



Bancolombia

Comentario Económico del día



Centro de Estudios Económicos

Director: Sergio Clavijo

Con la colaboración de Ekaterina Cuéllar y Juan David Idrobo

Julio 18 de 2018

Gasto en salud y esperanza de vida: Ruta de mejores prácticas

Se han logrado avances organizativos importantes en el sector salud de Colombia durante las últimas dos décadas. Detrás de ello está la institucionalidad de una creciente tecnocracia, donde se han destacado los ministros Londoño (q.e.p.d, 2002-2003) y Gaviria (2012-2018). La Administración Duque (2018-2022) también ha acertado al designar como Min-Salud al experimentado Dr. Uribe, con destacada trayectoria internacional y local. Se ha ganado en regulación y supervisión, especialmente en el campo de provisión de medicamentos y estandarización de procesos.

Sin embargo, y tal como lo reconocía recientemente el saliente Min-Salud, el sistema aún muestra serios problemas de sostenibilidad fiscal (ver Revista Dinero, “*El legado del ministro de Salud que más ha durado en Colombia*”, julio 5 de 2018). Este ha sido el resultado (tal vez insalvable) de aplicar la homologación de los regímenes y la universalización de los servicios (resultantes de los fallos de la Corte Constitucional, convalidados a través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015). Anif mostraba ejercicios de simulación financiera que apuntaban en la dirección de un incremento de gasto en salud del orden del 1% del PIB durante el período 2010-2025. Pues bien, todo parece indicar que, durante el período 2013-2018, ya se ha consolidado una presión fiscal adicional por cuenta de la salud pública cercana al 0.5% del PIB, en línea con dichas proyecciones (ver *Comentario Económico del Día* 3 de mayo de 2018).

Las medidas de sostenibilidad financiera aplicadas al sector salud todavía lucen insuficientes debido a que: i) se tiene un sistema donde solo

cerca del 50% de la población cubierta pertenece al Régimen Contributivo (pronto será solo el 30%); ii) no ha resultado rigurosa la aplicación de límites al derecho a la salud (más allá de aquellos que carecen de evidencia científica, son prestados en el exterior o tienen propósitos cosméticos), ver Comisión de Gasto (2017); y iii) existe una acelerada tasa de absorción de las nuevas tecnologías, lo cual podría explicar dos terceras partes del incremento en el gasto público en salud (Gutiérrez, 2018).

En el futuro cercano, el desafío consiste en asegurar una mejor aplicación de los escasos recursos existentes, los cuales deberían reflejarse *pari-passu* en aumentos en la esperanza de vida. El gráfico adjunto muestra cómo los incrementos en el gasto en salud del 5.9% al 8% del PIB en las últimas dos décadas han estado (hasta la fecha) relativamente bien acompañados de ganancias en la esperanza de vida, pasando de 72.7 a 76.2 años durante 2000-2016. Colombia todavía se ubica en la franja de bajo gasto en salud con relación al promedio de la OCDE (8.9% del PIB), pero también es cierto que estamos por debajo de la esperanza de vida promedio de la OCDE (80.6 años). Al compararnos con países pares, encontramos que Colombia exhibe una esperanza de vida ligeramente superior a la de México, pero inferior a la de Chile en 4 años, donde este último logra esos mejores resultados con gastos en salud similares a los de Colombia (8.1% del PIB).

A la vuelta de unos 5 años, Colombia podría estarse moviendo hacia el cuadrante de alto gasto

Continúa

Director: Sergio Clavijo

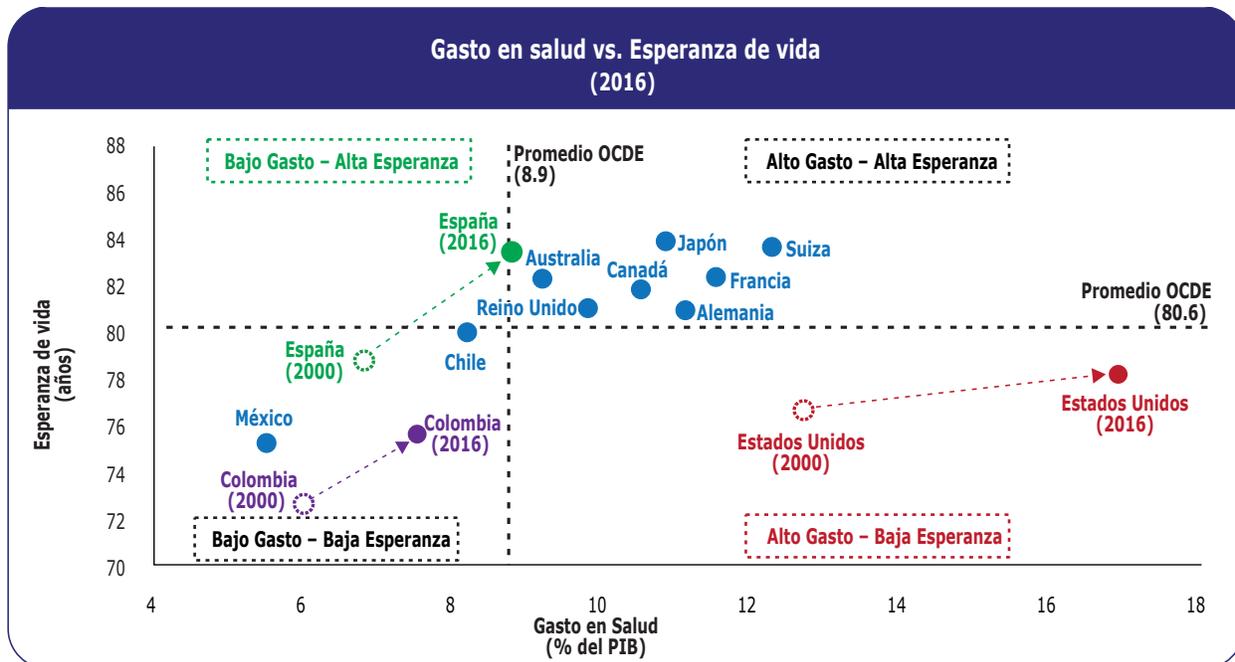
Con la colaboración de Ekaterina Cuéllar y Juan David Idrobo

en salud (añadiendo 1% o 2% del PIB durante la próxima década hasta alcanzar cerca del 10% del PIB). El modelo a seguir sería el del exitoso caso de España, alcanzando hoy una envidiable esperanza de vida de 83.4 años (vs. 79.3 años 15 años atrás), con tan solo un 9% del PIB de gasto en salud (vs. 6.8% del PIB en el año 2000).

Colombia debe hacer mayores esfuerzos para evitar moverse al cuadrante de alto gasto en salud y baja esperanza de vida. En este cuadrante rojo-rojo figura Estados Unidos, donde el gasto en salud ha venido ascendiendo notoriamente del 12.5% al 17.1% del PIB en las últimas dos décadas, mientras que las ganancias en esperanza de vida tan solo han sido de 2 años (llegando a los actuales 78.6 años, por debajo de la media de la OCDE de 80.6 años). Este mal desempeño de Estados Unidos tiene que ver con: i) la rápida absorción de nuevas tecnologías, explicando alrededor del 40%-50% del incremento en el gasto, debiendo aplicarse allí mejores análisis costo-beneficio; y ii) los malos hábitos alimenticios, que arrojaron una obesidad del 40% de la población en 2016 (escalando desde el 31% del año 2000). Su principal fuente de fallecimientos proviene precisamente de enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Esto último se refleja en un elevado gasto en servicios curativos-rehabilitación (69% del total), dejando solo un 4% para los servicios preventivos. En contraste, en Europa, los servicios curativos o de rehabilitación concentran el 55% del total del gasto en salud, dejando un mayor espacio para la prevención (8%). Además, Europa se caracteriza por registrar menores costos administrativos (por ejemplo, en Gran Bretaña, llegan al 2.5% del total, alcanzando una cobertura universal), mientras que en Estados Unidos dichos costos ascienden hasta el 8% del total (aún con menores coberturas del 90%), ver *The Economist*, "The fix for American health care can be found in Europe", agosto 10 de 2017.

En síntesis, el gobierno Duque estará enfrentando fuertes restricciones fiscales. Una de las políticas que debería implementar pronto es desligar el Régimen Subsidiado en salud de las afiliaciones al Sisbén. De esta manera se lograría que los trabajadores con capacidad de pago pasen a realizar sus cotizaciones a la seguridad social. Muchos "sisbenizados" inducen inclusive a sus patronos a que no los afilien al Régimen Contributivo por temor a perder sus servicios gratuitos y la reciente medida de dar un año de "limbo Sisbén-Contributivo" no ha solucionado este grave problema financiero (ver *Informe Semanal* No. 1378 de agosto de 2017).



Fuente: elaboración Anif con base en OCDE Health Data.