

Comentario Económico del día

Director: Sergio Clavijo

Junio 18 de 2013

El régimen de la salud en Colombia: de-tumbo-en-tumbo jurídico

En las primeras semanas de junio de 2013, tuvo lugar un interesante encuentro para analizar a profundidad la situación del régimen de la salud en Colombia, organizado y auspiciado por el capítulo Farmacéutico de la ANDI. Allí confluyeron las Altas Cortes, representadas por la Corte Constitucional (CC), las entidades aseguradoras en salud (EPSs), las prestadoras de los servicios (IPSs), diversos analistas del sector y los voceros de los usuarios.

Como ya es usual, la CC se limitó a señalar que la salud es un “derecho fundamental” y que internacionalmente diversos tratados han venido ratificando dicho principio. Nos sorprendió negativamente que la CC no fuera más allá y señalara explícitamente cómo debe ser el balance entre esos “derechos”, de los cuales tanto se habla, y las “obligaciones” de los ciudadanos, usualmente ignoradas en estas discusiones.

Lo mínimo que ha debido señalar la CC es el papel de límite y acotamiento en los servicios que debe cumplir la “Ley Estatutaria en Salud” y la previsión que debe tener el Estado para entrar a financiarla. Esto necesariamente deberá ocurrir a través de mayores tributos, tanto de los directos como de los indirectos. Cabe recordar que en España se ha tenido recientemente que recurrir a incrementar la tasa del IVA del 18% al 21% para evitar un descalabro fiscal por cuenta de los desbordados gastos en seguridad social. La CC se ha escudado en señalar que, al tener que revisar de oficio dicha Estatutaria en Salud, no puede expresar su opinión sobre estos temas, pero lo mínimo que deberá hacer entonces es documentarse profundamente para expresar una visión completa y equilibrada sobre este delicado asunto.

Es claro que el régimen de la salud en Colombia ha venido de tumbo-en-tumbo jurídico. Un apretado resumen nos indica lo siguiente:

La Ley 100 de 1993: fracasó en instituir el sistema de subsidios “a la demanda” y en manejarlos a través de los “subsidios cruzados”, los cuales han funcionado bien en otros servicios públicos. La crisis financiera es abultada, pues ya tenemos un sistema donde sólo el 46% va por el régimen contributivo y pronto sólo será el 30%, dejando que sea el Estado el que tenga que entrar a “nacionalizar el sistema”.

La Corte Constitucional adoptó un sistema “activista”: a través de los Fallos C-463 y T-760 de 2008 instituyó la “universalización” forzosa y la homologación (hacia arriba) de los sistemas POS (el cual tenía cinco categorías, según se acercaba más al régimen contributivo o subsidiado). Anif ha estimado que el costo adicional estará entre 2%-3% del PIB por año, elevándose del actual 8% del PIB hacia el 11% del

**CRÉDITOS DE LIQUIDEZ
Y CARTERA ORDINARIA.**

Continúa

Dos excelentes alternativas
para poner en marcha los proyectos más importantes de su empresa.

www.bancoavillas.com.co

Director: Sergio Clavijo

PIB antes de 2020. Este costo pronto desbordará el eficiente sistema de Gran Bretaña y se empieza a acercar peligrosamente al elevado de los Estados Unidos, bordeando ya el 16% del PIB.

La Declaratoria de Emergencia Social (Decreto 4975 de 2009): allí la CC declaró inexecutable el componente tributario, pero habilitó nuevos recursos y sistemas de “giro directo”, evitando el engorroso y a veces corrupto sistema del FOSYGA.

Las Leyes 1303 de 2010; 1438 de 2011 y 1607 de 2012: ellas habilitaron nuevos recursos tributarios, la actualización periódica POS y el “giro directo territorial”. Se ha estimado que, en el corto plazo, el costo adicional por año de la universalización de la salud será del 0.4% del PIB y que la homologación (en su versión “piloto”) costará otro 0.2% del PIB por año. Dado que los recursos tributarios adicionales tan sólo ascienden al 0.2% del PIB, la presión inmediata sobre el déficit en salud será por lo menos del 0.4% del PIB. A pesar de haberse incrementado temporalmente la tasa del CREE (Ley 1607) del 8% al 9% y haberse destinado un 30% para la salud, ello sólo llegará a \$375.000 millones/año (0.05% del PIB). La sustitución del 8% de pagos en contribuciones para la salud por cuenta del CREE, recortando el costo de las empresas, tan sólo entrará en vigencia en el año 2014 y ellos NO representarán recursos adicionales, sino sustitutivos.

¿Qué hacer entonces frente a este marasmo jurídico? Anif considera que se requieren tres tareas urgentes, que aparentemente no están siendo bien enfocadas ni en la Estatutaria en Salud, ni en el Proyecto de Ley ordinaria que se discutió en la primera legislatura de 2013. La buena noticia es que en esta segunda legislatura se cuenta con el tiempo requerido para ahondar en estas tareas, a saber:

1. *Se requiere una Ley Estatutaria en salud* que ponga límites claros al paquete básico de salud POS y frente al cual no debería haber la tutela como elemento de “desobediencia” de dicha Ley Superior. No podemos seguir con la irresponsabilidad de que se ofrecen “derechos” como en Dinamarca, pero las “obligaciones” de los ciudadanos seguirán como en Cundinamarca (... poquitas).

2. *Urge un fortalecimiento y blindaje político de la Super-Salud* frente a las “camarillas” políticas, tanto de nivel nacional como territorial, donde todavía se ven las amenazas de los grupos delincuenciales sobre las frágiles y capturadas autoridades territoriales. Obviamente, el peor error consistiría en trasladar allí los mecanismos de vigilancia y control. NO, la Super-Salud tiene que ser una entidad con el mejor capital humano y a prueba de intereses particulares.

3. *Debe instituirse un adecuado balance entre lo público y lo privado*, donde si bien cabe replantearse el papel de las EPS, virar hacia la “nacionalización” de la salud sería un peligroso “bienvenidos al pasado”; en Colombia NO es replicable ni el modelo de Gran Bretaña ni el de Canadá, con énfasis en un Estado-Central eficiente (ver *Comentario Económico del Día* 28 de febrero de 2013).

Gasto en salud: comparación internacional								
	Gasto como % del PIB		Cobertura Poblacional (%)		Gasto/ Cobertura		Gasto en US\$/ Población cubierta	
	2006	Estimado 2010-2014	2009	Estimada 2010-2014	2009	Estimado 2010-2014	2009	Estimado 2010-2014*
Estados Unidos	15.3	20.3	84	100	18.2	20.3	8.044	8.965
Reino Unido	8.4	9.0	100	100	8.4	9.0	3.330	3.568
Colombia	7.3	11.5	84	100	8.7	11.5	325	430

Fuente: cálculos Anif con base en OMS, US Census Bureau, US Department of Health and Human Services y Así vamos en Salud.