



Medellín, Diciembre de 2017 Año 17 N° 35
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia

El crecimiento del gasto en salud es una tendencia generalizada, tanto a lo largo del tiempo como en todos los países. Aunque se presentan diferencias según el nivel de desarrollo, los ciclos económicos, las políticas y los sistemas de salud, es un hecho que las sociedades dedican una proporción creciente del producto interno bruto (PIB) para financiar la atención en salud, lo cual puede verse como una respuesta a la mayor demanda y a la dinámica de las tecnologías para prevenir, detectar y tratar la enfermedad.

Ante esta situación, los países se ven enfrentados a buscar alternativas para mantener el equilibrio entre ingresos y gastos. La literatura indica tres tipos de herramientas: i) recaudar más dinero para la salud y ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, como se plantea en el informe de la Organización Mundial de la Salud de 2010 (OMS, 2010), y iii) reevaluar las fronteras entre el gasto público y el privado, en la medida en que es necesario responder a los retos de la sostenibilidad con mensajes claros a la sociedad sobre los costos de los servicios (OCDE, 2015).

Colombia ha dado pasos importantes frente al propósito de lograr la cobertura universal de los servicios de salud, siendo un ejemplo interesante en cuanto se notan avances en las tres dimensiones de la cobertura: población,

beneficios y protección financiera. El país cuenta con más del 90% de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud, quienes tienen derecho a recibir el mismo plan de beneficios, y los pagos de bolsillo se encuentran en un nivel bajo, alrededor del 15% del gasto en salud.

Ahora bien, para mantener los logros y responder a los desafíos sobre acceso, calidad y nuevas tecnologías, el sistema colombiano también enfrenta retos en cuanto a sostenibilidad financiera. Sin embargo, a pesar de su importancia, no se aprecia en el país un debate amplio y bien informado sobre el particular y no existe un consenso sobre lo que significa realmente la sostenibilidad, cómo evaluarla y hacerle seguimiento.

Por lo anterior, buscando contribuir al debate nacional y ofrecer elementos pedagógicos para ilustrar al público sobre el particular, en esta Observación se presentan los resultados del estudio del GES para establecer un marco conceptual y un conjunto de opciones de política que permitan garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Se da cuenta de literatura sobre la experiencia internacional y la caja de herramientas para abordar la problemática, se revisan cifras y documentos para el caso colombiano, y, como aporte original, se presentan los resultados de un panel de expertos y de una encuesta entre líderes del sistema.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

1. Aspectos teóricos y contexto internacional

La salud y su proceso de mejoramiento hacen parte de la agenda global de desarrollo. En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), por medio de los cuales la humanidad busca responder a la necesidad de alcanzar un desarrollo que beneficie a todas las personas, el tercer objetivo resalta la importancia de garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Aunque se han obtenido grandes progresos, aún se necesitan iniciativas para erradicar una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud, por lo que esta debe ser una prioridad de las agendas nacionales, haciendo imperativo que no solamente se definan metas en el ámbito de la salud sino que además se trabaje sobre aspectos de los sistemas de salud, como el gasto, las fuentes de recaudación y los retos para alcanzar la sostenibilidad financiera.

Una mirada sobre la relación entre la salud y el desarrollo fue planteada por Amartya Sen (2000), para quien el desarrollo de las naciones no es un mero asunto de acumular riquezas sino que comprende una perspectiva más amplia que contempla el contenido de una buena vida, la cual radica en la libertad de vivir largo tiempo y vivir bien. El desarrollo tiene como objetivo principal mejorar las vidas y las libertades de las personas, siendo una de las más importantes no estar expuestos a enfermedades y causas evitables de mortalidad. En este contexto, una de las recomendaciones es que la asignación social de recursos debe realizarse con políticas basadas en la participación y el debate público bien fundamentado: “La pasividad y la apatía pueden ser sancionadas con la enfermedad y la muerte” (Sen, 2000, p.8).

Considerando que la salud tiene un valor social, de modo que la sociedad está dispuesta a destinar recursos para su conservación y mejoramiento, a continuación se presentan los resultados de una revisión de literatura y del análisis de datos que dan cuenta de tendencias mundiales sobre el gasto en salud, de los determinantes del crecimiento del gasto y de las fuentes de financiamiento.

1.1 Tendencias del gasto en salud

A partir de información disponible, sobre el gasto y el financiamiento de la salud, se formulan tres “hechos estilizados” o tendencias generales que se repiten en los países y se mantienen a lo largo del tiempo. Estas tendencias se refieren al crecimiento del gasto total, a la dinámica del gasto público y a la protección financiera.

Hecho No. 1:

El gasto en salud crece por encima del PIB

Considerando que los países transitan por una senda que les permite alcanzar mayores niveles de ingresos, responder mejor a las necesidades y expectativas de la población y

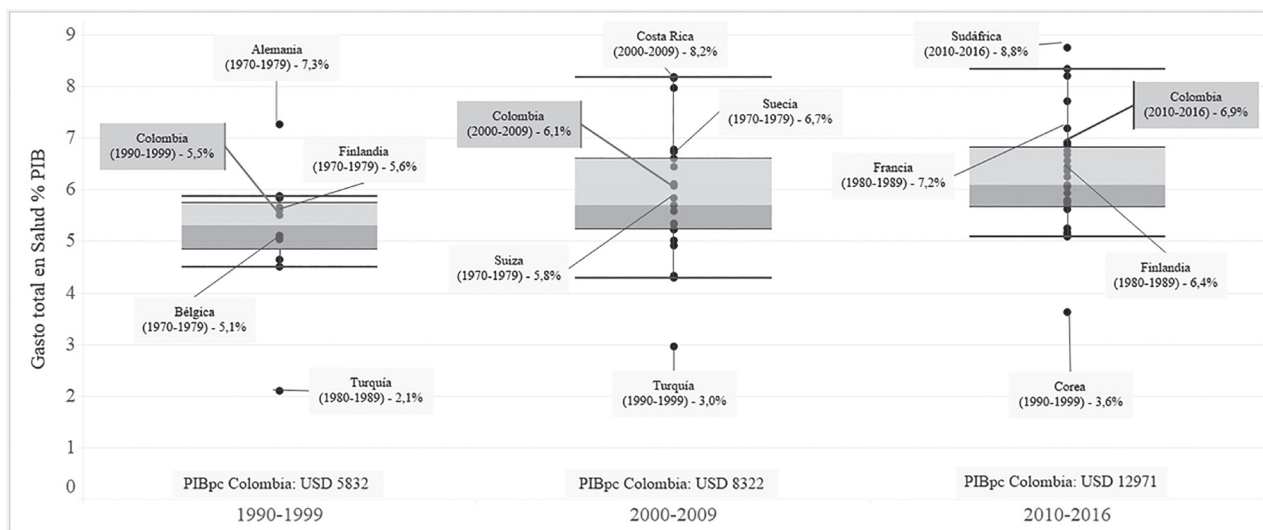
obtener mejoras de bienestar, dicha senda enseña una relación directa el desarrollo y el gasto en salud. Para responder a esta cuestión con evidencia empírica e identificar la posición internacional de Colombia, se consideran los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), especialmente por disponer de información para un periodo de tiempo amplio y por tratarse de un club de países de buenas prácticas.

En el gráfico 1 se ilustra aquella senda de crecimiento, dando cuenta del avance en cuanto al gasto en salud y de la posición de Colombia en ese contexto. Allí se resume lo sucedido en las tres últimas décadas si se toma a Colombia como país de análisis para la comparación. Cada década es representada con datos promedio, así que se toma el PIB per-cápita de Colombia de cada década y se ubican los países de la OCDE que alcanzaron en algún momento una cifra similar. De este modo, para cada momento se muestra el gasto en salud como porcentaje del PIB, dando cuenta que este porcentaje es creciente y que Colombia ha estado siempre por encima de la media e incluso en la medida que avanza el tiempo se ubica en niveles superiores.

En el primer periodo de análisis (1990-1999), el PIB per-cápita colombiano se ubicó entre 4.869 y 6.529 dólares ajustados por paridad, cifra que resulta de un ajuste teniendo en cuenta el valor que tendría en Estados Unidos la canasta de bienes y servicios adquirida por los colombianos en su país. El PIB per-cápita colombiano de este periodo resulta similar al de Austria, Noruega o Japón en 1970-1979. Dadas las dificultades de información, se estimó para Colombia el gasto en salud a partir del trabajo de Vélez (1996), contando así con una aproximación de la cifra previa a la reforma. Como se aprecia en el gráfico 1, el gasto de Colombia resultó superior a la media del grupo de países que tuvieron un ingreso similar dos décadas atrás, superado por Francia, Austria, Nueva Zelanda y Alemania, y con niveles similares o superiores a países como Finlandia, Japón, Bélgica, Noruega, China, Reino Unido y Turquía.

En el segundo periodo (2000-2010), el PIB per cápita colombiano estuvo entre 6.603 y 10.360 dólares ajustados por paridad, similar a los niveles de Suiza, Países Bajos o Australia en 1970-1979, o a los de Hungría, España o Turquía en 1980-1989. En este periodo, Colombia obtuvo un promedio de gasto en salud de 6,1% del PIB, ubicado también por encima de la media y de países como Suiza, Australia, Portugal, España o Luxemburgo. En cambio, el país fue superado por Canadá, Suecia y Dinamarca, con niveles que llegan hasta el 8,1% del PIB.

En el tercer periodo (2011-2016) Colombia alcanzó un PIB per cápita entre 10.776 y 14.130 dólares de paridad, un nivel similar al de Dinamarca, Alemania, Francia o Bélgica en 1980-1989, y a Brasil, Chile, Lituania o México en 2000-2009. En este periodo, el gasto en salud de Colombia fue del 6,9% del PIB, lo cual ubica al país en el cuartil superior de la distribución, superando el que en su momento alcanzaron Italia, Chile, Finlandia, Países Bajos y Noruega, y superado por Francia, Brasil, Dinamarca, Alemania y Sudáfrica.

Gráfico 1. El gasto en salud en perspectiva del desarrollo. Colombia y países OCDE 1990-2016

Fuente: Cálculos del GES con base en datos del Banco Mundial, OMS y OCDE.

Nota explicativa: En cada uno de los tres periodos se toma a Colombia con su PIB per cápita promedio en el periodo (PIBpc). Con este PIB per cápita de referencia, se buscan en la base de datos los países que hayan alcanzado una cifra dentro del rango de esa década en cualquier momento del periodo considerado, como se indica con el nombre de los países y el periodo correspondiente; y se consulta el gasto en salud que los países coincidentes tuvieron como porcentaje del PIB realizado en ese momento.

El comportamiento descrito anteriormente puede probarse para todos los países (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017), así que no es un asunto exclusivo de quienes hacen parte de la OCDE. El gasto per cápita en salud, ajustado por paridad, pasó en el mundo de 609 a 1.279 dólares entre 1995-2014, lo que equivale a un crecimiento anual de 5,3% en términos reales. Con esta tendencia, se espera que para el año 2030 el gasto per cápita se ubique a nivel global en un promedio de 2.521 dólares, y para 2040 en 3.539. Según el nivel de ingresos, los países de ingreso alto tuvieron una tasa de crecimiento anual entre 1995 y 2014 de 5%, mientras que para los países de ingreso medio bajo fue de 8,4%. Por su parte, los países de ingreso medio alto y bajo tuvieron un crecimiento anual de 3,8% y 7,2%, respectivamente.

Lo anterior se refiere al crecimiento del gasto en términos absolutos, pero lo más importante para explicar la relación propuesta en este primer hecho estilizado se refiere a la dinámica que ha tenido el gasto en salud como proporción del PIB. A nivel mundial, esta proporción pasó de 8,5% en 1995 a 9,9% en 2014, indicando que los países destinan un mayor porcentaje de sus recursos para financiar la salud. Como se muestra en el cuadro 1, los mayores niveles de gasto corresponden a los países de ingreso alto y la proporción se hace menor a medida que el ingreso es más bajo. No obstante, si se considera el incremento registrado durante el periodo se destacan los países de ingresos bajos, que pudieran igualar o superar a los países de ingreso medio y medio alto. En este contexto Colombia aparece en una buena posición, superando el promedio del grupo de países de ingreso medio alto del que hace parte.

Cuadro 1. Gasto total en salud (% del PIB) por grupo de ingresos y Colombia, 1995-2040

Nivel de ingresos	1995	2014	2030	2040
Alto	9,2	11,7	12,5	13,1
Medio alto	4,9	5,9	6,4	6,9
Medio bajo	3,5	4,3	4,7	5,0
Bajo	4,1	5,9	6,6	6,7
Colombia	6,8	7,2	7,8	8,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM.

Basados en el comportamiento registrado durante 1995-2014, en el trabajo de Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2017a) se proyecta el gasto que se alcanzaría en cada país en 2030 y 2040. En el cuadro 1 también se presentan estos resultados, aunque se trata de un promedio y a la luz de la estadística debe considerarse unos intervalos de confianza. En todo caso, de mantenerse el comportamiento observado, los países de ingreso alto conservarían un gasto en salud como porcentaje del PIB bastante alto, mientras los demás grupos de ingresos conservarían unos niveles más modestos. En el caso particular de Colombia, las proyecciones indican que el gasto seguiría aumentando y se alejaría cada vez más del promedio de los países de ingreso medio alto.

Por otro lado, un estudio realizado por Nghiem y Connelly en 2017 examinan la tendencia y los factores determinantes del gasto en salud en los países de la OCDE durante el período 1975-2004. Con base en los desarrollos recientes en la literatura de crecimiento económico, pudieron probar la hipótesis de que los gastos de atención médica en países con un nivel similar de desarrollo económico pueden converger. Los resultados no revelan evidencia de que los gastos de salud en los países de la OCDE converjan, lo cual es explicable por su heterogeneidad, pero hay evidencia de convergencia entre tres subgrupos de países.

Hecho No. 2:

El gasto público en salud crece con el nivel de ingresos

Un segundo hecho que marca la tendencia del gasto en salud a nivel mundial se refiere a su composición público-privado dentro del gasto total. En los datos mundiales se aprecia una generalidad: a medida que aumenta el PIB per cápita se incrementa la participación del gasto público en salud y, por tanto, se reduce la participación privada (ver gráfico 2).

La anterior relación se puede esperar porque a medida que exista un mayor crecimiento económico se pueden obtener mayores recursos fiscales y parafiscales para financiar el gasto en salud, aunque ello se encuentra mediado por una decisión política acerca de cuánto gastar en salud con fuentes públicas y cómo organizar y financiar el sistema de salud.

Adicionalmente, en varios trabajos se ha mostrado que mientras el ingreso de los países aumenta, el gasto público en salud tiende a ser creciente. La capacidad fiscal de los países, como lo indica la participación del gasto público en el PIB, aumentó constantemente durante el período 2000-2015 para los países con diferentes niveles de ingreso (WHO, 2017), con

un crecimiento particular entre los países de ingresos medio-bajo y bajo. El aumento en el gasto público, especialmente después de 2008, se atribuye a las políticas y desembolsos fiscales anticíclicos para apoyar al sector financiero después de la crisis financiera mundial. Para el período en general, la tendencia de la capacidad fiscal del gobierno para los países es positiva en todos los niveles de ingresos.

Para el caso colombiano, en el gráfico 2 se puede observar que el país se encuentra entre los países con la mayor proporción del PIB destinada a salud por la vía del gasto público. Es más, si se compara con los países con niveles de ingresos similares, casi todos presentan un gasto público inferior al de Colombia.

Hecho No. 3:

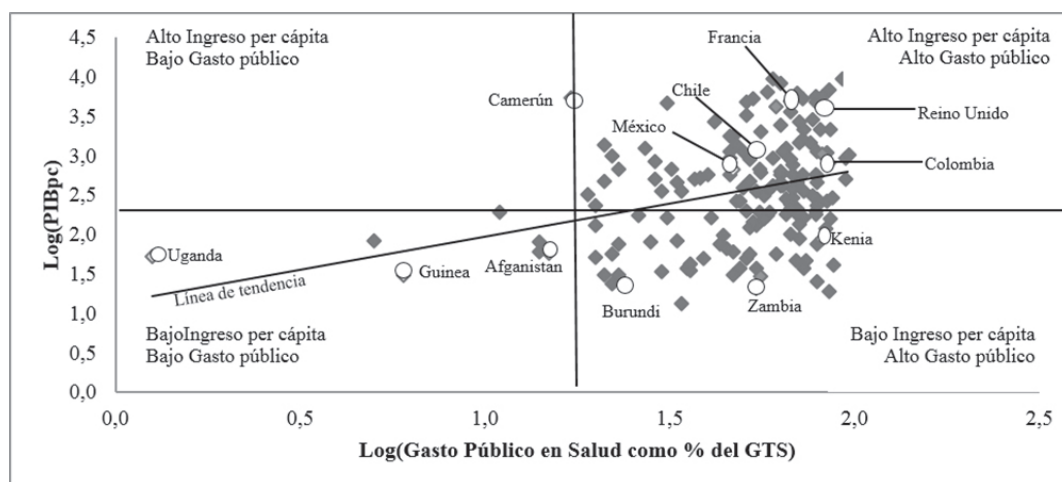
El gasto público garantiza mayor protección financiera

Este hecho muestra que al contar con una mayor proporción del gasto financiado con recursos públicos se tiene una mayor capacidad para cubrir el riesgo financiero de la población, por lo cual se reduce la participación del gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud (ver gráfico 3). Esto constituye un buen indicador de protección financiera, pues se evita que las personas incurran en gasto catastrófico o empobrecedor. Según la OMS el gasto de bolsillo que tenía una proporción importante en 1995, decrece con el tiempo aunque ello no sucede en los países de ingreso bajo que es donde presenta la mayor proporción (WHO, 2017).

Xu Ke *et al* (2003) muestran que una mayor capacidad fiscal y una mayor prioridad por parte del gobierno para la salud da como resultado un mayor gasto público en salud y una menor dependencia del gasto de bolsillo. Además, debido a que este gasto es un determinante crítico de la carga financiera del hogar atribuible al pago de los servicios de salud, un mayor

Gráfico 2. Ingreso per cápita y gasto público en salud (% del PIB)

184 países según niveles de ingreso, 2014



Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM.

gasto público en salud se asocia con una mayor protección financiera. Por ejemplo, en el caso de algunos países de la OCDE se presentan casos dominantes. Es el caso de Francia que en 2014 tenía un gasto público en salud equivalente al 78% del gasto total y enfrentaba un gasto de bolsillo del 6,9% del gasto total. Por su parte, Alemania tenía en ese mismo año un gasto público de 77% y un gasto de bolsillo de 12,7%, cifras que resultan muy similares a las de Colombia.

Es importante tener en cuenta que si el interés descansa sobre la protección financiera, como de hecho es un objetivo fundamental de los sistemas de salud, la relación propuesta podría formularse de una manera más general indicando la relación entre gasto prepago o mancomunación de recursos, por una parte, y el gasto de bolsillo, por la otra. En ese sentido, pueden encontrarse países con un gasto público en salud bajo o medio y aun así el gasto de bolsillo como proporción del gasto de total es bajo, lo cual indica que en el gasto privado predominan los seguros de salud.

Un caso emblemático para ilustrar esto es los Estados Unidos, cuyo país destina 48% de gasto público como proporción del gasto total para salud y el 52% del gasto es privado. Sin embargo, pese al alto gasto privado, los gastos de bolsillo significan el 12% del gasto total, un nivel similar o incluso inferior al de muchos países que se encuentran en el cuadrante inferior derecho del gráfico 3, lo cual está explicado por cuanto el gasto privado está destinado principalmente a la compra de seguros privados. No obstante lo interesantes que puedan ser las cifras sobre protección financiera, si ello se hace por la vía del financiamiento público o privado marca una diferencia crucial en términos de eficiencia, así que la evidencia sugiere que mientras mayor sea la proporción del gasto público menor será el gasto agregado de la sociedad, es decir, como porcentaje del PIB (WHO, 2015).

En el caso colombiano, el país representa un caso internacional reconocido por destacarse como un país con una alta protección financiera, pues el gasto público en salud como proporción del gasto total para el año 2014 fue de 75%, mientras que el gasto de bolsillo como proporción del gasto total fue del 14%.

1.2 Determinantes del incremento del gasto

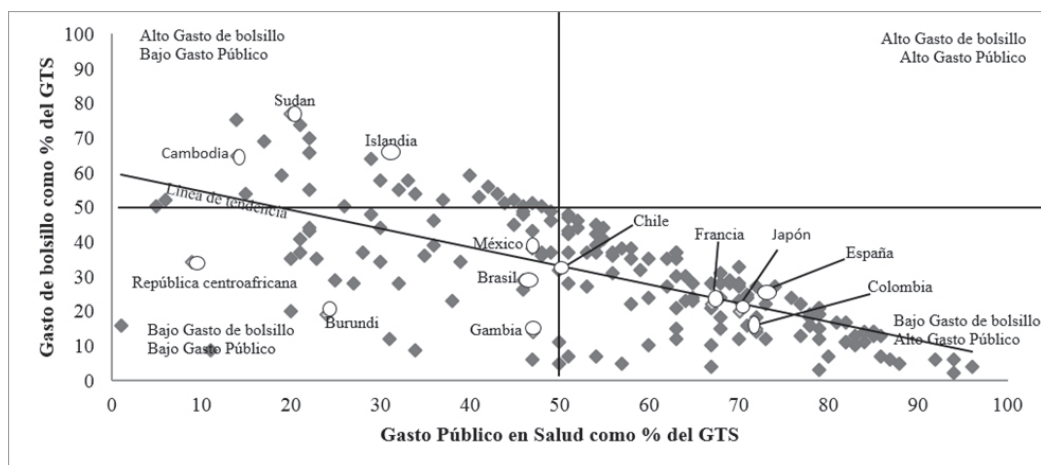
En la anterior sección se dejó claro que con el paso del tiempo los países incrementan su gasto en salud como proporción del PIB. Conviene entonces preguntarse por los factores o determinantes que explican este comportamiento: ¿Por qué el gasto en salud crece por encima de lo que sucede en el promedio de los demás sectores? La identificación y cuantificación de esos determinantes resulta clave para buscar nuevas fuentes de recaudación y/o controlar el gasto en salud, por lo que es fundamental pensar en su comportamiento a futuro para garantizar la sostenibilidad del sistema.

El incremento del gasto en salud se explica a partir de la interacción entre la demanda y la oferta de servicios de salud. Los determinantes asociados a la demanda son la transición demográfica, los estilos de vida, las expectativas de la población y la inflación de precios y cantidades en salud (OCDE, 2015). Por su parte, los determinantes asociados a la oferta se concentran en los cambios tecnológicos, el aumento en la cobertura del seguro y la utilización subóptima de recursos (ver cuadro 2) (European Commission, 2014; Appleby, 2013; Blanco-Moreno et al., 2013; Abellan, 2013; WEF, 2012).

La literatura proporciona evidencia sobre la innovación o el cambio tecnológico como el principal determinante del incremento del gasto en salud, entre un 50% y un 75% (Ginsburg, 2008 & WEF, 2012). Newhouse (1992) estima que representó

Gráfico 3. Gasto público en salud (% del GTS) y Gasto de Bolsillo (% del GTS)

184 países según niveles de ingreso, 2014.



Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM.

Cuadro 2. Determinantes del incremento del gasto en salud (Construcción con base en varios autores).

Determinantes	Newhouse (1992)	Cutler (1995)	Abellán (2012)	Colombia*
Cambio tecnológico	65%	49%	51,6%	4,5
Gastos administrativos evitables	-	14%	-	3,3
Inflación por precios médicos	-	19%	8 - 35%	3,4
Crecimiento de los ingresos**	21%	4%	-	-
Seguro de salud	10%	13%	-	2,9
Envejecimiento	2%	2%	2 - 15%	3,5

Nota explicativa: * Estos valores son los resultados de la importancia de los determinantes del incremento del gasto en salud según la visión de los expertos (Calificación de 5 a 1). ** Es el resultado de los estudios de Newhouse y Cutler para EE.UU. para el periodo entre 1940 y 1990.

Fuente: *Spending on health and social care over the next 50 years Why think long term?*, John Appleby. *Sostenibilidad financiera del Sistema de Salud en España*, Abellán, 2012.

este factor representó más del 65% del incremento del gasto en salud de EE.UU. entre 1940 y 1990, mientras que Cutler (1995) proporciona una estimación más baja, pero aún dominante, del 49%. El peso de este factor se entiende en la medida en que si bien las nuevas tecnologías reducen los costos mediante mejoras en la eficiencia en los servicios de salud, lo que reduce las necesidades de la población, al mismo tiempo transmiten mayores costos mediante el aumento en la utilización de servicios debido a la ampliación del alcance de dichas tecnologías y a la gama de posibles tratamientos disponibles para un conjunto más amplio de personas (OCDE, 2015).

Otro de los factores importantes sobre los que se ha documentado evidencia es el demográfico, el cual puede responder por entre el 2% al 15% del incremento del gasto (Thomson et al, 2009; WHO, 2006; Dormont, et. al., 2006; Seshamani, 2004 & Office, 2007). En este caso, la caída de las tasas de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida impulsan un mayor gasto en salud en la medida en que una creciente proporción de personas mayores generan más costos en la prestación de servicios.

Otro factor de gran interés es el relacionado con las tendencias inflacionarias en salud, pues el incremento de los precios y las frecuencias de uso pueden incrementar el gasto entre 10 y 35% (Abellán, 2013). Para el caso de EE.UU. Entre 1940 y 1990, Cutler (1995) identifica que el incremento de precios de los servicios de salud incrementa el gasto en un 19%.

Por otra parte, Newhouse (1992) y Cutler (1995) identifican que en EE.UU. entre 1940 y 1990, la cobertura del seguro de salud incrementa el gasto en 10% y 13% respectivamente. Mientras que el crecimiento de los ingresos que implica una mayor demanda de servicios incrementa el gasto en 21% (Newhouse, 1992) y 4% (Cutler, 1995), este último autor indica que los gastos administrativos evitables aumentan la ineficiencia de los servicios de salud incrementando el gasto en salud en 14%. Otros determinantes que tienen implicaciones sobre el incremento del gasto en salud pueden concentrarse en los hábitos saludables o estilos de vida, la conciencia de las personas por el valor de la salud, la utilización subóptima de recursos, incentivos inadecuados en la prestación de servicios, gastos en administración evitables, inflación relativa de los precios y

cantidades de los servicios médicos y la cobertura del seguro (Appleby, 2013 & WEF, 2012). Aunque la literatura menciona estos determinantes en menor medida.

1.3 Los ingresos y la sostenibilidad financiera

En materia de sistemas de financiamiento y gasto en salud, la OMS en su informe de 2010 hace énfasis sobre la necesidad imprescindible que deberían tener los países para recaudar suficiente dinero que permita financiar la salud, para lo cual es fundamental la prioridad que reciba la salud por parte de los gobiernos y la diversificación innovadora de fuentes de recaudación (ver cuadro 3). De manera similar, en un trabajo de la OCDE (2015) se resalta que los sistemas de salud necesitan generar mayores ingresos, ya que las presiones fiscales y los efectos económicos distorsionadores de los elevados tipos impositivos marginales producen un reto para la sostenibilidad financiera y los objetivos de los sistemas de salud.

Además, es primordial mejorar la eficiencia pues se resalta que existen oportunidades para conseguir más con los mismos recursos (OMS, 2010). Es por ello que para garantizar la sostenibilidad financiera es necesario definir un sistema de financiamiento, pues es allí donde se identifican los mecanismos y las fuentes que se usan para movilizar recursos para salud.

La recaudación es fundamental para definir las fuentes de ingresos que financian los sistemas de salud. Normalmente se reconocen tres esquemas de financiación: privada, pública y la seguridad social. La primera asume como fuente el ingreso de personas con capacidad de pago, quienes destinan una porción de su ingreso para el pago de seguros o pólizas privadas y para asumir gastos de bolsillo mediante pago por servicios. La segunda, concentra sus fuentes de ingresos en recursos de impuestos generales y específicos. Finalmente, los esquemas de seguridad social toman como fuente de ingreso los impuestos a la nómina mediante contribuciones individuales (Gráfico 4).

Aunque no existe un esquema de financiación puro, en todo caso es claro el predominio público en los sistemas de salud. Una tendencia reciente se refiere al esfuerzo por sustituir las contribuciones a la nómina por impuestos generales y específicos, buscando mayor estabilidad en la recaudación (Gutierrez et al, 2012).

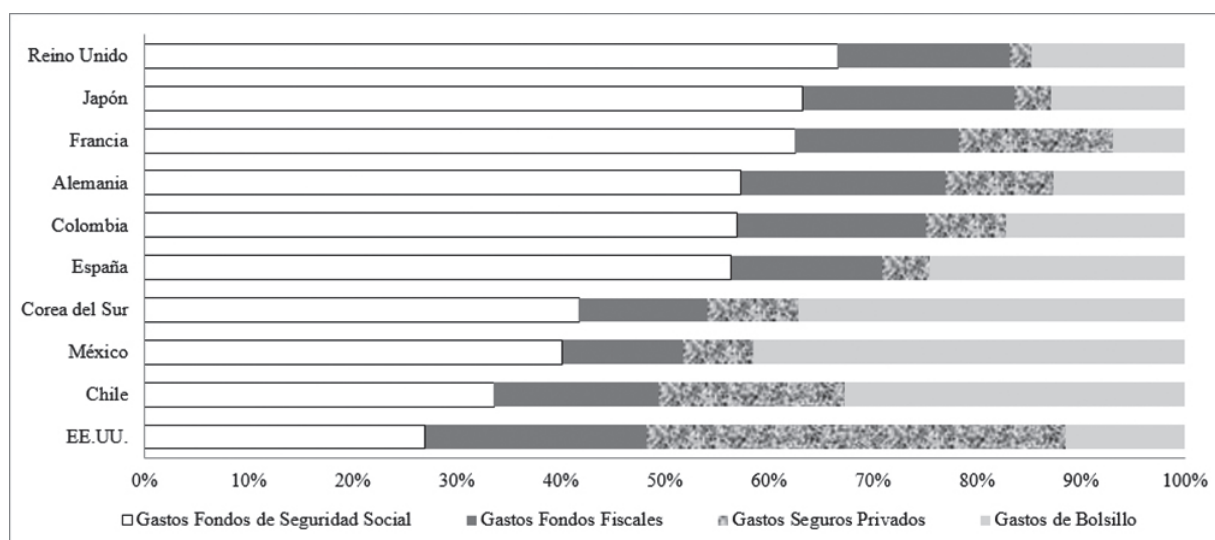
Cuadro 3. Algunas opciones nacionales para la financiación innovadora

Opciones	Supuestos/Ejemplos	Comentarios
Tasa especial sobre las grandes empresas rentables	Australia impuso una tasa a compañías mineras.	Específico del contexto
	Gabón introdujo un impuesto sobre empresas de telefonía móvil.	
	Pakistán aplica desde hace mucho tiempo un impuesto sobre las empresas farmacéuticas.	
Impuesto sobre las transacciones financieras	En la década de los 90 hubo un impuesto bancario en Brasil sobre las transacciones bancarias.	Parece que ha habido una mayor oposición de los grupos de interés hacia este impuesto que respecto a otros
	Gabón aplicó una tasa sobre las transacciones de los giros	
Aportación solidaria con los teléfonos móviles	El mercado mundial de servicios de telefonía móvil de contrato es de US\$ 750 mil millones; así es que, con sólo percibir el 1% del mismo, se recaudaría una gran cantidad de dinero.	Los gastos de establecimiento y funcionamiento podrían ser entre el 1 y el 3% de los ingresos.
Impuesto al consumo de tabaco y alcohol	Estos impuestos al consumo sobre el tabaco y el alcohol existen en la mayoría de los países, pero hay un amplio margen para aumentarlos en muchos de ellos sin causar una caída de los ingresos	Reduce el consumo de tabaco y alcohol, lo que tiene un impacto positivo en la salud pública.
Impuestos al consumo sobre los alimentos poco saludables (azúcar, sal)	Rumania aplica una tasa del 20% sobre los alimentos con elevado contenido en grasas, sal, conservantes y azúcar	Reduce el consumo de alimentos nocivos y mejora la salud.

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal (2010).

Gráfico 4. Fuentes de financiación de algunos sistemas de salud en países OCDE y Colombia, 2014

(Participación según esquema de financiamiento)



Fuente: Global Health Observatory data repository.

2. Alternativas y lecciones aprendidas

En esta sección se presentan, producto de la revisión de literatura, las alternativas y lecciones aprendidas para enfrentar los retos de la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. Es así como se plantea un inventario de los requerimientos mínimos que deben cumplir los países para gestionar la sostenibilidad, se expone la denominada caja de herramientas construida de acuerdo con los instrumentos de política agrupados según las funciones del sistema de financiamiento y su respectiva alineación, y se exponen varios casos representativos de países que han llevado a cabo varias de las recomendaciones y que hacen parte del grupo de las llamadas “buenas prácticas”.

2.1 Requerimientos mínimos

Además de considerar la sostenibilidad como una relación dinámica entre ingresos y gastos, representada mediante una ecuación de equilibrio, en términos institucionales y en el contexto de las políticas públicas, el análisis de la sostenibilidad también comprende unos requerimientos que deberían cumplir los países para abordar la cuestión y planear soluciones a mediano y largo plazo. A partir de la revisión de experiencias, y con base en diagnóstico realizado en la Organización Mundial de la Salud (Kutzin, et.al., 2017 y McIntyre, et. al., 2016), el GES construyó una lista de requerimientos que se esbozan a continuación:

- *Estrategia de financiamiento y cuentas de salud:* Contar con un plan y un buen sistema de información. Debe haber una relación clara y explícita entre el Estado y la sociedad en términos de tributación. Se resalta la importancia de construir sistemas robustos y transparentes para hacer seguimiento a la sostenibilidad.
- *Recaudación de recursos:* La dependencia de fuentes públicas de ingresos y la previsibilidad y estabilidad de fondos son condiciones primordiales para alcanzar la Cobertura Universal en Salud (CUS) y garantizar la sostenibilidad financiera en el tiempo.
- *Mancomunación de fondos:* Se refiere a que una entidad centralice el manejo de fondos del sistema, lo cual facilita el control y seguimiento al flujo de los recursos y los usos asociados con el fin de identificar ineficiencias. Es importante para promover el objetivo de protección financiera, en particular cuando la mancomunación se organiza de manera que se maximice la capacidad redistributiva de los fondos prepagados.
- *Compra estratégica de servicios:* Consiste en planear la asignación de recursos para los proveedores según las necesidades de salud, el desempeño del proveedor y la mejora del estado de salud de la población atendida. Juega un rol importante en la inclusión de incentivos y la reducción de comportamientos perversos en los prestadores. De esta manera, el gasto se hace más eficiente y se garantiza una mayor viabilidad de la sostenibilidad.

- *Diseño de planes de beneficios y mecanismo de priorización:* Se deben diseñar planes que estén basados en un sistema claro de derechos y obligaciones de la población y su concientización sobre los mecanismos de priorización, los cuales son elementos claves en el alcance de la sostenibilidad.
- *Gobernanza de las funciones relativas a financiación:* Se requiere la presencia de una agencia o mecanismo de dirección y de supervisión que regule la selección adversa, que reglamente el ajuste del riesgo, que reporte el desempeño y uso de los fondos y que mejore la coherencia entre los diferentes aspectos de la financiación. Estas mejoras en el manejo de la financiación son importantes a la hora de garantizar la sostenibilidad.
- *Hechos estructurales y factores contextuales:* Es importante que las variables económicas, políticas y sociales estén alineadas para el logro de la sostenibilidad. Por ejemplo, el nivel general de desarrollo económico es un factor clave, al igual que la complementariedad de las políticas y el compromiso de todos los actores interesados.
- *Prestación de servicios:* Se debe sustituir la atención institucional con la atención domiciliaria, y la atención secundaria con atención primaria. Además, es deseable emplear una combinación de mecanismos reguladores para contener el gasto farmacéutico y garantizar la calidad y la eficiencia.

2.2 Caja de Herramientas

La *caja de herramientas* hace referencia al grupo de instrumentales y materiales teóricos y conceptuales que ayudan en la construcción de la sostenibilidad. Se considera de gran importancia porque complementa el camino a transitar para lograr la sostenibilidad financiera. Dicha caja se construyó con base en los trabajos realizados en la Organización Mundial de la Salud (Kutzin, et.al., 2017 y McIntyre, et. al., 2016) y se representa mediante el esquema de la figura 1, destacando que se cuenta con dos perspectivas para actuar en procura del equilibrio financiero: la perspectiva del ingreso y de la administración de recursos y la perspectiva del gasto. Además, la caja de herramientas también comprende aspectos referentes a la gobernanza, de modo que se soporta la alineación entre las funciones e instrumentos, tal como debe ser contemplado en el plan estratégico de financiamiento del sistema de salud.

En la perspectiva del ingreso se definen instrumentos de política enmarcados en las funciones del sistema de financiamiento, como la recaudación de recursos que permite plantear estratégicamente la inclusión de nuevas fuentes para la financiación del sistema y por otra parte la mancomunación que busca reducir la segmentación y fragmentación de fondos para mejorar la capacidad redistributiva y disminuir la duplicación de transacciones.

En la perspectiva del gasto se definen instrumentos de política a partir de funciones del sistema, tales como: la compra estratégica de servicios que promueve la adquisición de

Figura 1. Caja de herramientas para la sostenibilidad financiera del sistema de salud



servicios basada en estrategias de negociación en la asignación de recursos a los proveedores a partir de necesidades, alcances de salud y desempeño del proveedor; y el diseño de planes de beneficios y mecanismos de priorización en donde se fortalece e institucionaliza el proceso de inclusión de tecnologías en los planes de beneficios de acuerdo a rigurosidad científica y equidad de uso.

Finalmente, la gobernanza soporta la alineación entre las funciones relativas al ingreso y al gasto, tal como debe ser contemplado en la propuesta de un plan estratégico de financiamiento del sistema de salud.

2.3 Lecciones aprendidas

El alcance de la sostenibilidad financiera va atado al alcance final de los objetivos en salud. El principal objetivo por lo que los países abogan se refiere a la cobertura universal en salud (CUS), definida como un sistema que proporcione a todos los ciudadanos una atención de salud adecuada a un costo asequible, mediante un mecanismo de financiamiento de prepago. Para ello, sus pilares deben estar encaminados a aumentar o mantener los ingresos suficientes y sostenibles de manera eficiente y equitativa para proporcionar a las personas un paquete básico de servicios esenciales que mejoren los resultados de salud y proporcionen protección financiera contra pérdidas financieras, catastróficas o empobrecedoras e impredecibles, causadas por enfermedades y lesiones; y asegurar la compra de servicios de salud de una manera eficiente y desde el punto de vista técnico y de asignación de recursos.

En este sentido, los países se han esforzado por cumplir el alcance de tales objetivos, donde entre los principales instrumentos de política catalogados como exitosos, según lo reportado por el Observatorio Europeo de sistemas de salud y políticas (EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES, N.D), se encuentran:

Promover subsidios cruzados para alcanzar los objetivos de cobertura universal: Implican la necesidad de fuertes subsidios cruzados dentro del sistema de salud, tanto en términos de ingresos (subsidios cruzados de los ricos a los pobres) como de riesgo de requerir atención sanitaria (subsidios cruzados de los sanos, o de bajo riesgo, a las personas enfermas o de alto riesgo).

Rendición de cuentas a través de contratos basados en resultados y desempeño con los proveedores: Cada método de pago del proveedor, así como el nivel de pago que se establece, conlleva poderosos incentivos que impulsan la cantidad y la calidad de los servicios.

Implementación de un sistema descentralizado: Organización de la prestación del servicio, incluidos los cambios en los incentivos y la autonomía de la toma de decisiones, debe estar alineada con el objetivo de la política.

Agencias reguladoras independientes: Para asegurar los estándares de calidad se debe contar con una agencia reguladora independiente para autorizar y acreditar instalaciones y proveedores, y para el monitoreo y la evaluación.

La combinación correcta de insumos: Encontrar la combinación óptima de habilidades entre los trabajadores de la salud y el tipo

Cuadro 4. Lecciones aprendidas de la sostenibilidad financiera

Países/tipos de instrumentos	Gasto-Eficiencia: Compra estratégica, diseño de beneficios y priorización	Ingresos-Administración: Recaudación de recursos y mancomunación
Alemania	▪ Sistema de remuneración para médicos del seguro social orientada al desempeño y basada en factores regionales. ▪ Planificación basada en las necesidades. Nuevas relaciones médico-paciente teniendo en cuenta factores demográficos regionales y morbilidad.	▪ Se estableció un fondo de estructura. Las asociaciones de médicos recibieron fondos estructurados que se financiaron con el 0,1% de la remuneración global. El fondo fue diseñado para alentar a los médicos a practicar en áreas con poco suministro.
Austria	▪ La conducta promotora de la salud es recompensada: modelo de atención preventiva con incentivos financieros dirigidos a mejorar parámetros como la presión arterial, el ejercicio, el peso y el consumo de alcohol y nicotina. ▪ Sistema de pago hospitalario basado en Grupos Relacionados de diagnóstico (GRD), actualizado de manera exhaustiva, permitiendo la combinación de catálogos.	▪ El nivel de pagos de bolsillo es relativamente alto en Austria cuando se compara internacionalmente. Sin embargo, los muchos criterios de exención, como el límite de la tarifa de prescripción, aseguran un acceso completo a la atención médica.
Bélgica	▪ Seguro médico obligatorio administrado por institución que otorga presupuesto prospectivo a fondos de enfermedad para financiar la atención médica. los fondos de enfermedad se han hecho responsables financieramente por una proporción de la discrepancia entre su gasto real y sus gastos normativos de salud ajustados por riesgo.	
Dinamarca	▪ Libre elección de hospitales y garantía de tiempo de espera. Se busca fortalecer los incentivos para reducir los tiempos de espera en el tratamiento y aumentar la capacidad de respuesta al introducir competencia entre los hospitales públicos y proporcionar un marco para un rol más grande de los proveedores privados.	▪ Se eliminó el derecho a tributar de las regiones. La asistencia sanitaria se financia mediante una mezcla de impuestos municipales y nacionales. ▪ El financiamiento público restante para las actividades regionales de atención de la salud proviene de las contribuciones municipales. La idea es crear incentivos para que las municipalidades aumenten los servicios preventivos.
Estonia	▪ Desde 2008 hay soluciones electrónicas, reestructuración de servicios de ambulancia, impulso a la prescripción de medicamentos genéricos, fortalecimiento de la atención primaria y apoyo a médicos en áreas remotas, así como modernización de las instalaciones hospitalarias. ▪ Desde el 2011 se realizan los informes de retroalimentación de hospitales presentando indicadores de desempeño, lo que llevó al aumento de la responsabilidad pública y la transparencia en el sector hospitalario.	▪ El sistema de pagador único ha funcionado bien desde principios de la década de 1990. La recaudación central de ingresos, la agrupación nacional y los precios establecidos centralmente contribuyen a la eficiencia en el uso de los recursos, mientras que la amplitud, el alcance y la profundidad de la cobertura resultan en un acceso generalmente equitativo a la atención primaria y la mayoría de los servicios especializados.
Países Bajos	▪ Las aseguradoras y los proveedores de salud negocian sobre el precio y la calidad de la atención, aunque la competencia por la calidad todavía es incipiente. ▪ Los proveedores de atención médica son empresarios independientes sin fines de lucro. Los hospitales se pagan a través de un tipo adaptado de GRD. Los médicos generales son pagados por una combinación de pago por servicio, capitación y pago por desempeño.	▪ Cambiar los costos de fuentes públicas a privadas al limitar el paquete de beneficios básicos y aumentar el deducible obligatorio. Lo que no está cubierto por el paquete básico puede ser asegurado mediante seguros voluntarios. ▪ Los municipios reciben fondos adicionales del estado (de impuestos generales), sin destinación específica. Dándoles la libertad de organizar la atención para su población.

de establecimiento de salud puede aumentar recursos de atención médica limitados y mejorar la eficiencia técnica.

Capacidad de gestión y sistemas de información: Todas las reformas requieren capacidad de gestión y sistemas de información de salud que permitan el monitoreo y la evaluación del desempeño del sistema de salud para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas

Un enfoque de sistemas más amplio: Una intervención puede afectar al sistema en general; por lo tanto, es importante diseñar intervenciones mediante un enfoque sistémico, en el que se alineen diferentes instrumentos de política.

Medidas de la eficiencia del sistema de salud: La “eficiencia” se puede interpretar de manera amplia; por lo tanto, se requiere un marco para medir, cuantificar y comparar la ineficiencia.

Priorización de la atención primaria de salud: Se deben alentar los paquetes de beneficios de atención médica que cubran las principales causas del deterioro de la salud, ya que garantizan que los necesitados obtengan un beneficio óptimo de los servicios de salud y reciban valor por el dinero gastado en estos servicios.

En la práctica, con las reformas realizadas en sus modelos de financiamiento los países han registrado variedad de experiencias, unas catalogadas como exitosas, que deben ser compartidas como buenas prácticas, y otras que han provocado resultados contrarios a los esperados y que por tanto deben ser evitadas o tratadas con cautela. A partir de una exhaustiva revisión de literatura de las lecciones aprendidas por los países en la implementación de las reformas de los sistemas de salud, el cuadro 4 registra los instrumentos de política desarrollados en una muestra de países de la OCDE respecto a las perspectivas del gasto y del ingreso

La selección de estos cinco países de la OCDE que han incrementado los recursos del sistema, aumentado la eficiencia y reducido los gastos excesivos, responde a un criterio específico definido por el grupo de investigación: si bien hay que tener cautela a la hora de establecer comparaciones con este grupo de países en lo que se refiere a montos de gasto y de financiación de los sistemas, es muy recomendable por el contrario establecer un estándar equiparable en términos de las llamadas “buenas prácticas” en el campo de las políticas y gestión de la sostenibilidad.

3. La sostenibilidad financiera en Colombia: perspectiva técnica y de expertos

La sostenibilidad financiera es abordada desde una perspectiva técnica a partir de cifras y de la aplicación de técnicas y teorías para explicar la situación y plantear perspectivas o escenarios de futuro. Es así como en esta sección se presenta primero una revisión rápida de la situación financiera del sistema, en cuanto a gastos y fuentes de recursos, y a continuación se resumen los resultados del panel de expertos adelantado para discutir las alternativas que pudiera poner en marcha Colombia.

3.1 El gasto y las fuentes de financiamiento

Colombia ha avanzado significativamente hacia la cobertura universal en salud mediante la afiliación de un 95% de la población, a quienes se busca garantizar el cubrimiento de un plan de beneficios único. Estos avances se consolidan y profundizan en el marco de la Ley Estatutaria de Salud, que reglamenta el derecho fundamental a la salud, especialmente lo que se refiere a la adopción de un plan de beneficios implícito que está basado en una lista de exclusiones (BID, 2015).

A la par con los avances en la cobertura, el país ha realizado cambios en la financiación del sistema mediante un incremento de impuestos generales y una reducción de las cotizaciones a cargo de los empleadores. Así las cosas, para mantener la cobertura, responder por las expectativas que se desprenden de la Ley Estatutaria y garantizar el equilibrio financiero en medio de la recomposición entre los impuestos y las cotizaciones, el país se enfrenta a una presión fiscal para responder por la tendencia al incremento del gasto.

Para comprender la problemática es importante realizar una revisión de las cifras básicas que dan cuenta del gasto y su financiación. En cuanto al gasto total en salud, este ascendió al 7,2% en 2014, lo cual corresponde a unos 50 billones de pesos (MSPS, 2014). Como se mostró en el gráfico 1, el gasto colombiano ha sido creciente como proporción del PIB y se encuentra por encima del promedio de países con niveles de desarrollo similar, tanto en la actualidad como si se considera la senda por la que han atravesado países más desarrollados. Según proyecciones, en 2030 y 2040 el gasto podría ser de 7,8% y 8,5%, respectivamente.

En cuanto al gasto per cápita, según Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, en 1995 Colombia tenía un gasto per cápita en salud 416 dólares per cápita de 2015 y para el año 2014 de 975, lo que implica una tasa de crecimiento anual 4,6%. Se espera que para el 2030 y 2040 este gasto se encuentre en 1620 y 2398 dólares, respectivamente.

El gasto en salud que realiza Colombia es principalmente público. En 2014, la participación del gasto público fue del 75% y la del privado 25%. El gasto público es cubierto mediante las cotizaciones a la seguridad (38%), los recursos del impuesto CREE (15%), el Sistema General de Participaciones (18%), los aportes de la Nación (7%) y excedentes del Fosyga (6%). El remanente está constituido por las denominadas rentas cedidas y los recursos propios de las entidades territoriales, entre otros.

En cuanto al gasto privado, los pagos de bolsillo representan el 61% (15% del gasto total), y el restante corresponde a seguros prepagados como los planes de medicina preparada, otros seguros voluntarios y el Seguro Obligatorio de Tránsito (SOAT).

Es así que el gasto ejecutado con fuentes públicas representa el 5,4% del PIB, el gasto de bolsillo el 1,1% y el restante 0,7% corresponde a los seguros privados. En general, como consecuencia de la reforma de 1993, más del 70% del gasto total en salud ha estado financiado por fondos de carácter

público liderado por los fondos de seguridad social. Sin embargo, dada la sustitución de recursos generada con la reforma tributaria de 2012 (Ley 1607) se logra un equilibrio cambiante con mayor participación del impuesto a la renta de las empresas.

Para describir la relación entre ingresos y gastos, utilizando la formulación de Evans (1998) y Mossialos y Dixon (2002), se puede plantear la ecuación del equilibrio financiero de la siguiente forma:

Equilibrio financiero del sistema colombiano:

$$EFSSC_{(t)} = \text{Ingresos}_{(t)} - \text{Gastos}_{(t)} = 0 \quad (1)$$

Ingresos del sistema (Ingresos_(t)):

$$TFt(IG,IE) + SI t(Cot) + UCt(CS,CM,CP) \quad (2)$$

Gastos del Sistema (Gastos(t)):

$$RC + RS + SP + \text{Recobros} + GF \quad (3)$$

La ecuación 1 expresa que el total de las rentas y los recursos del sistema debe ser igual al gasto total, esto para un período o momento representado por t que puede ser un año cualquiera o un período de tiempo más amplio. La ecuación 2 representa los ingresos del sistema, que se concentran en la suma de impuestos (TF) generales (IG), como el impuesto a la renta o el IVA, y específicos (IE) como el impuesto a los licores o al tabaco; las contribuciones obligatorias a la seguridad social (SI), representadas por las cotizaciones (Cot), y los pagos de bolsillo y cobros a usuarios (UC), representados por las compras de servicios (CS), las cuotas moderadoras (CM) y los copagos (CP).

La ecuación 3 representa el gasto total del sistema, que es igual a los pagos u obligaciones para cubrir los servicios a la población del Régimen Contributivo (RC) y del Régimen Subsidiado (RS), los servicios de Salud Pública (SP), los Recobros por medicamentos y servicios No POS y los Gastos de Funcionamiento (GF). Una formulación más compleja de los gastos debe incluir las frecuencias de usos de servicios y los precios, los que se encuentran definidos o hacen parte de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

A partir de la ecuación se pueden dar luces acerca de la sostenibilidad financiera, de modo que por parte del gobierno se diseñan una serie de herramientas o instrumentos de política para enfrentar los retos del sistema, tanto en lo relacionado con las fuentes de financiamiento como con el gasto en salud.

Entre las políticas o medidas que han impactado las fuentes de financiación y el gasto se encuentran: la Ley 1122 de 2007, la cual amplió la cobertura de los subsidios parciales y estableció otras medidas para ampliar la cobertura y facilitar movilidad entre los dos regímenes; la sentencia T-760 de 2008 que dictó órdenes en procura de garantizar la cobertura universal y hacer efectivo el goce del derecho a la salud; la Ley 1438 de 2011 que dio prioridad al acceso a los servicios

y puso al usuario como núcleo central, dando lugar a medidas como la unificación del plan de beneficios, unos cambios en los aportes del régimen contributivo para la financiación del subsidiado, y definición de funciones a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, en cuanto a la formulación y regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

La reforma tributaria (Ley 1607 de 2012) estableció la sustitución de fuentes entre cotizaciones por impuestos generales. Ahora bien, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) se concentra en hacer valer la regulación del derecho fundamental a la salud. Finalmente, la reforma tributaria del 2016 (Ley 1819) define un aumento de impuestos específicos que permitirán aumentar los recursos del sistema; pues de la tarifa general del impuesto a las ventas se destinará 0,5 puntos para la financiación del aseguramiento del sistema. También se incrementa el impuesto al consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, bajo la destinación de recursos de la nueva Ley de Licores, de igual manera, se establece que los ingresos adicionales recaudados por concepto del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco, los cuales se destinan a financiar el aseguramiento.

Es así que se han diseñado varias normas para mejorar la recaudación del sistema y controlar el incremento del gasto en los últimos diez años, pero aún no se aprecia en el país un debate amplio y bien informado sobre la importancia de realizar un buen seguimiento y evaluación a la sostenibilidad del sistema de salud; lo que hace difícil que estas medidas se coordinen y garanticen su alcance.

3.2 Resultados de panel de expertos

Producto de la revisión de literatura descrita en las secciones anteriores se convocó un panel de expertos como instancia de validación y construcción colectiva de tres aspectos fundamentales para el caso colombiano: la definición de sostenibilidad financiera, los requerimientos mínimos y la agenda de lecciones aprendidas y políticas para el país. El panel se realizó en asocio con el Observatorio Así Vamos en Salud y en alianza con la Casa Editorial El Tiempo, quien dispuso de la logística y el cubrimiento periodístico.

Al panel fueron convocados investigadores, consultores, técnicos y servidores públicos, quienes por su experiencia y conocimiento del sistema de salud cuentan con la idoneidad para contribuir a la construcción y validación de estos temas. Se realizaron dos reuniones, en la primera con la participación de dieciséis 16 expertos para validar un concepto de sostenibilidad financiera para el caso colombiano e identificar los requerimientos mínimos para el país. En la segunda reunión participaron trece expertos con el propósito de discutir los hallazgos de la literatura sobre los requerimientos mínimos para la sostenibilidad financiera y el planteamiento de opciones de política (caja de herramientas).

Definición de sostenibilidad y requerimientos mínimos

Reconociendo una falta de consenso en lo que se refiere a la

definición de la sostenibilidad financiera, el GES construyó una definición que fuera lo más comprehensiva posible y, a partir de esta propuesta, consultar en el panel de expertos la validez de dicha definición y las posibles precisiones a realizar para el caso colombiano. Posteriormente, se consultó a los expertos sobre la evidencia del cumplimiento y aplicación de los requerimientos mínimos para alcanzar la sostenibilidad en el caso colombiano. En cuanto a la definición de sostenibilidad, los expertos acordaron la siguiente:

“Equilibrio en el tiempo entre los recursos y las necesidades de la población o los objetivos del sistema de salud, de tal forma que el gasto esperado en el futuro guarde correspondencia con los ingresos disponibles de las próximas generaciones”.

Esta definición es un intento por generalizar los aspectos sustanciales de la sostenibilidad, aunque se derivan una serie de temas de fondo, como que la sostenibilidad supone un acuerdo social y político, ¿cuál es el contenido del plan de beneficios? ¿cuáles son los recursos que se necesitan para financiarlo, cómo recaudarlos y quién y cómo pagar por la atención? También se identifica que siempre será un reto conseguir mayor financiación porque la sociedad cada vez espera más de su sistema de salud, además la relación entre gasto esperado e ingreso disponible supone limitaciones. Finalmente, la idea del gasto esperado se refiere no solo a las necesidades de la población en el futuro sino también a sus expectativas respecto a cuestiones como la atención oportuna y la calidad de los servicios.

En cuanto a la perspectiva de la sostenibilidad a cinco años, los expertos consideran de manera mayoritaria que el sistema no podría alcanzar el equilibrio en ese tiempo, y se reconoce que el gasto crecerá por encima del ingreso. Para este grupo, los principales determinantes del aumento del gasto son la innovación tecnológica, las expectativas de la población y la transición demográfica, lo cual guarda correspondencia con la evidencia internacional (cuadro 2).

En cuanto a los requerimientos para alcanzar la sostenibilidad, aplicados a Colombia, los expertos respondieron:

- *Estrategia de financiamiento y cuentas de salud:* Aunque se reconocen avances y esfuerzos en los últimos años, existen carencias y debilidades importantes. Se destaca la inexistencia de una estrategia de financiamiento y el hecho de que en las dos últimas reformas tributarias el sector salud no participó activamente. Hay carencia de una relación clara y explícita entre el Estado y la sociedad en términos de tributación, pues esta última no guarda un criterio de responsabilidad sobre cuánto debe ser presupuestado para el gasto público en salud. Respecto a los sistemas de información, se considera que hay un grado de avance en la producción de información aunque aún no se registra un sistema disponible para hacer seguimiento a la sostenibilidad. Por otro lado, se considera que el país va en camino a la institucionalización de las Cuentas Nacionales en Salud

(metodología SHA 2011), de forma lenta pero segura. Se resalta la importancia de construir sistemas robustos y transparentes.

- *Recaudación de recursos:* Se consultó a los expertos si existe margen para aumentar los recursos públicos del sistema de salud, y entre ellos una tercera parte consideró que SI. Expresaron que aumentar los recursos mediante una mayor tributación es una decisión de la sociedad, pero sobre la que no hay consenso. Se destacan los impuestos saludables como fuente adicional de financiación. En cuanto a la previsibilidad y estabilidad de fondos, los expertos tienen una opinión favorable (9/14). Acuerdan que es necesario hacer frente a la elusión y la evasión de impuestos. En cambio, entre los otros expertos que abordaron esta cuestión (5/14), dado que la reforma tributaria eliminó la opción de fuentes no públicas de financiación, opinan que sería importante retomar el esquema de las cotizaciones o garantizar algún tipo de destinación directa para salud.
- *Mancomunación de fondos:* Para los expertos (13/14) la entrada en vigencia de la Administradora de los Recursos de Salud (ADRES) mejorará el manejo de los fondos mancomunados. Se considera que puede facilitar el control y seguimiento al flujo de los recursos y los usos asociados con el fin de identificar ineficiencias. Esto debe ir acompañado de un trabajo importante en el Régimen Subsidiado, por ejemplo generando capacidad técnica en las regiones para la gestión, el monitoreo y el reporte de información. Igualmente, la ADRES será fundamental para el manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de las rentas cedidas. Los expertos esperan que esta agencia consolide un seguro público unificado que garantice la aplicación del principio de igualdad y la superación de la segmentación de los regímenes.
- *Compra estratégica de servicios:* Se discute si el gobierno y las EPS realizan la asignación de recursos a los proveedores según las necesidades de salud, el desempeño del proveedor y la mejora del estado de salud de la población atendida. Como respuesta, 9/15 de los expertos consideran que ello no es así, pues solo unas pocas EPS han avanzado y mejoran su gestión. Por otro lado, hay reglas restrictivas en el Régimen Subsidiado, pues no se identifican esfuerzos sistemáticos por diseñar o implementar mecanismos de pago basados en resultados. También se pregunta por la existencia de esfuerzos para unificar los sistemas de información sobre las actividades del paciente y los costos asociados entre compradores y prestadores. Los expertos responden afirmativamente (11/15), pues los entes rectores deben promover políticas de buenas prácticas para que los sistemas sean eficientes. Es necesario definir una estrategia de sistema de información unificada pero esto lo debería hacer el Ministerio de Salud. Finalmente, se avanza en una hoja de ruta para la integración de historias clínicas, lo cual seguramente genere muchas eficiencias.

- *Diseño de planes de beneficios y mecanismo de priorización:* Se indagó por el diseño de planes de beneficios basados en un sistema claro de derechos y obligaciones de la población, y su concientización sobre los mecanismos de priorización, los cuales son elementos claves en el alcance de la sostenibilidad. Frente a esta cuestión, 10/14 expertos consideran que ello no sucede y el problema principal es cómo incorporar necesidades y expectativas de la población en la cobertura, además que los beneficios son muy amplios pero no hay claridad en cuanto a la asignación de recursos. Es importante garantizar un mecanismo para la revisión de la Unidad de Pago por Capitación –UPC–, que permita con criterios técnicos estar acorde con la realidad de la salud en el país. Es así, que el contrato social debe establecer un proceso que defina la incorporación de nuevas tecnologías más allá de lo que se ha avanzado.
- El plan de beneficios es claro y generoso, sin embargo está desfinanciado, de modo que la equidad queda comprometida. Además, la UPC no es un reflejo real del gasto, principalmente en el Régimen Subsidiado. Finalmente, no hay claridad sobre las exclusiones, pues se abrió la puerta a los usos no incluidos en el registro sanitario y no se han gestionado las barreras para los medicamentos considerados vitales no disponibles (sin registro sanitario, se pagan a cualquier precio y se autorizan sin ninguna restricción).
- *Gobernanza de las funciones relativas a la financiación:* Al preguntar acerca de la presencia de una agencia o mecanismo de dirección y de supervisión que regule la selección adversa, que reglamente el ajuste del riesgo, que reporte el desempeño y uso de los fondos y que mejore la coherencia entre los diferentes aspectos de la financiación, 6/11 expertos consideran que NO existe como tal. Se consideran que hay necesidad de restituir la autonomía económica y financiera de los agentes. Aunque hay normas, pero no regulación, se requiere más fortalecimiento institucional con pago del presupuesto para la supervisión. Es importante avanzar en la supervisión a nivel micro (EPS-IPS), lo cual sería importante para un sistema sostenible teniendo en cuenta que es allí donde se define el gasto. Por otro lado, se deben fortalecer los avances que se han logrado en capacidades institucionales de la autoridad sanitaria nacional. Finalmente, la Ley 715 se debe revisar para aclarar competencias delegadas, descongestionadas y descentralizadas de la autoridad sanitaria nacional que deberían ir al nivel nacional.

Opciones de política: La Caja de Herramientas

En el marco de los requerimientos mínimos mencionados antes, las medidas para la sostenibilidad financiera se agrupan en dos perspectivas principales: una, referida al ingreso y la administración de recursos, y otra enmarcada en los retos del

incremento del gasto y una mayor eficiencia. Es así como el equilibrio de estas variables puede alcanzarse y mantenerse teniendo presente que, antes de incorporar mayores recursos, es preciso dimensionar muy bien el problema y controlar el gasto.

Respecto a las alternativas para alcanzar la sostenibilidad del sistema propuesta por los expertos, desde la perspectiva de los ingresos se resaltó el hecho de hacer sostenibles los ingresos que resulten de nuevas fuentes y hacer que su administración sea efectiva. Es decir, se resaltó que es necesario evaluar con criterios más amplios la factibilidad de dichos ingresos: tener presente cuánto costaría recaudarlos, cuál es su nivel de estabilidad en el tiempo, qué tan equitativos son para la sociedad y si podrían tener efectos distorsionadores en el mercado. Adicionalmente, se llama la atención en que algunos países europeos están aportando parte de sus recursos en salud a partir de seguros voluntarios en casos en que la carga fiscal del país ya no los soporte.

Por otro lado, en cuanto a los retos del gasto en salud los expertos discutieron que más allá de garantizar mayores niveles de gasto para el sistema, es muy necesario mejorar la gestión del mismo. Dicha gestión está relacionada más que todo con la priorización y la eficiencia técnica y económica. En cuanto al primer tema, la Ley Estatutaria crea una presión sobre el equilibrio del sistema y hace que los prestadores no logren administrar el riesgo (desregulación del riesgo); ante lo cual se sugiere definir incentivos financieros y de resultados claros (compras estratégicas y los mecanismos de priorización) que permitan hacer sostenible la gestión del gasto. En lo referente al segundo tema, se expuso que según las tendencias de los países de la OCDE la variación del gasto se concentra principalmente en el crecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles y costos de nuevas tecnologías, pero que es esta última la que explica tres cuartos del problema; específicamente en lo que tiene que ver con los precios (más regulados) y las frecuencias de uso.

Finalmente, como parte de la mirada técnica sobre la sostenibilidad del sistema de salud colombiano, se tiene de presente las recomendaciones de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública convocada por el gobierno en 2017. La Comisión concluye que durante el último cuarto de siglo se ha logrado un aumento sustancial en la cobertura del sistema de aseguramiento, donde los mayores aumentos benefician a los segmentos más pobres de la población. Aunque se considera que el sistema es relativamente eficaz, evaluado por las mejoras en los indicadores en salud, persiste una serie de retos sobre todo en la relación entre los ingresos y gastos (Comisión del Gasto y La Inversión Pública, 2017). En el cuadro 5 se pueden observar las recomendaciones para enfrentar los problemas más graves del sector salud desde la visión de los ingresos y los gastos. Estas recomendaciones se centran en la organización industrial y el diseño de la atención en salud, en la coherencia entre los beneficios que ofrece el sistema y el flujo de gastos, en las presiones actuales y futuras del gasto y en las deudas acumuladas entre los actores del sistema.

Cuadro 5. Colombia: Recomendaciones de la Comisión del gasto público referente al sector salud, 2017

Ingresos: Identificar nuevas fuentes de financiamiento	Gastos: Coherencia entre beneficios y flujo del gasto
▪ Ampliar el uso de mecanismos como copagos y cuotas moderadoras. ▪ Avanzar en el proceso de formalización laboral. ▪ Utilizar mecanismos que coadyuven a la cotización por parte de beneficiarios con capacidad de pago que hoy aparecen como dependientes en el régimen contributivo. ▪ Avanzar en la identificación de fuentes de recursos para que los entes territoriales puedan cubrir una parte creciente del sistema de salud como los impuestos a las bebidas azucaradas. ▪ Aumentar la utilización de recursos de Regalías y del Sistema General de Participaciones.	▪ Aclarar los límites de lo que puede ofrecerse a los afiliados al sistema con los recursos disponibles. ▪ Revisar el valor de la UPC para que refleje el costo de los servicios y medicamentos que deben cubrirse con esos recursos por parte de las EPS. ▪ Definir un esquema sancionatorio y un sistema de identificación formal de los excesos y de las conductas indebidas y sistemáticas que se puedan detectar a través del MIPRES. ▪ Limitar los controles de precios de los medicamentos en términos de las características monopolísticas de los mercados correspondientes, buscando en lo posible medidas alternativas para promover el acceso a precios más competitivos.

Fuente: Informe de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública

4. La sostenibilidad financiera: perspectiva de líderes

De manera complementaria al panel de expertos, que aportaron el punto de vista técnico, el GES elaboró una encuesta dirigida a los líderes del sistema, cuyo propósito fue contrastar el conocimiento y la percepción con respecto a las variables más importantes en la actualidad del país en cuanto a la sostenibilidad financiera del sistema de salud. La encuesta fue concebida como una contrastación paralela de los contenidos identificados e incluidos en el panel con expertos; de tal forma que se preguntó por las mismas variables pero con aproximaciones cercanas al público objetivo y con un grado de profundidad diferente al planteado con los expertos. Los líderes fueron convocados teniendo en cuenta su trayectoria o la posición que ejercen en cuanto a responsabilidades o liderazgo frente al desempeño del sistema de salud y cuyas opiniones reflejan el sentir de estamentos, gremios o sectores, lo cual contribuye a formar la opinión de la ciudadanía.

La encuesta fue auto diligenciada vía on-line entre el 7 de septiembre y el 20 de noviembre de 2017 y se contó con el apoyo la casa editorial El Tiempo/Portafolio, quienes adelantaron llamadas telefónicas para motivar la participación en la encuesta. Se envió invitación a 82 personas, de las cuales respondieron 48. Un resumen de los resultados se presenta a continuación.

4.1 Características de la población del estudio

Tomando en cuenta las características de las 48 personas que participaron en la encuesta, en promedio se trata de un hombre de unos 51 años de edad, residente en Bogotá, médico y con posgrado, muy probablemente perteneciente a la academia o

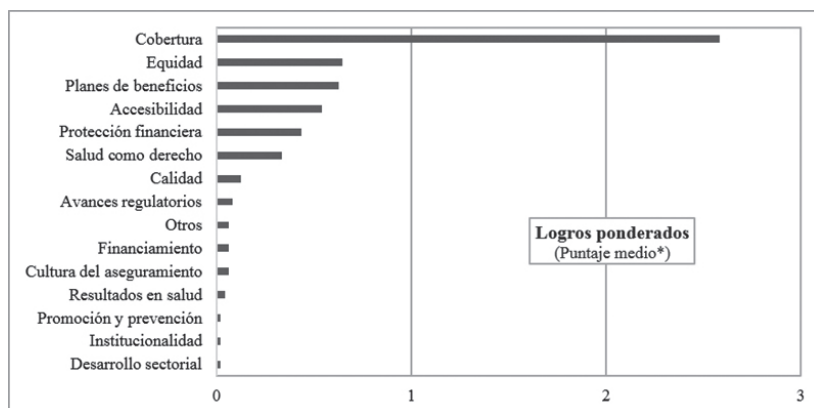
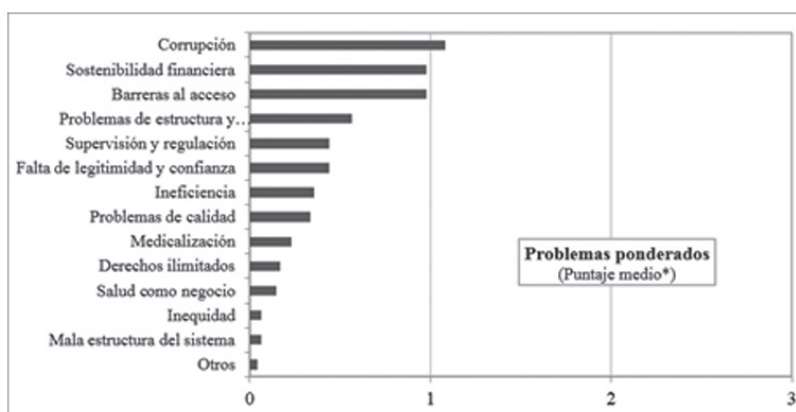
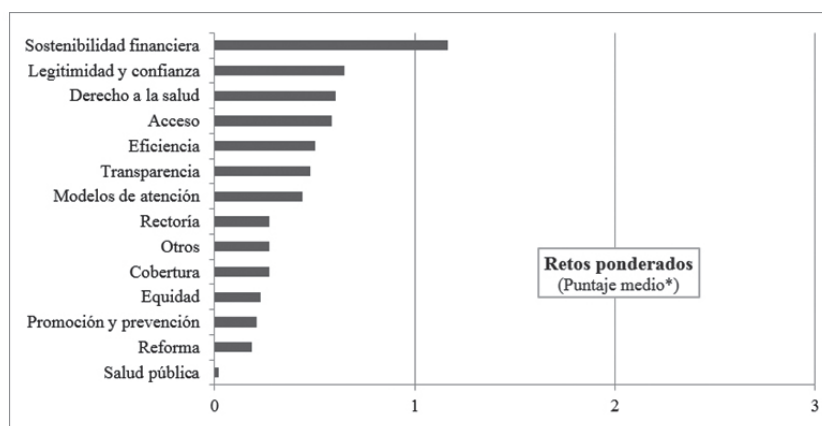
a un gremio de profesionales. Ahora bien, tomando en cuenta las estadísticas de los participantes, el rango de edades estuvo entre los 29 y los 72 años de edad, el 71% hombres y el restante 29% mujeres.

La gran mayoría de los líderes están ubicados principalmente en Bogotá, Medellín y Barranquilla. Es de resaltar también que la mitad de los líderes encuestados son médicos (50%), seguidos de economistas (8%), administradores de empresas (8%), y otras profesiones (34%). En cuanto al sector al que pertenecen, la mayor parte pertenecen a la academia (21%), seguidos por los gremios de profesionales (17%), gremios empresariales (13%), ONG (10%) y a otros sectores (39%).

4.2 Aspectos generales:

En la encuesta se preguntó por los principales logros, problemas y retos del sistema de salud. En cada caso se solicitó que se mencionaran los tres principales de cada aspecto, en orden de importancia. Las respuestas fueron abiertas, así que se clasificaron según las principales categorías identificadas. Producto de lo anterior, en los gráficos 5a, 5b y 5c se resumen las respuestas según el orden de importancia otorgado. El resultado principal, después de ponderar y unir los distintos logros reconocidos por los participantes, es que la cobertura es el de mayor importancia, con un puntaje de 2,6/3,0, siendo este el resultado en el que hubo un acuerdo mayoritario. Los siguientes logros en importancia fueron la equidad y el plan de beneficios.

En cuanto a los principales problemas del sistema, los líderes señalaron que en primer lugar se encuentra la corrupción, con una importancia ponderada de 1,1/3,0, seguido de los problemas de sostenibilidad financiera, y en tercer lugar la existencia de barreras al acceso a los servicios de salud.

Gráfico 5. a) Principales logros del sistema de salud colombiano (opinión de líderes)**Gráfico 5. b)** Principales problemas del sistema de salud colombiano (opinión de líderes)**Gráfico 5. c)** Los principales retos del sistema de salud colombiano (opinión de líderes)

Fuente: Elaboración propia

***Nota:** Cada logro, problema y reto se ponderó de acuerdo con la prioridad dada por cada líder; donde 3 significa el más importante, 2 el segundo más importante y 1 el tercero más importante. Las gráficas representan el puntaje medio, hallado con la siguiente fórmula: $PM = (L1*3+L2*2+L3*1)/n$, donde L es la frecuencia de cada categoría en el orden otorgado y n es el total de encuestados.

En este caso es relevante señalar que no existió un nivel de consenso como sucedió con el principal logro, relativo a cobertura, así que resulta más difícil señalar los principales problemas como expresión de una opinión mayoritaria.

Finalmente, en cuanto a los retos del sistema, el primero fue alcanzar la sostenibilidad financiera, con 1,2/3,0. El segundo reto identificado fue recuperar la legitimidad y confianza en el sistema. En tercer lugar se encontró que se debe garantizar el derecho a la salud de todas las personas. En esta parte llama la atención que si bien la corrupción se presentó como el principal problema, no figura como el principal reto. Sin embargo, se podría pensar que al sugerir mayor transparencia y recuperación de legitimidad y confianza, se podría estar haciendo referencia a que dichos cambios apunten a reducir la corrupción.

En lo que tiene que ver con la confiabilidad, oportunidad y eficacia de las fuentes de información financiera del sistema, los líderes calificaron con qué nivel creen que cuenta el país. En este caso se calificó de 1 a 5; donde 1 es muy poco y 5 es bastante, y la mayoría de los líderes (69%) respondieron que dicha información financiera es muy poco o poco confiable, oportuna y eficaz. Solo el 4% de ellos creen que dicha información cumple con los criterios propuestos.

Con respecto a la efectividad de los mecanismos de control y de supervisión, fue sorprendente encontrar que para la gran mayoría de los líderes éstos no son efectivos (85%). Además, es importante señalar que tan solo el 6% opina que son efectivos, porcentaje que incluso es menor al 8% entre quienes opinan que los mecanismos producen efectos contrarios a lo esperado.

4.3 Gasto: Presente y futuro

En la encuesta también se abordó la sostenibilidad del sistema desde la perspectiva del gasto. En este sentido, se preguntó en primer lugar cómo se considera que es el gasto como proporción del PIB. En este caso, el 52% de los líderes opina que el gasto es medio, mientras que el 29% considera que dicho gasto es bajo o muy bajo y el 17% cree que es alto o muy alto. En el grupo que opina que el gasto es bajo se encuentra principalmente la opinión de las personas que pertenecen a la comunidad.

Cuando se pregunta por el gasto en salud que realiza el país, pero en términos per cápita, las opiniones cambian. En este caso, un porcentaje menor (42%) opina que el gasto es medio. En contraste con la pregunta anterior, el 41% de los líderes creen que el gasto per cápita es bajo o muy bajo, mientras que solo el 12% de las personas declararon que es alto o muy alto.

La siguiente pregunta en la encuesta quiso identificar cuál es el conocimiento que tienen los líderes del sistema de salud por medio de la magnitud del gasto público y privado dentro del gasto total en salud del país. Teniendo en cuenta que según la información disponible en 2015 el gasto total en salud se distribuyó en 75% de gasto público y 25% de gasto privado, es de notar que hubo una alta dispersión en las respuestas, oscilando entre el 20%-97% para el público y entre 3%-80% para el privado. Este hecho denota que el nivel de

conocimiento de las principales variables macroeconómicas del sector es bajo, más aún si se tiene en cuenta que los líderes del sistema tienen un nivel alto de educación, conocimiento y proximidad al sistema que la persona promedio en el país. Este hallazgo confirma la necesidad de hacer difusión y apropiación social del conocimiento del sistema de salud, teniendo especial consideración en el hecho de hacer toda esta información accesible y comprensible para la mayoría de la población, lo cual es esencial a la hora de emprender cambios y mejoramientos en el sistema.

En lo que se refiere a la valoración del gasto en salud del país, se propusieron unos criterios concretos ante los cuales los líderes debían calificar si es igual, superior o inferior a lo esperado. En este caso, hay un acuerdo en todos los casos en que el gasto es inferior con respecto a todos los criterios presentados. Es decir, el 77% de los líderes opina que el gasto es inferior o muy inferior a las necesidades del país, el 50% considera que es inferior o muy inferior en comparación a otros países similares a Colombia, el 54% considera que es inferior según el nivel de desarrollo del país y el 50% considera que es inferior según la tecnología con la que dispone el país actualmente.

4.4 Sostenibilidad e ingreso: importancia de incrementar recursos y cuales

En la encuesta se indagó por la sostenibilidad del sistema desde la perspectiva de los ingresos y la relación de estos y del gasto con el equilibrio. En este punto se preguntó a las personas cómo cree que son los ingresos del sistema de salud con respecto al nivel de gasto, con lo cual se quiso saber si se consideraba que el sistema estaba o no en equilibrio. En este caso, en la actualidad únicamente el 2% de los líderes consideran que el sistema está en equilibrio, mientras que el 75% opina que los ingresos son menores o muy inferiores que los gastos y el 21% afirma que los ingresos son mayores o muy superiores a los gastos.

En la siguiente pregunta se solicitó a las personas que dijeran qué tan de acuerdo o en desacuerdo estaban con diez afirmaciones que se identificaron y se seleccionaron como importantes para la actualidad y el futuro del sistema de salud del país. En este caso cada parte del gráfico 6 presenta cinco de ellas. Este ejercicio es muy interesante en tanto refleja consensos y disensos alrededor de asuntos que impactan directamente la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano.

Los acuerdos más relevantes en orden de peso porcentual de quienes están de acuerdo o muy de acuerdo, o viceversa, fueron: en primer lugar, el gran acuerdo (92%) es que el país debe gastar más en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En segundo lugar, la gran mayoría de los líderes (77%) afirmaron que el sistema de salud NO asigna los recursos según las necesidades de las regiones. En tercer lugar, se detectó una opinión importante dentro de las respuestas de los líderes, y es que el 73% cree que el sistema de salud NO

debe garantizar todas las tecnologías así no estén disponibles en el país, y el 63% opina que el sistema de salud NO debe garantizar todas las disponibles en el mercado nacional. En este sentido se identificó también que gran parte de los líderes (71%) afirma que la población colombiana NO hace uso racional de los servicios de salud. Por último, coincidente con respuestas mostradas en apartados anteriores, el 65% de los líderes afirmó que para que el sistema de salud sea sostenible financieramente es necesaria una reforma profunda y el 56% está parcial o completamente de acuerdo con que el país necesita mejorar la eficiencia y no más recursos.

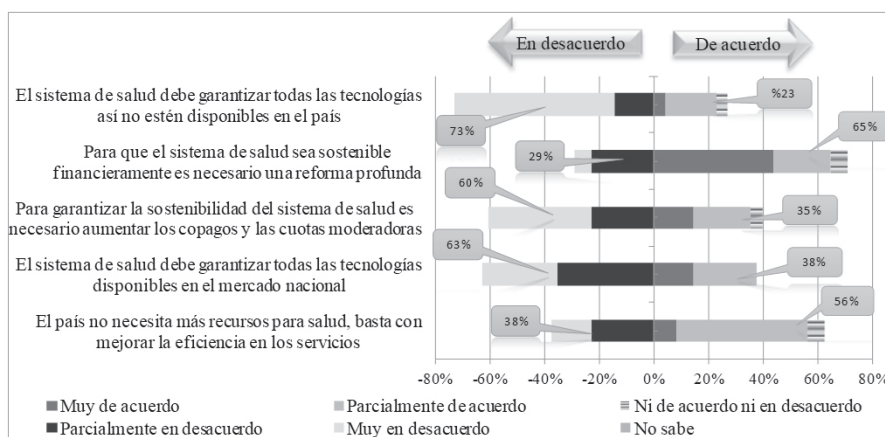
Las afirmaciones donde hubo disensos, o no se puede concluir que la mayoría estuvo de acuerdo o en desacuerdo, fueron dos. La primera, que el gobierno no debe aumentar los recursos para la salud por encima de lo que crezca la economía; aunque la balanza estuvo a favor del acuerdo, no lo fue de manera mayoritaria. La segunda afirmación fue que para mejorar la financiación del sistema de salud es necesario fomentar los seguros privados; aquí la opinión estuvo muy dividida, ya que quienes estuvieron parcial o muy en desacuerdo fueron el 46% mientras que los que estuvieron parcial o muy de acuerdo fueron el 40%.

En la última parte de la encuesta se preguntó por la opinión del futuro del sistema de salud en un horizonte de cinco años. Concretamente, se muestra la opinión de los líderes con respecto a cómo creían que sería el gasto del sistema de salud con respecto a su nivel de ingresos, de tal forma que se identificara si se cree que el sistema estará o no en equilibrio. Apenas el 8% de los líderes creen que el sistema estará en equilibrio, mientras que el 92% de los líderes creen que el sistema no lo estará en un futuro próximo.

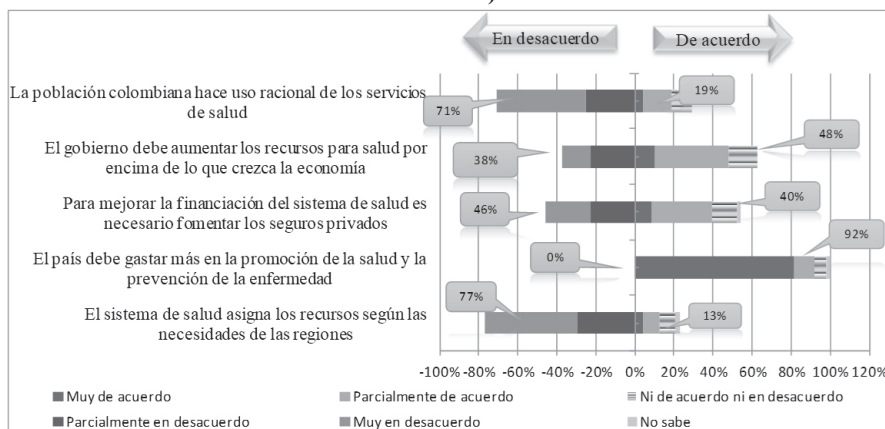
Es así entonces, que cuando se pregunta por las fuentes que podrían sustentar el aumento del gasto identificado para los próximos años, los líderes opinaron qué tanto deberían incrementarse las fuentes de ingreso alternativas. Entonces, la fuente de ingresos que consideran que debería aumentar mucho son los impuestos específicos, con un 75% de las respuestas. A este le siguen los impuestos generales, con el 29% que opinan que deberían aumentar mucho. Entre los que deben aumentar poco se encuentran los pagos de bolsillo (60%) y las cotizaciones a seguridad social (50%). Por último, en contraste al resultado anterior, la fuente de ingresos que se considera que no debería aumentar son las cotizaciones a la seguridad social (31%).

Gráfico 6. Percepción de acuerdo con variables importantes del sistema

Parte a)



Parte b)



Fuente: Elaboración propia

5. Discusión y conclusiones

A pesar de la importancia que tiene la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, en el caso colombiano no se ha contado con un debate amplio y bien informado que permita reconocer el problema y encontrar soluciones con participación del público. Predomina una presión a mayores gastos, procedente especialmente de actores sociales y gremiales que expresan sus expectativas amparados en el derecho fundamental a la salud, mientras el problema de los ingresos y el equilibrio financiero suele confinarse a la tecnocracia, aunque con una fuerte asimetría entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Precisamente una de las preocupaciones consiste en que el liderazgo en los debates sobre la financiación del sistema se concentra en el segundo y, en la medida en que se ha modificado la composición de fuentes con mayor peso de los impuestos frente a las cotizaciones, ello tiene implicaciones sobre la gobernanza del sistema.

Ante la falta de consenso sobre lo que significa la sostenibilidad, cómo evaluarla y hacerle seguimiento, esta Observación ofrece una contribución importante para el debate público y para cerrar brechas de conocimiento. Se pone al alcance de los actores del sistema y no solamente de los técnicos, y además se propicia la formación de opinión a partir de la evidencia y la sistematización de información que debería ser de dominio público.

Para esto ha resultado muy valiosa la revisión bibliográfica y la consulta de experiencias de otros países, y, como aporte fundamental del estudio y en cierta forma un ejercicio pionero, se cuenta con la opinión de actores captada mediante la encuesta a líderes, y el consenso de expertos que fue posible mediante dos rondas de trabajo con investigadores y técnicos.

Es importante resaltar, en cuanto al tamaño y la evolución del gasto colombiano, que este ha sido creciente y resulta superior al promedio de países de niveles de desarrollo similar. Es más, el gasto del país es más alto en términos relativos a partir de la reforma de 1993. Aún así, como otro asunto a tener en cuenta en un diálogo con actores del sistema, es importante ilustrar la posición de Colombia en el contexto internacional y matizar las comparaciones que se hacen, buscando que ellas guarden correspondencia con el desarrollo de los países. Se nota por ejemplo que entre los líderes se piensa que el gasto es bajo.

En cuanto a la consideración sobre la sostenibilidad financiera, puesta a prueba con la pregunta ¿Usted considera que en un horizonte de cinco años el sistema de salud colombiano puede estar en equilibrio financiero?, tanto entre los expertos como entre los líderes predomina la respuesta negativa. Es evidente pues que hay series preocupaciones acerca de la sostenibilidad y que por tanto se requieren acciones para garantizar el equilibrio en el futuro.

Conviene notar una de las principales brechas de conocimiento que se aprecia entre líderes y expertos, en particular sobre la composición del gasto en salud. Si bien se tiene evidencia

que el gasto se compone en un 75% público y 25% privado, entre los líderes se obtuvieron respuestas que estuvieron entre 20%-97% para el público y entre 3%-80% para el privado. La alta dispersión denota un desconocimiento elevado y llama la atención en la necesidad de hacer labores de difusión y apropiación social del conocimiento correspondiente al sector.

Respecto a la importancia de los determinantes, en cuanto a su contribución para explicar el incremento del gasto en salud, para los líderes el factor que más presiona es la innovación tecnológica, lo cual coincide con el primer determinante en orden de importancia que identificaron los expertos. Para los líderes, el segundo factor en importancia es el aumento del uso de los servicios, el cual podría estar estrechamente relacionado con las expectativas de la población. En tercer lugar, para los líderes se encuentran los estilos de vida poco saludable. Teniendo en cuenta que en el tercer lugar de importancia hay un empate entre los estilos de vida y la transición demográfica, se puede afirmar que en este factor también hay coincidencia entre la ordenación realizada por los líderes y los expertos del sistema.

Es importante destacar que la sostenibilidad no es solamente un asunto de números o de dinero. Por ello, consultando también la experiencia internacional, se cuenta con una lista de requerimientos que debería cumplir el país para gestionar y facilitar la sostenibilidad. Un primer requerimiento se refiere a varias cuestiones estratégicas, como contar con un plan explícito de financiamiento en salud de manera integrada al plan nacional de desarrollo o al plan nacional de salud, y un buen sistema de información integrado. Sobre el particular, aunque se reconocen avances y esfuerzos en los últimos años, existen carencias y debilidades importantes. Se destaca la inexistencia de una estrategia de financiamiento a mediano y largo plazo, y el hecho de que en las dos últimas reformas tributarias el sector salud no participó activamente en el cambio de composición de fuentes. El problema parece radicar en la carencia de una relación clara y explícita entre el Estado y la sociedad en términos de tributación, pues esta última no guarda un criterio de responsabilidad sobre cuánto debe ser presupuestado para el gasto público en salud.

Respecto a los sistemas de información, se considera que hay un grado de avance en la producción de información aunque aún no se registra un sistema disponible para hacer seguimiento a la sostenibilidad, donde se cuenta con información en tiempo real sobre el uso de los recursos y el alcance de objetivos en salud. Se destaca, como elemento crítico en el desarrollo de un sistema de información integrado, los avances importantes que el país ha realizado sobre la institucionalización de las Cuentas Nacionales en Salud, de forma lenta pero segura. Se resalta la importancia de construir sistemas robustos y transparentes, que permitan el monitoreo y la evaluación del desempeño del sistema capaces de reflejar las deudas y los resultados de las IPS y las EPS. A medida que se aumente la capacidad y la experiencia de las autoridades sanitarias y las agencias reguladoras, la alineación de las asignaciones de recursos a las necesidades de la población, los precios basados en el valor, las evaluaciones de tecnología en salud y el financiamiento basado en el desempeño podrán

utilizarse más ampliamente como instrumentos de política para aumentar la eficiencia.

En cuanto a los retos del gasto en salud, más allá de garantizar mayores niveles es necesario mejorar la gestión del mismo, especialmente en cuanto a la priorización y a la eficiencia. Sobre lo primero, la Ley Estatutaria de Salud crea una presión sobre el equilibrio del sistema y hace que los prestadores no logren administrar el riesgo, ante lo cual se sugiere definir incentivos financieros y de resultados claros, impulsando las compras estratégicas. En cuanto a la eficiencia, teniendo en cuenta por ejemplo que los costos de nuevas tecnologías explican tres cuartos del problema, bien vale impulsar la innovación para desarrollar modelos de atención oportunos, atados a los resultados en salud, pues esto conlleva a un mejor uso de recursos, mejorando la eficiencia del gasto.

Respecto a la perspectiva de los ingresos, se resalta el hecho de que deben ser sostenibles los que resulten de nuevas fuentes y hacer que su administración sea efectiva. Es necesario evaluar con criterios más amplios la factibilidad de dichos ingresos: tener presente cuánto costaría recaudarlos, cuál es su nivel de estabilidad en el tiempo, qué tan equitativos son para la sociedad y si podrían tener efectos distorsionadores en el mercado. En línea con lo anterior, se coincide en que los ingresos del sistema están migrando de basarse en cotizaciones hacia los impuestos generales (CREE) y específicos (impuestos al consumo de bienes nocivos para la salud); lo cual debe tomarse con responsabilidad a futuro debido a los retos que se pueden presentar con el proceso de sustitución de fuentes de financiación y de posible rivalidad con la destinación a otros sectores.

Por último, a propósito de las alternativas para alcanzar la sostenibilidad y el papel que juegan los actores, se resalta de la opinión de los líderes, y especialmente de los expertos, la conciencia sobre la necesidad de mejorar la eficiencia mediante la contención de gastos y para ello se reclama por ejemplo una mayor atención a la promoción y la prevención. En cuanto a los ingresos, también existe conciencia en cuanto a generar mayores recursos y la sensibilidad para aceptar mayores aportes provenientes especialmente de impuestos específicos, como aquellos propuestos sobre las bebidas azucaradas, los impuestos generales y algo también los pagos de bolsillo.

Referencias

- ABELLÁN, C & ANTARES CONSULTING, 2010. Medidas estructurales para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud de España
- ABELLÁN, JM., PERPIÑÁN, F., SÁNCHEZ MARTÍNEZ, I. MÉNDEZ MARTÍNEZ & MARTÍNEZ PÉREZ, JE (2013). El sistema sanitario público de España y sus comunidades autónomas, Sostenibilidad y Reforma. – 1.ª ed. - Bilbao : Fundación BBVA, 2013. 400 p. ISBN: 978-84-92937-45-5.
- APPLEBY, John (2013). Spending on health and social care over the next 50 years. Why think long term?
- BID (2015). Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud. Nota 2: Un enfoque sistémico. Nota técnica No. 838, julio de 2015.
- BLANCO-MORENO, A., URBANOS-GARRIDO, R., THUISSARD-VASALLO, IJ. (2013). Evolución de la prestación real media en España por edad y sexo (1998-2008) y su repercusión en las proyecciones de gasto sanitario público. Gaceta Sanitaria, Volume 27, Issue 3, 2013, Pages 220-225, ISSN 0213-9111, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.09.004>.
- COMISIÓN DEL GASTO Y LA INVERSIÓN PÚBLICA (2017). Resumen Ejecutivo del Informe Final de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública presentado al Gobierno. Diciembre 22 de 2017. Disponible en: https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/resumenejecutivo605pm221217lm_0.pdf
- CUTLER, D. (1995). The Cost and Financing of Health Care. The American Economic Review, 85(2), 32-37. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/2117887>.
- DORMONT, B., GRIGNON, M., HUBER, H.(2006) Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. Health Econ. 2006 Sep;15(9):947-63. DOI: 10.1002/hecl.1165
- EUROPEAN COMMISSION. (2014). Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies. Belgium: Occasional Papers.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES (N.D.). Health system reviews - Health Systems in Transition (HiTs). <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits>.
- EVANS, R.G., (1998). "Going for gold: the redistributive agenda behind market-based health care reform", in D. Chinitz, J. Cohen and C. Doron (Eds) Governments and Health Systems: Implications of Differing Involvements. Chichester: Wile.
- GINSBURG, P. (2008). High and rising health care costs: Demystifying U.S. health care spending. Research Synthesis report No. 16.
- GLOBAL BURDEN OF DISEASE HEALTH FINANCING COLLABORATOR NETWORK (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. The Lancet. Volume 389, No. 10083, p1981–2004, 20 May 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30874-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30874-7)
- (2017a). Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. The Lancet. Volume 389, No. 10083, p2005–2030, 20 May 2017.
- GUTIÉRREZ, C. ACOSTA, OL., & ALFONSO, EA. (2012). "Financiación de la Seguridad Social en Salud: Fuentes de recursos

y su administración. Problemas y alternativas". En: La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Compiladores: Bernal & Gutiérrez. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012. 576 p.

K XU; EVANS, D; KAWABATA, K, ET AL. (2003): Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. The Lancet. Vol(362):111-117.

KUTZIN, J., WITTER, S., JOWETT, M., BAYARSAIKHAN, D.(2017). Developing a national health financing strategy: a reference guide. Geneva: World Health Organization; 2017. (Health Financing Guidance No 3) Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

MCINTYRE, D., KUTZIN, J. (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Geneva: World Health Organization; 2016 (Health Financing Guidance No. 1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

MOSSIALOS, E. & DIXON, A. (2002). "Funding health care: an introduction", in E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras and J. Kutzin (Eds), Funding health care: Options for Europe, European Observatory on Health Care Systems Series, Buckingham: Open University Press.

NEWHOUSE, JP. (1992). Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? Journal of Economic Perspectives. VOL. 6, NO. 3, SUMMER 1992 (pp. 3-21).

NGHIEM, SH., CONNELLY, LB2.(2017). Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries. Health Econ Rev. 2017 Aug 17;7(1):29. doi: 10.1186/s13561-017-0164-4.

OCDE. (2015). Fiscal Sustainability of Health Systems. Paris: OECD Publishing.

OFFICE, C. o. (2007). The long-term outlook for health care spending. Washington DC: Congress of the United States.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS.

SEN, A. (2000). La salud en el desarrollo. Journal Articles. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/57579>, con último acceso el 4 de marzo de 2018.

SESHAMANI, M. and GRAY, A. (2004), Ageing and health care expenditure: the red herring argument revisited. Health Econ., 13: 303-314. doi:10.1002/hec.826.

THOMSON, S; FOUBISTER T; FIGUERAS, J KUTZIN, J; PERMANAND, G & BRYNDOVÁ, Lucie (2009). Addressing financial sustainability in health Systems.

VÉLEZ, C. (1996). Gasto social y desigualdad: logros y extravíos: estudio de la incidencia del gasto público social en Colombia. Departamento Nacional de Planeación, República de Colombia, Misión Social.

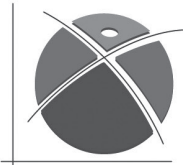
WEF. (2012). The Financial Sustainability of Health Systems: A Case for Change. Davos: World Economic Forum.

WHO, O. a. (2006). OECD Reviews of health systems. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

WHO, World Health Organization (2015). World Health Statistics 2015.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017). New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage. Global report 2017.

VIII Congreso de
Economía
de la Salud
de América Latina
y el Caribe



6º Congreso de la Asociación Colombiana
de Economía de la Salud - ACOES

Medellín - Colombia
Octubre 1 al 3 de 2018

Reformas, políticas y sostenibilidad de los sistemas de salud

Mayores informes:

Grupo de Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia.
Calle 67 No 53-108 Oficina 13-410, Medellín - Colombia, Teléfono: +57(4) 2195840; 2195823.
congresoaelac2018@gmail.com; acoes@acoes.org.co; www.acoes.org.co



Observación Estadística:

Avances de la política de control de precios de medicamentos en Colombia

Yessica Valencia. Estudiante de Maestría en Políticas Públicas

La Política Farmacéutica Nacional se adoptó en Colombia mediante el documento CONPES 155 de 2012, proporcionando un esquema normativo orientado especialmente al uso eficiente de los recursos y el acceso a medicamentos y tecnologías de salud. Esta medida fue reglamentada parcialmente por la circular 03 de 2013, por la cual la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos definió el mecanismo para intervenir y hacer seguimiento a los precios de los medicamentos comercializados en el país.

Desde su entrada en vigencia se han regulado prioritariamente fármacos de alto costo y los que son utilizados para tratar enfermedades de interés público como cáncer, meningitis, Alzheimer y diabetes. En 2016 se intervino el precio de 863 medicamentos, generando un ahorro al sistema cercano a 1,52 billones de pesos (Minsalud, 2017). Posteriormente se publicó la circular 03 de 2017, que fijó el precio de otros 137 medicamentos. La tabla muestra el precio promedio nacional de diez medicamentos antes de última intervención y que se caracterizan por ser los de mayor reducción en el precio y por no estar incluidos en el plan de beneficios, a excepción de Kaxel 500 mg.

Aunque la política de control de precios se ha consolidado como un instrumento para la sostenibilidad financiera del sistema, la contención del gasto y el uso eficiente de los recursos (Minsalud, 2017), sus efectos han sido difusos. Por ejemplo Sánchez et al (2016) demostraron que para el caso de la facturación del distribuidor Audifarma, la regulación de precios de trece biotecnológicos le generó al sistema de salud un ahorro aproximado de \$95.583.132 USD entre junio de 2010 y 2014, reforzando la intuición inicial de los efectos de esta medida.

Sin embargo, en contraste con lo anterior, (Prada et al, 2018), demostraron que la reducción de precios ha venido acompañada con un aumento en las cantidades demandadas, implicando que el gasto farmacéutico real casi que se duplique, debido al mejor acceso a los medicamentos o al esfuerzo de la industria por conservar sus ganancias. A pesar de la falta de evidencia de los efectos reales de la política, es importante reconocer los esfuerzos del Ministerio por mejorar las dinámicas de los agentes que integran sistema y consolidar un mecanismo regulatorio para garantizar el acceso oportuno de servicios de salud a los colombianos.

Referencias

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Informe al Congreso de la República 2016-2017. Sector administrativo de la salud y protección social. Obtenido de goo.gl/6ubEfb

Prada, S. et al (2018). Higher pharmaceutical public expenditure after direct price control: improved access or induced demand? The Colombian case. Obtenido de Cost Effectiveness and Resource Allocation: <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12962-018-0092-0>

Sánchez, O; et al (2016). Ahorro del sistema de salud por la regulación directa de precios de venta de medicamentos biotecnológicos en Colombia. *Gerencia y políticas de salud*, 120-128. Obtenido de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepsal/article/view/18222>

Tabla 1. Medicamentos con mayor reducción en el precio en la circular 03 de 2017. Precios en miles de pesos.

Medicamento	Uso	Precio promedio Nacional	Precio regulado	% Variación
Fasturtec 1,5 mg	Ácido úrico	7.429,33	767,06	-89,7
Colistimetato de sodio 80 mg	Antibiótico	830,58	75,25	-88,5
Colistimetato de sodio 160 mg	Antibiótico	1.088,44	150,50	-86,2
Giotrif 20 mg	Cáncer de pulmón	13.776,00	3.235,70	-76,5
Enablex 7,5	Vejiga hiperactiva	78,59	19,10	-75,7
Firmagon 120 mg	Cáncer de próstata	1.928,71	511,57	-73,5
Salofalk 1 g	Inflamación del intestino	270,30	71,90	-73,4
Kaxel 500 mg	Cáncer de mama y colon	617,16	164,81	-73,3
Palexis 50 mg	Analgésico	60,66	16,26	-73,2
Ragitar 0,5 mg	Parkinson	133,38	35,97	-73,0

Fuente: Elaboración propia con base en Ficha técnica de la Circular 03 de 2017 (MSPS).

Observación Académica:

Economía del comportamiento en el sector salud: Aportes de Richard Thaler

Santiago Ceballos. Estudiante en formación del GES

Richard Thaler, padre de la economía de la conducta (Estados Unidos, 12 de septiembre de 1945) es economista de la Universidad Case Western Reserve y en 1974 se doctoró en Ciencias Económicas en la Universidad de Rochester. Thaler fue el ganador del Premio Nobel en Ciencias Económicas de 2017 por sus contribuciones a la economía del comportamiento. Actualmente es catedrático en la Universidad de Chicago Booth, es director del Centro para la Investigación de Decisiones, y codirector del Proyecto de Economía del National Bureau of Economic Research.

Thaler estudia la economía del comportamiento y las finanzas, así como la psicología en la toma de decisiones. También investiga las implicaciones de relajar el supuesto económico de que todos los agentes son racionales y egoístas. Thaler es autor de libros como: *Economía cuasirrational, La maldición del ganador: paradojas y anomalías de la vida económica, y Avances en finanzas conductuales*. Además, ha publicado numerosos artículos en revistas destacadas como *American Economics Review, Journal of Finance y Journal of Political Economy*.

En el best seller global *Nudge* (2008), Thaler desarrolla la idea de que los conceptos de la economía del comportamiento se utilizan para abordar algunos de los principales problemas de la sociedad, por lo que también se aplica a la forma en cómo las decisiones afectan los precios de mercado, los beneficios y la asignación de recursos. Cabe resaltar que la Real Academia de Ciencias de Suecia declaró que las contribuciones de Thaler “han construido un puente entre los análisis económicos y psicológicos de la toma de decisiones individuales”, creando un profundo impacto en algunas áreas de la investigación y de la política económica.

El “nudging” según Thaler es la manera de “empujar” a la población a tomar decisiones que las benefician a largo plazo. Para Thaler, “un empujón es una característica del ambiente que cambia el comportamiento de los humanos pero que no modifica el comportamiento de los agentes económicos racionales, lo que denomina Econs”.

La investigación de Thaler es usada por los tomadores de decisiones en el diseño de medidas que incrementen los beneficios para la sociedad, ya que sus aportes incorporan un análisis más realista de cómo piensan y actúan las personas a partir de tres aspectos psicológicos nombrados en su obra: racionalidad limitada, percepciones sobre lo que es justo y falta de autocontrol.

Un ejemplo de cómo la economía de la salud aplica la teoría del “empujón”, se observa en la estrategia que emplean algunos supermercados al ubicar los alimentos saludables en el estante que queda a la altura de la vista de los compradores, lo que “empuja” o impulsa a las personas a adquirirlas por encontrarse al nivel de los ojos y al alcance de las manos, logrando así reducir el consumo de comida no saludable la cual está localizada en estantes más altos y es difícil de alcanzar. De esta forma, el “nudging” refleja una forma innovadora de influir en el comportamiento público al acotar el entorno de decisión a uno que fomente un mejor estado de salud, lo que también mejora los intereses del mercado al incrementar las ventas.

Thaler afirma que a través de leves impulsos, conscientes, a menudo invisibles y cuyo coste económico y político es irrisorio, las personas e instituciones públicas o privadas pueden incentivar la libertad de elección de los ciudadanos sin reducirla, y obtener así grandes logros en relación con la sanidad pública. Otro ejemplo de un empujón se observa en el “efecto de compromiso” en los agentes cuando se les presenta tres opciones diferentes de medicamentos que varían en la calidad y el precio, la mayoría de los individuos escogerán la opción intermedia, es decir, si una farmacéutica quiere vender más de una determinada marca, esta puede rodear el medicamento con opciones de gama más alta y de gama baja para aumentar las ventas de la marca que quiere en particular.

La idea central de la economía del comportamiento aplicada a las elecciones en salud y a la política, es utilizar las debilidades en la toma de decisiones de las personas para ayudarlos a alcanzar sus objetivos de consumo. Ejemplos como los anteriores muestran que los cambios en el entorno o el contexto pueden influir en el comportamiento sin cambiar significativamente los incentivos financieros o la restricción de libre elección.

Referencias

- Press Scientific Background on the Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel.
- Instituto Mexicano de Economía del Comportamiento (2016). *Guía de Economía del Comportamiento. Volumen 1: Políticas Públicas* (Primera edición).
- Thaler, R., Sunstein, C. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. Yale University Press.

Observatorio de la seguridad social

Actualidades del GES

Publicación reciente:

Restrepo, JH; Guarín, GJ (2017). “La integridad y la transparencia como principios de la atención farmacéutica”. Vitae, 24 (Suplemento 1).

Investigaciones y estudios:

El GES inició el estudio “Evaluación económica de la atención preconcepcional en Medellín”, en el marco de convenio entre la Universidad de Antioquia y la Secretaría de Salud de Medellín y que hace parte del proyecto “Fortalecimiento de la atención preconcepcional en Medellín”, a cargo del Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia.

Ponencias en eventos nacionales e internacionales:

El GES presentó tres trabajos en la 6ª. Conferencia de International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR). Sao Paulo Brasil, 15 al 17 de septiembre de 2017. La profesora Paula Castro participó en representación del GES y demás autores de esos trabajos:

“Análisis del costo de la atención del parto en Medellín”.

“Análisis de costo-efectividad de la monoterapia con rasagilina comparada con pramipexol para el manejo de los síntomas motores en pacientes con enfermedad de Parkinson inicial en Colombia”.

“Evaluación de efectividad y seguridad de la terapia farmacológica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson inicial y avanzada en Colombia”.

La profesora Eliana Martínez participó en la 14th International Conference on Urban Health. Health Equity: New Urban Agenda and Sustainable Development Goals. Coimbra, Portugal, Septiembre 26 al 29 de 2017. Allí presentó la ponencia “Medellin’s health situation and the implementation of The Healthy City strategy between 2012 – 2015”, en coautoría con Jairo Humberto Restrepo, Verónica Lopera y Andrea Ruiz.

El GES participó en el IV Congreso colombiano de atención farmacéutica, Medellín 2 a 4 de noviembre de 2017, con la ponencia “La integridad y la transparencia como principios de la atención farmacéutica”, a cargo de Gabriel Jaime Guarín (presentador) y Jairo H. Restrepo.

Monografía de grado (economía):

“Perspectiva económica y alternativas para intervenir la obesidad. El caso del impuesto a las bebidas azucaradas en Colombia”. Estudiantes: Julie Sánchez y Catalina Carmona. Asesor: Jairo Humberto Restrepo.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:
Mauricio Alviar Ramírez

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:
Sergio Iván Restrepo Ochoa

Jefe, Departamento de Economía
Jorge Hubo Barrientos Marín

Director, Centro de Investigaciones y Consultorías:
Carlos Eduardo Castaño Ríos

Coordinador del GES
Jairo Humberto Restrepo Zea

Otros profesores:
Claudia Cristina Medina Palacios
Eliana Martínez Herrera
Olga Lucía Zapata Cortés

Profesionales y estudiantes de maestría:
Andrea Ruíz Molina
Esteban Orozco Ramírez
Paula Castro García
Juan José Espinal Piedrahita
Laura Ramírez Gómez

Estudiantes en formación:
Daniel Escobar
Santiago Ceballos
Carolina Moreno

Elaboración de textos:
Jairo Humberto Restrepo, Claudia Medina,
Juan José Espinal y María Teresa Petro.

Edición de textos:
Jairo Humberto Restrepo, Claudia Medina
y Juan José Espinal.

Diseño:
Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:
Imprenta Universidad de Antioquia

E-mail: jairo.restrepo@udea.edu.co

*Las ideas y opiniones aquí expresadas
sólo comprometen al GES o a sus autores
cuando sean artículos firmados.*

Este número del Observatorio fue elaborado en el marco del estudio “Sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: alternativas y lecciones aprendidas”, el cual fue realizado por el GES durante el segundo semestre de 2017 en el marco de convenio de cooperación entre la Universidad de Antioquia y Productos ROCHE S.A.



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS