



servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Alternativas para financiar el sistema de salud en Colombia

Luego de ocho años de haberse iniciado en Colombia la implementación del sistema general de seguridad social en salud, el cual tenía consagrada la meta de cobertura universal del aseguramiento en el año 2000 (Ley 100 de 1993), el país se enfrenta al incumplimiento de dicha meta y a un posible estancamiento en los alcances logrados hasta el momento, destacándose que el sistema se encuentra agotado en términos financieros y podría requerir ajustes para garantizar su sostenibilidad.

En las *Observaciones* 1, 3 y 4 se abordaron diversos aspectos que muestran los alcances y dificultades de la reforma colombiana, así como algunas reflexiones y ejercicios acerca de su futuro. Un aspecto en discusión se refiere a que, a pesar de alcanzar un escenario de recuperación económica, el sistema se enfrentaría a limitaciones estructurales para aumentar el número de cotizantes y garantizar el plan de beneficios.

Es importante, entonces, además de considerar diversos escenarios para el desarrollo del sistema actual, estudiar alternativas para la financiación del

mismo que permitan cumplir el propósito de la cobertura universal. Es así como en esta Observación se hace un análisis comparativo de las reformas al sector salud, específicamente del sistema de financiamiento, adoptado en España, México y Brasil, que constituyen tres esquemas dominantes y diferentes.

La reforma española implementó una sustitución de las fuentes, de las cotizaciones a los impuestos generales; México se caracterizó por la recomposición de los aportes para financiar el seguro social (patronos, empleados y Estado); y Brasil buscó la ampliación y unificación de recursos con el fin de cubrir a toda la población.

A continuación se hace una presentación general de los procesos de reforma de estos países, centrándose en las características financieras de los sistemas (Cuadro 1), y se realiza una aproximación sobre su aplicación al caso colombiano, considerando solamente algunos ejercicios numéricos. Dichos ejercicios presentan limitaciones al no considerar el efecto que tienen las diferentes alternativas de financiamiento sobre la equidad del sistema de financiamiento actual.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

Cuadro 1. Comparación de sistemas de salud: Colombia, España, México y Brasil.

	Colombia	España	México	Brasil
Ley de salud	Ley 100/1993 de Seguridad Social Integral	Ley de sanidad/1986	Ley general de salud/1995	Ley 8080/90
Objetivos de la reforma	<ul style="list-style-type: none"> Regular el servicio público de salud. Acceso de la población a todos los niveles de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> La regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Recuperar la viabilidad financiera del SEM^(a). Ampliar la cobertura. mejorar los servicios del IMSS^(b). 	<ul style="list-style-type: none"> Búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento en el ámbito federal.
Cobertura real	53%	99.5% (Atención primer nivel)	47%	85%
Principios del seguro	<ul style="list-style-type: none"> Universalidad Solidaridad Eficiencia 	<ul style="list-style-type: none"> Universalidad en el acceso. Accesibilidad y desconcentración. Descentralización del sistema 	<ul style="list-style-type: none"> Recomposición de las fuentes de financiamiento. Desarrollo del seguro de salud familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Unificación del sistema. Descentralización del sistema. Racionalización de la oferta de servicios.
Estructura de mercado	<ul style="list-style-type: none"> Libertad de elección de los usuarios. Libertad de competencia entre aseguradores y proveedores. 	Monopolio del Estado en la prestación de los servicios, con contratación de prestadores privados.	<ul style="list-style-type: none"> Libertad de elección de los usuarios. Libertad de competencia entre aseguradores. 	<ul style="list-style-type: none"> Sistema público de salud de carácter centralizado. El SUS^(c) puede contratar con instituciones privadas para garantizar cobertura.
Prestación de servicios	Instituciones prestadoras de salud públicas, privadas y mixtas.	Red del Insalud y prestadores privados	Red adscrita al Instituto mexicano del Seguro Social	Instituciones públicas y privadas
Rectoría, Dirección y coordinación	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de Salud Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Superintendencia Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de sanidad Instituto nacional de salud. Consejo interterritorial 	<ul style="list-style-type: none"> Secretaría de salud y asistencia 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerio de salud. Secretarías Estadales y municipales. Consejos y conferencias de salud.

Fuente: ARREDONDO, Silvia; SUAREZ, José Omar y MEJIA, Elvis Fabián (2002).

(a) SEM: Seguro de Enfermedades y Maternidad (b) IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social (c) SUS: Sistema Único de Salud

1. España: cambio en la fuente de financiamiento

La Ley General de Sanidad de 1986 instauró el Sistema Nacional de Salud, mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos, con la finalidad de regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución española.

En este contexto, la reforma busca cumplir, entre otros, los siguientes principios: universalización de la atención, cubriendo a toda la población independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social; equidad, garantizada por la disminución de concentración de los centros sanitarios, donde se busca involucrar a la población en la toma de decisiones sobre

la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.

Para alcanzar estos objetivos y lograr el cumplimiento de los principios, la dirección y coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de dos entidades: el Instituto Nacional de Salud -Insalud-, responsable de la gestión de la red de servicios públicos de asistencia sanitaria, adscrito al Ministerio de Salud y Consumo; y el Consejo Interterritorial, órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y la administración estatal.

La prestación de servicios sanitarios está organizada en dos grandes niveles: la atención primaria, que constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, y la atención especializada que ofrece un amplio portafolio de servicios, prestados por un conjunto de entidades de carácter

público, integradas en la red hospitalaria adscrita al Insalud y a través de un sistema público integrado que cuenta con sus propios centros y personal que conforman los Equipos de Atención Primaria -EAP-.

Fuentes de financiamiento del sistema español

España ha mantenido en los últimos años un esquema sanitario basado en el concepto de Sistema Nacional de Salud, público, universal y financiado con impuestos generales. En este marco, sus fuentes de financiamiento se concretan en: transferencias del Estado, cotizaciones sociales, tasas por la prestación de determinados servicios y los aportes de las comunidades autónomas -CCAA- y corporaciones locales. De estas fuentes, las de mayor participación han sido las cotizaciones sociales y las transferencias del Estado.

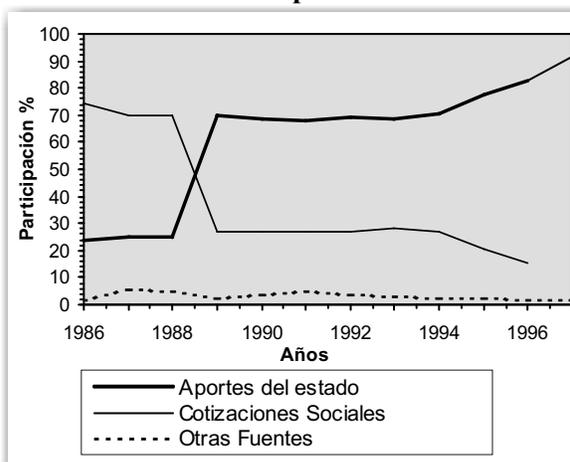
A partir de 1999, con el Pacto de Toledo, se consolida el proceso de sustitución de la fuente de financiamiento, al pasar de una financiación mayoritariamente privada a una pública. Se reconoció que para la viabilidad de la previsión pública era necesaria la separación y clarificación de las fuentes de financiamiento, de forma que la cobertura de las prestaciones de naturaleza contributiva dependiera básicamente de las cotizaciones sociales, y las financiaciones de las prestaciones no contributivas y universales (sanidad y servicios sociales) lo harían exclusivamente de los presupuestos generales del Estado (Irazusta y Sierra, 1996).

De este modo, la financiación de la sanidad pública proviene en su totalidad de los presupuestos generales del estado, en contraposición al sistema anterior en el que era mixto, con contribuciones sociales de trabajadores y empresarios. La única participación de los pacientes en los costos sanitarios son los copagos de los medicamentos, en régimen ambulatorio, que necesitan prescripción facultativa. Estos copagos representaron aproximadamente, en el año 2000, un 9% del total de gastos en medicamentos de prescripción.

En el gráfico 1 se puede observar cómo las cotizaciones sociales, desde mediados de la década de 1980 y hasta finales de la década de 1990, han mostrado un decrecimiento paulatino y sostenido, al pasar del 74.3% en 1986 al 6% en 1997 y los aportes del Estado aumentaron del 23.8% en 1986 al 92% en 1997.

En la actualidad, el sistema de financiación español se rige por un modelo de territorialización del gasto, sin coresponsabilidad fiscal. Los servicios sanitarios se financian con las transferencias en su poder, con base fundamentalmente a criterios de habitantes residentes en los respectivos territorios, además de otros criterios tales como compensación por desplazados y otros como el ahorro en gasto por incapacidad temporal. El crecimiento del gasto sanitario estará ligado al crecimiento del PIB nominal, en

Gráfico 1: Fuentes de financiación de la sanidad española.



Fuente: Papeles de economía española. No. 76, 1998.

un intento por dar estabilidad al sistema y capacidad de planificación a sus responsables políticos.

El presupuesto de financiación de la sanidad, también conocido como modelo de financiación, propuesto por el gobierno central, se articula en tres fondos (Cuadro 2):

- **Fondo General** que incluye los recursos ya existentes para hacer frente al coste de la sanidad en toda la nación, y actualizados para 1998.
- **Fondo de Asistencia Hospitalaria** que va destinado a financiar a las comunidades autónomas que prestan un servicio sanitario a personas de otras regiones (desplazados) y a la formación en los hospitales de los profesionales sanitarios.
- **Fondo de Modulación Financiera** que compensa a determinadas Comunidades Autónomas que han tenido una pérdida de peso poblacional respecto al total nacional.

Cuadro 2: Presupuesto de Financiación de la Sanidad Española 1998-2001 (millones de dólares).

	Insalud Transferido	Insalud Gestión Directa	Total
Fondo General	13,749,158	8,493,106.15	22,242,264.10
Fondo Asistencia hospitalaria	249,978.16	32,776.30	282,754.47
Fondo modulación Financiera	88,511.24	32,126.04	120,637.28

Fuente: Documentación del Consejo de Política Fiscal y Financiera, 2000.

Las fortalezas más relevantes del sistema nacional de salud español se resumen en el acceso de los ciudadanos a las prestaciones sanitarias, garantizado por una cobertura prácticamente universal y la buena calidad del sistema, fruto de la alta cualificación profesional. Frente a las fortalezas del sistema, también se han identificado, de manera general, falencias que afectan el buen desempeño del modelo sanitario español, de éstas sobresalen la insuficiencia en la financiación sanitaria, frente al crecimiento de los gastos, en especial, el gasto farmacéutico elevado (en torno al 24% del presupuesto total de sanidad) y la excesiva politización de las acciones relativas a las reformas sanitarias.

2. México: Composición de las fuentes

Las bases de éste sistema de salud están dadas desde 1943, año en que fueron establecidos el Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-⁽¹⁾ y la Secretaría de Salud y Asistencia -SSA-. Esta última, responsable de la Dirección y Coordinación del sector salud. Sin embargo, en la práctica, el IMSS, dado su tamaño, ha desempeñado un importante papel en la dinámica del sistema. En este contexto, en 1983 comienza en México un proceso de reestructuración de las entidades del sector de la salud, el cual aún se está llevando a cabo, y pretende disminuir el papel del Estado en la conducción del desarrollo económico y social (Abrates y Almeida, 2002).

El seguro social de salud presenta dos regímenes: obligatorio, que cubre a los empleados privados; y el régimen voluntario, al que pueden acceder aquellas personas que como mínimo hayan aportado 52 cotizaciones semanales en el régimen obligatorio en los últimos cinco años. Dado que el régimen voluntario no incluye el Seguro de Enfermedades y Maternidad -SEM-, con la reforma se creó el Seguro de Salud para la Familia -SSF-, éste es un seguro con las mismas prestaciones en especie que el SEM aunque sin prestaciones en dinero, con el cual, el trabajador cubre una cuota anual de 22.4% salario mínimo del Distrito Federal -smDF- y el gobierno federal cubre una cuota mensual de 13.9% smDF.

En este marco, la organización del sistema de salud presenta diferentes modelos en la prestación de los servicios; dichos modelos están estrechamente relacionados con el tipo de vinculación, de modo tal que los empleados del sector privado y los trabajadores por cuenta propia están cubiertos por el IMSS, los trabajadores del sector público están cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado -ISSTE- y otros institutos. Un segmento de la población se atiende en forma privada, y el resto en los establecimientos de la Secretaría de Salud y en el IMSS-Solidaridad.

Fuentes de financiamiento del sistema mexicano

Los cambios propuestos en la nueva Ley del seguro social en materia de salud, apuntan a recuperar la viabilidad financiera del SEM, ampliar la cobertura y mejorar los servicios del IMSS. En el primero, se da paso a una nueva estructura de financiamiento que alcanzará su pleno desarrollo durante los diez años siguientes a la vigencia de dicha reforma.

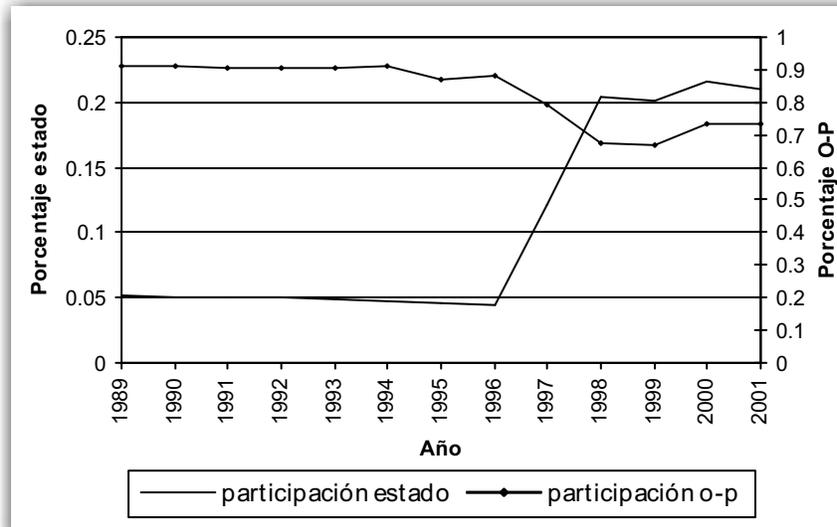
En la actualidad, los servicios se financian con una cuota patronal mensual que inicialmente fue del 13.9% del smDF que se elevará a lo largo de 10 años hasta alcanzar el 20.4% del smDF; una cuota obrero-patronal sobre el excedente del salario de cotización respecto a 3 smDF, la cual fue inicialmente del 8% (6% por parte del patrono y 2% por parte del trabajador), ésta se reducirá a lo largo de 10 años hasta ser del 1.5% smDF; y una cuota gubernamental mensual, fija en términos reales (indexada al índice nacional de precios al consumidor) cuyo valor es equivalente al 13.9% smDF. Cabe aclarar que las prestaciones en especie eran y siguen siendo independientes del salario de cotización de los asegurados.

Del análisis de los recursos destinados a salud se debe destacar el crecimiento del presupuesto estatal destinado a la seguridad social a partir de la reforma del sector y de la modificación de la Ley General de Seguridad Social, que incrementó los aportes estatales en más de 8 veces entre 1996 y 1997, y elevó el aporte del Estado en los ingresos totales del IMSS de 4.5% a 28.5% (Gráfico 2).

Más aún, si se estudia la participación en los ingresos del IMSS, por parte del gobierno, puede observarse que antes de puesta en vigencia la nueva Ley de seguro social, es decir hasta principios de 1996, ésta se mantuvo en promedio estable y desde dicho año presentó un crecimiento durante los dos años siguientes para estabilizarse entre veinte y veintitrés por ciento.

Adicionalmente, el crecimiento en los ingresos del IMSS ha afectado positivamente los recursos que van dirigidos al SEM, en especial los que recibe por parte del Estado, en el año 1998 tuvo un incremento cuatro veces superior al del año 1993. Las cuotas obrero-patronales han mantenido una tasa de crecimiento constante, a excepción del período 1993-1998 que tuvieron una caída de 21.6%, debido principalmente a los efectos de la crisis de 1994.

En la actualidad, el IMSS afronta una serie de dificultades: con respecto al SEM, se prevé que la creación de reservas no es suficiente para atender a los trabajadores que son separados de sus plazas y que conservan derechos de atención en este ramo por un período de ocho semanas. En cuanto al SSF, se presentan problemas tales como la difusión de la información a la población, la selección adversa y la falta de ingresos para cubrir la cuota anual de dicho seguro.

Gráfico 2: Participación en los Ingresos del IMSS.

Fuente: Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera. De 1984 a 1992 Balanza "H"; 1993 a 1996, Balanza "G". Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera, 1997, Balanza "H", 1998 Balanza "G", 1999 Balanza "H", 2000 Balanza "H", 2001 Balanza "H".

De otro lado, el Plan Nacional de Salud 2001-2006 se puede interpretar como una propuesta de un sistema nacional de salud que en lo referente a la protección financiera busca fortalecer el aseguramiento y desalentar el pago de bolsillo, lo que se logrará mediante tres pasos a seguir: crear el seguro popular de salud; ampliar la afiliación al IMSS; por último, reordenar y regular los seguros privados (Arredondo, 2001).

3. Brasil: ampliación y unificación de las fuentes de financiamiento

La reforma al sistema brasileño tiene como referencia la década de 1970, con la aparición de un movimiento social denominado "movimiento sanitarista", que buscaba: la creación de un sistema de salud que permitiera el acceso de toda la población a los servicios de salud, lograr mayor transparencia, equilibrio financiero, y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

Para lograr este objetivo, se unifica el sistema existente, basado en principios legales que al mismo tiempo institucionalizaron el derecho a la salud como beneficio social, vinculando a la ciudadanía en la formalización de la cobertura universal y el compromiso con los principios de equidad, solidaridad y justicia. Se creó el Sistema Único de Salud -SUS- y la transformación del sistema de financiación, incrementando y diversificando las fuentes existentes. La reforma proponía entre otras cosas: fortalecer el sector público, incremento de fondos y la diversificación de fuentes, descentralizar el sistema, racionalizar la oferta de servicios y la reorganización sectorial.

En 1998, el SUS atendía al 85%⁽²⁾ de la población, mientras el 15% restante no utilizaba los servicios del SUS por dificultades geográficas o por tener un seguro privado (Médici, 2001). Los grupos que contratan seguros privados pueden acceder igualmente a los servicios del SUS, aunque normalmente sólo lo hacen para los procedimientos de alto costo y, así, pueden comprar seguros más económicos con un perfil de riesgo menor.

La dirección y coordinación del SUS es ejercida en cada esfera de gobierno por los siguientes órganos: en el ámbito de la Unión, por el Ministerio de Salud; en los estados, municipios y el Distrito Federal, por la Secretaría de Salud y los Consejos y las Conferencias de Salud como organismos de control social que actúan dentro de cada esfera de gobierno.

La prestación de los servicios está a cargo de establecimientos públicos y, cuando la disponibilidad de éstos es insuficiente, el SUS puede contratar con las instituciones privadas a fin de garantizar la cobertura asistencial a la población que la requiera. El Plan de Atención Básica, ampliado en el 2001, comprende atención de baja, mediana y alta complejidad.

Fuentes de financiamiento del sistema brasileño

Uno de los principales objetivos de la reforma fue la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento para el sector, especialmente en el nivel federal pues los estados y los municipios financian los gastos en salud con recursos fiscales propios y transferencias negociadas⁽³⁾. De esta manera, la Constitución de 1988 y la legislación complementaria establecen nuevas fuentes de financiamiento y crean el presupuesto de la seguridad social⁽⁴⁾ sobre tres bases: la nómina salarial, las ganancias netas y la facturación bruta de las empresas; de este presupuesto el 30% debe ser destinado al sector de la salud.

En este sentido, el proceso de descentralización realizada desde los años 90, como eje central de la puesta en marcha del SUS, ha redefinido la forma de ubicación de recursos financieros, pero se puede decir que poco se ha avanzado en el desarrollo de metodologías que apuesten al alcance de mayores niveles de equidad en el sistema de salud. (Almeida et al, 1999).

Al analizar las fuentes de financiamiento en el nivel federal (Cuadro 3), se observa que las contribuciones so-

ciales constituyen la principal fuente de financiamiento en el período 1993-1998, con una participación que osciló entre el 42% y el 69%. De estas contribuciones las más significativas eran las contribuciones de empleadores y empleados y las correspondientes a la facturación. En este período, los aportes de empleadores y los empleados pasaron a financiar exclusivamente la previsión social; además, se crea el fondo de estabilización fiscal que tuvo una gran participación en la financiación de la salud.

En 1996 se crea el impuesto sobre los movimientos financieros, que permitió un aumento en el gasto en salud desde el nivel federal. A partir de 1997 este nuevo gravamen, se convierte junto con la contribución sobre la facturación, en las principales fuentes de financiamiento del gasto federal en salud.

Cuadro 3: Fuentes de Financiamiento del Gasto Público Federal en salud 1996-1998 (fuente de recursos en porcentajes).

Fuentes de recursos	1996	1997	1998
Recursos ordinarios	0.2%	3.4%	8.8%
Operaciones internas de crédito	8.9%	-	-
Operaciones externas de crédito	2.1%	0.5%	0.1%
Recursos directamente recaudados	4.5%	4.2%	4.7%
Contribuciones sociales	61.9%	68.7%	62.7%
Ganancia de las empresas	22.7%	20.1%	6.2%
Facturación (CONFIS)	39.2%	19.0%	22.7%
Empleados y empleadores	-	-	-
Movimientos financiero (CPMF)	-	29.6%	33.8%
Fondo de estabilización fiscal	15.8%	18.6%	9.6%
Mant. Desarrollo de la educación	2.5%	0.6%	12.7%
Otras fuentes	4.1%	4.0%	1.3%
Total	100%	100%	100

Fuente: SIAFI/SIDOR y DISCOC/IPEA. Tomado de: BID. Brasil. *Financiamiento y gasto público en salud en los años noventa.*

Con la aplicación de estas medidas, durante los años noventa mejoró el acceso de la población al sistema de salud mediante la expansión de la cobertura y la mejora en la calidad de los servicios. Desde el punto de vista del gasto, la mejora en los indicadores se asocia al aumento de recursos disponibles y al aumento de la eficiencia en el gasto, generada por el proceso de descentralización en el que los municipios adquieren una mayor responsabilidad en el financiamiento, aprovechando el mayor conocimiento que tienen de la realidad local.

Los principales problemas que subsisten en el financiamiento de la salud se asocian básicamente a la fragmen-

tación del sistema (sistema privado y SUS) sin ninguna coordinación de sus acciones, lo que termina privilegiando el sector privado; entre estos se destacan: la inequidad en el financiamiento que genera una ausencia de cobertura del 12% de la población, la rigidez que presenta el modelo de atención en cuanto a gestión y utilización de recursos que en muchas ocasiones no se adecua a las características de cada región y escasa oferta de servicios, lo que ocasiona largas colas y grandes dificultades para recibir atención básica.

En el mediano plazo se espera obtener una mayor integración entre el SUS y el sistema de seguros privados, con la posibilidad de establecer un plan básico de salud que ambos sectores puedan ofrecer a los usuarios independientemente de su capacidad de pago. Buscar un mecanismo eficaz que permita la recuperación de costos por los servicios que prestan los seguros privados a sus usuarios. Igualmente, se busca una mayor autonomía regional para gestionar y utilizar los recursos del SUS.

4. Aplicabilidad de las alternativas a Colombia

Para analizar la aplicabilidad de las alternativas descritas, se estiman los cambios o necesidades para el caso colombiano que resultan de aplicar cada una de éstas con la información disponible para el año 2002. Se mantiene, como objetivo general, el de alcanzar la universalidad del seguro de salud, para lo cual se asume: en primer lugar, que todos los habitantes reciben el mismo plan de beneficios, que para efectos del ejercicio es el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado -POSS-. En segundo lugar, un escenario macroeconómico de crecimiento moderado de la economía, apoyado en las proyecciones del Banco de la República. Por último, se tienen las proyecciones de población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas -DANE-.

Alternativa española

La lección que deja España es la sustitución de las cotizaciones sociales en salud por aportes de los presupuestos generales del Estado, lo cual puede explorarse mediante la equivalencia impositiva⁽⁵⁾. En Colombia, esto significaría eliminar el gravamen a la nómina del 12% y asumir un gravamen adicional, por ejemplo sobre el impuesto de renta. Se calcularon los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, tanto las fuentes de financiamiento del Régimen Contributivo como las del Régimen Subsidiado. A partir de estos resultados, y bajo las consideraciones supuestas, se calcularon los recursos necesarios para cubrir a toda la población con el POSS propuesto y finalmente los recursos que harían falta para alcanzar la cobertura universal propuesta en este ejercicio (Cuadro 4).

Una vez sustituida la fuente de financiamiento, los recursos necesarios para cubrir a toda la población con el plan de salud seleccionado, se cubrirían con un aumento de 15 puntos porcentuales del impuesto a la renta, pasando de una tasa de recaudo del 35% a una del 50%, se obtienen mayores recursos, 5.481 billones de pesos, que cubrirían, sumados los recursos que el Estado gira al régimen subsidiado, a toda la población con el seguro de salud propuesto. El efecto de esta nueva fuente de financiamiento es inmediato sobre la cobertura, se pasa de una tasa de aseguramiento del 56% en 2001 a un total de asegurados del 100%.

Cuadro 4. Ejercicio de estática comparativa para el SGSSS (millones de pesos)

REGIMEN CONTRIBUTIVO	2002
1. Total Recursos	4,580,598.40
REGIMEN SUBSIDIADO	
2. Total Recursos	3,359,302.36
3. Valor UPC-S ⁽⁵⁾	0.168
4. Población Total ⁽⁶⁾	43,834,115
5. Recursos Totales del Sistema (1+2)	7,939,900.76
6. Recursos necesarios para cubrir a todos con POS-S (3*4)	7,365,130.73
7. Recursos faltantes para cubrir a todos (6-2)	4,005,828.37

Fuente: Supersalud. Diciembre de 2001
Observatorio de la Seguridad Social. N° 3, GES.
Documento Conpes Social N° 57. 2002
Informe Anual del CNSSS. 2001
DANE. 2002.

Alternativa mexicana

De dicha reforma cabe extraer la creación del SSF. A continuación, se evalúan las estrategias sobre las condiciones que caracterizan la situación socioeconómica colombiana, con el ánimo de proponer una posible modificación a la estructura de financiamiento del sistema de salud.

La primera estrategia consiste en la desgravación de los salarios, no es difícil adaptarla a nuestras condiciones socioeconómicas siempre y cuando exista voluntad política y económica de parte de los empresarios.

Según la Supersalud (2001:14) para diciembre de 2000, el número de personas que cotizaban hasta el límite de tres salarios mínimos en el régimen contributivo, llegaban al 84.4% del total de cotizantes. Además, el total de afiliados al régimen contributivo, según esta institución llega a 15'711.170 en el año 2001. Se trabajó con 5'436.666 cotizantes debido a que no se estimó la coti-

zación que hacen los afiliados con salario base de cotización menor a un salario mínimo, lo que multiplicado por la Unidad de Pago por Capitación -UPC- promedio del régimen contributivo para 2002 (\$300.684,38), da como resultado un total de recursos de \$4.315 billones, cifra que no se alcanzaría a saldar con la contribución fija anual de las empresas y la contribución obrero-patronal que en total sumarían \$3.528 billones, siendo necesario que el gobierno haga los aportes anuales correspondientes al 13.9% de un salario mínimo según las condiciones del esquema importado de México.

De otro lado, el gravamen fijo del 13.9% sobre un salario mínimo que deberían hacer las empresas, implicaría un desahorro (sobrecosto laboral) para éstas, si tienen trabajadores contratados hasta por 1.73 salarios mínimos, es decir, trabajadores que devenguen hasta \$536.887,5; puesto que a este salario la cuota que tendría que pagar la empresa sería igual en los dos subsistemas, el actual y el propuesto. Por debajo de este límite, el empresario debe hacer un mayor esfuerzo, debiendo recordarse que la gran mayoría de cotizantes lo hacen debajo de este límite.

Por otro lado, el gobierno aportaría una cuota fija, esto se debe al ambiente de ajuste fiscal por el que atraviesa el país en los últimos años, en el que el gasto social se ha ido reduciendo y la posibilidad de una reforma tributaria para beneficiar el sector salud es muy pequeña, debido a la guerra y al deterioro del capital en el país.

Este análisis se hizo teniendo en cuenta el resultado promedio de recursos necesarios para financiar la Unidad de Pago por Capitación de cada afiliado al régimen contributivo. Pero si se hace la comparación del monto de los recursos recaudados, vía 12% de la nómina contra lo recaudado por medio del gravamen fijo del 13.9% del salario mínimo y el 8% sobre tres salarios mínimos, resultaría una diferencia de \$1.176 billones a favor del régimen actual, presentándose de esta manera una gran pérdida de recursos para el sistema de salud colombiano, aspectos que no hacen viable la aplicación de esta alternativa.

Para desarrollar una segunda alternativa (Cuadro 5) se debe tener en cuenta el número promedio de personas que conforman un hogar, también se debe suponer que sólo una de ellas puede hacer el aporte necesario para obtener el seguro familiar, lo que equivale a un 6% de un salario mínimo legal de 2002. Dicha cuota está determinada por el monto neto necesario para cubrir el POS. Éste monto resulta de la diferencia entre el monto total de recursos necesarios para atender a la población que se beneficiaría del SSF y los recursos que dispone el gobierno para el régimen subsidiado y para los destinados a la atención en salud de los vinculados. En síntesis, la aplicabilidad del SSF mexicano al sistema de salud colombiano significaría pasar de un régimen de subsidios totales a uno de subsidios parciales.

Cuadro 5: Ejercicio de Aplicación del SSF Mexicano (millones de pesos)

Población total 2001	43,771,178
Población afiliada al régimen contributivo 2001/personas	15,711,170
Población no afiliada/personas	28,060,008
Tamaño promedio hogares/personas	4.2
Número promedio aportantes/personas	6,680,954
Valor UPC subsidiada/pesos	0.168
Recursos necesarios para cubrir a población no afiliada/pesos	4,714,698
Recursos existentes para el actual régimen subsidiado y para los vinculados /pesos	3,211,201
Recursos faltantes/pesos	1,503,497
Aportes por grupo familiar/mensual	0.018753

Fuente: Supersalud. Diciembre de 2001
 Observatorio de la Seguridad Social. N° 3, GES.
 Documento Conpes Social N° 57. 2002
 Informe Anual del CNSSS. 2001
 DANE. 2002.

Alternativa brasileña

Brasil ofrece la posibilidad de unificar el sistema de salud de tal forma que toda la población sea cubierta por el mismo plan de beneficios POSS. Para efectos de este ejercicio, los recursos necesarios para la implementación de este plan son \$ 7.365 billones de pesos para el año 2002 (Cuadro 4).

Para el año 2002 los resultados muestran que actualmente el sistema cuenta con los recursos necesarios para la implementación del plan seleccionado. Sin embargo, su aplicación se torna difícil puesto que el plan de beneficios que reciben los afiliados al régimen contributivo se vería reducido en gran medida sin ninguna compensación más que el sentido de solidaridad con las personas que en estos momentos no están cubiertas con un seguro de salud. Así, queda planteada la discusión en torno a lo que se quiere del sistema: un plan de beneficios menor que cubra a toda la población o un esquema con un plan de servicios mejor para un menor porcentaje de la población.

Dado que los recursos con los que cuenta el sector salud son suficientes para cubrir a toda la población con el POS-S, se podría pensar en aplicar la segunda parte de la reforma brasileña, que consistió en la destinación de mayores recursos mediante la diversificación de fuentes y el establecimiento de nuevos impuestos de destina-

ción específica, para mejorar el POS seleccionado. Esto se puede hacer redireccionando el impuesto existente para los movimientos financieros (GMF) hacia el sector salud, con lo cual se obtendrían recursos para el 2002 por un valor de \$1.421 billones (suponiendo éstos constantes respecto a los recaudos del 2001). Lo anterior es posible ya que no requiere de ningún tipo de reforma fiscal y por tanto no va en contra de las medidas de ajuste fiscal propuestas por el gobierno.

5. Conclusiones

Con la reforma al sistema de salud, a través de la Ley 100 de 1993, en Colombia se buscó corregir los problemas de eficiencia, equidad y principalmente de cobertura que presentaba el sistema anterior, para lo cual se destinó un mayor porcentaje del PIB.

Sin embargo, los resultados no han sido los esperados, especialmente en el número de asegurados, debido a fallos en el diseño e implementación de la reforma. Actualmente el sistema afronta no sólo estancamiento de la cobertura, sino de disponibilidad de recursos para aumentarla debido al agotamiento en las fuentes de financiación, lo cual justifica la importancia de evaluar alternativas de financiamiento.

Un aspecto común a todos los procesos de reforma de los sistemas de salud de los países objeto de estudio, fue la necesidad de establecer acuerdos políticos, teniendo en cuenta la participación y representatividad de los sectores sociales. Este tipo de acuerdos se centraron en la concepción de la salud como un derecho de la población y un deber del Estado. Desde esta concepción, se presentó un aumento sustancial en la participación del Estado en el financiamiento del gasto en salud.

Los resultados arrojados al aplicar la alternativa española al caso colombiano sugieren la imposibilidad de su implementación debido a la magnitud de la reforma tributaria requerida. Esta conclusión se desprende del ejercicio donde se supuso una sustitución total e inmediata de las fuentes de financiamiento. Sin embargo, se podría analizar esta alternativa con una sustitución gradual de dichas fuentes.

La aplicabilidad del seguro de salud para la familia es viable en el contexto colombiano, ya que las familias con escasos recursos tendrían que hacer un aporte mínimo que podría ser progresivo de acuerdo a su capacidad de pago, pasando de un régimen de subsidios totales, como funciona actualmente, a uno de subsidios parciales, y donde el número promedio de aportantes sería de 6'681.000, cuyas cuotas tendrían un valor promedio de \$43.071 mensuales, lo que equivale a un aporte del 14% de un salario mínimo legal de 2002. De esta forma se es-

taría garantizando los recursos anuales necesarios para la atención en salud de la población afiliada al seguro de salud familiar (\$1.503 billones). Además, el Estado no tendría que destinar nuevos recursos para el financiamiento de la salud.

El caso brasileño es viable desde el punto de vista económico ya que no requiere de reformas en la estructura de financiamiento y por tanto no requiere de la destinación de mayores recursos por parte del Estado, además conserva el aspecto de redistribución de ingresos de ricos a pobres. Sin embargo, su aplicación se torna difícil puesto que el plan de beneficios que reciben los afiliados al régimen contributivo se vería reducido en gran medida y sin ninguna compensación más que el sentido de solidaridad con las personas que en estos momentos no están cubiertas con un seguro de salud.

Al evaluar la aplicabilidad de los modelos para Colombia, se tiene que las condiciones sociales y políticas por las que atraviesa el país, dificultan la implementación de éstos, independientemente de los resultados obtenidos en cada país. No obstante, de las alternativas de financiamiento antes descritas, la aplicabilidad del seguro de salud familiar mexicano se convierte en la mejor opción dado el contexto económico.

Notas:

1 Se caracteriza por ser un organismo público descentralizado y de integración operativa tripartita, pues a él concurren los sectores públicos, privado y social, además, es un organismo fiscal autónomo.

2 Se debe entender la cobertura como la población que está cubierta por algún tipo de atención en salud prestada por el Sistema Único de salud.

3 Son recursos transferidos desde el nivel federal para ser destinados al sector salud

4 Este presupuesto se establece de forma independiente al presupuesto fiscal

5 los impuestos que desde el punto de vista legal y administrativo parecen diferentes: como por ejemplo un impuesto sobre la empresa (gravamen a la renta) y uno sobre los trabajadores para financiar la seguridad social, en realidad son equivalentes desde el punto de vista económico (Stiglitz, 1992).

Referencias.

ALMEIDA, Celia. Etal. Health sector reform in Brazil. URL: www.insp.mx.

Consulta: 20 de febrero de 2002.

ARREDONDO, Armando. Federalismo y salud: estudio de

caso sobre el sistema de salud en México. URL: <http://www.insp.gov.mx>.

Consulta: 6 de marzo de 2002.

BLOOM, Erik y RESTREPO, Jairo. "Reformas al financiamiento de la salud en México". En: Seguridad o Inseguridad social: los riesgos de la reforma. México DF. 1997.

BOHIGAS, Luis. El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea. En: Papeles de economía española, No. 76. (1998).

CABACES, Juan M. La financiación sanitaria autonómica. Bases para una propuesta. En: Papeles de economía española, No. 76. (1998).

CNSSS Informe del Consejo a las comisiones Séptimas del Senado de la República y Cámara de Representantes 2000-2001. Santa fe de Bogotá: Ministerio de Salud, 2001.

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD. Observatorio de la seguridad social, No. 1. Centro de investigaciones económicas. Universidad de Antioquia. Medellín. 2001.

HERCE, José A. Recomendaciones para controlar el gasto sanitario. Otra perspectiva sobre los problemas de salud. En: Textos Express 2000-01. FEDEA, Madrid. Junio de 2000.

IRAZUSTA, María y SIERRA, Antonio. Las recetas del Pacto de Toledo. URL:

[Http://www.el-mundo.es/sudinerro/noticias/act-33-5.html](http://www.el-mundo.es/sudinerro/noticias/act-33-5.html).

Consulta: 18 de mayo de 2002.

Organización Panamericana de la Salud. México. Perfil del sistema de servicios de salud. México DF: OPS, 1998.

Organizacao Pan-Americana da Saude. Brasil: o perfil do sistema de servicios de saude. URL: <http://www.paho.com/articulos>.

Consulta: 27 de agosto de 2001.

SÁNCHEZ, José y GÓMEZ, J. Salvador. La financiación territorial de la sanidad: especial referencia a España. En: Papeles de economía española, No. 76. (1998).

STIGLITZ, Joseph. La economía del sector público. Barcelona: Antoni Bosch editores, 1992.

TITELMAN, Daniel y UTOFF, Andras. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

WHO. The world health report 2000. Health systems: Improving performance. Ginebra: WHO, 2000.

Observación Estadística

Sector farmacéutico, precios y reformas en Colombia

Aleida Bustamante
Mónica Duran
Sandra Mejía

En Colombia, el mercado de medicamentos se ha caracterizado, en la última década, por dos aspectos que han articulado diferentes mecanismos de regulación de precios y que afectan las decisiones de los oferentes. En primer lugar la Reforma al Sistema de Seguridad Social, Ley 100/93, permitió la recomposición de la oferta, al incluir un listado básico de medicamentos genéricos y esenciales adscritos al Plan Obligatorio de Salud -POS- para el total de afiliados a la seguridad social. Así, se pasó de un mercado dominado por los medicamentos de marca, del 70% de participación en las ventas al 41%, a un mercado donde se incrementó el nivel de participación de los medicamentos genéricos, pasando del 15% al 37%. (Salud Colombia, No 59; 2000). Otra estrategia adoptada en Colombia, fue la reducción en un 50% de los aranceles a las materias primas que favorecen la producción de los medicamentos genéricos.

En segundo lugar, y a partir de 1998, se implementa la política de liberación de tarifas, mediante la cual, se pretendía la búsqueda de contención de costos al orientar la competencia entre genéricos y marcas en términos de precios y no de cantidades.

En este contexto, una investigación realizada por estudiantes de economía de la Universidad de Antioquia, quiso mostrar la respuesta de los precios de los medicamentos de marca, de 1992-2001, frente a las diferentes reformas al sector medicamentos adoptadas en Colombia en la década de 1990: Ley 100 de 1993, liberación de precios de 1998 y el precio de los medicamentos genéricos.

Para el logro de este objetivo, se estudiaron los precios de los medicamentos de marca y genéricos asociados a dos grupos terapéuticos incluidos en el POS, antiparasitarios y dermatológicos, a través de un modelo econométrico doble logarítmico en los precios y con variables Dummy para las diferentes reformas. Los precios, se tomaron en períodos bimensuales, para dos componentes activos de los antiparasitarios que vienen en tres tipos de presentación y concentración. En el grupo de los dermatológicos, se tomaron dos componentes activos bajo cuatro formas de presentación. (cuadro 6).

Los datos de precios, constantes a 2001, de los medicamentos de marca y genéricos se graficaron independientemente por tipo de componente activo y por tipo de concentración, a fin de observar si la tendencia en la variación de los precios era diferente por laboratorio. En los dos casos, marca y genérico, se encontraron tendencias similares por tipo de componente activo y por concentración, por lo que se estimaron precios promedio bimensuales. Esto es; el albendazol en frasco por 20ml de marca, es producido por 3 laboratorios y el genérico por 5, así el precio de marca con el cual se trabajó fue el promedio bimensual entre el precio de los 3 laboratorios, análogo para el precio del genérico. El mismo proceso se siguió para los demás medicamentos en estudio.

De los resultados obtenidos en las regresiones y en términos generales se puede decir que las diferentes reformas y el precio de los medicamentos de genéricos explican alrededor del 60% de la variación de los precios de marca en los dos grupos terapéuticos estudiados. Este bajo porcentaje puede ser explicado por la falta y consecuente no inclusión de variables como la elasticidad precio de la demanda e índices de concentración de mercado. También puede decirse que los precios de marca son sensibles al cambio de los precios de los medicamentos genéricos por

lo que la reacción en precios es instantánea y con signo positivo en el mismo período, así reducciones del 1% en el precio de los medicamentos genéricos provocan una caída alrededor del 3% en los precios de marca. Sin embargo, tres períodos después de la reducción del 1% en los genéricos, los medicamentos de marca aumentan su precio en 6%. De otro lado, con la Ley 100 de 1993 y en el caso de los antiparasitarios, se tiene una reducción de los precios de marca en un 77%, mientras que con la liberación de tarifas la reducción es apenas del 5.8%. En el caso de los dermatológicos, los precios se reducen con la Ley 100, pero presentan un ligero aumento con la ley de liberación de tarifas. Esto podría ser explicado porque los productores de marca se enfrentan una baja elasticidad precio de la demanda (fenómeno clientela) y no reaccionan a los cambios en los precios de los genéricos. Otro hecho importante es la ampliación en la brecha entre el precio promedio de las marcas y el promedio de los genéricos a partir de 1998 en los dos tipos de medicamentos estudiados.

Cuadro 6 Clasificación de los medicamentos

Grupo Terapéutico	Ingrediente Activo	Presentación	Productor de la marca	Productor del genérico
Antiparasitarios	Albendazol	Fco 20ml. 100mg	Biochem America La Santé	Generichem Generics Gen-far Medicalex Memphis
		Cja 2 tab. 200mg	Biochem America La Santé S.K. & F.	Generichem Generics Gen-far Medicalex Memphis
	Tinidazol	Cja 8 tab. 500mg	Pfizer	DizmoFar Generichem Gen-far Quifarmacos
Dermatológicos	Clotimazol	Tubo de 40G. 1% der	Bayer Schering Plough Chalver	Generichem Labinco Memphis
		Fco 30ml. 1%	Bayer	Labinco Memphis
		Cja 6 tab. 100mg	Bayer	Generinchem
	Hidrocor-tizona	Tubo de 15g. 1%	Bayer	Anglopharma

Fuente: Aleida Bustamante et al. 2002

Referencias

- BUSTAMANTE, Aleida et al. (2002). La Dinámica del Precio Delos Medicamentos Antiparasitarios y Dermatológicos en Colombia 1992-2001.
- Pavcnik Nina: Do pharmaceutical pices respond to insurance?. National Bureau of Economics Research NBER- working paper N° 7865. 1998.
- Snherrer, F. M. The pharmaceutical industry. En: Handbook of health economics. Vol 1B. Cap 25. 2000.
- Revista Salud Colombia, No 59; 2000. Citado por: BUSTAMANTE, Aleida et al. (2002). La Dinámica del Precio Delos Medicamentos Antiparasitarios y Dermatológicos en Colombia 1992-2001.

Observación Académica

Sobre el concepto de stewardship y su inclusión en los sistemas de salud

*Sandra Rodríguez Acosta
Economista, Integrante GES*

El informe de la Organización Mundial de la Salud -OMS- del año 2000, introdujo como una de las funciones básicas de los sistemas de salud un concepto nuevo, para el análisis económico y específicamente para el análisis del sector salud, el stewardship, traducido más tarde por la misma organización como rectoría. Con este concepto intentan reunir aspectos relacionados con el comportamiento de todos los agentes en los sistemas, enfocándose principalmente en la idea de responsabilidad por el bienestar de la sociedad al definirlo como "the careful and responsible management of the well-being of the population, the very essence of good government" (OMS 2000, pp.41). Aún cuando para muchos el concepto es un aspecto novedoso, lo cierto es que viene siendo aplicado desde tiempo atrás.

El stewardship puede ser identificado a través de la historia de la literatura, expandiéndose a los movimientos ecológicos y la gestión de los asuntos de organizaciones religiosas, y solo recientemente a la moderna gestión y la idea del liderazgo. En la concepción occidental por ejemplo, el stewardship tiene raíces religiosas, y aparece en el Génesis con Dios, como el steward de la creación. Por su parte, en la concepción ecológica que emerge de la tradición religiosa en el norte de Europa y Norte América, la noción de responsabilidad de Dios es reemplazada por una responsabilidad intergeneracional (Saltman y Ferroussier-Davis 2000). Desde la perspectiva del interés público por su parte, el stewardship es el supuesto de responsabilidad por el bienestar del mundo; es la inclinación que lidera alguna parte del mundo para atender el resto, es una institución perpetua, que existe en todos los momentos y lugares, e incluye incontables personas, trabajadores individuales o trabajadores conjuntos quienes están conectados, lo que significa que toman la responsabilidad por el mundo que habitan; stewardship es entonces, el colectivo de todos los individuos y el efecto acumulativo de sus acciones (Stewardship 2002). Armstrong (1997), presenta el stewardship como un modelo alternativo que supera las aproximaciones de mercado, para él es una vieja idea que está siendo redescubierta en muchos aspectos y que es principalmente aplicable a servicios de transacciones y en la ampliación de las responsabilidades del sector público.

La investigación de Davis et al (1997), en la cual se contrasta la teoría del stewardship emergente con la teoría de la agencia, sugiere que ambas descansan sobre modelos alternativos del hombre, afirman que "las aproximaciones económicas al gobierno, tales como la teoría de la agencia tienden a asumir alguna forma de homo-economicus, que describe la subordinación como individualismo, oportunismo, y self-serving. Mientras de manera alternativa, las aproximaciones sociológicas y psicológicas para gobernar tales como la teoría del stewardship describen subordinación como colectivismo pro-organizacional y confianza". La teoría de la agencia describe a los directivos superiores (principales) como individuos con objetivos e intereses que pueden ser, y a menudo lo son, diferentes de los de los accionistas (agentes); por lo tanto, la mayor atención está en los métodos para controlar el comportamiento de los superiores. En teoría de agencia,

cuando se encaran varias alternativas, un individuo racional seleccionará una que maximice su utilidad individual al menor costo. De aquí que el énfasis es puesto sobre mecanismos, reglas y regulación para controlar su comportamiento, su autoracionamiento, porque si el principal tiene el único objetivo de poner atención a su propio poder, prestigio y prerrequisitos, ellos estarán probablemente perdiendo el objetivo de la organización y conduciendo esta a equivocaciones. La teoría del stewardship actual define situaciones donde los responsables no están motivados por objetivos individuales pero actúan como stewards motivados por tratar de alinear los logros, objetivos y altos propósitos de la institución u organización, en esta el modelo del individuo esta basado sobre un steward cuyo comportamiento es ordenado de manera tal que es pro-organizacional y el comportamiento colectivista tiene alta utilidad más que el individualismo o el comportamiento de self-serving Davis et al (1997).

Bajo todas estas perspectivas se observa que el stewardship tiene similitudes con la noción de gobierno público, pero según lo contempla la OMS, al incluirlo en los sistemas de salud, se enfoca específicamente sobre el papel del Estado al tomar responsabilidad por la salud/bienestar de la población, y guiar el sistema de salud como un todo. Para ello, las tareas de rectoría que un sistema de salud debe desarrollar incluye: provisión y dirección del sistema, acumular y usar la inteligencia y ejercer influencia a través de la regulación. De lo acertado, qué tan bien o pobremente, un gobierno ejecute su papel de rectoría dependerá, por tanto, su influencia en los resultados del sistema.

Referencias:

- ARMSTRONG, Jim y ARMSTRONG, James L. Stewardship and public service. A Discussion Paper Prepared for The Public Service Commission of Canada. Marzo 31, 1997.
- MACKEE, Martin. Measuring the efficiency of health systems (Editorial). The World Health Report. Papers No 307 BMJ, 2001;323:295-296 (11 August).
- y JANSON, Staffan. The challenge of stewardship (Editorial). European Journal of Public health 2001; 11:122-123
- SALTMAN, Richard B y DAVIS, Odile Ferroussier. The concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(6), WHO.
- TRAVIS, Phyllida, EGGER, Dominique, DAVIES, Philip y MECHBAL, Abdelhay. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Evidence and Information for Policy. World Health Organization. 2002
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. CHAPTER SIX: How is the Public Interest Protected?. 2000
- Report WHO meeting of experts on the stewardship function in health systems. Meeting on the stewardship function in health systems. Geneva, Switzerland, septiembre 2001.
- Stewardship function, Report of SPRG on HSPA 2000
- Health financing and stewardship. Geneva, Switzerland

Actualidades del GES

Investigaciones en curso

Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano (Colciencias).

El estado del arte de la economía de la salud en Colombia. (CODI, U. de A.).

Análisis costo-efectividad. Tratamiento y control de tuberculosis extrapulmonar PCR-RFLP. (CODI, U. de A.)

Proyectos de investigación en convocatorias recientes

Determinantes socioeconómicos de la actividad e inactividad física en adolescentes antioqueños: una aproximación desde el capital salud. Convocatoria CODI mediana cuantía 2002 y Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de Salud de Colciencias.

Monitoreo local de la reforma al sector salud en Antioquia, 1999-2002. Convocatoria temática, CODI 2002

Tesis de maestría asesorada en 2002

Acceso a los diferentes niveles de complejidad para la población vinculada y subsidiada, caracterizada según la demanda en los servicios de ortopedia y cirugía general en la red de servicios en Metrosalud.

Publicaciones recientes

RESTREPO, Jairo y RODRIGUEZ Sandra (2002). "Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas en salud: Hacia un replanteamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social de Salud en Colombia". En: Revista Instituciones y Desarrollo (En Edición).

Información de interés

Institucionalización de los Borradores del CIE.

Pasantía Colciencias: Arango, Mónica. Estudio en Organización Industrial y Regulación aplicado a Economía de la salud.

Inscripción del Grupo de Economía de la Salud -GES- en la Asociación Internacional de Economía de la Salud -iHEA-.

El tema central del observatorio es un resumen del trabajo de grado, para optar al título de economistas, elaborado por Silvia Arredondo, Elvis Mejía y Omar Suárez, quienes contaron con la asesoría del profesor Jairo Humberto Restrepo y la colaboración de otros miembros del GES

Información institucional:

Rector:

Alberto Uribe Correa. (encargado)

Decano Facultad de Ciencias Económicas:

John Cardona Arteaga.

Director del CIE:

Jairo Humberto Restrepo Zea.

Integrantes del Grupo de Economía de la Salud:

Coordinadora: Johanna Vásquez Velásquez. Profesora, Facultad de Ciencias Económicas. U. de A. jovasve@agustinianos.udea.edu.co

Profesores Universidad de Antioquia:

Jairo Humberto Restrepo Zea. jairo@catios.udea.edu.co

Esperanza Echeverri López. mechel@guajiros.udea.edu.com

Elena del Corral Londoño elenadelco@catios.udea.edu.co

Jóvenes investigadores

Sandra Rodríguez A. (estudiante de maestría)

Mónica Arango Arango (pasantía Colciencias)

Juan José Rey Serrano (estudiante de maestría)

Asistentes de investigación:

Lina Patricia Casas B.

Durfari Janive Velandia N.

Estudiantes en formación:

Carlos Enrique Gómez Vélez

Karem Viviana Espinosa

Edwin Gutiérrez

Coordinación y edición de textos:

Johanna Vásquez Velásquez

Mónica Arango Arango

Diseño y diagramación

Santiago Ospina Gómez

E-mail: ges@agustinianos.udea.edu.co

<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, o a sus autores cuando sean artículos firmados.

