volviendo menos competitivas a nivel internacional durante las décadas 1980-1990, en parte debido al creciente costo laboral derivado de haberse encargado ellas de fondar el sistema de seguridad social en pensiones y en salud. Se inició entonces una tercera etapa en seguridad social signada por el “outsourcing”, con el conocido problema de la creciente informalidad laboral, inclusive en los países desarrollados. Por ejemplo, el ciclo económico en los Estados Unidos había hecho que el aseguramiento en salud, a través de las firmas, fluctuara entre un 57% en 1993 y un 65% en 2001 (antes de la crisis). No obstante, en años recientes (2005-2007) este se ha vuelto a reducir a niveles inferiores del 60% y muestra una tendencia descendente, a pesar del buen desempeño económico. Adicionalmente, la globalización, los tratados de libre comercio y la inmigración han generado una ardua competencia que busca contener los ajustes salariales y los costos laborales indirectos.

En esta tercera etapa (1993 en adelante) se viene hablando sobre la urgencia de impulsar una gran reforma en salud que permita alcanzar cobertura universal, especialmente en los Estados Unidos, cuya cobertura actual es tan sólo del 85%. Existen diversas propuestas, pero el grueso de ellas apunta en la dirección de aprovechar las sinergias de un sistema mixto público-privado. Sólo así podrían superarse los problemas de “selección adversa” (donde nadie quiere atender a los pacientes más riesgosos) y de “riesgo moral” (donde los pacientes más sanos no ven la necesidad, hoy por hoy, de vincularse al sistema de aseguramiento en salud). Todas estas “imperfecciones del mercado de la salud” causan la elevación del costo global de la prestación de servicios de salud. Las mejores prácticas a este respecto se encuentran en Canadá, Gran Bretaña y Alemania. No obstante, también vale la pena examinar el interesante caso de Singapur, donde en las últimas dos décadas se ha venido aplicando el criterio de “Años de Vida-Ajustados por Calidad” a través de un sistema de “cuentas individuales en salud”, similar al utilizado en el caso de las pensiones (Harford, 2007 p. 125ss).

La trayectoria histórica de estas tres etapas de desarrollo de la seguridad social en los Estados Unidos (pensión universal, “compensaciones salariales” y ahora salud-universal) también tiene elementos comunes al desarrollo histórico de América Latina. En el caso particular de Colombia se dieron primero los beneficios de “compensaciones salariales”, con un repunte del movimiento sindical (1940-1950), y posteriormente se

quiso impulsar un sistema de pensión universal, con la creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ISS) en 1967.

Sin embargo, este componente de “prima media” (*pay-as-you-go*) pronto hizo crisis debido a su baja cobertura, tan sólo un 23-25% de la Población Económicamente Activa (PEA). A partir de la Ley 100 de 1993, se instituyó un sistema mixto, permitiendo que las generaciones jóvenes accedieran a un sistema privado de “contribución definida”, a través de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

En paralelo y a través de esa misma Ley 100 de 1993, Colombia también se embarcó en la meta de la cobertura universal en salud, mediante un esquema de aseguramiento masivo, usando un complejo sistema de “subsidiados cruzados”. Así pues, lo que en el mundo desarrollado tomó cerca de 100 años de evolución del sistema de seguridad social, en Colombia se ha tratado de “madurar” en tan sólo 40 años.

A este respecto cabe destacar dos elementos en materia de previsión actuarial en Colombia. Lo primero es que el grueso de los economistas colombianos habíamos anticipado desde principios de los años noventa que el régimen público de “pensión definida” del ISS tendría serias implicaciones fiscales, pues las reservas actuariales del ISS se agotarían hacia mediados de los años 2000, como en efecto ocurrió. Esto explica que, en la actualidad, el presupuesto colombiano deba girar anualmente cerca de 5% del PIB (casi un tercio de sus recaudos tributarios) para atender a tan sólo un millón de pensionados (un 6% de la población), en un régimen cuya base contributiva continúa siendo tan sólo del 25-27% de la PEA.

El segundo aspecto que debemos resaltar es que la “bomba de la seguridad social” tiene otro detonante. Este viene dado por las obligaciones que se están generando en materia de atención en salud y medicamentos, especialmente en momentos en que la población colombiana empieza envejecer. Para el año 2050, la población mayor de 60 años se habrá triplicado, llegando a representar un 18% de la población. Lo más grave es que hasta la fecha no se conoce un estimativo “consistente” del déficit fiscal causado por el sistema de salud a nivel nacional, aunque se han hecho avances importantes para depurar el lado del gasto público-privado en salud (Barón, 2007). El sistema contable de la salud en Colombia es complejo, tanto a nivel del sector público (gobierno nacional

vs. gobiernos locales; sistemas de contribuciones vs. sistemas de compensaciones), como del sector privado (aseguramiento vía EPS vs. prestación de servicios vía IPS).

Este documento analiza el andamiaje del sistema de salud en Colombia con el propósito de establecer una primera aproximación al déficit público-privado generado por este sistema de aseguramiento en salud. Una vez entendida la “plomaría” del sistema de compensaciones y subsidios cruzados, realizaremos una serie de simulaciones con el fin de obtener órdenes de magnitud de los faltantes fiscales que podrían generarse en los años 2010-2020, cuando se espera haber alcanzado cobertura universal frente a la cifra actual del 86%. Por último, presentaremos un estimativo del Valor Presente Neto (VPN) del déficit fiscal que estaría generando el sistema de salud durante el período 2007-2050, bajo un escenario básico en donde no se tendrá en cuenta el deterioro epidemiológico.

Desde ya es fácil prever que dicho déficit fiscal en salud se irá ampliando debido a que éste se ha recargado en aproximadamente dos terceras partes bajo el régimen subsidiado y sólo en una tercera parte sobre el régimen contributivo (Anif, 2007), donde este último se fundamenta en aportes del 12,5% sobre el Ingreso Base de Cotización (IBC). La idea original de la Ley 100 de 1993 era el contrario: haberse apoyado en dos terceras partes en el contributivo y sólo en una tercera parte sobre el subsidiado. Como suele ocurrir, los regímenes de salud desbalanceados tienden a ajustarse a través de la restricción de sus productos, en unos casos “incrementando los tiempos de espera”, en otros reduciendo la calidad de los servicios.

Esta ha sido la historia de los países desarrollados, donde la eficiencia de los sistemas en salud (adicionalmente) es muy diversa. Por ejemplo, mientras Estados Unidos gasta cerca del 12%-16% del PIB en salud, con cobertura de tan sólo el 85%, Gran Bretaña gasta un 6%-8% del PIB, logrando cobertura cuasi-universal (Harford, 2007 p.113 ss.). En Colombia se estima que el gasto total en salud bordea el 8% del PIB, con cobertura del 86%, luego nuestro sistema actual replica muchos de los problemas de los Estados Unidos y seguramente nunca estará en capacidad de replicar la eficiencia del sistema público inglés.

En efecto, nuestros cálculos preliminares (pendientes de efectos epidemiológicos que viene estudiando el Departamento Nacional de Planeación (DNP)) indican que el déficit fiscal causado por el sistema de salud en Colombia (tanto nacional como territorial) está en el rango 1.1-2.1% del PIB anualmente, según se calculen los gastos complementarios de salud (adicionales al Plan Obligatorio de Salud, POS). Si el déficit fiscal “estructural” del Gobierno Central (GC) es del orden del 4%, la cifra de un déficit de 1.1% del PIB en salud resultaría más consistente con dicho cálculo fiscal del GC.

Basados en este estimativo “moderado” de un déficit del 1.8% del PIB en salud, la evolución poblacional nos indica que los ingresos del sistema de salud se irían incrementando gracias a la mayor cobertura del régimen contributivo y a la menor informalidad. Este último efecto basado en mejores sistemas de control, como el PILA que unificó el pago de contribuciones parafiscales y la Base de Datos Única del Sistema de Seguridad Social en Salud (BDUA), a partir del año 2007. Pero, de otra parte, los gastos se irían incrementando a medida que la población va envejeciendo y se acentúa la demanda por servicios en salud (tendientes a extender la esperanza de vida, que actualmente bordea los 72 años en Colombia y los 78 años en los países avanzados). De hecho según cálculos del DANE, entre 2015 y 2020 la esperanza de vida alcanzaría los 76.2 años, lo que equivale a una ganancia media anual de 0.18 años. El resultado de ello es una trayectoria de déficit fiscal en salud que pasa de 2.1% del PIB a 3.8% en el período 2006 a 2035, para finalmente estabilizarse en niveles del 2.0%.

La anterior trayectoria implica que el Valor Presente Neto (VPN) de los faltantes en salud sería equivalente al 97% del PIB (del año 2006), cifra sólo ligeramente inferior al VPN que se espera caucen los faltantes pensionales (del orden del 160% del PIB). El problema es que mientras los faltantes pensionales pueden reducirse a través de reformas “paramétricas” como las adelantadas en 1993, 2003-2006, los faltantes en salud son difícilmente “acotables”, tanto en su componente de intervenciones quirúrgicas como de medicamentos.

En la segunda parte de este estudio describiremos el arreglo institucional vigente en materia de salud, cubriendo las reformas del período 1993-2007, incluyendo las implicaciones de los límites impuestos a la “integración” EPS-IPS según la Ley 1122 de 2007, ratificada por la Corte Constitucional a finales del 2007. En la tercera parte

presentaremos nuestros estimativos del déficit fiscal en salud y sus respectivos VPN bajo un escenario base en donde el componente de cobertura del SGSSS y la formalidad del mercado laboral determinarán la magnitud de dicho déficit.

II. Estructura del sistema de aseguramiento en salud en Colombia

La Ley 100 de 1993: subsidios cruzados y subsidios a la demanda

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), introducido a través de la Ley 100 de 1993, trajo cambios fundamentales en la operatividad y en el esquema de “organización industrial” del sector salud en Colombia. El principal objetivo de crear un sistema único de aseguramiento era lograr la cobertura universal en salud. Cabe recordar que a principios de la década de los años noventa dicha cobertura tan sólo alcanzaba un 28% de la población. Más aún, se ha estimado que cerca de un 45% de las hospitalizaciones y un 40% de las consultas médicas las atendía directamente el sector privado, manteniéndose entonces un sistema relativamente costoso y de cobertura social muy limitado.

Antes de la expedición de dicha norma, la salud se dividía en tres subsistemas: 1) un área de seguridad social, donde el ISS intentaba cumplir simultáneamente las tareas de previsión social y prestación directa a sus afiliados; 2) un sistema de red pública, el cual manejaba una compleja e ineficiente estructura de hospitales departamentales y municipales; y 3) un sistema privado relativamente costoso en términos per cápita, al cual tenían acceso sólo los estratos altos.

La Ley 100 creó entonces un sistema único de aseguramiento, basado en la aplicación del principio de “subsidios cruzados” entre dos regímenes: el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS). El Régimen Contributivo (RC) reparte el costo de aseguramiento entre el empleador y el empleado, si éste último cuenta con recursos económicos suficientes para ello. Esta porción del RC lo desarrollan principalmente las Empresas Promotoras de Salud (EPS). El Régimen Subsidiado (RS) está reservado (supuestamente) para individuos que no cuentan con recursos económicos suficientes para abordar las contribuciones en salud en su totalidad, por lo cuál el costo de la

cobertura lo asume el gobierno. En el RS el costo de aseguramiento está determinado en función de un plan parcial de medicina relativo al del RC.

Así, el sistema de aseguramiento se basaría en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales estarían encargadas de “redistribuir” los riesgos en salud y administrar el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este paquete de servicios básicos se prestaría a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Los propietarios de las EPS podrían integrar redes de servicios a través de crear sus propias IPS.

Las compensaciones entre los costos asociados a los diferentes rangos salariales se manejarían a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). El Fosyga es la principal herramienta de solidaridad entre los dos regímenes RC-RS, el cual está adscrito al Ministerio de Protección Social y cumple por encargo fiduciario las disposiciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

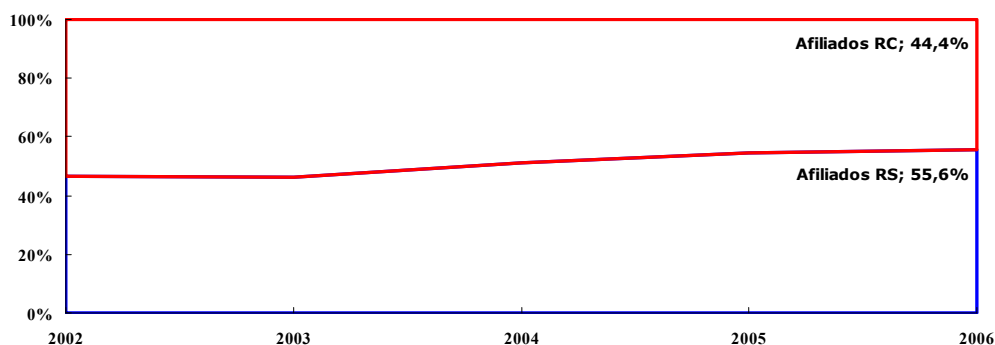
De esta manera, el equilibrio financiero del sistema de salud viene dado por la llamada “Unidad de Pago por Capitalización” (UPC), el cual corresponde al servicio básico estándar del POS. Sobre la base de la UPC el gobierno, a través del Fosyga, adelanta los “cruces de subsidios” y así se determina cuanto, finalmente, debe asumir el Presupuesto General de la Nación (PGN) (una vez descontados los ingresos de otras fuentes tales como los impuestos sobre la nómina, los copagos, etc.).

El paquete básico del POS del RC y RS difiere en el número de servicios médicos que incluyen, siendo el POS del RC más extenso. Asimismo dentro del RS se encuentra el POS de subsidio pleno y el POS de subsidio parcial, donde el primero comprende una atención en salud más completa. Con el tiempo el POS del RS se iría mejorando en cantidad-calidad hasta configurar un POS-Complementario, cuyo alcance dependería del equilibrio financiero que se alcanzara entre el RC y el RS. En teoría, el sistema contributivo debería expandirse hasta fondear cerca de dos terceras partes del sistema de salud, dejándole al fisco colombiano el financiamiento de tan sólo una tercera parte del sistema (la parte no-contributiva).

Como veremos, este no ha sido el caso y en la actualidad la sostenibilidad del régimen de salud en Colombia se puede ver amenazada (bajo su estructura actual) debido a que

se ha recargado en más del 55% sobre el régimen no-contributivo (subsidiado)(ver gráfico 1). Más aún, la imposibilidad fiscal de continuar elevando el valor de la UPC ha hecho difícil expandir el servicio básico representado por el POS actual, aunque se ha logrado incrementar la cobertura a cerca del 86% de la población total al cierre del año 2006. Adicionalmente, el sector público ha permanecido con sobre-cargas en materia de salud, debido al tratamiento especial de los sectores de las Fuerzas Militares-Policía Nacional, el Magisterio y Ecopetrol y los constantes aportes de capital al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y a las Empresas Sociales de Estado (ESE).

Gráfico 1. Afiliados al Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado como proporción de la población total afiliada (2002-2006, %)



Fuente: Ministerio de Protección Social y cálculos Anif

Otro cambio crucial que trajo la Ley 100 radicó en el re-direccionamiento de los subsidios pasando del sistema de “oferta” a un sistema de subsidios basado en la “demanda”. Esto quiere decir que, en vez de asignar los recursos públicos en bloque a las diferentes entidades de la salud (puestos de salud, hospitales de niveles I a III, etc.), se pasó a promover la competencia en la prestación de los servicios.

Como veremos, las entidades públicas regionales han enfrentado serias dificultades en el aprendizaje de estos nuevos procesos de “facturación”, lo cual ha retrasado el tránsito de la “oferta” hacia la “demanda”. En cambio, el sistema privado hizo una integración vertical de sus servicios de salud (EPS-IPS) y posteriormente lo extendió al sistema de Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), ganando importantes sinergias. En el 2007 se expidió la Ley 1122 de 2007 que restringió la contratación, por parte de las

EPS, de servicios de salud con IPS propias a un total del 30% del total de servicios de salud contratados. Esto con el fin de controlar los procesos de calidad y continuar promoviendo la competencia en el mercado.

En lo referente al Fosyga se sabe que éste administra cuatro subcuentas: Solidaridad, Compensación, Promoción y Riesgos Catastróficos-Accidentes de Tráfico (ECAT). La subcuenta de Compensación administra los déficit/superávit de las contribuciones de los afiliados del RC a las EPS y la subcuenta de Solidaridad gestiona los recursos de cofinanciación entre el RC y RS que corresponden al 1.5% de las cotizaciones a salud por las empresas y trabajadores independientes. La ley 1122 de 2007 aumentó en 0.5% la cotización de los regímenes especiales (a cargo del empleador) para así completar el 1.5% que se destina a la cuenta de solidaridad (Artículo 204, Ley 1122 de 2007).

Avances en la cobertura de salud

En el período 1995-2006 se lograron importantes avances en materia de cobertura en salud. El número de afiliados al RS pasó de 4.8 millones (12.4% de la población) a más de 20 millones (cerca del 46% de la población), mientras que los afiliados al RC se triplicaron al pasar de 5 millones (13% de la población) a casi 17 millones (un 40% de la población). De esta forma, hoy en día el 86% de la población colombiana tiene cobertura en salud, donde el 55% proviene del RS y el 45% del RC. Esta cifra del 86% de cobertura representa un avance importante respecto al 28% de cobertura que se tenía antes de la implementación de la Ley 100 de 1993. De otra parte, la población cubierta por los regímenes especiales en salud (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol y Magisterios) está alrededor del 5%, con lo cual se tiene que la cobertura total en salud es cercana al 90% (por toda fuente). Así Colombia continúa acercándose a la meta de cobertura universal, aunque el paquete POS y la calidad del mismo aún dejan mucho que desear.

El costo anual de alcanzar la cobertura universal, teniendo en cuenta los 6 millones de personas faltantes, es de aproximadamente \$1.3 billones (a precios de 2006). Por otro lado, mantener la cobertura universal en los próximos años implica un costo aproximado de \$6.5 billones (a precios de 2006), según cálculos del Ministerio de Protección Social. La Ley 797 de 2003 y La Ley 1122 de 2007 permitieron incrementar

las cotizaciones del RC en 0.5%, pasando de 12% a 12.5% de la nómina, para ayudar a fondar el sistema de salud del RS-adicional, estimándose que esto representará \$400 millones anuales adicionales. Esto quiere decir que el remanente \$4 billones (= \$6.5 - \$1.5) tendrá que fondearse a través del presupuesto nacional, lo cual representa un esfuerzo equivalente a 1.6% del PIB anualmente. El problema con este esquema de apoyarse en mayores cargas parafiscales es que promueve la informalidad laboral y un recargo del fondeo en el RS, en vez del RC.

Descentralización en el sector salud

La descentralización del sector de la salud se implementó a través de la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2000. En cada ocasión se ha ampliado el llamado Sistema General de Participaciones (SGP), según mandato Constitucional (Artículos 356-357).

El principal objetivo de la ley 715 de 2001 fue reducir la volatilidad de los recursos destinados a financiar la inversión social como consecuencia de la inestabilidad en los ingresos corrientes de la nación. El Sistema General de Participaciones (SGP), antes reconocido como el “Situado Fiscal”, se distribuye de la siguiente forma: 60% en educación, 20% en salud y el remanente destinado al sector con la meta de cobertura más exigente. Por su parte, la Nación asigna el 15% del SGP entre las diferentes entidades territoriales y el 85% restante se destina a los gastos de los usuarios de salud y educación.

En el gráfico 2 se observa cómo en 2006 los recursos del SGP se dividieron en educación (58.5%), salud (24.5%) y propósitos generales (17%). Los recursos destinados a salud que en total ascendieron a \$3.5 billones se destinaron así: 48.3% para subsidios a la demanda con el fin de mantener la cobertura actual; 38.3% para prestación de servicios o subsidios a la oferta; 10.3% para salud pública como campañas de prevención y 2.3% para ampliación de cobertura.

Como ya lo explicamos, uno de los objetivos centrales de la Ley 100 era pasar del sistema de subsidios por el lado de la oferta hacia el lado de la demanda. Esto se refleja en las estadísticas de salud pero no con la celeridad que se hubiera querido. Por ejemplo, mientras los subsidios por el lado de la oferta cayeron de representar un 42.7%

en 1996 a un 26.9% en 2003, los subsidios por el lado de la demanda se incrementaron al pasar de 6.4% a 14.5% durante ese mismo período. De otra parte, el gasto del RC se elevó de 50.9% a 58.5% entre 1996-2003.

Composición del gasto en salud y comparaciones internacionales

Colombia asignó al sector de la salud cerca de 7.7% del PIB en el año 2003 y registró un promedio de 8.5% del PIB durante los años 1998-2002. Esta última cifra es superior al 5.9% del PIB que ha venido asignado Chile ó al 5.7% del PIB registrado por México (promedios de 1998-2002). Colombia supera de forma aún más significativa en asignaciones de recursos a la salud cuando se le compara con los países andinos. Por ejemplo, Ecuador ha venido asignando solo el 4.8% del PIB y Venezuela el 5.4% del PIB al sector salud en años recientes.

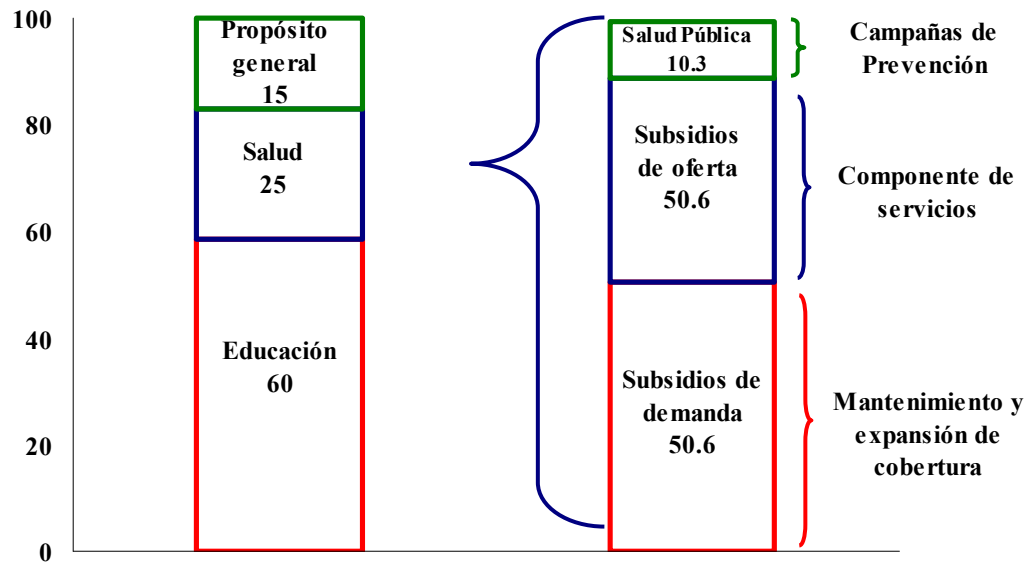
Podría pensarse que se trata de asignaciones bajas frente a las del mundo desarrollado, pero no es así. En efecto, el promedio del gasto en salud, durante los años 1998-2002, fue de 7.3% del PIB en el Reino Unido y de 7.6% del PIB en Japón. Según Barón (2007), Colombia es uno de los países donde el gasto en salud se ha acelerado de forma pronunciada, pasando de 6.2% a 7.7% del PIB durante los años 1993-2003. Así mismo, la afiliación total al sistema de salud pasó de 28% a 83% de la población durante estos mismos años.

De hecho al desagregar el gasto en salud entre gasto público y gasto privado se observa que en promedio entre 1998 y 2002 el gasto público representó el 78.3% del gasto total en salud. Cuba fue el único país que superó este promedio (85.7%), mientras que el gasto público en salud de países como Chile (41.2%), México (46.0%) y Venezuela (50.3%) se ubicó muy por debajo del promedio colombiano. En países desarrollados como Estados Unidos y Suiza el gasto público representó en promedio entre 1998 y 2002 el 47% y 56%, respectivamente, del gasto total en salud.

Como lo señalamos, en el caso de Colombia se observa una leve reducción en el gasto total en salud a partir de 1998, estabilizándose alrededor de 7.7% del PIB. En parte esto obedeció a la crisis del período 1998-2002, cuando la caída de los ingresos del gobierno

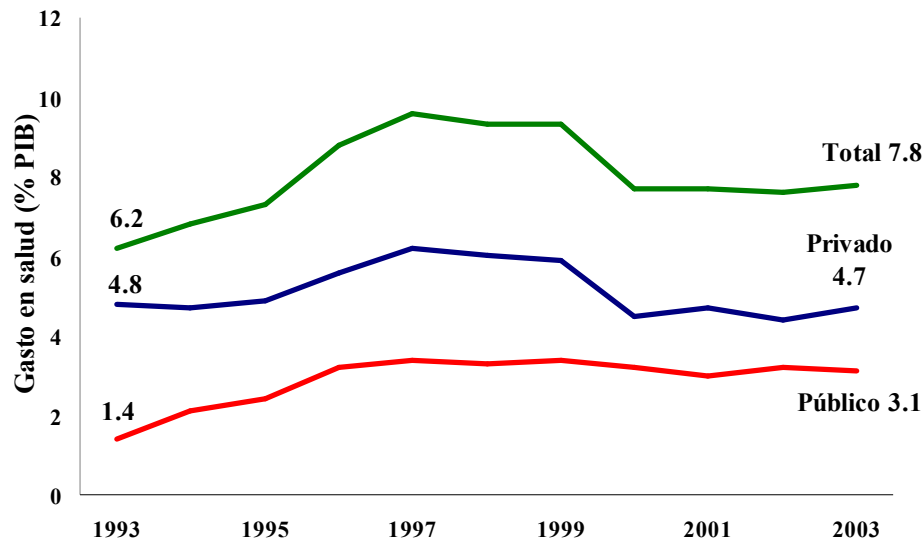
redujo las transferencias territoriales, afectando el RS, y en parte se explica por el incremento del desempleo y la informalidad (ver gráfico 3).

Gráfico 2. Recursos de transferencias territoriales (SGP) para salud por fuentes y usos (2006, %)



Fuente: Ministerio de Protección Social y cálculos Anif

**Gráfico 3. Gasto en salud en Colombia
(1993-2003)**



Fuente: Ministerio de Protección Social y cálculos Anif

III. Estimación del déficit fiscal en salud y de su Valor Presente Neto (2006-2050)

Existen dos tipos de factores que determinan la evolución del costo de la salud (Oliveira-Maisonnewe-Bjornerud, 2006). Los factores demográficos son aquellos como el crecimiento de la población y el perfil epidemiológico de ésta, mientras que los factores no demográficos se pueden entender como el ingreso y la tecnología. En este documento nos concentraremos en el efecto de variables no demográficas, tales como el efecto de los arreglos institucionales del sistema de salud. Ello nos permitirá establecer la evolución del déficit fiscal en salud durante el período 2007-2050 y su VPN (aproximado) para Colombia.

Mantener el perfil epidemiológico constante es consistente bajo la hipótesis de que la expectativa de vida aumenta en paralelo con los años saludables de vida. Así, un incremento en la porción de mayores de 60 años no necesariamente implica incrementos proporcionales en el costo de la salud. De otra parte, en la medida en que el aseguramiento en salud se incrementé, esto ayuda a estabilizar el costo per-cápita en salud. Asimismo, los estudios para la OECD (1981-2002) señalan que el gasto en salud

aumentó a un ritmo del 3.6% anual, donde 0.3% está explicado por cambios demográficos, 2.3% por factores no demográficos (ingreso); y el remanente está explicado por variables institucionales y de política.

En 2006, según cálculos del DANE y el DNP, la población total estimada bordeaba los 43.4 millones. Se espera que en 2020 la población total alcance los 50.8 millones, creciendo a una tasa del 1.18% anual entre 2006 y 2010, 1.13% en el siguiente quinquenio y 1.09% entre 2016 y 2020. Entre 2020 y 2050 supondremos que el crecimiento poblacional se estabilizará en un 1% anual y que la expectativa de vida se mantendrá constante en 72.6 años (ver cuadro 1).

De los 43.4 millones de personas en 2006, el 78% correspondía a Población en Edad de Trabajar (PET) (12-65 años) y un 53% de la PET estaba ocupada. En general, la relación PET/Población se ha mantenido constante en Colombia y, en consecuencia, usaremos este supuesto en nuestras proyecciones. De otro lado, cabe resaltar que la relación Ocupados/PET juega un papel central (no demográfico) afectando la demanda por servicios de salud.

En el 2006, el número de cotizantes activos del RC bordeaba los 7.4 millones. Así la relación Cotizantes/Ocupados era del 40%, evidenciando un alto nivel de informalidad laboral y ejerciendo una elevada presión sobre el gasto público social. Como ya lo explicamos, el volumen de cotizantes del RC determina la capacidad de gasto vía POS y gastos-complementarios, equilibrando buena parte del sector privado.

Una de las variables de política económica claves en este modelo viene dada por la meta de cobertura en salud que se trace el gobierno. Como ya lo explicamos, la Ley 100 de 1993 terminó volcando el sistema sobre los recursos públicos y esto se agravará en el período 2008-2012. En efecto, el gobierno espera que para el 2010, la cobertura del RS llegue a 24.8 millones de personas, mientras la población afiliada al RC alcance los 17.8 millones. Así las cosas, y con un crecimiento poblacional de 1.18% anual, en el 2010 la cobertura en salud estaría alrededor de 94% de la población total, donde casi el 60% estaría en el RS y sólo un 40% en el RC. En este documento supondremos que estas metas se cumplen a partir del 2011 y que la relación Cotizantes /Ocupados determinará la relación entre Afiliados RS/Afiliados RC.

La cobertura en salud estará determinada por la relación entre el número de cotizantes del RC y la densidad familiar, que en los últimos cinco años ha sido en promedio de 2.26 por cada cotizante. Esto implica que por cada aportante del RC, a razón de una UPC enfrentando unidades de gasto POS, se tendrán que atender 2.26 afiliados.

Cuadro 1. Estimaciones poblacionales y afiliados al SGSSS
(millones de personas)

| | 2006 | 2020 | 2050 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Población total | 43.2 | 50.8 | 68.5 |
| Población en edad de trabajar (78%) | 33.8 | 39.6 | 53.4 |
| Población ocupada (53%) | 17.9 | 21 | 28.3 |
| Afiliados al RS | 20.1 | 26.8 | 34.3 |
| Afiliados al RC | 17.0 | 21.3 | 32.6 |

Fuente: DANE y cálculos Anif.

Fuentes y usos del SGSSS

Los aportes al RC son la principal fuente de ingresos del SGSSS. Por ejemplo, las contribuciones en salud representan el 12.5% del salario mensual de los trabajadores, donde el 8.5% lo asume el empleador y el 4% el trabajador. Adicionalmente, el 5% de las contribuciones parafiscales que van a dar a las Cajas de Compensación Familiar (CCF) (de un equivalente al 4% de la nómina) se debe destinar a financiar subsidios a la demanda del RS.

Los cotizantes al RC se distribuyeron en tres rangos salariales, alto, medio y bajo. Los cotizantes del rango alto se encuentran entre más de 10 y 20 Salarios Mínimos Legales (SML). El rango salarial alto representa el 1% del total de contribuyentes y tiene un salario promedio mensual de 12 SML. El rango salarial medio representa el 12% y devenga en promedio 6 SML y, por último, el rango bajo concentra un 87% de los cotizantes, con un promedio de 2 SML (ver cuadro 2).

Cuadro 2. Cotizantes al régimen contributivo por rango salarial

| | Número de personas (millones) | Participación (%) |
|-----------------------------|--|------------------------------|
| Total | 7.4 | 100 |
| Bajo (>=2 SML) | 6.4 | 87 |
| Medio (<2-10 SML) | 0.9 | 12 |
| Alto (<10-20 SML) | 0.1 | 1 |

Fuente: Superintendencia Financiera y cálculos Anif.

Los gastos del sistema de salud vienen dados por: 1) Plan Obligatorio de Salud (POS); 2) gasto de bolsillo; y 3) aportes parafiscales. El costo del POS corresponde a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que en 2006 equivalía a \$408.000 pesos corrientes, aproximadamente 8.3% de 1 SML en valor anual, para el caso del RC. En el RS, los subsidios de demanda que cubren el POS-Subsidiado están divididos entre: a) subsidios plenos (91% de la población del RS está afiliada bajo esta modalidad) y b) subsidios parciales (9% de la población del RS). La UPC del subsidio pleno representa el 4.4% de 1 SML en valor anual.

De otro lado, el gasto adicional en salud (complementario al gasto POS) está representado por el gasto de bolsillo. Este cálculo se parametrizó con base en observaciones muestrales del año 2001, así: en el rango salarial superior era el 1.3% del SML-anual, en el rango medio un 2.4% y en el bajo un 1.6%. Estudios realizados para los países de la OECD han confirmado que la elasticidad del ingreso al gasto en salud es mayor a 1, luego suponer que este gasto en salud no varía en el tiempo luce consistente. Asimismo resulta consistente con la idea de que el rango salarial alto tiene acceso a planes de medicina complementaria, pero éstos representan una porción baja de sus ingresos totales. Para los afiliados del RS, se aproximó el gasto de bolsillo a través del Sistema General de Participaciones (SGP) y el Fosyga. Así, dado que en el 2006 los subsidios a la oferta en salud estimados alcanzaron los \$3.2 billones, establecimos un gasto per cápita (teniendo en cuenta la población afiliada al RS y los vinculados) de \$120,000 año.

Por último, es bien sabido que el gobierno le inyecta dinero al sector de la salud a través de aportes de capital a los hospitales públicos y a las empresas sociales del Estado.

Nuestro rubro de gastos incluye este tipo de aportes que, por ejemplo, fueron de \$300.000 millones (en promedio), a razón de \$100.000 por afiliado al ISS (un 20% del total de afiliados al RC).

En el caso del Fosyga se manejan cuatro subcuentas. Para fines de este estudio, nos centraremos en las cuentas de Compensación, Solidaridad y ECAT (incluyendo manejo de desplazados). Dejaremos por fuera la de Promoción-Prevención (0.4% del total), pues esta porción se maneja vía POS. Los apoyos presupuestales a la población desplazada (aproximadamente 2.6% de la población total) simbolizan un subsidio de oferta, pero administrado por el Fosyga.

Los fallos de tutela son una fracción importante de las obligaciones en salud que hoy tiene el Estado (a través de la cuenta de Compensación y Solidaridad del Fosyga). Algunos datos preliminares sobre litigios sugieren que de cada diez tutelas unas nueve son falladas a favor del paciente, luego el Fosyga debe proceder a reintegrarles dichos o parte de dichos dineros a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con cargo al fisco nacional. Además de estos gastos las cuentas de compensación y solidaridad deben ejecutar otros gastos no contemplados en la UPC, como es el caso del déficit de UPC que se compensa a las EPS.

Escenario Base – Mejora en formalidad

Teniendo en cuenta la evolución de los factores demográficos y no demográficos antes descritos, construimos tres escenarios, donde las variables claves de política vienen dadas por las metas de cobertura y la relación Cotizantes/Ocupados.

El escenario base considera: 1) un crecimiento poblacional por quinquenios como el descrito anteriormente (1.18% entre 2006-2010; 1.13% entre 2011 y 2015; 1.09% entre 2016 y 2020; y 1.0% en adelante), alcanzando en 2050 una población total estimada de 68.5 millones; 2) la cobertura en salud aumentaría gradualmente de 86% a 98% de la población total entre 2006 y 2050; y 3) la relación Cotizantes/Ocupados pasaría de 40% a 50%, lo que equivale a aumentar el número de cotizantes de 7.4 millones a 14.2 millones entre 2006 y 2050 (ver cuadro 3).

Como Proxy de la formalidad laboral que Colombia alcanzaría en el 2050 se comparó la relación entre formalidad laboral e ingreso per cápita, entre los años 1979-2003 para los países de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México, Perú; entre otros (ver gráfico 4). Partiendo de un PIB per capita para Colombia en 2007 de US\$6.378 (PPP) y con un crecimiento del Producto del orden de 3% en el largo plazo, se obtiene que el PIB per capita se duplicará en 50 años. En otras palabras, para el 2056 el PIB per cápita en Colombia sería cercano al que alcanzó Chile en 2007, US\$13.000(PPP). Luego, teniendo en cuenta la correlación ingreso per cápita-formalidad laboral, en el 2050 Colombia exhibiera una relación Cotizantes/Ocupados del orden del 70%, cifra de la cual se beneficia actualmente Chile. Partiendo de lo anterior se construyeron entonces tres escenarios en donde la relación Cotizantes/Ocupados oscila entre 40%-60%.

El año base de estimación corresponde al 2006, cuando se observó que el sistema de salud recibió \$11.9 billones en contribuciones parafiscales de salud, incluidas las CCF (ver cuadro 4). Estas últimas representan sólo un 1.5% del total de contribuciones. Por rangos salariales las contribuciones se distribuyeron así: el 67% (\$7.9 billones) provino del rango bajo, con 6.4 millones de cotizantes, a razón de 2 SML en promedio. El rango medio representó el 28% y el rango superior el 5% de las contribuciones.

Los gastos están compuestos por aquellos ejecutados por el RC y el RS. En 2006, el total de gastos POS y No-POS del RC sumaron \$10.8 billones. Los gastos POS alcanzaron \$6.9 billones, donde el gasto del rango salarial bajo del RC fue de \$6.0 billones, proveniente de 14.8 millones de afiliados (un 87% del total de afiliados al RC). El gasto No-POS, en 2006, totalizó \$3.9 billones. Esto implica que en términos per cápita (teniendo en cuenta sólo los afiliados al RC) el gasto POS representa el doble del gasto No-POS (\$406.000 vs. \$229.000).

El gasto del RS en 2006 sumó \$7.2 billones, un gasto de \$356.000 por afiliado al RS. En ese año, el 57% del gasto total del RS se hizo vía subsidios a la demanda y el remanente vía subsidios a la oferta (incluyendo los aportes directos al ISS).

El balance de ingresos y gastos (RS+RC) arrojó en 2006, un déficit de \$6.2 billones (un 1.9% del PIB), en donde el superávit del RC (\$0.86 billones) contrarrestó el déficit del RS (\$7.2 billones). Cabe anotar que el déficit del RS es sencillamente el gasto de éste,

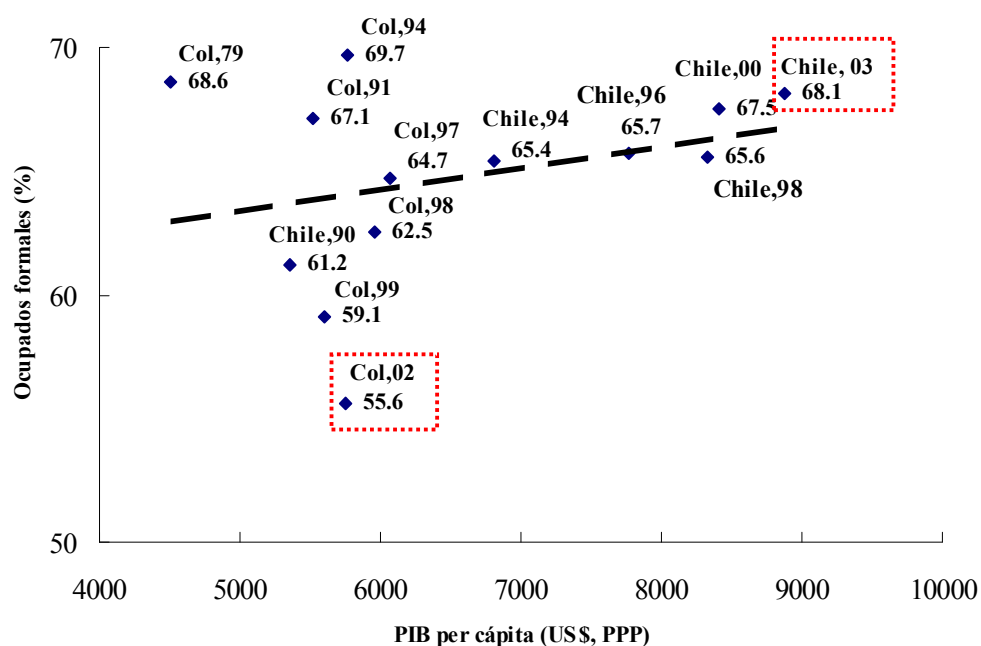
ya que este régimen no realiza ningún tipo de contribución salarial al SGSSS. Por rangos salariales del RC, se observa que el rango alto y medio se encontraban en relativo equilibrio, mientras que el volumen de afiliados del rango bajo conduce a un déficit del orden de \$480.000 millones, un déficit de \$33.000 por afiliado del rango bajo.

En 2006, el sector privado generó un leve superávit de \$0.4 billones (0.1% del PIB), explicado por unas contribuciones de \$11.2 billones y un gasto total (POS y No-POS) de \$10.8 billones. El sector público por su parte registró un déficit de \$7.1 billones (un 2.2% del PIB). En términos de ingreso, el sector público realiza contribuciones al SGSSS por cuenta de un millón de empleados (6% del total de ocupados). Éstos a su vez están divididos entre asalariados de entidades territoriales (6%) y los del gobierno central (94%), incluyendo en estos últimos maestros y fuerza pública.

El financiamiento de los subsidios de demanda de los afiliados al RS se divide entre el ente territorial (que en términos prácticos equivale al mismo presupuesto de la nación) y el Fosyga. Así, los entes territoriales aportan el 15% del subsidio parcial y el 60% del subsidio pleno, aunque existen algunos casos especiales como la población carcelaria, mientras el remanente es financiado por el Fosyga. Como la información acerca del gasto de los entes territoriales es casi nula, para efectos de este trabajo supondremos que el principio de descentralización de los subsidios a la oferta, introducido por la Ley 715 de 2001, se cumple a cabalidad. Esto implica que el gasto No-POS es financiado totalmente por el SGP.

Como resultado de todo lo anterior, hemos establecido que, en el 2006, el sector salud en Colombia pudo haber generado un déficit del orden de los \$6.7 billones, equivalente a 2.1% del PIB, lo cual resulta consistente con un déficit fiscal “estructural” del Gobierno Central (GC) del orden del 4% del PIB.

**Gráfico 4. Correlación PIB per cápita y ocupados formales
(1979-2003)**



Fuente: CEPAL, Panorama Social de América Latina

Proyecciones sobre evolución del déficit en salud 2006-2050

A partir de este déficit de 2.1% del PIB en 2006, hemos evolucionado las diferentes variables poblacionales y laborales, según los criterios ya descritos. Bajo este escenario base (corrección gradual de la informalidad, elevando relación Cotizantes/Ocupados de un 40% a un 50%), se observa que el déficit público en salud se elevaría hasta un 3.8% del PIB en el año 2035 y luego se estabilizaría en el rango 1.8.0%-2.0% del PIB hasta el 2050.

En el gráfico 5 se observa la trayectoria del déficit entre 2006 y 2050. Allí es posible identificar tres fases. En la primera (2006-2010) se tiene una expansión del RS, lo cual ocasiona un rápido deterioro fiscal, cuyo déficit pasa de 2.1% a 2.8% del PIB. Sencillamente, allí las ambiciosas metas de cobertura del gobierno (4.7 millones adicionales, para un total de 24.8 millones de afiliados al RS; y 0.5 millones

adicionales, para un total de 17.8 millones al RC) agotan las ganancias en contribuciones (0.7% del PIB en cuatro años).

Entre el 2010 y el 2035 se observa un constante deterioro del déficit en salud, debido a la expansión del sistema (ya en forma vegetativa). El déficit de salud pasaría de 2.8% del PIB a un máximo de 3.8% del PIB. Este comportamiento obedece al crecimiento de la población afiliada, la cual pasa de 42.6 millones a 56.7 millones, a pesar de que la población total desacelera su crecimiento del 1.13% a 1%. Así, la cobertura aumenta del 94% al 96%, lo que genera más gasto. Por el lado de los ingresos, la relación Cotizantes RC/ Ocupados se mantiene en el rango 40%-47%, mejorando sólo marginalmente las cotizaciones.

Por último, en el período 2036-2050 se observa una estabilización del sistema, reduciendo el déficit del 3.8% a 1.8% del PIB, convergiendo hacia un valor de -2% del PIB. Este efecto convexo del déficit en salud está explicado por el aumento de los cotizantes al RC, gracias a ganancias marginales en formalidad laboral. De hecho, suponemos que en este período la relación Cotizantes/Ocupados aumenta del 47% al 50%.

Otra razón que explica este efecto “U” del déficit del sector salud es la reducción en la brecha entre afiliados al RS y al RC, donde el RS pasa del 54% a 50% y el RC de 46% a 50% de los afiliados. Así las cosas, nuestras simulaciones resaltan algo que resulta obvio en materia de aseguramiento en salud: la expansión de los afiliados corrige los desbalances estructurales en el largo plazo. En efecto, a medida que crece la población y la formalidad laboral, el incremento en la relación Cotizantes RC/Ocupados de 40% a 50%, produce una corrección en la magnitud del faltante vía incremento en cotizaciones. Sin embargo, dicho incremento es insuficiente para compensar la demanda total por gastos en salud, lo que resulta en un déficit “estructural” del orden del 1.8% del PIB.

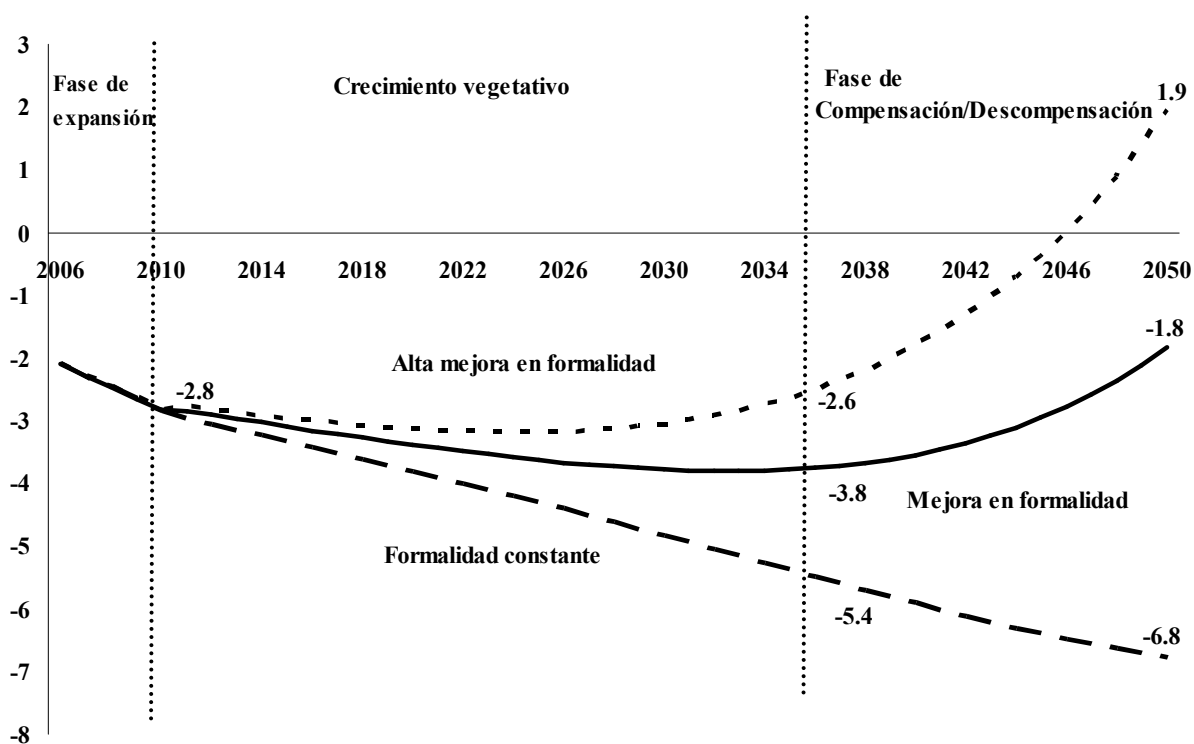
Cabe señalar que si los afiliados al RS están determinados como el remanente entre la población total cubierta y los afiliados al RC (cotizantes al RC* densidad familiar), la relación Subsidios a la demanda/Gasto del RS gana participación al pasar de 57% a 61%, mientras los subsidios a la oferta pasan de 42% a 39%.

Cuadro 3. Supuestos del Escenario Base y Escenario Alternativo

| | Mejora en formalidad (Básico) | | | Formalidad constante | | Alta mejora en formalidad | |
|---|----------------------------------|------|------|-------------------------|------|------------------------------|------|
| | 2006 | 2020 | 2050 | 2020 | 2050 | 2020 | 2050 |
| Cotizantes RC/Ocupados (%) | 40 | 44 | 50 | 40 | 40 | 47 | 60 |
| (millones) | 7.4 | 9.2 | 14.2 | 8.4 | 11.3 | 9.8 | 16.7 |
| Cobertura del SGSSS (%) | 86 | 95 | 98 | 95 | 98 | 95 | 100 |
| (millones) | 37.1 | 48.1 | 67.1 | 48.1 | 67.1 | 48.1 | 68.2 |
| Déficit del sector salud (% PIB) | -2.1 | -3.3 | -1.8 | -3.8 | -6.8 | -3.1 | +1.9 |

Fuente: Ministerio de Protección Social y cálculos Anif.

Gráfico 5. Evolución del déficit en salud 2006-2005
(% del PIB)



Fuente: Ministerio de Protección Social y cálculos Anif.

Cuadro 4. Balance de Ingresos y Gastos para el 2006.

| I. CONTRIBUCIONES | |
|--|-------------|
| Número Total (mill. de cotizantes) | 7,4 |
| Valor Total (bill.) | 11,9 |
| Régimen Contributivo (bill.) | 11,7 |
| Rango Superior (Cotiz. Media* No., bill.) | 0,6 |
| Cotización Media (12 SML*12.5%, mill.) | 7,3 |
| Rango Medio (CM* No., bill.) | 3,3 |
| Cotización Media (6 SML*12.5%, mill.) | 3,7 |
| Rango Bajo (CM* No., bill.) | 7,9 |
| Cotización Media (2 SML*12.5%, mill.) | 1,2 |
| Transferencias Cofamiliares (bill.) | 0,2 |
| II. GASTOS | |
| Número Total (mill.) | 37,1 |
| Valor Total (bill.) | 18,0 |
| Régimen Contributivo (bill.) | 10,8 |
| Número (Cotizantes*Densidad Familiar, mill.) | 17,0 |
| Rango Superior (bill.) | 0,2 |
| POS (UPC*Afiliados RS, bill.) | 0,1 |
| No-POS (1.3%*SML*Afil.,bill.) | 0,1 |
| Rango Medio (billones) | 2,3 |
| POS (UPC*Afiliados RM, bill.) | 0,8 |
| No-POS (1.4%*SML*Afil.,bill.) | 1,4 |
| Rango Bajo (billones) | 8,4 |
| POS (UPC*Afiliados RB, bill.) | 6,0 |
| No-POS (1.6%*SML*Afil.,bill.) | 2,3 |
| Régimen Subsidiado (bill.) | 7,2 |
| Número (mill.) | 20,1 |
| Subsidios Demanda (bill) | 4,1 |
| Afiliados Subsidio Parcial (UPC-SP*Afil.,bill.) | 0,2 |
| Afiliados Subsidio Pleno (UPC-S*Afil., bill.) | 3,9 |
| Subsidios Oferta (bill.) | 2,8 |
| Auxilios Presupuestales (ISS, bill.) | 0,3 |
| III (I-II). Balance Ing. - Gastos (bill.) | -6,1 |
| Régimen Contributivo (bill.) | 0,9 |
| Rango Alto | 0,4 |
| Rango Medio | 1,0 |
| Rango Bajo | -0,5 |
| Régimen Subsidiado (bill.) | -7,2 |
| Subsidio Demanda | -4,1 |
| Subsidio Oferta | -3,1 |
| IV. Balance Sectorial (bill.) | -6,7 |
| % PIB | -2,1 |
| Balance Sector Privado (bill.) | 0,4 |
| Balance Sector Público (bill.) | -7,1 |
| Contribuciones (bill.) | 11,9 |
| Privadas | 11,2 |
| Público (6% Ocupados) | 0,7 |
| Gobierno Central | 0,6 |
| Entidades territoriales (6% Empleados Públicos) | 0,1 |
| Gastos (bill.) | 18,6 |
| Privados | 10,8 |
| Públicos | 7,8 |
| Subsidios a la oferta (presupuesto ISS, bill.) | 0,3 |
| Subsidios a la demanda y oferta RS (bill.) | 6,9 |
| SGP (subsidio dda.+of bill.) | 5,2 |
| Fosyga (subsidio dda, bill.) | 1,7 |
| Subcuentas Fosyga (gasto diferente a UPC, bill.) | 0,6 |

Fuente: cálculos Anif.

Escenario de formalidad laboral en *statu-quo*

En este escenario consideramos: 1) un crecimiento poblacional igual al planteado en el escenario base; 2) la cobertura aumentaría gradualmente de 86% a 98% durante 2006-2050; y 3) la relación Cotizantes/Ocupados se mantiene constante en el 40%, lo que equivale a un aumento de 7.4 millones a 11.3 millones (el número de cotizantes se reduce en 2.9 millones frente al escenario base), ver cuadro 3.

Bajo este escenario de no promoción de la formalidad laboral se observa un constante deterioro del déficit fiscal de la salud hasta alcanzar un 3.8% del PIB en 2020, unos 50 puntos básicos superior al déficit registrado en el escenario base. En este escenario de formalidad laboral constante no se alcanza la “fase de compensación”. En el 2050, bajo este escenario de condiciones constantes, el sector salud registraría un déficit del orden de 6.8% del PIB (ver gráfico 5).

Escenario de alta mejora en formalidad laboral

Este escenario considera: 1) un crecimiento poblacional igual al planteado en el escenario base; 2) la cobertura en salud aumentaría gradualmente de 86% a 100% durante 2006-2050; y 3) la relación Cotizantes/Ocupados se elevaría más rápidamente, pasando del 40% al 60%, lo que equivale a aumentar el número de cotizantes de 7.4 millones a 16.7 millones (2.5 millones más frente al escenario base), ver cuadro 3.

Bajo estas nuevas condiciones se observa que, en el 2024, el sector de la salud alcanzaría su déficit máximo (-3.2% del PIB), 60 puntos porcentuales del PIB menor frente al escenario base y 11 años antes. Así, en el escenario alternativo la “fase de crecimiento” tendría una duración más corta (2010-2024) y la “fase de estabilización” empezaría en el 2027. En el 2050, bajo este escenario de mayor formalidad, el sector salud registraría un superávit del orden de 1.9% del PIB (ver gráfico 5).

Este favorable resultado se explica por el mayor grado de formalidad laboral, lo cual mejora sustancialmente el número de cotizantes. De hecho, la cobertura universal sería posible con niveles de superávit del 1.9% del PIB (suponiendo que no existen riesgos epidemiológicos adicionales). En este sentido, la unificación de datos de afiliados a

través del PILA y del BDUA jugará un papel fundamental en la corrección del déficit fiscal ocasionado por el sector salud en Colombia.

IV. Estimación del pasivo contingente del sector salud (2006-2050)

Con el fin de estimar las obligaciones en salud que hoy tiene el Estado colombiano en un horizonte de 50 años procedimos a calcular el Valor Presente Neto (VPN) de las obligaciones netas del Estado en el sector salud partiendo del escenario base antes descrito.

Se estimaron dos escenarios con diferentes tasas de interés. El primer escenario contempla una tasa de interés de largo plazo del orden del 4%. Esta tasa pasiva de largo plazo equivale al costo de oportunidad del dinero de las obligaciones que el Estado adquirirá en el período 2006-2050. Bajo este escenario las obligaciones brutas en salud del Estado (equivalentes al gasto público) entre el 2006 y 2050 equivalen a 110% del PIB de 2007 (ver cuadro 5). Una vez se descuentan los ingresos esperados, las obligaciones netas públicas se reducen al 97% del PIB (de 2007). Como ya lo mencionamos, en el período 2006-2050, el sector privado mostraría un superávit como consecuencia del negocio del aseguramiento que resultaría equivalente al 35% del PIB (de 2007). Luego, al sumar el déficit del sector público y el superávit del sector privado se obtiene el VPN del balance del sector salud, el cual equivale al -61.4% del PIB (de 2007).

Cabe resaltar, que el resultado de un superávit de 35% del PIB en el sector privado, no significa que este sector se encuentre actualmente en equilibrio, sino que es la forma de presentar contablemente el efecto de los subsidios cruzados. De hecho, el sector privado enfrenta un serio desfase de recursos como consecuencia de los medicamentos y procesos No-POS, con cargo a los ingresos de las EPS, y a la demora en la compensación de afiliados por parte del Fosyga. Adicionalmente, las EPS enfrentan un escenario de mayor siniestralidad. Según cálculos de Acemi, el número de consultas anuales aumentó en 50% entre 1993 y 2006, generando mayores gastos no cubiertos por la UPC. Así mismo, la inflación del sector salud ha registrado en los últimos siete años tasas superiores a la inflación total. En 2007, la inflación del sector salud fue de 6.5%, 80 puntos básicos por encima de la inflación total.

Esto ha resultado en una pérdida de valor de la UPC tanto general como de Promoción y Prevención (PP). Con base en cálculos de Acemi, hemos establecido que, entre 1995 y 2007, la UPC ha perdido 11% de su valor, mientras el valor de la UPC-PP se ha reducido en 20%, deflactados por el IPC y el crecimiento del salario mínimo. Esto como consecuencia de las varias inclusiones que se han realizado al POS entre 2002 y 2006, frente a sólo tres modificaciones en la UPC. En la mayoría de los casos los nuevos procedimientos del POS no cuentan con una debida evaluación contrafactual para determinar si la siniestralidad del evento y su costo promedio amerita un cambio en el valor nominal de la UPC.

Cálculos preliminares han demostrado que el pasivo contingente del componente de *Medicare* del sector salud en Estados Unidos (sin incluir medicamentos) está alrededor del 90% del PIB de 2007. Ahora bien, incluyendo el costo de medicamentos, el pasivo asciende a 259% del PIB de 2007 (ver gráfico 6). Esto implica que si el Estado norteamericano continúa gastando cerca de US\$2 trillones anualmente en el sector salud, se estaría generando un faltante adicional de US\$600 millones por año.

En relación a Colombia, y teniendo en cuenta los grandes problemas de cobertura que enfrenta el sistema de salud de Estados Unidos, es coherente pensar que el pasivo contingente de este país (incluyendo el componente de *Medicaid* en su totalidad) es muy superior al de Colombia. Asimismo, pensamos que nuestro resultado de un VPN del orden del 97% del PIB (de 2007) luce consistente, por ejemplo, con el estimado para el caso de pensiones en Colombia, del orden del 160% del PIB y, además guarda una relación de 61% (Salud/Pensiones), inferior a lo que ocurre en Estados Unidos (221%).

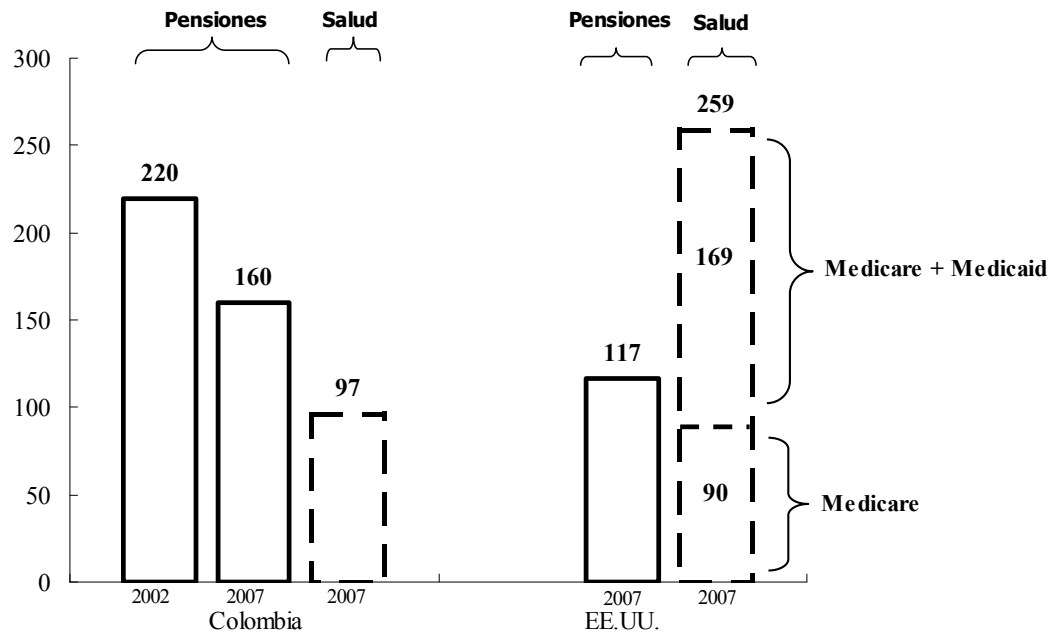
Al calcular el VPN de la salud utilizando una tasa de interés de largo plazo de 5% obtuvimos un pasivo contingente de las obligaciones netas públicas en salud del orden de 80.1% del PIB (de 2007). Este resultado es 17% inferior al obtenido con la tasa del 4%. En este caso la relación de los VPN entre Salud/Pensiones caería al 50%.

Cuadro 5. Cálculo del VPN en salud según tipo de obligaciones
 (% PIB de 2007; superávit (+) ó déficit (-))

| | i=4.0% | i=5.0% |
|---|--------|--------|
| Brutas públicas (Gasto) | -107.0 | -90.5 |
| Netas públicas (Déficit) | -96.9 | -80.1 |
| Netas privadas (Superávit) | + 35.5 | + 27.2 |
| Netas del sector salud (Balance publico+privado) | -61.4 | -52.8 |

Fuente: cálculos Anif.

Gráfico 6. Pasivo contingente del sector salud y pensiones en Colombia y Estados Unidos (% PIB).



Fuente: Departamento Nacional de Planeación y cálculos Anif.

V. Conclusiones

El objetivo de este estudio era realizar una estimación (preliminar) del pasivo contingente del sector salud en Colombia. Para ello, inicialmente establecimos que el sector salud arrojó un faltante del orden del 2.1% del PIB en 2006. Después generamos un escenario base en el cual se produce una corrección gradual de la informalidad laboral, elevando la relación Cotizantes/Ocupados de un 40% a un 50%. A pesar de ello, el déficit público en salud se elevaría hasta un 4.8% del PIB en el año 2035 y luego se estabilizaría en el rango 1.5%-2.0% del PIB hasta el 2050.

Con base en estos “flujos” de la salud, procedimos a estimar el VPN de la salud en Colombia durante el período 2007-2050. Bajo este escenario las obligaciones brutas en salud del Estado (equivalentes al gasto público) suman 110% del PIB de 2007. Una vez se descuentan los ingresos esperados, las obligaciones netas públicas se reducen al 97% del PIB (de 2007). El sector privado mostraría un superávit como consecuencia del negocio del aseguramiento que sería equivalente al 35% del PIB (de 2007). Así, al sumar el déficit del sector público y el superávit del sector privado, obtuvimos que el VPN del balance del sector salud equivaldría al -61.4% del PIB (de 2007).

Cálculos preliminares han demostrado que el pasivo contingente del componente de *Medicare* del sector salud en Estados Unidos (sin incluir medicamentos) está alrededor del 90% del PIB de 2007, incluyendo los medicamentos el pasivo asciende a 259% del PIB de 2007. En relación a Colombia, y teniendo en cuenta los grandes problemas de cobertura del sistema de salud de Estados Unidos, es coherente pensar que el pasivo contingente de este país (incluyendo *Medicaid*) es muy superior al de Colombia. Por último, creemos que este VPN del 97% del PIB (de 2007) del déficit fiscal en salud luce consistente, por ejemplo, con el estimado para el caso de pensiones en Colombia, del orden del 160% del PIB.

Referencias

- Acosta, O., Ramírez, M., Cañón, C. (2005) *“La viabilidad del sistema de salud: lo que dicen los estudios”*. Fundación Corona-Fundación Santa Fe de Bogotá, Documentos de Trabajo No. 12
- Agenor, P. y Dodson, B. (2006). *“Public infrastructure and growth: new channels and policy implications”*. Artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D’ Italia en Perugia, Marzo 30- Abril 1 de 2006.
- Barón, G. (2007) *“Cuentas de la salud de Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento”*. (Ministerio de Protección Social y Departamento Nacional de Planeación).
- Clavijo, S. (2002) *“Sostenibilidad Pensional y Gasto Social”*. (Libros de Cambio, Alfa Omega, Agosto).
- Clavijo, S. (2004) *“Public debt, contingente liabilities and “debt tolerance”: the case of Colombia”*. Artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D’ Italia en Perugia, Marzo 30- Abril 1 de 2006.
- Clavijo, S. y Torrente, C. (2007) *“La reestructuración del Instituto de Seguros Sociales” Informe Semanal Anif* (No. 897 de 2007).
- Fedesarrollo (2005) *“La reforma al sistema de salud: grandes preocupaciones”*. *Economía y Política* (No. 11, Noviembre 2005).
- Follete, G. y Sheiner, L. (2006) *“A microeconomic perspective on the sustainability of health spending growth in the United States”*. Artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D’ Italia en Perugia, Abril 3-5 de 2008.
- Harford, T. (2007) *“The Under-Cover Economist”*. (Random House, Trade Paper Backs, New York).

Krugman, P. (2007) *“The Conscience of a Liberal”*. (W.W. Norton & Company, New Cork).

Oliviera, J., Maisonneuve, C., Bjornerud, S. (2007) *“Projections of OECD health and long term care expenditures”*. Artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D’ Italia en Perugia, Marzo 30 -Abril 1 de 2006.

Przywara, B. y Costello, D. (2007) *“Health care expenditure projections: results, policy conclusions and recommendations for future work”*. Artículo presentado en el Seminario Fiscal de la Banca D’ Italia en Perugia, Abril 3-5 de 2008.