

EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO EN LAS PRÓXIMAS DÉCADAS: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención

Catalina Gutiérrez Sourdis

Comentarios
David Bardey

Marzo, 2018

Edición Debates Presidenciales 2018
Fondo Germán Botero de los Ríos

CUADERNOS
FEDESARROLLO
60

Cuadernos de Fedesarrollo
Número sesenta

Cuadernos de Fedesarrollo

- 1 Tasa de cambio en Colombia
Mauricio Cárdenas
- 2 Los dólares del narcotráfico
Roberto Steiner
- 3 Perspectivas de la industria aseguradora: 1997-2010
Natalia Salazar - Sandra Zuluaga
- 4 Salud, educación y desempleo. Diagnóstico y recomendaciones
Proyecto Agenda Colombia I
Mauricio Reina - Denisse Yanovich
- 5 Infraestructura, orden público y relaciones internacionales.
Diagnóstico y recomendaciones - Proyecto Agenda Colombia II
Mauricio Reina - Denisse Yanovich
- 6 Tributación en Colombia
Roberto Steiner - Carolina Soto
- 7 Las aseguradoras y el régimen de inversión
María Angélica Arbeláez - Sandra Zuluaga
- 8 Petróleo y región: el caso del Casanare
Alejandro Gaviria - Adriana González - Juan Gonzalo Zapata
- 9 La sostenibilidad de las reformas del sector eléctrico en Colombia
Ulpiano Ayala - Jaime Millán
- 10 Misión del ingreso público
Miembros del Consejo Directivo
- 11 Economías regionales en crisis: el caso del Valle del Cauca
Juan José Echavarría - Israel Fainboim - Luis Alberto Zuleta
- 12 El nuevo comercio minorista en Colombia
Mauricio Reina - Luis Alberto Zuleta
- 13 El leasing en Colombia: diagnóstico e impacto sobre la inversión y el crecimiento
María Angélica Arbeláez - Fabio Villegas - Natalia Salazar

- 14 Los servicios financieros y el TLC con Estados Unidos: oportunidades y retos para Colombia
Roberto Junguito - Cristina Gamboa (Editores)
- 15 Reflexiones sobre el aporte social y económico del sector cooperativo colombiano
Miguel Arango - Mauricio Cárdenas - Beatríz Marulanda - Mariana Paredes
- 16 Evaluación del impacto del TLC entre Colombia y Estados Unidos en la economía del Valle del Cauca
Camila Casas - Nicolás León - Marcela Meléndez
- 17 La infraestructura de transporte en Colombia
Mauricio Cárdenas - Alejandro Gaviria - Marcela Meléndez
- 18 El marco institucional para la regulación, supervisión y el control de los servicios públicos en Colombia: propuesta para su fortalecimiento
Carlos Caballero - Alejandro Jadresic - Manuel Ramírez Gómez
- 19 Análisis del sistema tributario colombiano y su impacto sobre la competitividad
Mauricio Cárdenas - Valerie Mercer-Blackman
- 20 El sector de materiales de la construcción en Bogotá - Cundinamarca
Camila Aguilar - Nicolás León - Marcela Meléndez
- 21 Estudio sobre la propiedad intelectual en el sector farmacéutico colombiano
Emilio José Archila - Gabriel Carrasquilla - Marcela Meléndez - Juan Pablo Uribe
- 22 La política social de telecomunicaciones en Colombia
Andrés Gómez-Lobo - Marcela Meléndez
- 23 El modelo de intervención ReSA: en pos de la superación del hambre en las zonas rurales
Juan José Perfetti del C.
- 24 La reforma del impuesto al consumo de cigarrillo y tabaco elaborado: impacto sobre el recaudo
Mauricio Santa María - Sandra Viviana Rozo
- 25 La minería en Colombia: impacto socioeconómico y fiscal
Mauricio Cárdenas - Mauricio Reina
- 26 Evaluación económica de la inclusión de la vacuna antineumocócica en el Plan Ampliado de Inmunización
Mauricio Santa María - Fabián García - María José Uribe

- 27 Sobre teoría de juegos, proceso presupuestal y situación fiscal en Colombia
Mauricio Olivera
- 28 Análisis de la competencia en la industria colombiana de cigarrillos
Marcela Meléndez - Tatiana Vásquez
- 29 Evaluación económica del *Plan Colombia*
Daniel Mejía
- 30 El mercado de la energía eléctrica en Colombia: características, evolución e impacto sobre otros sectores
Mauricio Santa María - Nils-Henrik Von Der Fehr - Jaime Millán - Juan Benavides Orlando Gracia - Erika Schutt
- 31 Impacto socioeconómico del sector azucarero colombiano en la economía nacional y regional
María Angélica Arbeláez - Alexander Estacio - Mauricio Olivera
- 32 La Ley de Fronteras y su efecto en el comercio de combustibles líquidos
Orlando Gracia - Manuel Maiguashca - Luis Ernesto Mejía - David Yanovich Sandra Cortés - Germán Galindo - Erika Schutt
- 33 Programa ReSA: fortalecimiento de las bases de la seguridad alimentaria en el sector rural
Juan José Perfetti - Juan Carlos Gallego - María Camila Perfetti
- 34 El impacto del transporte aéreo en la economía colombiana y las políticas públicas
Mauricio Olivera - Pilar Cabrera - Wendy Bermúdez - Adriana Hernández
- 35 El impacto del leasing financiero sobre la inversión y el empleo en las firmas colombianas
Natalia Salazar - Pilar Cabrera - Alejandro Becerra
- 36 Impacto del sector de servicios petroleros en la economía colombiana
Mauricio Olivera - Luis Alberto Zuleta - Tatiana L. Aguilar - Andrés F. Osorio
- 37 Caracterización del empleo en el sector palmicultor colombiano
Mauricio Olivera - Diego Escobar - Norberto Rojas - Julián Moreno Claudia Quintero - Anamaría Tibocho
- 38 La política comercial del sector agrícola en Colombia
Hernando José Gómez - Juan Camilo Restrepo - John Nash - Alberto Valdés Mauricio Reina - Sandra Zuluaga - Wendy Bermúdez - Sandra Oviedo - Juan José Perfetti

- 39 Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia
Juan Gonzalo Zapata - Sergio Bernal - Jairo Castillo - Katherine Garzón
- 40 Elaboración de una Evaluación Integral de Sostenibilidad (EIS) para Colombia
Helena García Romero - Adriana Hernández Ortiz
- 41 Dinámica regional del sector de bienes y servicios petroleros en Colombia
*Felipe Castro - Lusi Alberto Zuleta - Juan Fernando Alandette
Sandra Milena Fonseca - Sebastián Martínez*
- 42 Contrabando de Cigarrillos y Tributación en Colombia
*Juan Gonzalo Zapata - Adriana Sabogal - Ana Cecilia Montes
Germán Rodríguez - Jairo Castillo*
- 43 El Estatuto de Profesionalización Docente: Una primera evaluación
Alejandro Ome
- 44 Análisis económico de la normativa de libre competencia en Colombia
David Bardey - Alejandro Becerra - Pilar Cabrera
- 45 Análisis de la situación energética de Bogotá Cundinamarca
*Astrid Martínez Ortiz - Eduardo Afanador - Juan Gonzalo Zapata - Jairo Núñez
Ricardo Ramírez - Tito Yepes - Juan Carlos Garzón*
- 46 Infraestructura de transporte en Colombia
Tito Yepes - Juan Mauricio Ramírez - Leonardo Villar - Juliana Aguilar
- 47 Estudio sobre los impactos socio-económicos del sector minero en Colombia: encad-
namientos sectoriales
Astrid Martínez Ortiz - Tatian Aguilar Londoño
- 48 Desarrollo de la agricultura colombiana
Roberto Junguito - Juan José Perfetti - Alejandro Becerra
- 49 Documento de política: Propuestas para el mejoramiento de la calidad de la
educación básica y media en Colombia
Sandra García Jaramillo - Darío Maldonado Carrizosa - Catherine Rodríguez Orgales
- 50 Innovación y emprendimiento en Colombia - Balance, perspectivas y
recomendaciones de política: 2014-2018
Hernando José Gómez - Daniel Mitchell
- 51 Diagnóstico y recomendaciones para la atención de calidad a la primera infancia en
Colombia
Raquel Bernal

- 52 Perspectivas fiscales 2014-2018
Parte I. Escenarios alternativos y necesidades de recursos para el cuatrenio
Leonardo Villar - David Forero
Parte II. Elementos para una nueva reforma tributaria
Roberto Steiner - Juan Camilo Medellín
- 53 La doble descentralización en el sector salud: evaluación y alternativas de política pública
Ramiro Guerrero - Sergio I. Prada - Dov Chernichovsky
- 54 Geografía económica, descentralización y pobreza multidimensional en Colombia
Juan Mauricio Ramírez - Juan Guillermo Bedoya - Yadira Díaz
- 55 Acuerdo de Paz: Reforma Rural, Cultivos Ilícitos, Comunidades y Costo Fiscal
Roberto Junguito Bonnet - Juan José Perfetti del Corral - Martha Delgado Barrera
- 56 Sobre la corrupción en Colombia: marco conceptual, diagnóstico y propuestas de política
Vivian Newman Pont - María Paula Ángel Arango
- 57 Crecimiento Económico: ¿Es posible recuperar un ritmo superior al 4% anual?
Hernando José Gómez - Laura Juliana Higuera
- 58 Elementos para una propuesta de reforma del sistema de protección económica para la vejez en Colombia
Leonardo Villar - David Forero
- 59 Descentralización y finanzas territoriales
Antonio Hernández Gamarra - Luis Hernando Barreto Nieto
- 60 El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención
Catalina Gutiérrez Sourdis

El Sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención

*Catalina Gutiérrez Sourdis**

*Nicolás Gómez Parra***

Marzo, 2018

* Economista de la Universidad de los Andes, Doctorada en economía de New York University. Consultora en Políticas Públicas de Salud y Protección Social. c.gutierrez202@uniandes.edu.co.

** Coautor del capítulo Uno.

Una publicación de Fedesarrollo
Cuadernos de Fedesarrollo, número sesenta

Primera edición: Marzo 2018

© Fedesarrollo

ISBN: 978-958-56343-9-8

Edición, armada electrónica: Consuelo Lozano | Formas Finales Ltda.

Impresión y encuadernación: La Imprenta Editores S.A.

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	1
INTRODUCCIÓN	25
CAPÍTULO UNO Sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en salud	27
El contexto global del gasto en salud: la presión del avance tecnológico	27
El crecimiento del gasto en Colombia 1995-2013	31
La sostenibilidad futura del gasto en salud	35
Estrategias para abordar el incremento del gasto	53
CAPÍTULO DOS La restricción presupuestal en el marco de derecho a la salud	61
Introducción	61
La importancia especial del derecho a la salud	61
Los riesgos de las reclamaciones judiciales de prestaciones excepcionales	64
Causas de la judicialización	67
¿Es posible conciliar la escasez de recursos con las obligaciones emanadas del derecho a la salud?	69
Conciliación entre el derecho a la salud y la progresividad y sostenibilidad en el nuevo arreglo institucional	72
Otros riesgos: el papel de los médicos en la ley estatutaria y el nuevo arreglo institucional	82
CAPÍTULO TRES El Modelo de atención en salud	85
Introducción	85
El modelo integrado de atención en salud MIAS	86
Los beneficios de los modelos integrados de atención en salud con enfoque de atención primaria	90
Los retos del MIAS	93
Referencias	101
COMENTARIOS de David Bardey	109

RESUMEN EJECUTIVO

1. Introducción

En las últimas décadas el sistema de salud colombiano ha registrado avances innegables en cobertura del aseguramiento y acceso, con logros importantes en materia de salud. Más recientemente se ha avanzado en aspectos regulatorios, incluyendo la regulación del derecho a la salud, avance en los sistemas integrados de información, desarrollo de la evaluación de tecnologías sanitarias, mecanismos de regulación de precios, desarrollo de modelos de atención para zonas apartadas y modelos de atención integral, entre otros. A pesar de los logros existen retos de sostenibilidad y calidad

El riesgo de sostenibilidad es real. El gasto en los países de la OECD crecerá en los próximos 20 años, por lo menos dos puntos adicionales del PIB[5]. La presión más importante es el cambio tecnológico, que en el pasado ha explicado entre el 50% y el 75% del crecimiento. En la actualidad, 13 países de la Unión Europea presentan riesgos de sostenibilidad de sus sistemas de salud[6]. El avance tecnológico y el mayor ingreso de los hogares son los componentes que más presión han ejercido y continuarán ejerciendo sobre el gasto.

Colombia no está exenta de estas presiones. La transición hacia un régimen de beneficios implícito, introduce incertidumbre sobre la capacidad del sistema de controlar la presión tecnológica. En el pasado el cambio tecnológico ha explicado entre un 35% y un 59% del incremento en el gasto. En el futuro el nuevo arreglo institucional puede incrementar esta participación. La población Colombiana está envejeciendo y estamos transitando hacia un perfil de morbilidad más costoso, en donde las enfermedades crónicas de alto costo, como cáncer, diabetes, accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, están ganando participación.

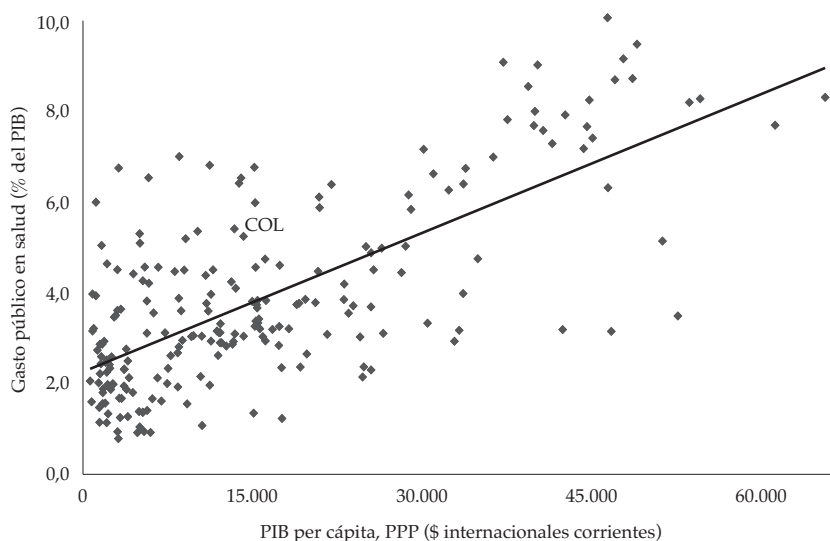
Nuestros cálculos indican que en un escenario de absorción acelerada de tecnología el gasto en aseguramiento en salud como porcentaje del PIB alcanzará a ser de 6,2%. El 44% de este crecimiento estará explicado por el cambio técnico, el 38% por el crecimiento de la población, el 12% por el

cambio en la estructura demográfica (envejecimiento) y el 6% restante por el cambio proyectado en el perfil epidemiológico hacia enfermedades crónicas.

Para el 2020 habría que buscar recursos adicionales equivalentes a 1,1 veces la meta de recaudo adicional por aumento del IVA de la reforma tributaria del 2017, y casi 3 veces este monto para el 2030.

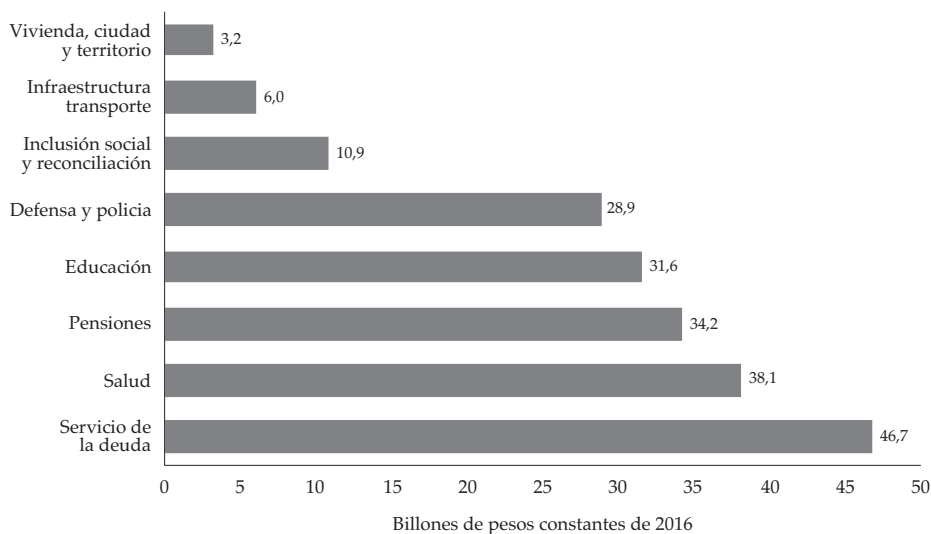
Algunos analistas han sugerido que el gasto en salud en Colombia es bajo. En efecto, comparado con países desarrollados y algunos de ingreso medio alto, Colombia gasta mucho menos por habitante en valor absoluto. Pero en términos de esfuerzo fiscal, el gasto en Colombia no es bajo. Es el rubro más alto de gasto público después del servicio de la deuda y es uno de los países que más gasta como porcentaje del PIB para su nivel de riqueza (ver Figuras 1 y 2). El gasto en salud es menor al de otros países porque el presupuesto y el PIB son relativamente bajos, pero el esfuerzo que hace el país con los recursos que tiene no es bajo.

Figura 1. Gasto en salud y PIB per cápita



Nota: Los datos que se utilizan son para el 2014, porque es el último dato disponible en el Banco Mundial. No se incluyen QAT, LUX, GSP, BRN, KUT, ARE, MDV, FSM, MHL, KIR, LSO y TUV. La línea negra indica el resultado de ajustar los datos en regresión lineal simple.

Fuente: Elaboración propia con base en Banco Mundial.

Figura 2. Gasto sectorial en 2016

Fuente: Navas y Santa María 2016.

Las finanzas públicas presentan un déficit superior a la meta inicial establecida por el gobierno como resultado de los bajos ingresos petroleros y la reducción en la actividad económica. La reciente reforma tributaria aumentó los impuestos de manera importante. Así, con las restricciones fiscales actuales resulta claro que el gasto en salud no puede aumentarse indefinidamente. Aumentar el gasto en salud implicaría entonces desviar recursos de otros rubros de gasto que probablemente tienen un mayor retorno en términos de resultados en salud, como lo son el acueducto y alcantarillado, la educación y el apoyo del proceso de paz.

Por el lado de la calidad y la oportunidad de los servicios de salud también hay retos. Por ejemplo, se estima que en Colombia entre el 21% y el 35% de las hospitalizaciones se podrían prevenir con una adecuada atención primaria ambulatoria[7]; Colombia tiene la tasa de hospitalización más alta de América Latina; sólo el 36% de los pacientes cuenta con un médico general que le presta atención de manera regular; sólo al 13% de los pacientes que tienen enfermedades precursoras de la enfermedad

renal se le hacen pruebas de diagnóstico y seguimiento; y aún persisten inequidades significativas entre la salud de la población en zonas dispersas y la del resto del país[8, 9]. Adicionalmente, los pacientes aún enfrentan procesos administrativos dispendiosos para obtener atención.

El sistema de incentivos financieros de los múltiples actores y la alta descentralización administrativa desincentivan y dificultan el paso de los pacientes a través del sistema. Igualmente, hacen más difícil la coordinación entre las acciones de salud pública y promoción y prevención a cargo de las entidades territoriales con la prestación de servicios de salud; y favorecen un modelo curativo a costa de la prevención y la promoción de la salud[9].

El resultado es también un sistema ineficiente que aumenta los costos al duplicar servicios durante el tratamiento desarticulado de los pacientes, e incrementa los costos por ser inefectivo previniendo las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

El país tiene además otros retos importantes. Primero, si bien el derecho a la salud es la materialización de la importancia especial que las sociedades le dan a este bien, y su reclamo por vía judicial tiene el potencial de generar cambios que redundan en beneficio de los ciudadanos, la asignación de prestaciones excepcionales por vía judicial puede resultar en una asignación de los recursos inequitativa e ineficiente y poner en riesgo la sostenibilidad financiera. La Ley Estatutaria es un avance importante en materia de derechos, pero el arreglo institucional que derivó de esta ley puede poner presiones adicionales sobre los recursos del sector.

Colombia es el país con mayor nivel de judicialización de la salud en el mundo. Esto se debe a muchos factores, algunos de carácter institucional, como la existencia del mecanismo expedito de la tutela y una cultura en la cual las cortes son más dadas a intervenir en casos individuales. Pero también es producto de una falta de legitimidad del sector y de problemas de regulación. En particular, el proceso de definición de los límites del derecho carecía de legitimidad, y existían vacíos normativos. La corrupción en el sector y la actuación indebida de algunas EPS y actores del sector empeoraron aún más el problema de legitimidad.

Como respuesta a la Ley Estatutaria el país se movió hacia un nuevo arreglo institucional. Este divide las prestaciones en salud en tres grupos: i) aquellas incluidas en el Plan de Beneficios (antes POS) y financiadas con cargo a la UPC; ii) aquellas en la lista taxativa de exclusiones -que no se cubren con recursos públicos- y, iii) las demás prestaciones- aquellas que no están explícitamente excluidas o explícitamente incluidas en el Plan de Beneficios- las cuales se cubren con cargo a los recursos del ADRES (antes FOSYGA) y las Entidades territoriales[10]. Los médicos tienen la autonomía de ordenar las prestaciones que consideren necesarias siempre y cuando no estén en la lista de exclusiones taxativas; sin necesidad de autorización por parte de las EPS. Estas prestaciones "implícitas" o del "componente individual del derecho" se monitorean a través del aplicativo MIPRES -que le permite a los médicos prescribirlas- y su sostenibilidad dependerá de los esquemas de autorregulación de la profesión.

Adicionalmente, la Ley Estatutaria estableció los criterios que pueden ser usados para definir la lista de exclusiones. Entre estos no quedó ni el criterio de costo-efectividad ni el de impacto presupuestal, que son instrumentales a la hora de garantizar la sostenibilidad y el buen uso de los recursos escasos.

Para poder enfrentar el doble reto de sostenibilidad y calidad el país debe actuar en tres frentes: incrementar el recaudo y la eficiencia del gasto, establecer un arreglo institucional que disminuya la judicialización de la salud y, avanzar en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-.

2. Recomendaciones de política

2.1. Estrategias para abordar el incremento del gasto y los riesgos de sostenibilidad

No parece viable en el corto y mediano plazo mantener un gasto creciente. La reforma tributaria reciente dejó poco espacio político para mayores impuestos y las tasas ya se encuentran en niveles relativamente altos com-

parados con los países de la región. Colombia además gasta -en términos absolutos- menos por habitante que países como Chile, México y Brasil, porque es un país menos rico. Pero en términos de esfuerzo fiscal -es decir comparado con el producto interno bruto y en relación al gasto público total- el gasto no es bajo. Así pues, tampoco parece razonable aumentar la participación del gasto en salud a costa de otros sectores que quizás tienen más retornos en términos de equidad y salud de la población, como lo son la educación y el saneamiento básico.

Esto quiere decir que debemos buscar fiscalizar los tributos que por ley se destinan al sector y mejorar sustancialmente la eficiencia del gasto.

Control de la evasión y regulación de las contribuciones de rentistas de capital

Existe evidencia de evasión, omisión o inexactitud en las cotizaciones en salud. Entre las más comunes se encuentran: beneficiarios afiliados al régimen subsidiado que tienen capacidad de pago y deberían cotizar; cotizantes que aportan sobre un ingreso base menor al real; obligados a cotizar clasificados como beneficiarios de un cotizante; y omisiones¹.

La evasión, inexactitud u omisión es más alta en independientes, entre los cuales un porcentaje pequeño es rentista de capital (6,5% de los independientes declarantes de renta).

Al comparar los ingresos por declaración de renta con los ingresos reportados en la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), la Unidad de Pensiones y Parafiscales (UGPP) estimó que para el 2016 existen recaudos potenciales de 2,7 billones de pesos de contribuciones en salud, de los independientes². Si bien será difícil fiscalizar la totalidad de estos contribuyentes, será necesario continuar con el esfuerzo que viene

¹ Unidad de Pensiones y Parafiscales. 2016. <http://www.ugpp.gov.co/varios/presentaciones.html>

² Unidad de Pensiones y Parafiscales, 2016. <http://www.ugpp.gov.co/varios/presentaciones.html>

realizando la UGPP, concentrando la fiscalización en declarantes de Renta, IVA e Industria y Comercio.

Para poder fiscalizar estas contribuciones será necesario reglamentar y aclarar los vacíos jurídicos sobre las obligaciones para rentistas de capital.

Mejorar la eficiencia del gasto

Recientemente un estudio de la OECD identificó las principales fuentes de desperdicio en el sector salud de los países miembros[11]. Entre las tres más importantes están i) la prestación innecesaria de servicios o duplicación de los mismos ii) el uso de servicios de bajo valor y iii) el uso de servicios que se podrían obtener a un menor costo.

El establecimiento de las Redes Integradas de Servicios y el modelo de atención primaria en salud pueden contribuir de manera sustancial y reducir el desperdicio, reduciendo el uso de los servicios de emergencia (más costosos) como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones.

El sistema de priorización efectivo ayudará a que las tecnologías que se cubran con recursos públicos aporten beneficio y valor, evitando así el peor de los desperdicios en tecnologías sin demostrada efectividad o reducida costo-efectividad.

El estudio de la OECD identifica otras de medidas importantes. Entre ellas está el control a los precios de los medicamentos e insumos, y la promoción de la prescripción y del consumo racional. El gasto en medicamentos representa entre el 17% y el 25% del presupuesto en salud. De esto, el gasto en medicamentos de marca absorbe entre 60% a 80% del gasto total[12]. El control de precios se justifica en la medida en que algunos mercados de medicamentos son monopólicos o el proveedor tiene un gran poder de mercado que le permite poner precios por muy encima de los que resultarían en un mercado competitivo[12]. La función del Estado es regular estos mercados imperfectos y asegurar que el precio es justo y promueve

el acceso a estos medicamentos, reconociendo a la vez las innovaciones tecnológicas y evitando desincentivar la oferta de medicamentos.

La recomendación es concentrarse en las acciones de carácter regulatorio con potencial para reducir los costos sin deteriorar la calidad de la atención, o el acceso. Tal y como lo discute el estudio mencionado, aún en los países de la OECD existe un potencial sin explotar para obtener un mejor valor por los insumos y los medicamentos financiados con recursos públicos. Los países que tienen mercados sin regular o con poca regulación tienen potencialmente mayores retornos de estas políticas.

Colombia ha avanzado en este frente, pasando de ser uno de los países con precios más altos de medicamentos a estar dentro de la media de los países de referencia. Adicionalmente, la Ley Estatutaria elevó la política farmacéutica a política de Estado. Es imperativo no retroceder sino continuar avanzando. Todos los países del mundo tienen políticas orientadas a promover un uso racional, asegurar que los precios son conmensurables con el valor terapéutico aportado y que el país obtiene precios competitivos por estas tecnologías. Hay una infinidad de mecanismos de regulación de precios y una política integral debe considerar una batería de herramientas para ser efectiva. Algunas medidas de control de precios, si están mal diseñadas, pueden generar incentivos perversos, por lo cual es importante ser cuidadoso en su diseño. Existe abundante experiencia en mecanismos de regulación de precios, de las cuales se puede aprender. En todo caso, el objetivo más importante de la política de control de precios es asegurarse que el país no está pagando sobrecostos por medicamentos que otorgan bajo valor terapéutico en comparación con sus similares, y que el país obtiene un precio justo, comparado con los demás países del mundo, por los medicamentos que cubre con recursos públicos.

Va más allá de este documento hacer un análisis exhaustivo de todas las estrategias. Colombia ya ha avanzado en muchas de ellas. Entre las estrategias que se deben continuar están la política de definir el precio de ciertos medicamentos -o por lo menos el precio al que serán comparados por el sistema público-, cuando entren al país, basado en el valor terapéu-

tico que provean por encima de las tecnologías existentes en el mercado; la política de regulación de precios con base en referenciación internacional y, muy especialmente la política de compras centralizadas³. Adicionalmente se deben explorar los acuerdos de precio-volumen, en donde el regulador acuerda con el proveedor un precio sujeto a un presupuesto de gasto pre-establecido. Si las ventas superan este valor el precio se reduce o el proveedor reembolsa el exceso en el valor de las ventas. Estos esquemas se conocen como esquemas de riesgo compartido.

No sobra recalcar que un número importante de estas estrategias –especialmente aquellas enfocadas en asegurar que se obtiene valor por el precio pagado- requieren procesos técnicos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETES) que incluyen análisis de costo-efectividad. De ahí la importancia de continuar fortaleciendo el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y la ETES en general, garantizándoles recursos presupuestales. También es necesario tener una discusión transparente con las cortes y los actores del sistema sobre el uso de la costo-efectividad como mecanismo para definir las inclusiones y exclusiones en el plan de beneficios.

Mecanismos de pago

La forma como se paga a los proveedores de servicios o a los administradores de planes de beneficio (por servicio prestado, por evento de salud, por paciente atendido, por resultados, por afiliado, etc.) moldea los incentivos de los agentes.

³ Existe un temor que la política de precio basado en valor terapéutico se use como mecanismo de facto para limitar la entrada de algunos medicamentos o que reduzca el acceso a algunos medicamentos si el proveedor decide no aceptar el precio y se retira del mercado. Sobre lo primero cabe anotar que este no es el objetivo original de la política sino asegurar un precio justo. El rol de decidir si un medicamento se financia con recursos públicos o no, está en cabeza del sistema de priorización, y tendremos que hacernos a la idea que habrá medicamentos con beneficio terapéutico que tendrán que entrar a la lista de exclusiones taxativas mientras los podemos financiar. Sobre lo segundo: dado que el precio se establece comparando el medicamento con las alternativas existentes, un retiro del mercado sería un indicador de que existe otra alternativa comparable, a partir de la cual se sugirió el precio. En Alemania solo 2 veces se ha retirado el proveedor del mercado.

En un sistema complejo donde intervienen múltiples actores con intereses divergentes es indispensable diseñar mecanismos de pago que logren alinear los incentivos de los agentes con los objetivos sanitarios y económicos del sistema de salud. Los esquemas prevalecientes en Colombia no parecen los más adecuados para lograr este objetivo. El pago a los prestadores por cada servicios prestado (consulta, examen, procedimiento, etc.) no promueve el control de costos ni el uso racional de los recursos, ni el logro de las metas sanitarias. Por el contrario, para los prestadores resulta conveniente ordenar más servicios en tanto su ingreso depende del volumen facturado.

En Colombia -salvo la prohibición de capitar atenciones diferentes a las de primer nivel- los mecanismos de pago no están regulados a nivel nacional sino que es potestad de cada EPS acordar los esquemas de pago con sus proveedores. Esto hace más difícil el tránsito hacia mecanismos de pago más eficientes. Hay dos alternativas, o bien regular los pagos centralmente, como lo hacen en algunos países europeos para las atenciones hospitalarias por ejemplo, o bien se definen mecanismos de pago a las EPS, que promuevan que estas establezcan este tipo de contratos con sus prestadores.

El pago por capitación a las EPS, si bien es un instrumento poderoso para mantener los costos controlados, favorece la dilución o negación del servicio y hace que estas eviten afiliar pacientes de alto riesgo. Es necesario avanzar en dos frentes. Primero establecer el pago de una parte de la UPC sujeto a resultados en salud de los afiliados. Ya existe una propuesta que se puede implementar con los sistemas de información vigentes en la que se debe avanzar. Segundo, es necesario mejorar el esquema de ajuste de riesgo. Esto quiere decir que la Unidad de Pago por Capitación (el pago por afiliado que reciben las EPS) en vez de diferenciarse solo por la región, la edad y el género del afiliado, tenga en cuenta que el costo de atender a un afiliado con enfermedad crónica es superior al de atender a una persona sana, y que las comorbilidades encarecen aún más la atención. Si bien la cuenta de alto costo ajusta en alguna medida estas diferencias, aún hay espacio para mejorar.

Gasto de Bolsillo

Colombia tiene uno de los niveles de gasto de bolsillo más bajos del mundo y el más bajo de América Latina. Esto sin duda explica que también porqué el país está entre los 3 países de mejor protección financiera y cobertura universal (incluyendo acceso) en una muestra de 25 países en desarrollo que han emprendido reformas hacia la cobertura universal[13].

Se ha explorado la posibilidad de aumentar el gasto de bolsillo, mediante copagos y cuotas moderadoras para fomentar la sostenibilidad. Iyn-Hiang *et. al.* (2015) realizan una revisión sistemática de las políticas de control de la prescripción a través de co-pagos y acciones sobre los profesionales médicos. Los autores encuentran que la imposición de copagos en medicamentos sí reducen el gasto, pero tiene efectos indeseables en el consumo de medicamentos esenciales y en la adherencia al tratamiento. Incluso en los programas en los que hay copagos diferenciales según el tipo de medicamento, el costo en términos de estado de salud y mayor consumo de otros servicios, contrarresta los ahorros.

Dicho esto, sí conviene estudiar la posibilidad de regular el co-pago en servicios no POS para personas con capacidad de pago. En su jurisprudencia la Corte Constitucional ha expresado la obligatoriedad de eliminar los copagos y las cuotas moderadoras para personas con enfermedades catastróficas y grupos de población especiales, por lo cual es necesario estudiar si los ahorros generados por copagos de servicios no POS superan los costos de implementación de la política, especialmente por los gastos administrativos asociados a demostrar y medir capacidad de pago, y los procesos legales que esto conllevaría.

2.2. La Sostenibilidad en el Marco del derecho a la salud

Como se mencionó en la introducción, el arreglo institucional colombiano impone un reto adicional sobre la sostenibilidad, en la medida en que el país registra un alto grado de judicialización, con un impacto importante

sobre las finanzas del sector. Para el 2016, por ejemplo, las prestaciones excepcionales otorgadas a través de las cortes o los comités técnico científicos (el gasto NO-POS) alcanzaron casi 3 billones de pesos y representaron un 10 % del gasto en seguridad social en salud.

El análisis realizado para este trabajo indica que ni la jurisprudencia constitucional ni las altas cortes interpretan el derecho a la salud como la obligación de otorgar todas las tecnologías existentes, que tengan potencial beneficio, a todos quienes la necesiten de manera inmediata. La legislación y los acuerdos internacionales también son claros al respecto.

El argumento de sostenibilidad fiscal y limitación de recursos es reconocido como legítimo siempre y cuando sea real y verificable, y no se use para disfrazar la renuencia del Estado a cumplir con las obligaciones emanadas del derecho aduciendo limitación de recursos.

La asignación de prestaciones excepcionales por parte de las cortes es un síntoma de la falta de legitimidad de las decisiones de priorización del regulador en particular, y del sistema de salud en general. Una percepción de que el Estado ha sido renuente a cumplir con sus obligaciones en materia del derecho a la salud.

Para hacer compatible el derecho a la salud con la sostenibilidad fiscal es necesario retornar la legitimidad a los procesos de priorización por medio de los cuales se define qué se financia con recursos públicos.

Un sistema de priorización justo, acorde con los principios constitucionales

Un proceso justo, transparente, razonable, de definición de beneficios, que muestre que el Estado está garantizando de manera progresiva el derecho, y que las decisiones se tomaron de manera consensuada y con base en la evidencia, legitiman las decisiones ante las cortes. La jurisprudencia esboza los principios que deben guiar un sistema de priorización acorde con la jurisprudencia del derecho a la salud, el cual comparte elementos de modelo de asignación de beneficios en salud propuesto por el filósofo de Normal Daniels (Rendición de Cuentas para Razonabilidad).

El nuevo arreglo institucional va precisamente en esa dirección, pero aun es necesario fortalecer y ajustar el esquema de priorización. En particular, aún es necesario incluir un espacio para apelar las decisiones si los interesados consideran que hubo falencias en el proceso. También falta un sistema de monitoreo del proceso. Hay que avanzar en ambos frentes. Finalmente, es necesario establecer una arena de diálogo formal entre las cortes y quienes participan en los procesos de inclusión y exclusión, que puede también actuar como mecanismo para ratificar que las decisiones tomadas cumplen con los principios constitucionales del derecho a la salud. Esta ratificación sería una señal clara para los jueces de cómo tomar decisiones cuando lleguen solicitudes por prestaciones no cubiertas. Adicionalmente, en conjunto y con el apoyo de juristas, hay que avanzar hacia la incorporación explícita de criterios de coste-efectividad e impacto presupuestario en la toma de decisiones, sin ir en contravía de los principios jurisprudenciales del derecho a la salud.

El IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud) goza en la actualidad de legitimidad y credibilidad científica y en todos sus procesos participan las comunidades científicas y otros actores. Si es capturado por intereses particulares, todo el proceso de priorización actual se viene abajo. La OECD calificó al IETS como uno de los más avanzados de la región y resaltó la necesidad de fortalecer estas agencias en los países en desarrollo[14]. Es indispensable darle todo el apoyo político necesario para garantizar su financiación y fortalecimiento, y mantenerlo libre de la captura por parte de actores interesados.

Presupuestos explícitos para la garantía progresiva del derecho

Además de un proceso justo y transparente que siga los principios constitucionales del derecho a la salud, es conveniente establecer presupuestos explícitos, con techos y pisos en el componente implícito, en el componente explícito, en las acciones de promoción y prevención y en la implementación del MIAS, con metas de expansión del gasto que evidencien un

plan para garantizar la ampliación progresiva del derecho. Esto también ayuda a visibilizar que las ampliaciones de gasto en un rubro, conllevan a recortes en otros. Particular importancia debe recibir un piso mínimo para el gasto en promoción y prevención, y para el gasto en la implementación del MIAS, y un techo al gasto en el plan implícito. Este esquema le permite al regulador evidenciar que las decisiones de exclusión no son producto de la renuencia del estado a cumplir con el derecho a la salud, sino a la limitación de recursos para hacerlo.

Ataque contra la corrupción

Dado que la judicialización es en buena medida un problema de falta de legitimidad del regulador y de confianza en el sector salud, además de las recomendaciones anteriores, es indispensable e inaplazable establecer un programa específico anticorrupción. No es posible racionar de manera legítima cuando la ciudadanía percibe que le niegan los servicios que le habrían podido prestar, porque se robaron los recursos. Ningún sistema de priorización por justo que sea logrará devolver legitimidad al sector mientras el problema de corrupción no se enfrente. Recomendamos crear un grupo de expertos para definir un programa de choque para abordar este problema.

Avanzar en la autorregulación médica

El nuevo arreglo institucional de cierta forma se diseñó para evitar que a la corte lleguen solicitudes por prestaciones excepcionales. En efecto, muy pocas tecnologías sanitarias están taxativamente excluidas (hasta el momento). Las que están en el plan explícito (componente colectivo del derecho) deben ser entregadas a todos los ciudadanos, y las del plan implícito (componente individual del derecho), pueden ser otorgadas por los médicos con pocas restricciones. El reto ahora es conciliar la autonomía médica con la sostenibilidad fiscal. El sistema de información del MIPRES

es un primer paso, que le permite a la comunidad médica monitorear cómo sus decisiones están afectando el sistema en el agregado. Pero serán necesarias otras acciones para promover la prescripción racional y uso eficiente de los recursos escasos.

Al igual que con las cortes, frente a los profesionales de la salud hay un tema de credibilidad y desconfianza del regulador. Las guías de práctica clínica, la evaluación de tecnologías, la difusión de la efectividad y costo efectividad de las intervenciones incluidas en el plan implícito y los procesos justos de exclusiones, serán herramientas indispensables para la autorregulación. El IETS juega un papel muy importante en este proceso y conjuntamente con el INVIMA ayuda a garantizar el control de calidad de los genéricos y la difusión de la evidencia sobre su efectividad.

2.3. Avanzar en la implementación del MIAS

El país está maduro para avanzar ahora en el desarrollo y la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud, que pondría a Colombia a la par con países desarrollados y a la vanguardia de los países latinoamericanos en modelos con enfoque de atención primaria en salud (APS).

Estos modelos se centran en las personas y las familias y no en la enfermedad, son implementados mediante centros integrales de atención con equipos multidisciplinarios y con médicos generales o de familia como puerta de entrada al sistema, que son capaces de resolver el 80% de las necesidades de atención de la población. Se enfocan en la prevención de la enfermedad e intervienen no solo la salud individual sino los riesgos sociales y comunitarios.

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que se ha venido diseñando tiene el doble potencial de mejorar los resultados en salud y generar ahorros sustanciales en costos de atención en el mediano y largo plazo. Un estudio de la OECD para la Comisión Europea en donde se analiza el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros, simula el efecto de una mejora en la salud de la población[5] y encuentra que un

incremento de 50% en la proporción de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB. Este efecto contrarrestaría cerca del 70% del incremento del gasto como porcentaje del PIB bajo un escenario de absorción completa de tecnologías. Es decir, si los colombianos redujéramos a la mitad la proporción de años que pasamos con enfermedad y discapacidad, podríamos disponer de ingresos adicionales equivalentes por lo menos a un punto del PIB y hasta dos, para financiar la absorción tecnológica y la ampliación progresiva del derecho a la salud.

Más aún, el MIAS tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios (antes POS) por vía judicial, en la medida en que mejoraría la continuidad y oportunidad del servicio, y evitaría que los ciudadanos tengan que recurrir a las cortes para exigir los servicios a los que tienen derecho.

Existen varios retos para implementar el MIAS. Implementar un modelo de Atención Primaria en Salud (APS) es más fácil cuando la responsabilidad de todas las intervenciones está en cabeza de una autoridad, que debe responder por una cobertura delimitada geográficamente que garantiza una escala adecuada de operación, con recursos suficientes y capacidad técnica. En Colombia el sistema enfrenta retos importantes debido al fraccionamiento de las responsabilidades entre actores y un alto grado de descentralización administrativa. Cada entidad territorial, además, debe coordinar con múltiples EPS operando en su territorio. Este arreglo es impráctico e ineficiente a la hora de coordinar acciones de salud pública.

Quizás el reto más importante es que el modelo requiere inversiones significativas en el corto plazo, mientras que los frutos tardarán en verse entre cinco y diez años. Esto puede desincentivar el apoyo de gobiernos cortoplacistas. Pero el cambio en el modelo de salud es tan importante que es indispensable impulsar y mantener un enfoque de mediano y largo plazo y apoyar sin titubeos su implementación. Además de esto el modelo requiere de una revisión de las normas de descentralización.

Creemos que hay tres frentes en los que se deben actuar de manera rápida: i) la política actual aún no ha clarificado quién es responsable de algunas de las funciones del modelo ni como se coordinan los actores ii) las responsabilidades asignadas a los gobiernos locales no se compaginan con su capacidades y en algunos casos generan incentivos contradictorios y iii) hay deficiencias en los sistemas de información, en la infraestructura y en el recurso humano que requieren acciones e inversiones inmediatas.

Definición de responsabilidades

La política no aclara una serie de responsabilidades y funciones. La definición de responsabilidades es crucial en dos áreas: la coordinación de las funciones de salud pública en su componente colectivo e individual[15] y las redes integrales de prestación de servicios.

Las acciones de salud pública *"son todas las intervenciones colectivas y acciones individuales que generan externalidades, que generan beneficio colectivo y tienen alto impacto social"*[16]. Entre estas se encuentran: la identificación de riesgos ambientales y sociales; el diseño de un plan de acción para atender los riesgos identificados y la ejecución de dicho plan; la movilización de la comunidad y la promoción de su participación en las acciones de salud pública; la difusión de información en salud, la promoción del autocuidado; la prevención y el control de vectores y plagas; la realización de acciones de promoción y prevención, tamizajes, vacunación, visitas domiciliarias y la gestión de los insumos necesarios para ello.

Algunas de estas actividades pueden estar a cargo de las Administradoras de Planes de Beneficios (antes EPS) y otras a cargo de la entidad territorial. Por ejemplo, tiene sentido organizar las campañas de vacunación en territorios delimitados geográficamente y apoyándose en la participación de sus comunidades. Pero la vacunación individual también pueden hacerla las Administradoras de Planes de Beneficios (APB), y mantener a su población vacunada es parte de la gestión de riesgo de su población[15].

El problema se complica por cuánto las entidades territoriales no pueden gastar recursos en insumos o prestaciones incluidas en el POS y las vacunas están incluidas en el POS. ¿Cómo se distribuyen estas funciones y se asigna un responsable? La responsabilidad compartida deja a la voluntad de las partes la colaboración y pone en riesgo los logros en salud. En países en donde solo hay una entidad pagadora a nivel local la coordinación se facilita, pero en Colombia sería necesario coordinar con un sin número de APB.

Algunas entidades territoriales (ET) además son muy pequeñas para poder hacer campañas de comunicación costo-efectiva, es decir tienen problemas de escala. Esto requiere diferenciar la asignación de estas responsabilidades dependiendo de tamaño y la capacidad técnica de los municipios, devolviendo algunas responsabilidades a los departamentos.

Abordar este problema requiere tres acciones: i) definir en conjunto con los actores (EPS, ET, redes de prestación de servicios, ministerios, etc.) cuál sería la distribución de responsabilidades, diferenciando por la tipología del municipios ii) modificar las competencias asignadas por las normas de descentralización para que algunas de estas actividades puedan ser retomadas por los departamentos en el caso de los municipios más pequeños o aquellos que no estén asumiendo adecuadamente su función y iii) redefinir el POS de tal forma que la financiación y la gestión de los insumos necesarios para las acciones de salud pública queden en cabeza de los responsables de llevar a cabo las campañas o acciones colectivas y no se fraccionen las responsabilidades ni el presupuesto dentro de un mismo programa.

Esta coordinación no se puede dejar a la buena voluntad de las partes. Se requiere un esquema de gobernanza que promueva la integración. Esto incluye una redefinición de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTSSS) para que en estos participen las Administradoras de Planes de Beneficios (APB) y las Redes integradas de prestación de servicios (RIAS, ver más adelante) que operan en el territorio. Las comunidades también deben participar en el consejo. El consejo debe ser una arena para la planeación, con metas y resultados claros, que se debe acompañar de mecanismos de pago que premien el logro de las metas y castiguen su

incumplimiento. El CTSSS también debe ser una arena de rendición de cuentas de las secretarías de salud y las APB, frente a la comunidad.

El esquema de gobernanza también debe explicitar los flujos de información, de carácter obligatorio entre las partes. Por ejemplo, la APB debe enviar la caracterización socioeconómica y los riesgos de los afiliados del municipio a la secretaría, y esta a su vez debe comunicar los riesgos medioambientales y demás riesgos de salud pública a la APB. El cumplimiento de las metas debe ser supervisado por la Superintendencia de Salud o el ministerio, y no solo por los mismos actores responsables de su cumplimiento. En la actualidad el Ministerio hace seguimiento de varios indicadores de salud, y a medida que se avance en los procesos de caracterización del perfil de riesgo de los afiliados, se irá generando la información necesaria para fortalecer la gobernanza del sistema. La multiplicidad de EPS operando en un territorio dificulta las acciones que requieren coordinación, por lo que será necesario revisar la conveniencia de mantener una multiplicidad de EPS operando en un territorio, especialmente los territorios rurales y las zonas dispersas

Segundo, es necesario aclarar quién es responsable de la conformación de las Redes Integradas de Servicios (RIAS), particularmente en zonas urbanas y centros poblados donde compiten varios proveedores. La responsabilidad parece compartida entre APB y municipios, pero no parece razonable que sean estos actores quienes tengan que ir y promover que proveedores independientes y no coordinados formen alianzas. Idealmente deben ser los mismos proveedores quienes establezcan las redes. Los proveedores de servicios que quieran habilitarse para operar en un territorio dado deben presentarse como parte de una red que cumpla con las condiciones de habilitación establecidas en la regulación (interoperabilidad de las historias clínicas electrónicas, deben poder prestar todos los servicios definidos, etc.). Una vez se habilitan como red, dentro del marco de competencia regulada que tiene el país, competirían por los contratos de las EPS con otros RIAS. Las APB por su lado solo podrían contratar los servicios con redes habilitadas en la zona geográfica donde tienen afiliados.

La habilitación de las redes tendría dos etapas. La primera a cargo de las entidades territoriales, y para los municipios que no cuenten con capacidad técnica una segunda etapa revisaría la habilitación y estaría a cargo de la superintendencia y el ministerio. Para algunos municipios puede eliminarse completamente la pre-habilitación. En todo caso la superintendencia y el ministerio tendrían potestad de verificar la habilitación dada por las ET.

El éxito de las redes integradas de servicios depende de manera crucial de sistemas de información interoperativos. Una revisión sistemática realizada por Nicholson, Jackson y Marley (2013)[17] sobre los factores de éxito de las redes integradas muestra que 17 de los 19 estudios realizados señalan la información compartida como uno de los elementos más importantes en el éxito de la integración. Actualmente existe una multiplicidad de plataformas de historia clínica electrónica, que requiere esquemas de interoperabilidad para poder funcionar, en otros casos las historias clínicas no están digitalizadas. Adicionalmente, en muchos municipios de zonas rurales habrá que establecerlas de cero. Lograr la interoperabilidad y la historia clínica electrónica requiere de inversiones importantes de recursos. Algunos prestadores tienen los recursos para hacerlo, pero otros, y especialmente los prestadores públicos de zonas de alta ruralidad no cuentan con recursos para estas inversiones. Será necesario pensar en algún esquema de créditos de redescuento o co-financiación para impulsar estos procesos. En otros países se han establecido incentivos para ello.

Conflicto de intereses en las responsabilidades de inspección vigilancia y control por parte de las entidades territoriales

Las entidades territoriales tienen la responsabilidad delegada de la inspección vigilancia y el control de los prestadores y de las EPS en su territorio. Pero además son responsables de sus prestadores públicos. Este arreglo genera dos problemas, por un lado no tienen incentivos a monitorear y regular su propia red, (son vigilante y vigilado al mismo tiempo)[18]. Pero además, en muchos municipios no existe la capacidad técnica para

realizar esta labor, en particular cuando son muchas EPS participando en un municipio pequeño[19].

La propuesta es que los municipios se concentren en la administración de su red y en las actividades de salud pública que les sean asignadas, y la inspección vigilancia y control sea delegada al nivel nacional (Superintendencia) o los departamentos. La red de los departamentos debe ser vigilada por el nivel nacional. Este arreglo elimina la condición de vigilante-vigilado y descarga a los municipios de acciones para las cuales no tienen capacidades. Nuevamente, esta propuesta puede y debe ser diferenciada según la tipología del municipio. Las ciudades principales pueden mantener la inspección sobre la red privada, y su propia red, pero la inspección sobre su propia red puede ser delegada al nivel nacional en caso de que se evidencie deficiencias en su labor. Existe ya un amplio análisis sobre los retos que enfrenta la descentralización en el sector salud y los ajustes que se deben realizar (Ver Así Vamos en Salud, 2015)[20]

Necesidades inmediatas de recursos para infraestructura y capacitación del recurso humano

El MIAS se enfrenta al reto de adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo. La dotación y adecuación de los centros que proveerán la atención primaria integrada, requerirá el compromiso de los alcaldes que deben poner los recursos. Parte puede provenir de los recursos de oferta que reciben pero estos son cada vez menores. Políticamente es más atractivo realizar inversiones en segundo y tercer nivel, que dan más visibilidad electoral y favorecen el clientelismo. Por las normas de descentralización el Ministerio de Salud no dispone de recursos para financiar o co-financiar estas inversiones, de tal forma que la viabilidad del modelo requerirá de un gran compromiso político. Sin embargo, en un gran número estos municipios el uso de servicios es bajo debido a las distancias y la poca resolutividad del primer nivel de atención, por lo que se deberían estar

generando excedentes de operación por estos afiliados particularmente en las EPS del régimen subsidiado⁴. De ser así, puede explorarse la posibilidad de usar temporalmente algunos recursos de la UPC de los afiliados de estas zonas para hacer las adecuaciones necesarias. También se deben explorar otras fuentes de cofinanciación o esquemas de créditos de redescuento para financiar estas inversiones. El estudio piloto para todo el departamento de Guainía estimó en 50 mil millones las necesidades de inversión para la adecuación de la infraestructura[21].

Una vez adecuada la infraestructura está el tema de la administración de este primer nivel. Varios de los municipios de zonas de alta ruralidad y zonas dispersas no han demostrado capacidad técnica para asumir el reto. La recomendación acá es promover Asociaciones Público Privadas, en donde se entrega la red a un operador, bajo estrictos criterios de cumplimiento y resultados. Ya existen experiencias con estas asociaciones y hay varias formas de estructurarlas. Idealmente la estructuración debe permitir una transferencia de conocimiento a la comunidad y a la secretaría de salud. Para garantizar la continuidad e integralidad de la atención, todos los puestos y centros de salud en una zona georreferenciada deben ser entregados al mismo operador, o por lo menos todas las que estén dentro de una red RIAS. En la actualidad, en muchos de estos municipios hay una multiplicidad de operadores, incluyendo directamente a las municipalidades, con muy pobres resultados en la integralidad del cuidado.

Finalmente está el tema de la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos y el problema del clientelismo en los mismos. Abordar este problema requerirá de un enorme capital y compromiso político. En aquellas zonas en donde la red pública sea el único prestador, será necesario estudiar si la escala de operación le permite cubrir los costos fijos. De lo contrario será necesario dar subsidios de oferta permanentes a los hospitales, sujeto a

⁴ Es decir el gasto por afiliado en estas zonas de alta ruralidad debe ser bajo en relación con el gasto por afiliado en otras regiones. Si bien la UPC diferencial captura parte de estas diferencias, es posible que aún con la UPC ajustada, el gasto promedio por afiliado sea inferior a la UPC recibida por la EPS.

resultados y ajustes estructurales. En aquellos casos en los cuales persistan los problemas será necesario liquidar el hospital o autorizar la intervención directa del ministerio o los departamentos. Esto probablemente requerirá de ajustes legislativos.

A pesar de que los retos no son despreciables, el esquema de múltiples pagadores sí es compatible con un modelo de atención primaria en salud (APS). Japón, Israel y Holanda son ejemplos de casos exitosos de implementación de modelos de APS en sistemas con múltiples aseguradores. Si el MIAS se implementa exitosamente, -de manera ordenada y escalonada, mediante pilotos- tiene el potencial de cambiar la salud de los colombianos y contribuir a la sostenibilidad del sistema

INTRODUCCIÓN

Todos los países del mundo están luchando para hacer compatible la escasez de recursos con las necesidades crecientes en salud derivadas del avance tecnológico, el envejecimiento de la población y las crecientes demandas de la ciudadanía por más y mejores tecnologías. Colombia no es la excepción.

El país tiene además retos adicionales importantes. Primero, la nueva Ley Estatutaria que, aunque es un avance en materia de derechos, parece haber desvinculado el derecho al servicio de la obligación solidaria de hacer contribuciones para financiar el sistema. En otras palabras, las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud aún cuando se encuentren en mora de hacer las contribuciones. Adicionalmente, la Ley dio amplia autonomía a los médicos para autorregularse y estableció criterios restrictivos para excluir servicios de paquete de beneficios.

Segundo, como respuesta a la Ley Estatutaria el país se movió hacia un nuevo arreglo institucional. Este divide las prestaciones en salud en tres grupos: i) aquellas incluidas en el Plan de Beneficios (antes POS) y financiadas con cargo a la UPC; ii) aquellas en la lista taxativa de exclusiones -que no se cubren con recursos públicos; y iii) las demás prestaciones- aquellas que no están explícitamente excluidas o explícitamente incluidas en el Plan de Beneficios-, que se cubren con cargo a los recursos del ADRES (antes FOSYGA) y las Entidades territoriales[10]. Los médicos tienen la autonomía de ordenar las prestaciones que consideren necesarias siempre y cuando no estén en la lista de exclusiones taxativas sin necesidad de autorización por parte de las EPS. Estas prestaciones "implícitas" o del "componente individual del derecho" se monitorean a través del aplicativo MIPRES, que le permite a los médicos prescribirlas, y su sostenibilidad dependerá de los esquemas de autorregulación de la profesión.

Tercero, la Ley Estatutaria estableció los criterios que pueden ser usados para definir la lista de exclusiones. Entre estos no quedó ni el criterio de costo-efectividad ni el de impacto presupuestal, que son criterios importantes para garantizar la sostenibilidad financiera y el buen uso de los recursos escasos.

De cómo se enfrenten estos retos globales e institucionales dependerá que el país pueda continuar avanzando hacia la cobertura universal, sin amenazar la sostenibilidad, la equidad o la calidad de la atención.

El primer capítulo define el concepto de sostenibilidad y evalúa los retos que presenta el avance tecnológico, el cambio epidemiológico y el crecimiento poblacional. El capítulo 2 discute los retos legales e institucionales que existen para hacer compatible el derecho a la salud y la sostenibilidad financiera. El tercer capítulo aborda el tema del modelo de atención, la calidad y la equidad de la atención en salud. Poco se gana con un sistema sostenible si las prestaciones son de baja calidad, los resultados en salud son pobres o existen grandes inequidades en la atención y en el estado de salud. Al final de cada capítulo se presentan las recomendaciones para abordar cada uno de estos frentes. En total son 10 recomendaciones puntuales para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud, avanzando en la equidad y la calidad de la atención.

CAPÍTULO UNO

Sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en salud

Este capítulo evalúa la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano y los retos que se avecinan. En la primera sección se presentan las tendencias de gasto en salud en el mundo y se discute el avance tecnológico y los retos que presenta para la sostenibilidad de los sistemas de salud del mundo. La segunda sección discute la sostenibilidad futura del sistema de aseguramiento social colombiano.

1. El contexto global del gasto en salud: la presión del avance tecnológico

En los últimos 20 años el gasto en salud de todos los países de la OECD ha crecido de manera sostenida por encima del crecimiento del PIB[5, 22]. Como resultado, en la mayoría de los países el gasto como porcentaje del PIB es superior al 8%, alcanzando 11% en Alemania y Canadá y 17% en Estados Unidos. Actualmente absorbe entre 12% y 15% de todo el gasto gubernamental[22].

¿Qué explica este crecimiento? Los estudios coinciden en que el cambio tecnológico es el principal responsable, seguido por y el crecimiento del ingreso de los hogares -que redundan en una demanda por más y mejores servicios-. El crecimiento poblacional, el envejecimiento y el incremento en precios juegan un papel menor.

Por cambio tecnológico se entiende no solamente la entrada de nuevos tipos de capital físico, sino también de nuevos procedimientos, que permiten mejorar la capacidad de los proveedores de diagnosticar, tratar o prevenir problemas de salud, incluidos aquellos que antes no se podían atender[23]. De esta manera el incremento en el gasto se da por un incremento en la variedad y en la calidad de los productos y de los tratamientos, así como por un

aumento en la demanda de servicios de salud por tratamientos más efectivos [24]. Adicionalmente, algunos avances tecnológicos no curan totalmente la enfermedad, sino que la convierten en una condición crónica. Esto junto con una población que vive más años, también presiona los costos⁵. Así, aunque algunos avances tecnológicos pueden ser ahorradores en costos si evitan complicaciones y discapacidades crónicas costosas que antes no se podían evitar, en el neto el cambio tecnológico incrementa el costo de la atención[5, 22, 23].

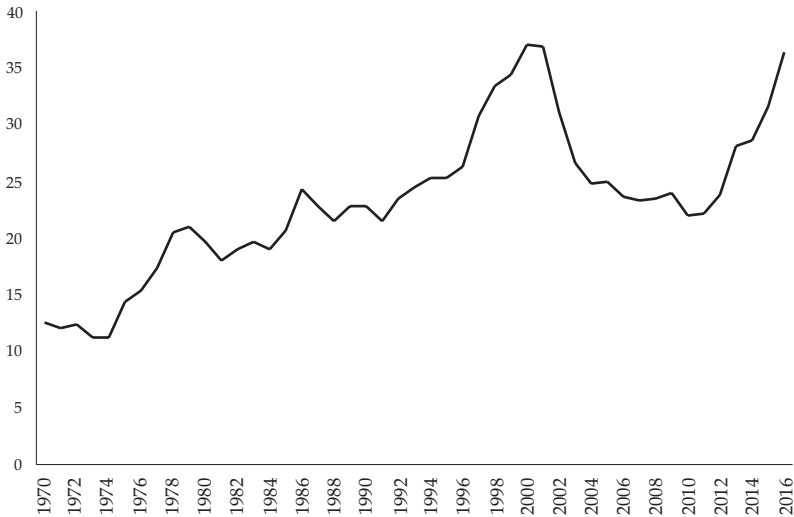
Por su naturaleza el cambio tecnológico es difícil de medir. Una de las metodologías más utilizadas busca determinar el porcentaje del cambio en el gasto que es atribuible a factores observables, y el porcentaje restante o residuo es atribuido al cambio tecnológico[25]. Aunque este tipo de estimación no permite identificar los canales y las dinámicas por los cuales el cambio tecnológico está aumentando los costos, así como interacciones entre el componente tecnológico y el no tecnológico[26-28], permite una buena aproximación al problema. A partir del método del residuo se ha estimado que entre el 25% y el 80% del crecimiento en el gasto estaría causado por el cambio técnico.

Otra forma de estimar la presión que se avecina es mirar las tendencias en la inversión en investigación y desarrollo que se hace en salud, pues este es un indicador de las tecnologías que están por salir al mercado. La Figura 3 muestra el número de nuevas moléculas aprobadas por la FDA. En promedio la FDA aprueba 35 nuevas moléculas por año. La Figura 4 muestra como el crecimiento en investigación y desarrollo farmacéutico se ha doblado en Japón, triplicado en Europa y cuadruplicado en Estados Unidos.

Un tercer método para estudiar el cambio tecnológico que se avecina es midiendo el impacto de la introducción de avances tecnológicos en patologías específicas. El caso de los medicamentos oncológicos por ejemplo, da una idea de la presión que se avecina. Para solo un subtipo de cáncer -cáncer de pulmón de células no pequeñas- hay 70 nuevos tratamientos en fase II o III,

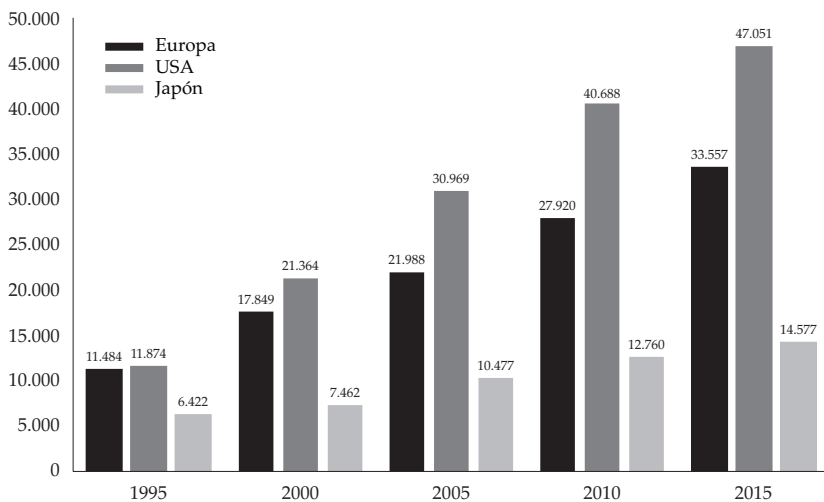
⁵ Agradezco a David Bardey por esta anotación

Figura 3. Número de nuevas moléculas aprobadas por la FDA (Promedio móvil 5 años)



Fuente: Elaboración propia con base en datos FDA.

Figura 4. Gasto en Investigación y Desarrollo Farmacéutico (Millones de moneda nacional)



Fuente: European Federation of Pharmaceutical Association.

del proceso de aprobación⁶. Para todo el mercado de oncológicos, el número de medicamentos en proceso de evaluación y aprobación ha crecido un 63% en los últimos 10 años, y se espera que entre el 2015 y el 2020 los costos de tratamientos oncológicos crezcan entre 7,8% y 10% anual[29]. Actualmente, el costo de estas nuevas terapias está entre US\$6.000 y 13.000[29]. Esto no incluye los más recientes descubrimientos en terapias genéticas. Por ejemplo, la terapia Kymriah (para Leucemia Linfocítica Aguda) cuesta US\$475.000⁷ por paciente y el Yescarta (para linfoma no Hodgking) US\$373.000⁸. Claro está, las terapias genéticas aún están lejos de estar disponibles en el país pues su manejo es complejo y riesgoso y solo un grupo de centros especializados estará autorizado para su aplicación.

No hay duda que el avance tecnológico trae beneficios, pero también es claro que impone una presión significativa sobre el gasto. La pregunta entonces es ¿lo podemos financiar? ¿es sostenible el gasto?

El crecimiento del gasto y el avance tecnológico van a continuar. En el 2015 la OECD hizo un estudio de sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud de sus países miembros. Recogió las proyecciones realizadas por las autoridades fiscales nacionales y las realizadas por los estudios de gasto de la misma OECD. Los resultados indican que en los próximos 20 años en promedio el gasto en salud consume 2 puntos adicionales del PIB, y 13 de los países de la Unión Europea tienen serios riesgos de sostenibilidad fiscal de sus sistemas de salud[6]. Bajo un escenario de control de costos, en promedio el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasaría del 6,5% actual al 8% en el 2030. Sin control de costos el gasto puede alcanzar hasta 14% del PIB[6].

Przywara hace un estudio para la Comisión Europea en donde analiza el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros[5]. En un

⁶ La fase II investiga la seguridad del medicamento desarrollado, la fase III la efectividad y seguridad. Un vez el proceso supera la fase III entra a el proceso de comercialización.

⁷ <https://www.technologyreview.com/s/608771/the-fda-has-approved-the-first-gene-therapy-for-cancer/>

⁸ <http://www.cnn.com/2017/10/19/health/fda-2nd-gene-therapy-non-hodgkins-lymphoma/index.html>

escenario base en donde solo se tiene en cuenta el crecimiento demográfico, el crecimiento del ingreso y un perfil de morbilidad constante, el gasto, en el agregado, pasaría de 6,7% del PIB a 7,4% en el 2010 y 8,4% en el 2060°. Hay variabilidad ente países, en Alemania por ejemplo, gasto pasaría de 7,4% de PIB en el 2010 a 8,6% en el 2030 y alcanzaría 9,4% en el 2060. En el Reino Unido el gasto pasaría de 7,5% del PIB a 8,6% y 9,7% para los mismos años. Bulgaria en cambio registraría un aumento moderado, pasando de 4,7% del PIB en el 2010 a 5% y 5,4%. Si a esto se añade el efecto del cambio tecnológico, el gasto para los 27 países de la OECD aumentaría a 10,8% del PIB en el 2030, de nuevo con alguna heterogeneidad entre países[5]. Si el gasto es acompañado por mejoras en la salud de la población (es decir las personas pasan más tiempo en buen estado de salud) se amortigua este efecto y se puede esperar una reducción de entre 1 y 2 puntos porcentuales del PIB[5]. Así, una forma de amortiguar el impacto del cambio tecnológico es asegurar que se invierte en tecnologías y políticas que previenen la enfermedad y disminuyen la discapacidad.

Así, hay una preocupación global razonable sobre la capacidad de sostener el gasto en salud en la mayoría de los países del mundo. No se trata de caer en derrotismos o sensacionalismo exagerado, sino de entender que los riesgos son reales y que se deben -y se pueden abordar-. Bajo este contexto...¿Cuál es la situación de Colombia?

2. El crecimiento del gasto en Colombia 1995-2013

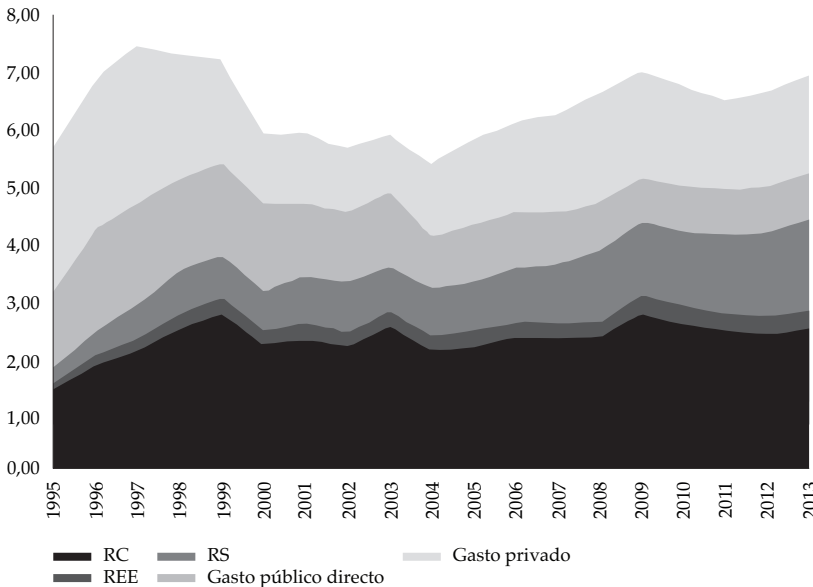
En los últimos 20 años el país ha dado grandes pasos para mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud. La ampliación de la cobertura del aseguramiento y la reducción del gasto de bolsillo -que está entre los más bajos

⁹ El escenario de morbilidad constante asume que la esperanza de vida aumenta, pero la morbilidad por rangos de edad se mantiene constante. En los escenarios de morbilidad mejorada el porcentaje de años que una persona pasa en buen estado de salud, como proporción de sus años de vida, se mantiene constante, y en un escenario optimista el porcentaje de años de vida que pasa en buena salud se incrementa.

del mundo- son dos de los logros más notorios. El acceso efectivo también ha mejorado: actualmente el 64% de los ciudadanos que buscaron atención obtuvieron una cita médica entre los 5 y los 2 días siguientes a la solicitud[8, 30].

La cobertura total pasó de 61% en el 2003 a 95% en el 2016. El régimen subsidiado en particular pasó de cubrir solo 28% de los elegibles en el 2003 a cubrir un 50% de la población total en el 2009, y luego estabilizarse alrededor de un 45% en el 2016¹⁰. El gasto por afiliado ha aumentado un 74% entre el 2004 y el 2014. Este último ha aumentado no solo por ampliación de los beneficios incluidos en el paquete, sino también por mayores frecuencias de uso. Por ejemplo, el número de procedimientos por persona creció un 37% entre el 2010 y el 2015, y el número de consultas un 35%¹¹.

Figura 5. Gasto en salud como porcentaje del PIB, 1995-2013



Fuente: Elaboración propia con base en Barón (2007) y Ministerio de Salud y Protección Social (2014) [31, 32].

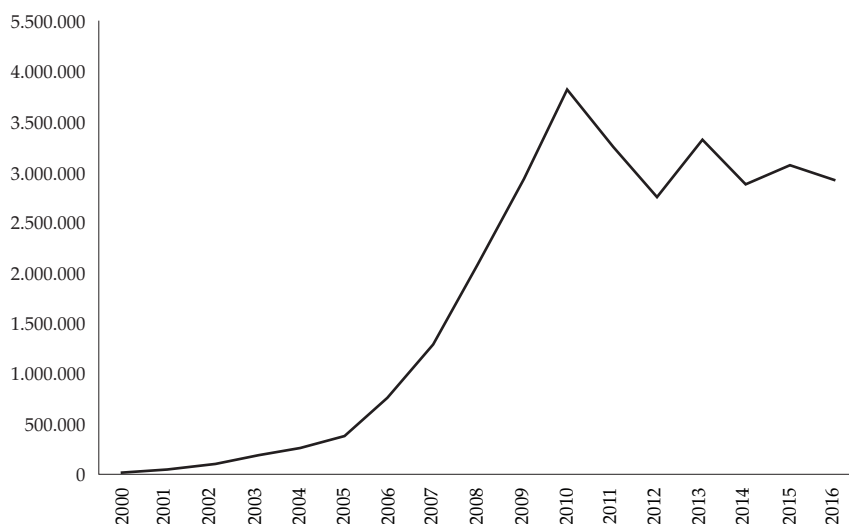
¹⁰ Fuente: Así Vamos en Salud. Indicadores de Aseguramiento en Salud.

¹¹ Elaboración propia usando la base de datos de SISPRO, a septiembre del 2017.

Todo ello resultó en un crecimiento anual del gasto en el período 1996-2014 cercano al 8% en términos reales, causando que el gasto como porcentaje del PIB se duplicara con respecto a 1996. De hecho, el crecimiento en el gasto en salud per cápita ha excedido el crecimiento anual del PIB per cápita en promedio en 6 puntos porcentuales. En el 2014 el gasto total en salud (sin incluir el gasto privado) fue de 35,8 billones de pesos, absorbió el 4,7% del PIB, y fue el segundo rubro más grande gasto público superado solo por el servicio de la deuda. La Figura 5 ilustra el crecimiento del gasto total en salud por componentes.

Los recobros, que corresponden a pagos por tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, también han jugado un papel importante. Aunque el valor de los recobros se estabilizó tras la imposición de precios máximos de reembolso, aun se mantienen alrededor de los 3,7 billones de pesos. De esto no se pagan a las EPS (se glosan) 0,8 billones, generando déficits en las EPS que a su vez redundan en pasivos de estas con los hospitales (ver Figura 6). Los recobros, están absorbiendo casi el 10% de los gastos del sector.

Figura 6. Valor de los recobros pagados (Millones de pesos constantes del 2014)



Fuente: Elaboración propia con base en información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El crecimiento del gasto en los últimos 5 años no ha estado acompañado de un incremento de recursos proporcional. Más aún, la complejidad del sector, la falta de regulación y la corrupción que venían operando desde tiempo atrás, desencadenaron problemas de legitimidad en las cuentas por cobrar, liquidación de EPS, y pérdidas de recursos.

Las EPS vienen registrando pérdidas desde hace más de 5 años. Para el 2016 las pérdidas de las EPS del régimen contributivo alcanzaron 486 mil millones de pesos. Las EPS del régimen subsidiado que también venían presentando pérdidas sostenidas registraron utilidades de solo 17 mil millones; y en total hay un déficit patrimonial de 5,5 billones de pesos en el sector de las EPS. En el régimen contributivo este resultado se explica porque los ingresos por UPC, copagos y cuotas moderadoras han sido inferiores al gasto por servicios POS en casi un billón de pesos entre el 2012 y el 2014; y solo hasta el 2015 se disminuyó esta diferencia[33, 34]. Hay sin embargo una amplia heterogeneidad al interior del sector, con algunas EPS mostrando importantes ganancias. En el sector de las IPS también hay problemas: la cartera vencida de los hospitales con agentes del sistema de seguridad social en salud es de 5,6 billones.

El gobierno nacional se ha visto obligado a intervenir con recursos de presupuesto. En el 2010 2,1% de los recursos del sistema de salud provinieron del presupuesto general de la nación, para el 2014 el porcentaje era de 9,4%¹².

Si bien se ha avanzado en solucionar algunos de estos problemas coyunturales, las fallas estructurales que generan estos desequilibrios parecen mantenerse: i) el gasto en los servicios de salud demandado es superior a los recursos disponibles para cubrirlos. En particular, la deuda de las EPS con los hospitales es principalmente con las EPS del régimen subsidiado, y es acá donde se debe poner atención a los faltantes estructurales, en particular los recobros. Esto tiene solo dos soluciones: aumento de los recursos y racionalización del gasto. En las secciones de recomendaciones abordaremos esto en más detalle.

¹² Incluidos recursos de la Nación por ley 1393 del 2010 y aportes nacionales al FOSYGA, sin incluir el CREE.

3. La sostenibilidad futura del gasto en salud

Un sistema es sostenible si hay recursos financieros para pagar el gasto sin amenazar la capacidad del gobierno nacional de cumplir con sus obligaciones de deuda y todos los compromisos de gasto adquiridos, incluyendo los compromisos de gasto en salud. Aún cuando no se amenace la sostenibilidad fiscal nacional, si no hay recursos para atender los compromisos de gasto en salud se puede poner en riesgo la salud de la población, la equidad y la calidad de la atención. En otras palabras se puede generar una crisis en salud. Algunos autores también plantean que un gasto no es sostenible si el costo adicional de cada peso gastado supera el beneficio del mismo[22]. Por ejemplo cuando se invierte en tecnologías muy costosas pero de muy bajo beneficio adicional. En este caso se están desperdiciando recursos que podrían invertirse en bienes o servicios con mayor beneficio.

Quizás el error más frecuente es interpretar la búsqueda de sostenibilidad y del control del gasto como un desinterés o falta de compromiso del gobierno con la salud de la población. Las discusiones sobre sostenibilidad en el proceso de aprobación de la Ley Estatutaria evidencian que esta interpretación es frecuente. Esta interpretación desconoce que el riesgo más importante para la equidad y la calidad de la atención es un gasto insostenible.

¿Es el gasto en salud en Colombia sostenible? Para responder a esa pregunta debemos dar respuesta a dos interrogantes: ¿podemos pagar el nivel de gasto que se avecina sin poner en riesgo las finanzas públicas o la calidad de la atención y el acceso a los servicios? ¿El gasto es eficiente, es decir estamos obteniendo valor por los recursos invertidos?

A futuro Colombia enfrentará los retos comunes a todos los países del mundo: crecimiento poblacional, envejecimiento de la población, avance tecnológico, mayor demanda por servicios a medida que aumenta el ingreso de la población, y cambio en el perfil epidemiológico.

Pero además de estos cambios, Colombia se enfrenta a una coyuntura particular de política: el cambio de un modelo de asignación de beneficios explícito, hacia un modelo de asignación de tecnologías implícito producto

de la Ley Estatutaria. Es difícil estimar el impacto futuro de la Ley Estatutaria. En principio se pueden anticipar dos efectos. El primero es una absorción más rápida de tecnologías. El segundo es el desencadenamiento de las consecuencias propias de un sistema de asignación implícito de tecnologías en un escenario de insuficiencia de recursos. En lo que sigue discutimos ambos efectos.

3.1. El posible impacto de la ley estatutaria y el nuevo arreglo institucional

El efecto más importante de la Ley Estatutaria fue el paso de un esquema de racionamiento de tecnologías explícito a uno implícito. El cambio es tan importante que amerita que todo ejecutor de política entienda las implicaciones. A riesgo de alargar un poco el texto tomamos la decisión de adentrarnos en la explicación.

Cuando quiera que los recursos son insuficientes para cubrir las necesidades es necesario racionar. Racionar es "la negación de un servicio que tiene el potencial de beneficiar [aunque sea un poco] a un paciente (en términos de mejorar su estado de salud o su calidad de vida o alargar su vida), que es demandado por este"¹³, ha sido ordenado por un médico

¹³ Esta definición parte de la definición adoptada por Maynard (1999, pg 6). El contenido en paréntesis no pertenece a la definición original. La definición de Maynard especifica que el paciente sí se beneficia del servicio, es decir que hay certidumbre acerca del beneficio. Acá ampliamos la definición a aquellos servicios que tienen el potencial de beneficiar al paciente, pero sobre los cuales existe incertidumbre. Nos permite incluir en el debate tecnologías en fase de experimentación y aquellas en las cuales la población afectada es tan pequeña que es difícil (si no imposible) hacer estudios clínicos para recolectar evidencia. Esta definición más amplia abre y explicita la discusión acerca de la evidencia científica sobre la efectividad. Adicionalmente, añadimos el requisito que debe ser ordenado por un médico. Como se verá más adelante esto es importante en el caso Colombiano, en donde las cortes han definido que son los médicos quienes tienen la autoridad para definir la efectividad del servicio. Finalmente, explicitamos que la negación es producto de la escasez de recursos por dos razones. Primero porque define el racionamiento como un resultado inevitable de escasez de recursos. Segundo porque explicita que la negación o demora en la prestación de servicios por razones de ineficiencia administrativas o no legítimas (apropiación o desviación de recursos ilegalmente) no constituyen racionamiento (por ejemplo no otorgar una medicina pero sí reclamarla ante el FOSYGA, o negar servicios en aras de incrementar el margen de ganancia por encima del establecido por el regulador).

tratante, y se ha negado como resultado de decisiones sobre asignación de recursos escasos. Esta definición hace hincapié en que el paciente debe querer el servicio; que un médico tratante encuentra que el servicio puede beneficiar al paciente; y que no ha sido entregado, no por razones arbitrarias, sino como resultado de la escasez de recursos.

Hay dos formas de racionamiento. El racionamiento explícito hace pública la decisión de negar una prestación y las razones que llevaron a esa negación. Esto se puede hacer de varias maneras. Una es estableciendo un paquete de beneficios explícito en donde se lista taxativamente todo lo que está cubierto, en algunos casos también se explicita para qué diagnósticos o poblaciones se cubren los servicios. Otra forma es explicitando lo que no se cubre con una lista taxativa de las tecnologías que no se financian. Un sistema de racionamiento explícito justo y eficiente, tiene en cuenta las preferencias sociales, las necesidades sanitarias del país, la costo-efectividad de las tecnologías, el impacto presupuestal y consideraciones de equidad, entre otros¹⁴.

En el racionamiento implícito la asignación de recursos se hace de manera discrecional por un regulador, administrador o profesional de salud, y las razones que llevaron a la negación no son conocidas, salvo por aquel que toma la decisión. Algunos ejemplos de racionamiento son: cuando el regulador no amplía la infraestructura en algunos lugares –usualmente las zonas apartadas o deprimidas económicamente- o para algunos servicios, generando con ello listas de espera o ausencia del servicio. La asignación por parte de las cortes es una forma de negar servicios de manera implícita, pues al asignar los recursos a un individuo inevitablemente obliga al responsable del presupuesto a reducir los recursos en otros servicios o a otro individuo. Cuando el prestador (médicos u hospitales) son quienes

¹⁴ Por ejemplo se puede establecer que las tecnologías para enfermedades huérfanas son una prioridad por razones de equidad, pues son pocas las opciones disponibles para quienes las padecen. De igual forma se puede establecer cortes de costo-efectividad a partir de los cuales se considera que el beneficio que una tecnologías nueva otorga sobre una ya existente no justifican el costo adicional, o se puede dar prioridad a expansión de servicios en comunidades tradicionalmente excluidas.

deciden qué dar y a quién, están asignando recursos a unos y no a otros (estos últimos resultan racionados). Finalmente, un administrador de planes de beneficio (como las EPS) se ve obligado a racionar servicios cuando los recursos no son suficientes para cumplir con las obligaciones acordadas. En estos casos se ve obligado a negar el servicio, diluirlo o demorarlo en espera de que se disponga de los recursos o de que se desista de la atención[36].

Las dos formas de racionamiento han sido ampliamente discutidas tanto en la literatura filosófica como de política de Salud. Keith, (2013) presenta un extenso análisis de las ventajas y desventajas de cada método (Recuadro 1). Por consideraciones éticas al igual que de sostenibilidad fiscal, los países se han inclinado hacia el racionamiento explícito[37][38], con algún espacio para asignación implícita por parte de los profesionales de la salud.

Como se mencionó en la introducción el nuevo arreglo institucional establece tres componentes: el componente de racionamiento explícito que está conformado por una lista de beneficios a la cual todos los ciudadanos tienen derecho si son ordenados por el médico tratante y administrados por las EPS. El componente de racionamiento implícito, que no requiere autorización de las EPS y es administrado a través del MIPRES y pagado con recursos de presupuesto diferentes a los de la UPC, y un listado taxativo de exclusiones (racionamiento explícito).

Este arreglo presenta dos retos para la sostenibilidad del sector. Primero, si se entiende la Ley Estatutaria de manera textual, los criterios que permiten excluir prestaciones son demasiados restrictivos: solo aquello que no es seguro o efectivo, es cosmético o es prestado en el exterior puede excluirse del paquete. Pero todas las tecnologías que son comercializadas, tienen algo de efectividad y son seguras, de hecho toda tecnología que sale al mercado debe haber pasado por dos fases de investigación: la fase I debe mostrar seguridad y la fase II debe mostrar efectividad por mínima que esta sea. La exclusión de tecnologías cuyo propósito es cosmético o las prestadas en el exterior, están destinadas a reducir solo el más obvio de los desperdicios. Si se entiende entonces de manera textual la Ley Estatu-

Recuadro 1. ¿Racionamiento implícito o explícito? ventajas y desventajas

Racionamiento explícito

Ventajas

- Permite un mejor control del presupuesto pues las decisiones son tomadas centralizadamente.
- Explicitar las decisiones promueve el dialogo entre actores (jueces, profesionales de la salud, reguladores y ciudadanos) y con ello la legitimidad y la democracia.
- Permite asignar los recursos de manera alineada con las metas sanitarias

Desventajas

- Es difícil políticamente: Por más sofisticados que sean los argumentos técnicos que justifiquen la negación de un servicio, es difícil asumir la responsabilidad de negar un servicio que puede salvar la vida o mejorar la calidad de vida a alguien. Entre más precaria es la situación de quien demanda el servicio más difícil es decir no.
- El racionamiento explícito genera conflicto social (Syrett, 2013).
- Es muy difícil encontrar principios que nos permitan llegar a un acuerdo sobre qué servicios priorizar, pero se puede recurrir a procesos de decisión legítimos.

Racionamiento implícito

Ventajas

- No genera malestar social y es menos costoso políticamente
- Da mayor autonomía a los profesionales de la salud

Desventajas

- Menos equitativo, la falta de transparencia fomenta el acceso desigual, privilegiando a las personas de mayores ingresos que usualmente tienen mayor acceso a los servicios médicos (como en las ciudades), o a las cortes.
- Pone en riesgo la sostenibilidad fiscal en la medida en que las decisiones de gasto no son controladas centralmente, sino que las erogaciones se van dando a medida que los profesionales van formulando o las cortes van otorgando prestaciones individuales.
- Puede generar una asignación los recursos hacia servicios curativos cuyos demandantes -los que padecen la enfermedad- son visibles y tienen voz; a costa de servicios preventivos, colectivos sin beneficiarios directos y por lo tanto sin voceros.
- Redunda en deterioro del servicio pues la insuficiencia de recursos se resuelve diluyendo el servicio (menor calidad y costo) o demorándolo en espera de que se disponga de los recursos o la persona desista de buscar la atención.
- Cuestionable éticamente pues "Las personas no deben ser obligadas a aceptar decisiones que los afectan sin saber las razones detrás de esas decisiones" (Daniels).

Fuente: Elaboración propia con base en Gutiérrez, *et al.* (2015) [36], y Syrett, (2007)[39].

taria, no es claro que exista una lista de exclusiones taxativas que surtan un proceso de priorización que tenga en cuenta las prioridades sanitarias, la costo efectividad, la equidad distributiva, las preferencias sociales o el impacto presupuestal. En su lectura más extrema, cualquier tecnología que esté en el mercado mundial (*i.e.* es efectiva y segura) está cubierta siempre y cuando el servicio no se preste en el exterior. Para visualizar el impacto de una interpretación estrecha de la norma, se puede pensar en todas las terapias de cáncer que están en el horizonte de aprobación: todas entrarían al paquete implícito sin consideración al impacto presupuestal o la costo-efectividad.

El segundo riesgo de sostenibilidad fiscal es el componente implícito, que se asigna a través del MIPRES. En este caso cada profesional de salud ordena la tecnología nueva sin consideración al impacto presupuestal de la misma o su costo efectividad, pues en efecto la obligación del médico es primero para con su paciente. Así, las decisiones de gasto quedan atomizadas y las erogaciones se van dando a medida que los médicos van ordenando, y se pierde el control del presupuesto. Como se vio, la presión tecnológica es real y un gasto sin control puede poner en rojo las finanzas del sector. Más aún, este gasto tiene todas las desventajas del racionamiento implícito.

El Ministerio de Salud monitorea las prescripciones por el MIPRES y ejerce algún tipo de control, como por ejemplo que sean ordenadas para las enfermedades para las que son aprobadas, que si son de alto costo el paciente esté registrado, entre otras; y permiten quizás evidenciar los abusos más evidentes de prescripción. Pero, no hay un mecanismo que tenga en cuenta la costo-efectividad o el impacto presupuestal o las necesidades sanitarias. Si la creación de la lista de exclusiones se da bajo una interpretación estrecha de la norma, la mayoría de las tecnologías nuevas quedarían en el componente implícito.

Este esquema de definición de excepciones y de prestaciones implícitas no solo pone en riesgo el nivel de gasto global sino su eficiencia si se llega al punto en el que se asignan prestaciones de muy alto costo y muy bajo

beneficio adicional, en cuyo caso se están desperdiciando recursos que podrían invertirse en prestaciones de mayor beneficio o en sectores con mayores retornos, como educación o saneamiento básico, por poner solo dos ejemplos¹⁵. En un escenario de escasez, este gasto es insostenible. Mucho dependerá de la interpretación del mecanismo y los criterios de exclusión bajo el nuevo marco jurídico. El capítulo 2 aborda este tema en detalle.

Para enfrentar este último riesgo el Artículo 72 del Plan de Desarrollo estableció un mecanismo de definición de Precio Basado en Valor Terapéutico a la puerta de entrada. Bajo este esquema toda nueva tecnología que entra a proceso de aprobación para ser comercializada en el país surte un proceso de definición de precios. En algunos casos el regulador deja entrar al mercado la tecnología sin ningún control o proceso adicional. En otros casos, si estima que el precio propuesto por el aplicante no es conmensurable con el valor que aporta en comparación con las tecnologías existentes, define un rango de precios según el valor terapéutico adicional. El precio final se negocia con el proveedor. Con este mecanismo se trata de asegurar que el país no paga sobrepagos por tecnologías que no lo ameritan. Este mecanismo es usado en varios países de Europa y Oceanía para definir el precio al que los medicamentos –usualmente los ambulatorios- son reembolsados por el sistema público, (Alemania, Francia, Bélgica, Australia). En Brasil se utiliza para definir el precio al que entra al mercado tanto privado como público, y también se hace simultáneamente con el proceso de aprobación para comercialización. En Colombia, el mecanismo está bajo intenso debate legal, y es importante recalcar que sin este esquema y dados los riesgos del nuevo arreglo institucional, será difícil garantizar que

¹⁵ Algunos analistas han planteado que el nuevo plan implícito se puede entender como la inclusión de nuevas tecnologías en el plan de beneficios y que no necesariamente se incrementa el gasto si el aumento que se espera en la demanda de tecnologías (que antes era moderado porque requería procesos de tutela o CTC) se compensa con un menor precio. Los estudios que intentan cuantificar este resultado son contradictorios o no concluyentes. Pero el punto es que el mayor riesgo no son las tecnologías que hay hoy en el país (aunque también existe), sino el avance tecnológico que se avecina, para el cual Colombia no parece tener mecanismos reales de racionamiento.

gastamos los recursos de manera racional. El esquema debe garantizarse al menos para definir el precio al que es reembolsado en el sistema público.

Si el regulador pierde la capacidad de definir qué se otorga en el sistema de salud, a quién y bajo qué condiciones, solo le quedan los precios y los esquemas de pago para poder timonear la asignación del presupuesto y controlar del gasto. Pero estas alternativas son sub-óptimas, en particular porque si bien pueden ser efectivas para controlar el gasto, son limitadas a la hora de promover una asignación de recursos priorizada, enfocada en las necesidades sanitarias, con criterios de costo-efectividad y equidad.

3.2. Proyecciones de gasto en salud para Colombia

Determinantes del gasto futuro: perfil epidemiológico y cambio demográfico

Existen pocos estudios que proyecten el gasto en Seguridad Social en Salud en Colombia (SSS). El Recuadro 2 describe los que encontramos para este trabajo. La sostenibilidad del gasto depende mucho del crecimiento del PIB. Los estudios que suponen un crecimiento de la economía más robusto muestran automáticamente un gasto creciente pero más sostenible. En escenarios con crecimientos moderados la sostenibilidad se ve amenazada. Los resultados de los diferentes estudios muestran un gasto creciendo entre 0,3 y 0,6 puntos del PIB cada 5 años.

La Figura 7 ilustra las presiones demográficas sobre el gasto. La población total crecerá un 16% para todo el periodo, y la población mayor de 60 pasará de representar el 10% de la población en el 2014 a un 17% en el 2030.

La Tabla 1 muestra el cambio en el perfil de morbilidad, entre el 2015 y el 2030 se esperan grandes cambios epidemiológicos. Mientras que la incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias -típicas de países en desarrollo- disminuyen en todos los grupos de edad, las enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, enfermedad cerebrovascular, etc.) aumentan en los mayores de 45 de manera significativa.

Recuadro 2. Proyecciones de gasto en salud en Colombia Estudios previos

- ❑ El Departamento Nacional de Planeación cuenta con un modelo de proyección que ha venido ajustando desde el 2012. Con este modelo han realizado dos proyecciones diferentes:
 - Santamaría, Piraquive y Rodríguez (2013), estiman que el gasto público total en salud pasará de 4,23% del PIB a 6,18% entre el 2014 y el 2030. (0,6 puntos porcentuales cada 5 años)[1]
 - Robles, Rodríguez, Suárez y Gómez, (2015) estiman que el gasto público en salud del régimen contributivo y subsidiado pasa de 3,5% del PIB en el 2014 a 3,9% en el 2020. (0,3 puntos porcentuales cada 5 años)[2]
- ❑ Misión Colombia Envejece (2015) estima que el gasto público en salud del régimen contributivo y subsidiado pasa de 3,5% del PIB en el 2014 a 4,2% en el 2020 y a 4,8% en el 2030 (0,4 puntos porcentuales en cinco años)[3]
- ❑ Bardey y Buitrago (2017) estiman que el gasto público en salud en el 2020 sería de 5,4% del PIB, [4]
- ❑ Santamaría (2017) estima que el gasto público en salud pasaría de 5,3% del PIB en el 2017 a 6,6% en el 2032 (0,4 puntos porcentuales cada 5 años)

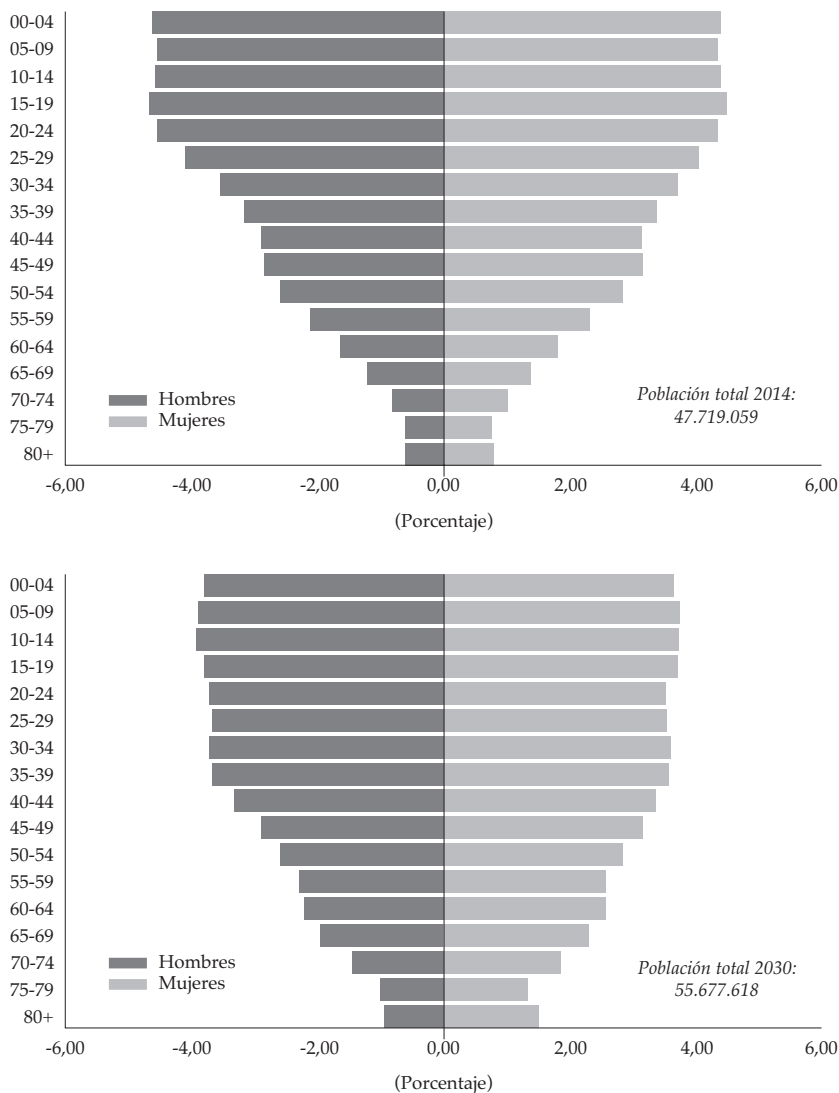
Fuente: Elaboración propia.

Determinantes del gasto futuro: crecimiento tecnológico

Ya se mencionó que el cambio tecnológico ha explicado entre una y dos terceras partes del crecimiento del gasto en los países de la OECD y la Unión Europea. En Colombia no hay estudios que evalúen cuál ha sido la contribución del cambio tecnológico al incremento del gasto. Para este trabajo intentamos hacer una cuantificación, con miras a entender cuál podría ser el impacto de este cambio en el gasto en los próximos veinte años. Para ello estimamos, mediante el método del residuo, el porcentaje del crecimiento en el gasto en salud per cápita que no ha estado explicado por los factores observables: crecimiento en la afiliación, en el PIB, en la ruralidad y envejecimiento de la población. La Tabla 2 muestra los resultados¹⁶.

¹⁶ El anexo describe en mayor detalle la metodología y los resultados.

Figura 7. Crecimiento poblacional y cambio en la estructura demográfica (2014-2030)



Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de población de Naciones Unidas.

Tabla 1. Cambio porcentual en los años de vida perdidos por discapacidad 2015 a 2030

Grupo	Causa	Grupo etario								
		0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
Infecciosas y parasitarias	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	-59,5	-45,0	-36,3	-16,0	-38,5	-19,3	2,3	-0,4	
	Embarazo, parto y puerperio	0,0	-7,7	-26,0	-24,5	-17,1	0,0	0,0	0,0	
	Ciertas afecciones originales en el periodo perinatal	-42,4	-45,3	-58,3	-51,3	-49,4	-6,1	0,0	0,0	
Crónicas	Tumores	-23,2	-19,5	-12,9	-1,8	19,1	38,4	51,1	40,2	
	Trastornos mentales y del comportamiento	-29,8	-5,8	-0,1	8,9	25,9	49,8	66,1	56,3	
	Enfermedades del sistema nervioso	-7,0	-5,9	-0,2	6,1	23,0	49,0	65,8	55,3	
	Enfermedades del sistema circulatorio	-11,2	-35,6	-22,4	-10,2	6,1	24,6	54,9	43,7	
	Enfermedades del sistema respiratorio	-14,8	-6,9	-4,2	3,6	26,5	43,4	64,7	52,3	
Causas externas	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	-20,5	-15,4	8,8	16,1	27,3	47,2	66,1	56,9	

Fuente: Elaboración propia con base en datos del *Institute for Health Metrics an Evolution* [40].

Tabla 2. Participación del Cambio Técnico en el Crecimiento del Gasto per Cápita. Colombia 1996-2014

Componentes que afectan el crecimiento del gasto en salud per cápita	Crecimiento (%) 1996-2014	Elasticidad estimada del PIB p.c. (%)		Elasticidad unitaria del PIB p.c. (%)	
		Primer modelo	Segundo modelo	Primer modelo	Segundo modelo
PIB p.c. (millones - \$ ctes 2012)	46	7	5	18	18
Afiliados (millones)	118	26	10	26	10
Población rural (%)	-19	-	26	-	26
Envejecimiento*	-	0-11	0-11	0-11	0-11
Subtotal de factores no tecnológicos	-	33-44	42-52	44-55	54-65
Subtotal de factores tecnológicos	-	56-67	48-59	45-56	35-46
Total	-	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados indican que el crecimiento del gasto en salud per cápita en Colombia ha estado principalmente asociado a la absorción de nuevas tecnologías. Es importante aclarar que el impacto del cambio tecnológico calculado con el método del residuo capta todos los factores no observados. En particular estaría captando el cambio en el gasto por la evolución del perfil epidemiológico, que estrictamente hablando no se puede interpretar como cambio técnico o absorción tecnológica. Parte del cambio en el perfil epidemiológico estaría captado por el envejecimiento y otra parte por el crecimiento del PIB per cápita. Estos dos factores son los principales determinantes del cambio en el perfil epidemiológico. Por esta razón nuestra estimación del residuo solo incorporaría cambios en el perfil epidemiológico debido a otros factores diferentes al crecimiento del PIB y al envejecimiento. Además de lo anterior es posible que reformas sectoriales que afecten el gasto en salud por vías diferentes a promover la absorción tecnológica, pueden estar captados en el residuo¹⁷.

¹⁷ Las reformas sectoriales introducidas en el periodo analizado que pudimos identificar para este trabajo están asociadas a mayor absorción tecnológica, como por ejemplo la ampliación del paquete de beneficios del régimen subsidiado.

Nuestra estimación también capturaría la inflación en salud por encima de la inflación nacional y el aumento en las frecuencias de uso por factores no debidos a mayores ingresos o migración a zonas rurales. El aumento en precios por encima de la inflación puede ser interpretado como cambio técnico si se tiene en cuenta que en general las nuevas tecnologías son más costosas. Las mayores frecuencias de uso pueden también interpretarse como un incremento en la tasa de absorción de tecnologías. En el caso colombiano, el residuo también captura la ampliación del Plan Obligatorio de Salud (POS) que no es otra cosa que un indicador de la absorción de la tecnología nueva y la existente.

Para el período entre 1996 y 2014 se estima que entre el 45% y el 67% del crecimiento del gasto en salud per cápita fue debido al cambio tecnológico, mientras que el resto del crecimiento estuvo relacionado con otros factores. Dentro de estos factores se encuentra que el crecimiento en el ingreso per cápita fue responsable entre el 7% y el 18% del crecimiento, mientras que el crecimiento en el número de afiliados en el régimen contributivo y subsidiado aportó entre el 10% y el 26%.

Si se quisiera incluir el cambio en la distribución de la población entre rural y urbano, este cambio explicaría 26% del crecimiento, el aporte del PIB per cápita se reduciría a entre 5% y 18%, y el aumento en el número de afiliados solo explicaría el 10%. Bajo este escenario el cambio tecnológico explicaría entre un 46% y un 59% del crecimiento en el gasto.

Lo anterior nos indica que, tal y como ha sucedido en otros países, en Colombia el cambio técnico ha explicado gran parte del crecimiento. Este incremento se ha dado en un contexto en el cual el sistema de salud cuenta con un plan de beneficios explícito, que regula la tasa de absorción de tecnologías. Sin duda las cortes y los Comités Técnico científicos al otorgar prestaciones no incluidas, han acelerado esta tasa de absorción. ¿Qué podemos esperar a futuro?

Proyecciones de gasto en salud

Los modelos que revisamos, que proyectan el crecimiento del gasto en salud en Colombia tienen limitaciones, algunas de estas no pueden ser solventadas con las bases de datos existentes – siendo la ausencia de datos confiables para el régimen subsidiado la dificultad más importante- pero otras pueden ser abordadas para caracterizar mejor el comportamiento fiscal esperado del SGSS en el mediano y en el largo plazo¹⁸.

La metodología combina dos fuentes de información: la información agregada del gasto en seguridad social de las Cifras Financieras del Sector Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) y la información de prestaciones por edad, género y diagnósticos de Base de Suficiencia[32]. La información del gasto agregado nos permite corregir el sub-reporte de la Base de Suficiencia y RIPS e incluir el gasto de administración del aseguramiento. La Base de Suficiencia nos da la estructura del gasto, es decir, de esta fuente obtenemos qué porcentaje del gasto es absorbido por cada diagnóstico, según edad y género. Usando esta estructura podemos distribuir el gasto total por diagnóstico, género y edad.

Se usa un modelo de proyección de micro simulaciones en donde el gasto total se descompone en el número de afiliados por género y edad, la prevalencia de diagnósticos para cada grupo, el número de atenciones promedio para cada diagnóstico y el precio de cada atención. Posterior-

¹⁸ Solo Roblez *et al.* (2015) tienen en cuenta el cambio tecnológico, pero este está incluido dentro de un residuo que capta también perfil epidemiológico y otros factores. En algunos no es claro si se incluye recobros o no. Algunos no incluyen gastos de administración del aseguramiento, pues la base de suficiencia y los RIPS, que son las fuentes de información de los trabajos mencionados, solo capturan gasto en prestación de servicios. En este trabajo usamos el gasto total agregado lo cual nos permite incluir todos los recobros y evitar la subestimación del gasto que se observa en la base de Suficiencia y RIPS, pues no todas las EPS reportan a tiempo. Finalmente, las estimaciones de estos tres trabajos son susceptibles a algunas mejoras por algunas limitaciones de los mismos. Por ejemplo, no se tiene en cuenta el cambio tecnológico para el modelo DNPSalud V1.0 y en los otros dos trabajos presentados no es posible desagregar este componente de cambio tecnológico. Igualmente, para los tres trabajos las fuentes de información son un limitante y, por lo general, debe hacerse supuestos sobre el comportamiento de las variables en el régimen subsidiado.

mente se proyecta cada uno de estos componentes. El número de afiliados por edad y género se proyecta con base en las proyecciones de población de Naciones Unidas, el perfil epidemiológico -que determina las prevalencias por edad- se proyecta usando el estudio de proyecciones de carga de enfermedad para Colombia realizado por el *Institute for Health Metrics Evaluation*[40]. Las atenciones por diagnóstico (*i.e.* frecuencias de uso) para género y edad y el componente de precio se agregan en un residuo que capta el cambio tecnológico, entendido como una mayor demanda y absorción de tecnologías existentes y nuevas.

Dado que, como se vio, el cambio tecnológico es incierto y ha explicado una gran parte del crecimiento del gasto, es importante ser cuidadoso en su proyección. Para proyectar este componente se usan dos metodologías. La primera asume un escenario de absorción tecnológica acelerado. El gasto en salud crece a una tasa 10% superior a la tasa de crecimiento del PIB, y el cambio técnico explica dos terceras partes de este crecimiento. Esto querría decir, que el componente tecnológico crece a un 74% de la tasa de crecimiento del PIB¹⁹[5, 23, 41]. Este escenario es aquel con la mayor tasa de absorción tecnológica y puede interpretarse como el crecimiento que se daría si no hay freno a la incorporación de nuevas tecnologías. Este podría ser el escenario bajo la Nueva Ley Estatutaria si el plan implícito crece aceleradamente, el sistema de exclusiones explícitas es inefectivo y las medidas de control de precios no logran controlar los incrementos en la demanda de tecnologías médicas. Sin duda es un escenario extremo, pero nos ayuda a definir las políticas necesarias para evitar que estos riesgos se materialicen en una crisis financiera.

La segunda alternativa estima el crecimiento del gasto en Colombia con una tasa de absorción de tecnologías como la que se ha venido dando en el pasado bajo un plan de beneficios explícito. Se puede interpretar como el crecimiento esperado en un escenario en el cual el paquete de exclusiones y

¹⁹ Es decir, si el PIB crece a 1% el gasto crece 1,1% y 0,66% de esta tasa de crecimiento la explica el cambio técnico, es decir $1,1\% * 0,66\% = 0,74\%$.

los mecanismos de control de precios logran modular el impacto del avance tecnológico en el gasto.

Se proyecta solamente el gasto en seguridad social en los regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo los recobros²⁰. Es decir para obtener el gasto total, a este gasto hay que sumarle el gasto directo del gobierno, el gasto en promoción y prevención, en funcionamiento, aquellos gastos pagados con los recursos de la subcuenta para enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito, y lo destinado al fondo de garantías. Estos rubros -que no se proyectan en este ejercicio- representan el 12% del gasto público total en salud, equivalente a 0,6% del PIB.

En el escenario con absorción tecnológica acelerada, los resultados muestran que el gasto total en aseguramiento público pasará de representar un 4,37% del PIB en 2014 a un 6,2% para el 2030 (Tabla 3 y Figura 8)²¹. Es decir, un crecimiento de casi 2 puntos porcentuales del PIB en tan solo 15 años. En términos de componentes, el crecimiento y el envejecimiento de la población, tienen conjuntamente el mismo impacto que el cambio técnico (alrededor de 44% y 50% respectivamente). El 86% del componente demográfico se debe al crecimiento de la población y el 14% al envejecimiento. El cambio en el perfil epidemiológico explica el 6% restante. Esto es consistente con las preocupaciones globales sobre los efectos futuros del cambio técnico sobre el gasto en salud.

En el escenario más conservador, es decir asumiendo que el cambio tecnológico crece como lo ha venido haciendo en el pasado (bajo un plan de beneficio explícito) el gasto en aseguramiento social pasaría de 4,37% del PIB en el 2014 a 5,35% en el 2030. En este caso de menor presión tecno-

²⁰ Este gasto también incorpora las prestaciones económicas.

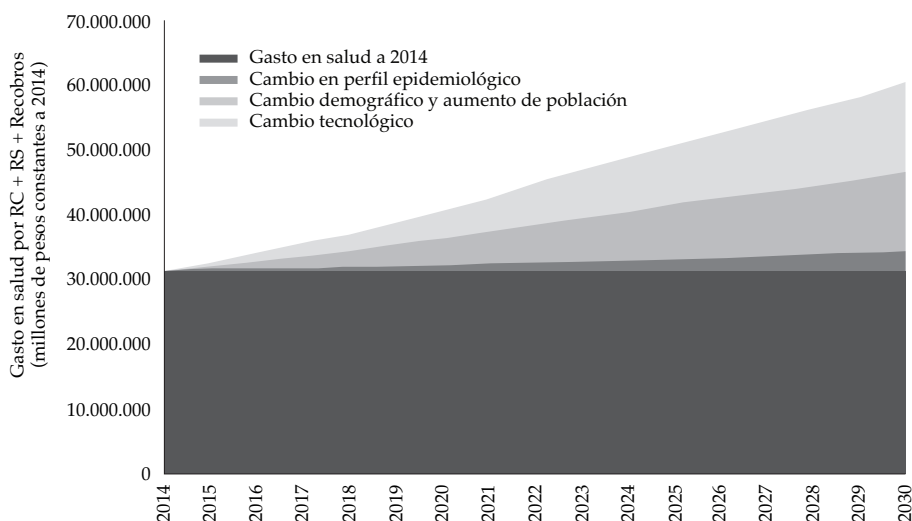
²¹ La diferencia en el valor del gasto en aseguramiento social en salud como porcentaje del PIB en el 2014 en este estudio y los demás estudios, se debe a que acá usamos el gasto agregado según las Cuentas de Salud en Colombia, reportadas por el Ministerio, mientras que los otros estudios usan el gasto reportado en los Registros Individuales de Prestación de servicios, que tienen una subestimación pues no todas las EPS reportan. Adicionalmente nuestro gasto incluye regímenes especiales y prestaciones económicas.

Tabla 3. Resultados de las proyecciones del gasto en salud en régimen contributivo y subsidiado para el período 2014-2030

Año	PIB (millones de pesos de 2014)	Gasto en Salud RS y RC (millones de pesos de 2014)	Gasto en salud (% del PIB)
2014	724.237.579	31.617.331	4,4
2015	746.341.430	33.081.167	4,4
2020	839.109.887	41.163.905	4,9
2025	985.814.426	54.280.681	5,5
2030	1.133.570.115	70.516.748	6,2

Nota: Las estimaciones incluyen cambio en perfil epidemiológico, cambio tecnológico y cambio demográfico. El PIB proyectado es el PIB potencial²². El gasto incluye recobros hasta el 2017 y su crecimiento proyectado como plan implícito o inclusiones la nuevo Plan de Beneficios

Fuente: Elaboración propia.

Figura 8. Contribución del cambio técnico, el cambio demográfico y el cambio en el perfil epidemiológico al crecimiento del gasto en aseguramiento social. Escenario de absorción tecnológica controlada

Fuente: Elaboración propia.

²² Fuente del PIB potencial: Fedesarrollo.

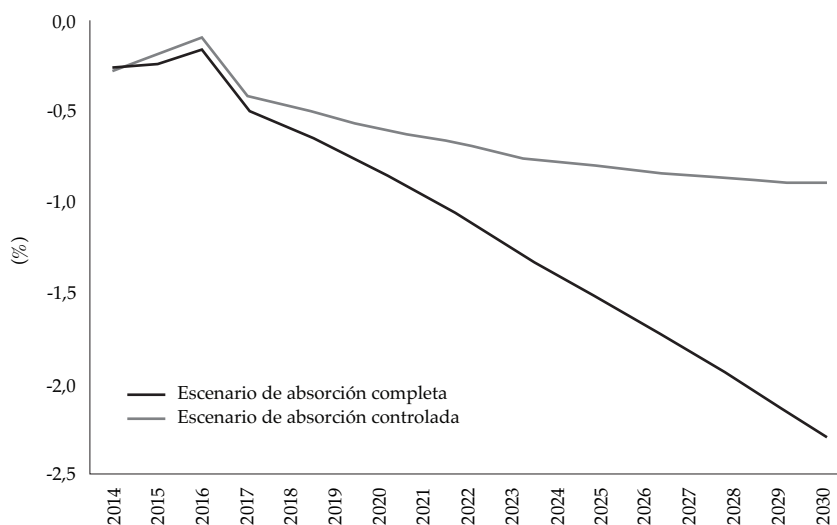
lógica, el crecimiento poblacional y el cambio demográfico, contribuirían en las mismas magnitudes al crecimiento del gasto.

¿Podemos pagar este nivel de gasto? Si no se buscan nuevas fuentes de ingreso, la respuesta depende de qué tanto crezca la formalidad laboral, la evolución del salario mínimo y los frutos que resulten del control la evasión en las contribuciones. Para aproximarnos a una estimación de la necesidad de recursos usamos las proyecciones de ingresos de los estudios de sostenibilidad de corto y mediano plazo que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), que proyectan ingresos hasta el 2020. Para proyectar los ingresos hasta el 2030 suponemos que estos crecen a las mismas tasas que lo han venido haciendo desde el 2013[42]. No incluimos ingresos por excedentes de la cuenta ECAT o de Promoción y Prevención dentro de estos ingresos, ni los recursos del plan plurianual de inversiones destinados a la unificación del POS, que provienen del presupuesto general de la nación. Tampoco incluimos potenciales ingresos por control de la evasión que han venido gestándose. Es decir, los ingresos que usamos para este ejercicio solo tienen en cuenta los ingresos permanentes que por ley pertenecen al régimen subsidiado y al contributivo.

En un escenario en el cual todas las innovaciones tecnológicas son absorbidas en el país, al ritmo relativo al que lo vienen haciendo en países en desarrollo, en el 2020 se requerirían recursos equivalentes a 0,8% del PIB y en el 2030 se requerirían recursos adicionales equivalentes a 2,3% del PIB (Figura 9). Para dar una idea de lo que esto implica, en el 2020 habría que buscar recursos adicionales equivalentes a 1,1 veces la meta de recaudo adicional por aumento del IVA de la reforma tributaria del 2016 y casi 3 veces este monto para el 2030²³.

En un escenario en el cual se logra controlar la innovación tecnológica como se había venido haciendo con el POS (y a pesar del esquema de recobros), las necesidades de recursos adicionales en el 2020 serían de 0,6%

²³ La meta era de 6,3 billones. EL PIB del 2016 fue de 862,7 billones.

Figura 9. Déficit estimado del aseguramiento social como % del PIB

Fuente: Elaboración propia.

del PIB y en el 2030 de 0,9%. Este escenario requeriría recursos adicionales en promedio cercanos a 6,2 billones de pesos, equivalentes a la meta de recaudo adicional por IVA en la reforma del 2016.

El escenario con absorción completa de tecnología claramente no es sostenible. El segundo escenario requeriría de un mayor dinamismo de la economía, además de nuevas fuentes de ingresos. En otras palabras, es indispensable controlar el gasto en salud y buscar fuentes alternativas de ingresos.

4. Estrategias para abordar el incremento del gasto

Algunos analistas han sugerido que el gasto en salud en Colombia es bajo. En efecto, al comparar el gasto total (público y privado) con el de países desarrollados y algunos de ingreso medio alto, Colombia gasta mucho menos por habitante en valor absoluto. Bardey y Buitrago (2017) también encuentran que controlando por el nivel de ingreso el gasto es 2-3% menos al esperable[4]. Pero en términos de esfuerzo fiscal, el gasto en Colombia

no es bajo. Los mismos autores encuentran que el gasto público en salud es comparable con el de países de la OECD, controlando por nivel de ingreso. Es el rubro más alto de gasto público después del servicio de la deuda y es uno de los países que más gasta como porcentaje del PIB para su nivel de ingreso (ver Figuras 10 y 11). El gasto en salud es menor al de otros países porque el presupuesto y el PIB son relativamente bajos, pero el esfuerzo que hace el país con los recursos que tiene no es bajo. Adicionalmente el gasto privado es bajo en términos relativos.

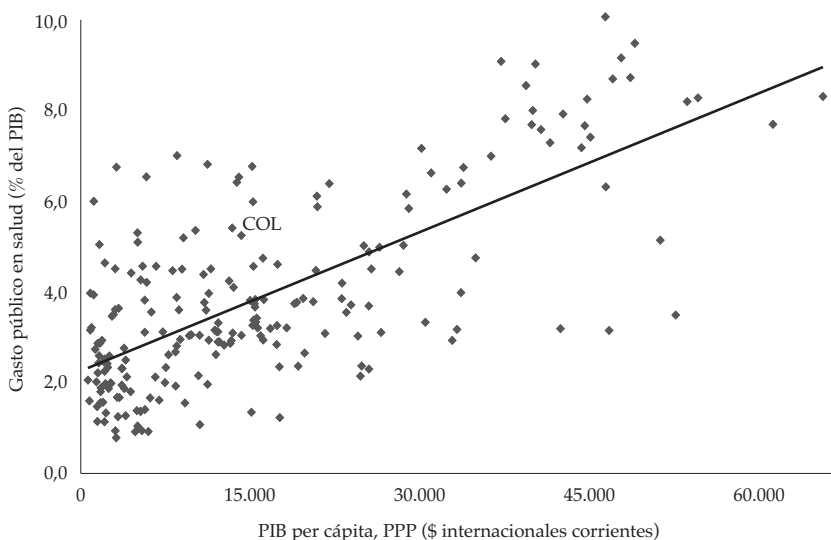
Las finanzas públicas presentan un déficit superior a la meta inicial establecida por el gobierno como resultado de los bajos ingresos petroleros y la reducción en la actividad económica. La reciente reforma tributaria aumentó los impuestos de manera importante. Todo lo anterior indica que no es razonable pensar en incrementar impuestos generales de IVA y Renta, al menos en el corto plazo. Aumentar el gasto en salud implicaría entonces desviar recursos de gastos que tiene un mayor retorno en términos de resultados en salud, como lo son el acueducto y alcantarillado, la educación y el apoyo del proceso de paz. Esto quiere decir que será necesario buscar otras estrategias. Las estrategias con mayor potencial para resolver el problema de sostenibilidad son: i) El control de la evasión en las cotizaciones y ii) mejorar la eficiencia del gasto para liberar recursos.

4.1. Control de la evasión

Existe evidencia de evasión en las cotizaciones en salud, especialmente por parte de los independientes. Al comparar los ingresos por declaración de renta con los ingresos reportados por PILA, la Unidad de Pensiones y Parafiscales (UGPP) estimó que para el 2016 hubo una evasión de 2,7 billones de pesos de contribuciones en salud²⁴. Si bien será difícil fiscalizar la totalidad de estos contribuyentes, será necesario continuar con el esfuerzo que viene

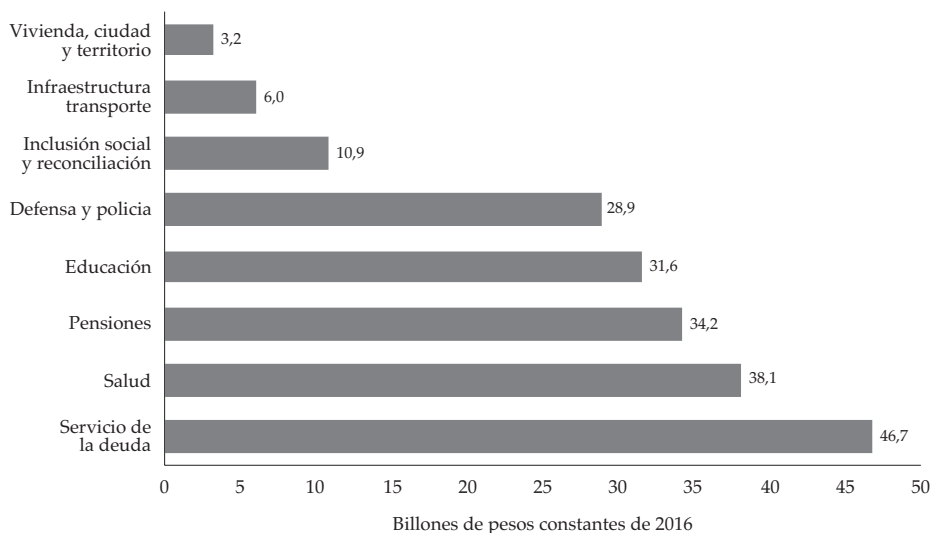
²⁴ Fuente: Unidad de Pensiones y Parafiscales, 2016. <http://www.ugpp.gov.co/variopresentaciones.html>

Figura 10. Gasto en salud y PIB per cápita



Nota: Los datos que se utilizan son para el 2014, porque es el último dato disponible en el Banco Mundial. No se incluyen QAT, LUX, GSP, BRN, KUT, ARE, MDV, FSM, MHL, KIR, LSO y TUV. La línea negra indica el resultado de ajustar los datos en regresión lineal simple.
Fuente: Elaboración propia con base en Banco Mundial.

Figura 11. Gasto en salud en el gasto público total



Fuente: Navas y Santa María 2016.

realizando la UGPP, concentrando la fiscalización en declarantes de Renta, IVA e Industria y Comercio. Los primeros esfuerzos de fiscalización de la UGPP parecen estar dando frutos.

4.2. Mejorar la eficiencia del gasto

Las restricciones fiscales enfrentadas por todos los sistemas de salud del mundo han generado un desplazamiento de los esfuerzos para garantizar la sostenibilidad, de una políticas de aumento de recursos y recorte del gasto, hacia una política que busca generar ahorros por mejoras en eficiencia. Recientemente un estudio de la OECD identificó las principales fuentes de desperdicio en el sector salud de los países miembros[11]. Entre las tres más importantes están i) la prestación innecesaria de servicios o duplicación de los mismos, ii) el uso de servicios de bajo valor y iii) uso de servicios que se podrían obtener por un menor costo. El Recuadro 3 muestra algunos de los resultados de las políticas que buscan enfrentar estos desperdicios.

El establecimiento de las Redes Integradas de Servicios y el modelo de atención primaria en salud pueden contribuir de manera sustancial a reducir el desperdicio, al evitar el uso de los servicios de emergencia (más costosos) como puerta de entrada al sistema, reducir las hospitalizaciones evitables y prevenir la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones (ver capítulo 3).

El sistema de priorización efectivo ayudará a que las tecnologías que se cubran con recursos públicos aporten beneficio y valor, evitando así el peor de los desperdicios en tecnologías sin demostrada efectividad o reducida costo-efectividad.

El estudio de la OECD identifica otras de medidas importantes. Entre ellas está el control a los precios de los medicamentos e insumos, y la promoción de la prescripción y del consumo racional. El gasto en medicamentos representa entre el 17% y el 25% del presupuesto en salud. De esto, el gasto en medicamentos de marca absorbe entre 60% a 80% del gasto total[12]. Aun cuando estas participaciones son menores para Colombia -el gasto

Recuadro 3. Ahorros generados por mayor eficiencia

- ❑ En los países miembros de la OECD 1 de 10 pacientes se ve afectado por errores prevenibles que cuestan el equivalente a 10% del gasto hospitalario.
- ❑ El Servicio Nacional de Salud estimó el desperdicio por desechar medicinas en 300 millones de libras esterlinas al año y encontró que 50% de este desperdicio era prevenible.
- ❑ La promoción agresiva de genéricos puede producir ahorros sustanciales, en promedio el precio de los genéricos es entre 80% y 85% más bajo que el de marca.
- ❑ La entrada de 8 biosimilares al mercado entre el 2016 y el 2020 en 5 países de la OECD puede generar ahorros de 50 billones de Euros.
- ❑ El Sistema Nacional de Salud Inglés estableció el Atlas de Variaciones en Precios de Insumos, que compara los precios pagados por los prestadores. La compra al menor precio podría tener ahorros equivalentes al 5% y 8% del gasto.
- ❑ La creación de la agencia centralizada de compra de medicamentos en México generó ahorros de USD 2,8 mil millones entre el 2007 y el 2010.
- ❑ En el 2010 las 13 provincias canadienses se unieron para hacer compras centralizadas de medicamentos y lograron ahorros de 490 millones de dólares canadienses.
- ❑ Las compras centralizadas permitieron ahorros en Nueva Zelandia de 5,1 dólares Neozelandeses.
- ❑ 12% de las visitas a urgencias en Estados Unidos e Inglaterra son inapropiadas y se podrían atender ambulatoriamente. Esta cifra es de 20% en Italia y Francia, 25% en Canadá y 30% en Portugal.
- ❑ El costo de las visitas innecesarias a urgencia en Inglaterra se estimó en 100 millones de libras esterlinas entre el 2011 y 2012.
- ❑ En Estados Unidos el sobre uso del servicio de urgencias es responsable de un desperdicio de 38 mil millones de dólares americanos.
- ❑ Las hospitalizaciones por condiciones que se hubiesen podido prevenir con atención primaria le cuestan al sistema Inglés más de 96 millones de libras esterlinas.
- ❑ Los centros de atención primaria de Medicaid en Nueva York tiene el potencial de generar ahorros de 30% en el gasto por paciente solo por la reducción en la atención de urgencias.
- ❑ En Brasil un sistema estatal de Telemedicina evitó referencias innecesarias a segundo y tercer nivel generando ahorros por USD20 millones.

Fuente: Elaboración propia con base en OECD (2017).

en medicamentos es el 14% del gasto público total- el control de precios se justifica en la medida en los proveedores tienen poder de mercado y en algunos casos tienen el monopolio. Esto le permite al proveedor poner precios por encima de los que resultarían en un mercado competitivo[12]. La función del Estado es regular estos mercados imperfectos y asegurar el acceso a estos medicamentos.

La recomendación es concentrarse en las acciones de carácter regulatorio con potencial para reducir los costos sin deteriorar la calidad de la atención, o el acceso. Tal y como lo discute el estudio mencionado, aún en los países de la OECD existe un potencial sin explotar para obtener un mejor valor por los insumos y los medicamentos financiados con recursos públicos. Los países que tienen mercados sin regular o con poca regulación tienen potencialmente mayores retornos de estas políticas. Una vez el mercado se encuentra regulado, la regulación se debe mantener, pero hay pocas ganancias de regulaciones marginales (regular nuevos medicamentos o fortalecer algunos controles).

Colombia ha avanzado en este frente, pasando de ser uno de los países con precios más altos de medicamentos a estar dentro de la media de los países de referencia para un grupo importante de medicamentos. Adicionalmente la Ley Estatutaria elevó la política farmacéutica a política de Estado. Es imperativo no retroceder sino continuar avanzando. Todos los países del mundo tienen políticas orientadas a promover un uso racional, asegurar que los precios que se pagan con recursos públicos son conmensurables con el valor terapéutico aportado y que el país obtiene precios competitivos por estas tecnologías. Hay una infinidad de mecanismos de regulación de precios y una política integral debe considerar una batería de herramientas para ser efectiva.

A medida que se avance en los sistemas de información y se pueda monitorear mejor la prestación de servicios, se puede reducir el gasto en otros frentes, como el sobre-uso de servicios diagnósticos. Va más allá de este documento hacer un análisis exhaustivo de todas las estrategias para mejorar la eficiencia del sistema de salud, pero Colombia ya ha avanzado en muchas de ellas. Entre las estrategias que se deben continuar están la

política de definir el precio -al menos el de reembolso por el sistema público - de ciertos medicamentos cuando entren al país, basado en el valor terapéutico que provean por encima de las tecnologías existentes en el mercado; la política de regulación de precios con base en referenciación internacional y la política de compras centralizadas²⁵. Adicionalmente se debe profundizar en los acuerdos confidenciales de precio-volumen, en donde el regulador acuerda con el proveedor un precio sujeto a que no se supere un presupuesto dado, si las ventas superan este valor el precio se reduce o el proveedor reembolsa el exceso en el valor de las ventas. Estos esquemas se conocen como esquemas de riesgo compartido.

No sobra recalcar que un número importante de estas estrategias -especialmente aquellas enfocadas en asegurar que se obtiene valor por el precio pagado- requieren procesos técnicos de evaluación de tecnologías sanitarias (ETES) que incluyen análisis de costo-efectividad. De ahí la importancia de continuar fortaleciendo el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y la ETES en general, y tener una discusión transparente sobre el uso de la costo-efectividad como mecanismos para definir las inclusiones y exclusiones en el plan de beneficios.

4.3. Mecanismos de pago

La forma como se paga a los proveedores de servicios o a los administradores de planes de beneficio (por servicio prestado, por evento de salud, por paciente atendido, por resultados, por afiliado, etc.) moldea los incentivos de los agentes.

En un sistema complejo donde intervienen múltiples actores con intereses divergentes es indispensable diseñar mecanismos de pago que logren alinear los incentivos de los agentes con los objetivos sanitarios y económicos del

²⁵ Existe el temor de que este mecanismo se convierta en un sistema de facto para bloquear la entrada al país de algunas tecnologías, pero esa no es la intención original del mecanismo. Aún está por verse como funcionará y será aplicado.

sistema de salud. Los esquemas prevalecientes en Colombia no parecen los más adecuados para lograr este objetivo. El pago a los prestadores por cada servicio prestado (consulta, examen, procedimiento, etc.) no promueve el control de costos ni el uso racional de los recursos, ni el logro de las metas sanitarias. Por el contrario, para los prestadores resulta conveniente ordenar más servicios en tanto su ingreso depende del volumen facturado.

En Colombia, salvo la limitación de capitar servicios diferentes al primer nivel de atención, los mecanismos de pago no están regulados a nivel nacional sino que es potestad de cada EPS acordar los esquemas de pago con sus proveedores. Esto hace más difícil el tránsito hacia mecanismos de pago más eficientes. Hay dos alternativas, o bien regular los mecanismos de pago a proveedores centralmente -por ejemplo mediante pago por evento para algunas intervenciones-, o bien definir mecanismos de pago a las EPS, que promuevan este tipo de contratos con sus prestadores.

El pago por capitación a las EPS, si bien es un instrumento poderoso para mantener los costos controlados, favorece la dilución o negación del servicio y hace que estas eviten afiliar pacientes de alto riesgo. Es necesario avanzar en dos frentes. Primero establecer el pago de una parte de la UPC sujeto a resultados en salud de los afiliados. Ya existe una propuesta que se puede implementar con los sistemas de información vigentes en la que se debe avanzar. Segundo, es necesario mejorar el esquema de ajuste de riesgo. Esto quiere decir que la Unidad de Pago por Capitación (el pago por afiliado que reciben las EPS) en vez de diferenciarse solo por la región la edad y el género del afiliado, tenga en cuenta que el costo de atender a un afiliado con enfermedad crónica es superior al de atender a una persona sana. Esto evita que las EPS que atraen afiliados costosos porque prestan buenos servicios, sean castigadas a la hora de recibir la compensación. Riascos *et al.* (2014, 2017)[43, 44] presentan dos esquemas prometedores de ajuste de riesgo para Colombia.

CAPÍTULO DOS

La restricción presupuestal en el marco de derecho a la salud

1. Introducción

Existe una preocupación razonable que la entrega de prestaciones excepcionales (antes el NO-POS) por vía judicial pone en riesgo la sostenibilidad financiera, y que el derecho a la salud está en directo conflicto con la posibilidad de racionar recursos y priorizar el gasto de manera legítima. Este capítulo estudia este dilema. No se discute el tema de la reclamación de prestaciones no excepcionales, ya que estas, al haber sido incluidas en el Plan de Beneficios por el regulador, están financiadas con cargo a la UPC y no imponen una carga fiscal adicional. En cambio, su negación viola la ley y el derecho a la salud.

2. La importancia especial del derecho a la salud

Norman Daniels, el influyente filósofo de la justicia en el acceso a la salud, plantea que los servicios de salud son un bien de "*importancia moral especial*", porque son instrumentales para igualar las oportunidades de los ciudadanos. Otras aproximaciones, fundamentadas más en el concepto de derechos, reconocen la salud como un derecho por sí mismo, por el impacto que el estado de salud tiene sobre el sufrimiento y la dignidad humana; y sobre la capacidad de las personas de llevar a cabo un proyecto de vida. Incluso aproximaciones no centradas en derechos reconocen la importancia de la salud por su efecto sobre el "*capital humano*".

La importancia que las sociedades le otorgan a la salud se ve reflejada en un sin número de acuerdos internacionales y legislaciones nacionales, que protegen el derecho a la salud y plasman las obligaciones del Estado frente a este. El más importante a nivel internacional es el Pacto de los Derechos

Económicos, Sociales y Culturales (PDESC), cuyo artículo 12 establece que *"Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*. El pacto ha sido ratificado por 160 países, incluida Colombia²⁶.

La protección del derecho en varias constituciones nacionales refleja la importancia que los países dan a la salud. Ciento quince países signatarios del PDESC tienen algún tipo de provisión sobre el derecho a la salud en sus constituciones. Heymann, Cassola[46] encontraron que entre 191 miembros de las Naciones Unidas, 36% garantizan el derecho a la salud y explicitan la obligación del estado como garante del derecho²⁷.

Más aún, los países que no explicitan el derecho a la salud en sus constituciones (45%) tienen normas nacionales que hacen referencia al derecho a la salud o proveen acceso universal a servicios de salud de alta calidad (por ejemplo, Reino Unido, Noruega y Alemania)^{28, 29}.

América Latina es la región con el mayor número de países que ratifican el derecho en sus constituciones. Este fue introducido en los años 90, en la búsqueda de sociedades más inclusivas; tras el desencanto con los resultados sociales de las políticas económicas que esperaban que el desarrollo económico por sí solo permeara todas las capas de la sociedad y redujera la pobreza y la desigualdad[47][48].

²⁶ Al ratificar el pacto el firmante se compromete a acciones para velar por el cumplimiento del derecho.

²⁷ El Fact sheet No 31 del alto comisionado para los derechos Humanos sobre el derecho a la salud, indica que 115 países tienen provisiones sobre en sus constituciones sobre el derecho. Esto incluye todo tipo de provisiones, bien sea derechos a poblaciones especiales, derechos sin explicitar las obligaciones del estado o explicitando que el derecho no es justiciable o está sujeto a la disponibilidad de recursos; por eso la diferencia con la cifra de Jeymann *et al.* (2013).

²⁸ Ver <https://www.worldpolicycenter.org/policies/does-the-constitution-guarantee-citizens-health-rights/does-the-constitution-guarantee-citizens-the-right-to-health?filter=crc> , para un mapa de los países que protegen constitucionalmente el derecho a la salud.

²⁹ Si bien la afirmación de la salud como derecho en las constituciones nacionales no garantiza su cumplimiento, si facilita su reclamo ante el estado por parte de los ciudadanos o grupos de abogacía.

En Colombia la Constitución de 1991 plantea que todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud y que es responsabilidad del Estado su provisión (Art 49). La Constitución no habla de un derecho a la salud, ni explicita la exigibilidad del derecho a los servicios de salud a través de las cortes³⁰. Como está plasmado en la Constitución no es un derecho fundamental, sino un derecho programático de realización progresiva[49].

Sin embargo, muy rápidamente a través de su jurisprudencia, la Corte Constitucional estableció el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con la vida y la dignidad y por lo tanto tutelable (Op. Cit). Esto aunado a deficiencias del Estado en su papel regulador, hicieron que rápidamente se convirtiera en el derecho más reclamado a través del mecanismo de tutela.

En la Ley Estatutaria de Salud, finalmente el derecho quedó consagrado como un derecho fundamental autónomo (independiente del derecho a la vida o la dignidad) e irrenunciable; justiciable ante las cortes.

La reclamación del derecho ante las cortes ha crecido de manera significativa en países en los cuales la salud es reconocida como un derecho, justiciable, y en donde existen mecanismos expeditos para su reclamo, como Costa Rica, Brasil y Colombia[50].

No hay duda que la judicialización ha sido instrumental para avanzar hacia sociedades más inclusivas y mejorar los resultados en salud, tanto en Colombia como en otras partes del mundo. A través de la judicialización se han movilizadado acciones de alto impacto en la salud colectiva e individual.

³⁰ Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

En 12 países de ingreso medio y bajo, se adjudicó acceso universal a terapias anti-retrovirales a través de las cortes. Entre los casos más conocidos están el Brasilero y el Sudafricano, donde las cortes otorgaron servicios de alta prioridad y probada efectividad, desacelerando con ello, el crecimiento de la epidemia[50].

En Colombia es innegable que sentencias de la corte han empujado al ejecutivo a tomar medidas estructurales para evitar la negación de servicios que sí estaban incluidos en el POS y ordenados por el médico tratante. Cabe anotar que el efecto positivo de las cortes se ha dado en los casos en que estas han dictado "macro-sentencias" en donde en vez de resolver una reclamación individual, atienden problemas estructurales que afectan el derecho a la salud de un grupo amplio de población[50-52]³¹.

Pero como se verá en lo que sigue, la judicialización también ha tenido efectos indeseados exacerbando la inequidad, afectando la sostenibilidad financiera, deslegitimando los esfuerzos juiciosos de priorización desarrollados por algunos países[53] y a resultado en una asignación ineficiente de recursos.

3. Los riesgos de las reclamaciones judiciales de prestaciones excepcionales

A partir de la Ley 100 las cortes empezaron a asignar prestaciones excepcionales a través de la tutela. Una parte significativa de estos casos respondía a beneficios incluidos en el POS que eran ordenados por un médico tratante pero que eran negados, o cuya entrega superaba los tiempos razonables (entre 60% y 70% de las reclamaciones eran por servicios POS). Pero otra parte importante respondía a prestaciones excepcionales. En el 2008, y ante la inundación de reclamos del derecho a la salud en las cortes del país, la Corte Constitucional de Colombia (CCC) interviene a través de la sentencia T-760 ordenando al regulador a tomar medidas estructurales.

³¹ Las sentencias T-760 sobre salud y T-025 sobre desplazamiento se inscriben en esta categoría.

En respuesta a la sentencia de la Corte el regulador creó los Comités Técnico Científicos (CTC) conformados por médicos. Adicionalmente, obligó a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a cubrir una parte del costo de las prestaciones excepcionales si éstas eran negadas por el CTC y luego otorgadas por las cortes. Para el 2015 el 85% de las prestaciones NO-POS se otorgaron vía CTC. La creación de los CTC no solucionó el problema estructural de la asignación del No-POS, en particular de los medicamentos, sino que trasladó la responsabilidad a otro cuerpo, legítimo frente a los ojos de las cortes, pero a todas luces inapropiado para dirimir estos conflictos.

Hay razones para pensar que las cortes y los CTC no son mecanismos adecuados para asignar prestaciones individuales. Por un lado, las decisiones de priorización requieren una visión global de las necesidades sanitarias del país, las restricciones de recursos y la asignación presupuestal global. Adicionalmente el proceso requiere de múltiples disciplinas que puedan incorporar evidencia técnico científica, preferencias sociales, necesidades sanitarias y consideraciones de equidad. Ni las cortes ni los CTC tienen esta capacidad. Más aún, esta no es su responsabilidad, la responsabilidad del médico es para su paciente y las cortes (tradicionalmente) dirimen conflictos entre dos partes, sin consideración al impacto sobre otros actores o sobre el sector.

Segundo, ha primado un enfoque individualista que ha ido en contravía del principio de igualdad. Las adjudicaciones judiciales solo le otorgan el beneficio al demandante, pero no se extiende a toda la población, creando así inequidades entre individuos con las mismas necesidades[53]. Más aún en países como Colombia, con sistemas de derecho romano, una sentencia por un juez no sienta precedente para sentencias futuras por otros jueces. Esto permite que un juez pueda otorgar un servicio que otro juez negó a un paciente con las mismas condiciones[50]. Además del trato desigual entre personas con igual necesidad, las reclamaciones individuales son interpuestas por los ciudadanos de mayores ingresos, introduciendo así otra dimensión de inequidad. En Colombia en el 2003, los afiliados del régimen contributivo interpusieron 6 veces más tutelas que los del régimen subsidiado[54]. Aunque este diferencial se ha venido reduciendo, para el

2014 los afiliados del régimen contributivo aún accedían a la tutela dos veces más que los del régimen subsidiado[55]. La tutela, puede entonces estar exacerbando las inequidades estructurales en el acceso a la salud.

Tercero, la asignación de prestación excepcionales por medio de tutelas o por CTC por parte de las cortes desconoce, deslegitima y va en contravía de los esfuerzos por priorizar servicios de alto impacto en salud, al otorgar tecnologías de alto costo sin consideración del beneficio[53][56]³². Por ejemplo, la corte ha autorizado medicamentos de marca que en promedio son 3,4 veces más caros que sus genéricos[57] sin ninguna evidencia científica que muestre su superioridad, en particular para pacientes que inician tratamiento[58]^{33, 34}.

Cuarto, existe una preocupación razonable que la asignación de prestaciones excepcionales por medio de CTC y tutelas puede poner en riesgo la viabilidad financiera del sistema. Un sistema racional de priorización excluye del paquete de servicios aquellos que no se pueden otorgar a todos los que lo necesitan. Si las cortes y los CTC otorgan estos servicios y empiezan a ser reclamados por todos los que lo necesitan, será necesario racionar otro tipo servicios (dilatando su prestación o diluyendo la calidad) o recurrir a mayores impuestos o a endeudamiento[53]. El caso más evidente es el de los medicamentos: en el 2008 el ministerio reembolsó US\$156 millones, por 7 drogas de alta tecnología demandas a través de las cortes; equivalente a 15% del gasto farmacéutico público total. Para el 2015 el 76% de los recobros eran por medicamentos, por un valor de 2,2 billones de pesos[50].

³² Gutiérrez y Urrutia (2012) presentan algunos de estos casos.

³³ De hecho, la evidencia indica que en el 98% de los casos la tasa de absorción y la disponibilidad en sangre del genérico es idéntica al de marca. Es decir que los dos productos son bioequivalentes (la biodisponibilidad del medicamento durante un periodo de tiempo y bajo las mismas condiciones es igual).

³⁴ Vale la pena resaltar que en algunos casos, cuando los pacientes han venido tomando el medicamento de marca, la sustitución hacia el genérico puede generar efectos adversos, en la medida en que la disponibilidad en sangre del medicamento genérico, si bien está en un rango desviación no mayor 20%, no es idéntica al medicamento de marca.

La Ley Estatutaria elimina los CTC y los reemplaza por Juntas Médicas (JM), modificando un poco sus competencias, pero en esencia mantienen su carácter, y por lo tanto sus limitaciones.

4. Causas de la judicialización

¿Qué ha causado la alta asignación de prestaciones excepcionales, bien sea por CTC o por tutela? Lamprea *et al.* (2017) sostienen que el nivel de judicialización depende de tres factores principalmente: i) la consignación en la Constitución de la salud como un derecho, ii) si la Constitución o la ley explicita que es reclamable a través de las cortes (justiciable) y iii) si hay además un mecanismo expedito para su reclamación. Sin embargo, otros países como Brasil o Costa Rica también explicitan el derecho en sus Constituciones y cuentan con mecanismos de reclamación expeditos, pero registran niveles de reclamación sustancialmente menores³⁵.

Otra razón aducida para la judicialización es que el modelo colombiano privatizó la salud convirtiéndola en una mercancía en contraposición a su carácter de derecho. Esto redundado en violaciones del derecho a la salud en la medida en que los aseguradores privados, niegan servicios con miras a aumentar las ganancias. El litigio es el síntoma del choque entre el modelo neoliberal y las aspiraciones al derecho de los litigantes. Sin embargo, en Colombia las ganancias y los gastos administrativos están limitados por ley a un 10% de la UPC, de tal forma que la negación de servicios si bien redundaría en ahorros para el asegurador, estos ahorros no se verían reflejados necesariamente en una mayor ganancia. De igual forma, Lamprea *et al.* (2017) argumentan que asumir que el modelo colombiano es un modelo privatizado de carácter neoliberal, desconoce que este se parece más a un modelo de aseguramiento social con solidaridad[60].

³⁵ En Colombia las reclamaciones del derecho por vía judicial son de alrededor de 3.289 por cada 100,000 habitantes, mientras que en Brasil y Costa Rica son de 77 y 109 respectivamente 59. Yamin, A.E. and S. Gloppen, *Litigating health rights : can courts bring more justice to health*. Human rights practice series. 2011, Cambridge, MA: Human Rights Program Harvard University Press. viii, 435 p.

No es el carácter privado o público de la prestación o el aseguramiento, sino la separación entre prestador y asegurador lo que exacerba la judicialización. En estos arreglos hay una tensión entre la autonomía médica y el control del gasto por parte del asegurador. Los profesionales de la salud, no son co-responsables por el gasto, por lo que no tienen ningún incentivo a controlarlo. Cualquier intento de los aseguradores por controlar la prescripción es percibido por los médicos como un ataque a su autonomía.

Syreth (2013) sostiene que la cultura jurídica del país juega un papel importante. En algunos países las cortes son reacias a intervenir en asuntos que consideran del resorte del ejecutivo, mientras en otros países las cortes están dispuestas a intervenir aún a costa de ser acusadas de entrometerse en asuntos del ejecutivo[39].

Young & Lemaitre (2013) argumentan que la judicialización de reclamaciones excepcionales es el resultado de la interpretación amplia que le ha dado la corte al derecho a la salud, y de la cultura judicial que prevalece en el país[49][37][5]. Los autores señalan que la Corte ha evitado del todo la discusión sobre el acceso a los medicamentos de alto costo y sobre el riesgo que esto impone a la sostenibilidad y la progresividad[49].

Parte de la razón por la cual la Corte no ha abordado directamente esta discusión es porque tanto la jurisprudencia como la legislación establecen solo principios que resultan demasiado generales a la hora de enfrentarnos a casos concretos individuales, como en el caso de los medicamentos de marca. Por ejemplo, la Corte reconoce que, dada la inevitable escasez de recursos, el derecho a la salud está sujeto a la realización progresiva. Pero por otro lado manifiesta que *"..no pueden las autoridades judiciales o administrativas e, incluso el principio mayoritario, en razón de la sostenibilidad fiscal, menoscabar derechos fundamentales como el de la salud"*³⁶. Los principios de sostenibilidad y progresividad se ven enfrentados ante el derecho al más alto nivel de salud

³⁶ C-313-14, 5.2.6.10. Literal i) <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>. Cabe anotar que en el mismo concepto la corte aclara que la sostenibilidad fiscal no es un principio sino un instrumento para alcanzar de manera progresiva el derecho a la salud.

posible, sin una guía sobre como dirimir este conflicto. Los países que han intentado priorizar el gasto en salud estableciendo principios generales, se han tropezado con las mismas dificultades[37].

Más aún, Rodríguez-Garavito plantea que la reticencia de la corte a fijar restricciones y parámetros más precisos se debe, en parte, a que este tipo de regulación corresponde al legislador[61].

Finalmente, Daniels (2000) sostiene que la judicialización es una consecuencia de la falta de legitimidad de las decisiones de priorización; el síntoma de la sospecha y desconfianza del público, los pacientes, las cortes y los médicos sobre las decisiones de priorización del regulador. En efecto, en el caso de la Corte Constitucional esta siempre ha dado precedencia al criterio del médico, como el único con legitimidad. Cuando la Corte declara el estado de inconstitucionalidad y emite la sentencia T-760, era evidente el vacío regulatorio que degeneró en negación de servicios y desviación de recursos, la sentencia se dio en medio del *"incumplimiento de los deberes contractuales leales por parte de las EPS... La existencia de zonas grises del POS... la ausencia de regulación sobre la actualización del POS [y] la debilidad del sistema de inspección vigilancia y control"*[61].

Se puede concluir entonces que la judicialización es más alta en países en donde la constitución o legislación establecen la salud como un derecho fundamental, cuando existe un mecanismo expedito para su reclamación, cuando la cultura jurisprudencial está más inclinada a intervenir y las cortes tienen una interpretación amplia del derecho a la salud y, cuando solo hay principios generales para dirimir conflictos en casos concretos. Además, se exagera en sistemas en donde hay separación proveedor-asegurador, y más importante, cuando las decisiones del regulador carecen de legitimidad.

5. ¿Es posible conciliar la escasez de recursos con las obligaciones emanadas del derecho a la salud?

¿Hay entonces espacio para conciliar el derecho a la salud y la progresividad y sostenibilidad en Colombia? ¿Implica el derecho a la salud que todo el

mundo tiene derecho a todas las tecnologías que están en el mercado, que generen un beneficio por pequeño que este sea?

Rumbold y Baker (2017)[63] muestran que existe poca evidencia en la filosofía de la justicia asignativa, la literatura legal o la legislación internacional que amerite esta interpretación. Tales interpretaciones van en contravía de las prácticas legales actuales. Como lo resaltan los autores, la oficina de Comité para los derechos económicos y Sociales del Naciones Unidas, aclara en su comentario 14 la interpretación que debe dársele al *"derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"*. En ese comentario afirma que *"El concepto del "más alto nivel posible de salud" ..., tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado* (Subrayado fuera del texto)"³⁷.

En este Comentario, el Comité no solo hace referencia a la limitación de recursos sino también a la importancia de una asignación eficiente. Por ejemplo en el literal 53 dice: *"...la estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos* (Subrayado fuera del texto)".

Y en el literal 19 aclara que

"...Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población"

En el artículo 47, por otro lado, el Comité aclara cuándo se puede considerar que se viola el derecho a la salud: *"Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones*

³⁷ Literal 9.

que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones” (subrayado fuera del texto).

Así, el Pacto para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reconoce que los Estados tienen limitación de recursos y aclara la obligación de usarlos de manera eficiente y equitativa. Quizás más importante, el Comentario 14 establece que la exclusión de servicios curativos de alto costo está justificada dada la necesidad de priorizar, y que esto no implica una violación del derecho a la salud siempre y cuando el Estado justifique esta limitación y tenga una política de salud clara que demuestre que está haciendo lo posible por garantizar el derecho de manera progresiva; y que no existe una renuencia a cumplir con las obligaciones emanadas del derecho aduciendo limitación de recursos.

La Corte Constitucional Colombiana también ha adoptado esta interpretación en su jurisprudencia: *“El derecho a la salud puede ser limitado de conformidad con los criterios de razonabilidad y proporcionalidad que ha fijado la jurisprudencia constitucional, y por ende no todas las obligaciones prestacionales derivadas del derecho a la salud son exigibles inmediatamente por el mecanismo de la tutela*³⁸. La Corte reconoce que, dada la inevitable escasez de recursos, *“el derecho a la salud está sujeto a la realización progresiva”* y según la Corte, la *“progresividad justifica la imposibilidad de exigir judicialmente en casos individuales y concretos, el inmediato cumplimiento de todas las obligaciones que se derivan [del derecho a la salud]”*³⁹.

En la misma sentencia la Corte plantea que *“Como el derecho fundamental a la salud es limitable y, por lo tanto, el plan de beneficios no tiene que ser infinito sino que puede circunscribirse a cubrir las necesidades y a las prioridades de salud determinadas por los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles...”*⁴⁰.

³⁸ T-760/08, ver 3.2.2.

³⁹ T-760/08, ver 3.3.8.

⁴⁰ T-760, numeral 3.5.1.

Siendo Colombia signataria del PEDESC, cabe entonces suponer que cuando la Corte aduce que “[no se puede] ...en razón de la sostenibilidad fiscal, menoscabar derechos fundamentales como el de la salud”⁴¹; está haciendo referencia a la renuencia del Estado a cumplir con sus obligaciones y no a la imposibilidad de hacerlo dada la restricción de recursos.

Esta posición se ve reflejada en la sentencia T-760 cuando la Corte plantea que “No poder garantizar de manera instantánea el contenido prestacional del derecho es entendible por las razones expuestas [de sostenibilidad]; pero carecer de un programa que de forma razonable y adecuada conduzca a garantizar los derechos en cuestión es inadmisiblemente constitucionalmente”⁴².

Así pues, parece claro, que al menos normativamente el derecho a la salud y la sostenibilidad fiscal no son incompatibles.

6. Conciliación entre el derecho a la salud y la progresividad y sostenibilidad en el nuevo arreglo institucional

6.1. Hacia procesos de priorización justos

Cuando quiera que los recursos son insuficientes para cubrir las necesidades es necesario racionar. Racionar es “la negación de un servicio que tiene el potencial de beneficiar [aunque sea un poco] a un paciente (en términos de mejorar su estado de salud o su calidad de vida o alargar su vida), que es demandado por este”⁴³. Porque este racionamiento involucra decisiones trágicas y difíciles es necesario definir cómo se distribuyen los recursos de manera aceptable y legítima para la sociedad. Es decir, cómo se prioriza el gasto. El racionamiento es inevitable, pero la priorización no. La priorización es un acto deliberado de ordenamiento de gasto ante la escasez de recursos.

⁴¹ C-313-14, 5.2.6.10. Literal i) <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>. Cabe anotar que en el mismo concepto la corte aclara que la sostenibilidad fiscal no es un principio sino un instrumento para alcanzar de manera progresiva el derecho a la salud.

⁴² Sentencia T-760, numeral 3.3.9.

En los últimos 20 años, todos los países se han enfrentado al reto de cómo priorizar de manera justa. Mucho se ha aprendido de estas experiencias. Las etapas iniciales en las cuales el racionamiento se basó en el establecimiento de principios generales como equidad, solidaridad o sostenibilidad, no fue útil a la hora de decidir casos concretos. Como consecuencia los países han recurrido a procesos participativos y transparentes en donde las razones por las cuales se tomaron las decisiones particulares son explicitadas[63]. Si aceptamos que el proceso por medio del cual se tomaron las decisiones fue justo, estaremos más dispuestos a aceptar las decisiones producto de esos procesos, aún cuando no nos encontremos de acuerdo con algún resultado concreto.

El trabajo de Norman Daniels sobre rendición de cuentas para aceptabilidad ha sido particularmente influyente. Daniels argumenta que un proceso justo se basa en cuatro principios. *Transparencia*, que consiste en visibilidad pública de los principios que guían el proceso; *Relevancia*, que implica que las razones que soportaron las decisiones son razonables para la sociedad; *Oportunidad de Apelar* las decisiones si el proceso no fue transparente o no se tuvo en cuenta la evidencia o algunos criterios; y *Monitoreo*, para asegurarse que las tres primeras condiciones se cumple[64]. Varios países,

⁴³ Esta definición parte de la definición adoptada por Maynard (1999, pg 6). El contenido en paréntesis no pertenece a la definición original. La definición de Maynard especifica que el paciente sí se beneficia del servicio, es decir que hay certidumbre acerca del beneficio. Acá ampliamos la definición a aquellos servicios que tienen el potencial de beneficiar al paciente, pero sobre los cuales existe incertidumbre. Nos permite incluir en el debate tecnologías en fase de experimentación y aquellas en las cuales la población afectada es tan pequeña que es difícil (si no imposible) hacer estudios clínicos para recolectar evidencia. Esta definición más amplia abre y explicita la discusión acerca de la evidencia científica sobre la efectividad. Adicionalmente, añadimos el requisito que debe ser ordenado por un médico. Como se verá más adelante esto es importante en el caso colombiano, en donde las cortes han definido que son los médicos quienes tienen la autoridad para definir la efectividad del servicio. Finalmente explicitamos que la negación es producto de la escasez de recursos por dos razones. Primero porque define el racionamiento como un resultado inevitable de escasez de recursos. Segundo porque explicita que la negación o demora en la prestación de servicios por razones de ineficiencia administrativas o no legítimas (apropiación o desviación de recursos ilegalmente) no constituyen racionamiento (por ejemplo no otorgar una medicina pero sí reclamarla ante el FOSYGA, o negar servicios en aras de incrementar el margen de ganancia por encima del establecido por el regulador).

incluida Colombia, se están moviendo en esta dirección. Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda, Suecia, y Estados Unidos (con la Administración de Veteranos) son algunos de los países con mayores avances[65].

Cuando la Corte Constitucional emite la sentencia T-760 recoge de su jurisprudencia los principios que deben guiar una política mínima aceptable para la realización progresiva del derecho: i) que exista un plan y un programa estructurado para satisfacer el derecho a la salud, ii) que la política esté orientada a garantizar el derecho con acciones reales concretas y iii) que la política sea participativa. Además de estos principios en la sentencia se repite la necesidad de que la política sea transparente, que en las decisiones de asignación se siga un debido proceso, y que exista rendición de cuentas[61]. Todos estos principios parecen acordes con la idea de Daniels de la necesidad de un proceso justo para lograr decisiones legítimas⁴⁴.

Es claro entonces que la Corte Constitucional y la jurisprudencia entienden la limitación de recursos y la progresividad que esto implica sobre el derecho. ¿Cómo se explica entonces la entrega de prestaciones excepcionales por medio de las cortes? Si las cortes no tienen claridad acerca de las razones por las cuales el Estado no entrega ese servicio, no consideran legítimas y transparentes las decisiones y deben pronunciarse con la interpretación más favorable al individuo. También explica la deferencia de la Corte Constitucional hacia el médico tratante como única autoridad competente para decidir sobre la cuestión.

Todo lo anterior sugiere que las cortes y en particular la Corte Constitucional estarían menos inclinadas a ir en contravía de las decisiones de priorización, si: i) conocen las razones por las cuales se hacen las exclusiones, las consideran razonable y justas emanadas de un proceso legítimo que sigue los principios constitucionales; ii) el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) demuestra que existe una política de salud y una regulación que -dados los recursos disponibles del sector- busca cumplir con las obligaciones emanadas del derecho de manera progresiva y con

⁴⁴ T-760, numerales 3.311 a 3.3.12.

criterios de equidad, y alineada con los mínimos exigidos por los acuerdos internacionales y los Objetivos del Milenio y iii) el MSPS muestra que existe una restricción real de recursos, que cuenta con un plan de ampliación de beneficios y no está usando la sostenibilidad fiscal como justificación de su renuencia a garantizar el derecho a la salud.

¿Qué tan adecuado es el nuevo arreglo institucional para cumplir con las condiciones anteriores?

6.2. La priorización en el nuevo arreglo institucional

Como respuesta a la Ley Estatutaria el Ministerio de Salud y Protección Social modificó el esquema de acceso a las prestaciones en salud, introduciendo un Plan de Beneficios que reemplaza el Plan Obligatorio de Salud (POS). Está organizado por patología y dirigido a la población general. Este plan garantiza el derecho colectivo y atiende las necesidades según el perfil epidemiológico de la población[66].

Además de ello la Ley Estatutaria estableció exclusiones taxativas de servicios que i) tengan como finalidad un propósito cosmético, ii) no exista evidencia sobre su seguridad y eficacia iii) su uso no haya sido autorizado por la entidad competente iv) no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica, vi) se encuentre en fase de experimentación, vii) tenga que ser prestado en el exterior.

Las prestaciones que no estén en el plan de beneficios y que no estén en la lista de exclusiones se consideran prestaciones excepcionales. Estas prestaciones excepcionales no requieren autorización previa, los médicos tratantes pueden solicitarla a través del aplicativo MIPRES, en donde debe llenar información sobre la razón para la prescripción, la identificación del paciente, etc. La financiación de estas prestaciones está a cargo del ADRES (antes FOSYGA) para el régimen contributivo y de las entidades territoriales para el régimen subsidiado[10].

El Ministerio de Salud estableció un mecanismo técnico-científico participativo para evaluar las exclusiones y la incorporación de tecnologías en el

plan de beneficios de carácter colectivo. En una primera etapa, el ministerio recoge todas las tecnologías candidatas a evaluación. Cualquier persona o entidad puede solicitar que se considere una tecnología para evaluación (el Ministerio de Salud y Protección Social aporta su propia lista). Un cuerpo conformado por profesionales de diferentes disciplinas selecciona de esta lista el grupo que entrará a proceso de evaluación. El Instituto de Evaluaciones Tecnológicas (IETS) recoge o produce la evidencia disponible sobre la efectividad, seguridad, eficacia e impacto presupuestal de las tecnologías priorizadas. Los resultados son socializados mediante un proceso de participación regulado y administrado por el MSPS. Participan asociaciones de pacientes, representantes de los usuarios, comunidad técnico-científica, entre otros. La Defensoría del Pueblo es invitada a observar el proceso para asegurar que se cumple con las normas establecidas. La información se usa para ver las preferencias sociales en cuanto desenlaces relevantes y necesidades percibidas. Un informe detallado con los resultados de la evaluación técnico científica, el impacto presupuestal y los resultados de la participación son enviados a la Comisión Asesora de Beneficios Costos y Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento⁴⁵, la cual hace recomendaciones sobre cuales tecnologías incluir en el Plan de Beneficios y cuales incluir en la lista taxativa de exclusiones. El MSPS toma la decisión con base en esa recomendación y la demás evidencia[66]. El informe del proceso también se ha enviado a la comisión de seguimiento de la sentencia T-760.

El mecanismo diseñado por el Ministerio de Salud para incluir prestaciones al PB o a la lista taxativa de exclusiones parece cumplir con la mayoría de las condiciones que requiere el proceso de *Responsabilidad para Razonabilidad* de Daniels y las condiciones esbozadas por la CCC. En particular la condición de razonabilidad, participación y transparencia.

⁴⁵ En esta comisión participan, el Ministro de Salud o su representante, el Ministro de Hacienda o su representante, el director del Departamento Nacional de Planeación o su representante, el director del IETS, y un delegado del presidente.

Faltaría crear un panel de apelación y un mecanismo de monitoreo. Dittrich y Cubillos[53] también sugieren incluir una revisión judicial de las decisiones en los procesos de priorización en los países de alta judicialización. Actualmente, la comisión de seguimiento a la sentencia T-760 (que va a desaparecer), está jugando un papel similar, que debe institucionalizarse. Esta etapa del proceso es importante para garantizar que las decisiones y los procesos siguen los principios constitucionales (protección especial a ciertos grupos, participación, transparencia, etc.).

Pinzón-Flórez y Chapman[67], encuestan a 165 expertos o funcionarios de alto nivel del sector salud, de la rama legislativa y judicial, y profesionales de la salud. Encuentran que el 65% está de acuerdo con que la creación de arenas de discusión para la toma de decisiones sería un mecanismo para disminuir la judicialización. La muestra contaba con 21 miembros de la rama judicial. Cabe anotar que entre los miembros de la rama judicial la mayoría también manifiesta que la forma más efectiva es regular los tiempos de espera de los servicios de salud.

El IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud) goza en la actualidad de legitimidad y credibilidad científica, y en sus procesos participan las comunidades científicas. Si es capturado por intereses particulares, todo el proceso de priorización actual se viene abajo. La OECD calificó al IETS como uno de los más avanzado de la región y resaltó la necesidad de fortalecer estas agencias en los países en desarrollo[14]. Es indispensable darle todo el apoyo político necesario para garantizar su financiación y fortalecimiento mantenerlo libre de la captura por parte de actores interesados. Actualmente el IETS no tiene un presupuesto público garantizado y debe financiarse en parte con dineros privados, lo que lo hace vulnerable a riesgos de captura.

Así pues, el país parece estar en buena dirección estableciendo un proceso justo y legítimo, y que cumpla con los principios constitucionales del derecho a la salud ¿será esto suficiente?

6.3. La renuencia a cumplir con la garantía del derecho vs la imposibilidad de hacerlo

Una temática recurrente en el debate de la sentencia T-760 ha sido la percepción del uso de la sostenibilidad fiscal "como disculpa" para incumplir con la obligación de garantizar el derecho (ver por ejemplo Brinks y Forbath 2014)[47].

Forman *et al.* (2017) consideran también que el PEDESC no ofrece directrices lo suficientemente claras para evitar que la "*realización progresiva*" menoscabe la obligación de los Estados de garantizar el derecho[68]. En parte porque si bien el PEDESC plantea un núcleo básico del derecho, que no está sujeto a la realización progresiva sino que es de inmediato cumplimiento, este núcleo básico aún tiene ambigüedades. En particular, no define los servicios que constituirían la atención primaria que forma parte del núcleo del derecho[68].

Es claro entonces que no será suficiente con tener un mecanismo de priorización que cumpla con los principios de razonabilidad para legitimidad. Será necesario además demostrar que no existe renuencia a cumplir con la garantía progresiva del derecho, sino una real necesidad de priorizar el gasto ante una restricción presupuestal. ¿Cómo lograr esto?

Definir explícitamente los servicios que constituyen el núcleo del derecho

Siguiendo la línea de análisis de Forman *et al.* (2017), el país podría definir explícitamente los componentes de la atención primaria que se constituirían en el núcleo básico del derecho a la salud, al que deben tener acceso equitativo todos los colombianos. El Plan de Beneficios explícito del nuevo arreglo institucional es demasiado amplio, en tanto en este compiten por recursos los servicios curativos de alta complejidad con servicios de atención primaria, como atención materno infantil o programas de prevención y promoción.

En línea con el modelo de atención primaria en salud MIAS (que se aborda en el capítulo 4), la sugerencia es equiparar el núcleo básico del derecho con

los servicios que se prestarían en los centros integrados de atención primaria, que resolverían el 80% de las atenciones. La primera prioridad sería entonces garantizar el acceso equitativo a estos servicios en todo el territorio nacional.

Pisos y techos presupuestales explícitos para los diferentes componentes del derecho

La propuesta es establecer metas, techos y límites presupuestales explícitos y públicos para el presupuesto total y para cada componente del derecho. Más aún, en coordinación con el Ministerio de Hacienda se debe definir un crecimiento del gasto que explicita la ampliación paulatina del derecho en el mediano plazo y que incorpore los techos presupuestales.

En particular, se deben establecer un piso y metas de expansión para las actividades de promoción y prevención (P&P), y aquellos programas o rubros de gastos destinados a disminuir las inequidades en salud, que serían parte del núcleo básico del derecho, incluyendo subsidios a la oferta y UPC diferencial para las zonas dispersas. Segundo, se debe establecer un techo para las inclusiones en el plan de beneficios explícito y más importante aún otro para las inclusiones en el plan de beneficios implícito.

Este esquema garantiza, ante la sociedad y ante las cortes, que los recursos escasos se distribuyen de manera priorizada, de acuerdo a los principios del derecho a la salud, y evita que la presión por tecnologías de punta amenace los servicios con mayores retornos.

Este sistema además permite conectar las decisiones de priorización con el presupuesto disponible, y evidenciar los *trade-off* en el gasto. Por ejemplo, si la evaluación de una tecnología muestra que no es financiable con los recursos del plan implícito, se puede justificar su incorporación en la lista de exclusiones, en una "lista de espera". La ampliación progresiva del presupuesto permitirá evaluar en periodos posteriores esta tecnología, y compararla con otras de la "lista de espera" o con las nuevas tecnologías. El punto es explicitar tanto la restricción presupuestal *real* como el *plan de ampliación progresiva del derecho*.

6.4. Legitimad del sector salud ante la sociedad

Finalmente está el tema de legitimidad del sector en su conjunto. Los escándalos de corrupción y la apropiación indebida de recursos por parte de algunas EPS e IPS destruyeron la confianza en el sector y en el modelo de salud.

En el 2011 se empiezan a destapar los escándalos de corrupción en el cual participaron profesionales del Ministerio de Salud y algunas de las EPS más grandes del país, que ya fueron intervenidas⁴⁶. En algunos casos la tutela se convirtió en un mecanismo para desviar recursos del sistema, con recobros por falsos pacientes, o medicamentos que no se entregaban.

Empieza así un reclamo generalizado de pacientes, profesionales de salud y ciudadanos en general que interpretan la negación de servicios como una consecuencia directa de la corrupción, la ineficiencia y la búsqueda ilegítima de rentas. Hoy en día hay un consenso sobre la prioridad de abordar el tema. Declaraciones como las del procurador donde manifiesta "que no es una exageración decir que las deficiencias de la salud matan más gente que la guerra", dan cuenta del desprestigio del sector⁴⁷.

Esta percepción contrasta, con las ganancias en indicadores de salud y la calificación general que los pacientes dan del servicio que reciben de sus EPS⁴⁸.

Un ataque frontal a la corrupción es un componente sine qua non de cualquier programa de gobierno. Es imposible legitimar la exclusión de un servicio, cuando existe la percepción (quizás correcta) de que este podría haber sido financiado si no se hubiesen robado los recursos.

⁴⁶ Ver <https://www.elespectador.com/content/as%C3%AD-fue-el-desfalco-la-salud,para-un-recuento-de-los-esquemas-de-corrupci3n>.

⁴⁷ sector <http://www.eltiempo.com/vida/salud/entrevista-de-yamid-amat-al-procurador-fernando-carrillo-sobre-problemas-del-sistema-de-salud-102466>.

⁴⁸ Solo 15% considera que fue difícil o muy difícil acceder a los servicios de salud, mientras 50% considera que fue fácil o muy fácil; 63% esperaron entre 1 y 3 días para recibir atención de consulta general; 76% considera que el servicio que recibió de su EPS fue bueno o muy bueno. Estos indicadores están por debajo de la mayoría de los países de la OECD, y se debe aspirar a alcanzar mejores niveles; pero es importante recordar que estos países son hasta 10 veces más ricos que Colombia.

Dar una recomendación detallada sobre cómo atacar la corrupción va más allá de este trabajo. Sin embargo, usando el marco conceptual del trabajo de Desperdicio en Salud de la OECD (2017), se listan algunos ejemplos para el caso colombiano (Recuadro 4). La recomendación es que se debe crear un grupo de expertos para diseñar un plan de acción contra la corrupción.

Los países revisados en el estudio tienen un proceso progresivo para identificar y reducir la corrupción. Para la identificación están las líneas de

Recuadro 4. Acciones para atacar el uso indebido de los recursos

Acción	Actor involucrado
<i>Prestación y financiación del servicio</i>	
Abuso de la tutela para obtener recobros a precios inflados, por pacientes fantasmas o para re-venta en el mercado.	Prestadores, pacientes, jueces, proveedores.
Colusión para cobrar precios inflados por los medicamentos e insumos	Proveedor-prestador.
Apropiación o desviación de recursos de la prestación	Administradoras de Planes de Beneficios.
Afiliación y cobro de la contribución por parte de empresas no autorizadas haciéndose pasar como intermediarios, a población independiente y vulnerable.	Otros actores.
Negación o dilución indebida de servicios, dobles afiliaciones, afiliaciones de fallecidos.	Administradoras de Planes de Beneficios.
Clientelismo y contratación de personal excesivo o no capacitado en red pública.	Gobiernos locales-red pública.
<i>Compra y Abastecimiento</i>	
Sobre-prescripción o prescripción fraudulenta.	Industria, profesionales de la salud.
Compra y abastecimiento a precios inflados, soborno para obtener licitación.	Proveedores, prestadores.

denuncia anónimas, usos de minería de datos, auditorias e identificación de variaciones exageradas en precios, cantidades, quejas y reclamos.

Para atacar las actuaciones indebidas de los actores, la práctica común es usar primero medidas de visibilización y disuasión, seguido por auditorias e investigaciones y luego acciones judiciales y regulatorias.

7. Otros riesgos: el papel de los médicos en la Ley Estatutaria y el nuevo arreglo institucional

La Ley Estatutaria adjudicó una amplia autonomía a los médicos para formular y autorregularse. El sistema MIPRES operacionaliza este aspecto de la Ley Estatutaria permitiendo otorgar prestaciones no incluidas en el plan (ni excluidas de la lista taxativa). Los médicos pueden ordenarlas sin autorización de las EPS. No hay duda que esto va a reducir la asignación de prestaciones a través de las cortes, -por el solo hecho de que el número de exclusiones es reducido- pero quizás agrava el problema de sostenibilidad.

Los médicos tienen una obligación con su paciente, y el nuevo arreglo institucional les otorgó ahora responsabilidad implícita sobre los recursos, con poco o ningún incentivo individual para controlar el gasto, salvo la autorregulación de su profesión. A esto se suman las agresivas campañas de la industria para promover las últimas tecnologías. En Reino Unido y otros países, los médicos tienen gran autonomía médica, pero son explícitamente responsables del presupuesto que se les asigna.

El sistema MIPRES es una forma implícita de asignar recursos, y como tal tiene todas las desventajas (y ventajas) del racionamiento implícito.

Es aún muy pronto para saber la efectividad del mecanismo autoregulatorio para asignar de manera eficiente y equitativa los recursos. Tampoco es claro qué pasará si los recursos del FOSYGA asignados para estas prestaciones (3 billones) resultan insuficientes; ni tampoco que ocurre si las entidades territoriales no cuentan con fuentes para su financiación (en la actualidad al menos 7 departamentos no cuentan con los recursos[66]). El gran riesgo es que se conviertan en cartera del Estado con las EPS y de esta con los prestadores de servicios, como ha venido ocurriendo hasta ahora.

Hay sin embargo acciones que se pueden tomar. El ministerio debe promover discusiones abiertas con la comunidad médica sobre las prácticas de prescripción observadas a través del MIPRES, los costos asociados y la evidencia de efectividad. Estas discusiones deben alimentar los procesos de exclusiones e inclusiones posteriores y servir como insumo para la autorregulación. Estos procesos se deben institucionalizar con arenas específicas para el diálogo y la rendición de cuentas.

CAPÍTULO TRES

El Modelo de atención en salud

1. Introducción

A pesar de las mejoras en acceso, resultados y protección financiera que el SGSSS ha traído a los colombianos, existe un desencanto con la calidad y la oportunidad de la atención en salud. Por ejemplo, se estima que en Colombia entre el 21% y el 35% de las hospitalizaciones se podrían prevenir con una adecuada atención primaria ambulatoria[7]; Colombia tiene la tasa de hospitalización más alta de América Latina; sólo el 36% de los pacientes cuenta con un médico general que le presta atención de manera regular; sólo al 13% de los pacientes que tienen enfermedades precursoras de la enfermedad renal se le hacen pruebas de diagnóstico y seguimiento; y aún persisten inequidades significativas entre la salud de la población en zonas dispersas y la del resto del país[8]. Adicionalmente, los pacientes aún enfrentan procesos administrativos dispendiosos para obtener atención.

El sistema de incentivos financieros de los múltiples actores y la alta descentralización administrativa desincentivan y dificultan el paso de los pacientes a través del sistema; la coordinación entre las acciones de salud pública y promoción y prevención a cargo de las entidades territoriales con la prestación de servicios de salud; y favorecen un modelo curativo a costa de la prevención y la promoción de la salud[9].

El resultado es también un sistema ineficiente que aumenta los costos al duplicar servicios durante el tratamiento desarticulado de los pacientes, e incrementa los costos por ser inefectivo previniendo las enfermedades crónicas y sus complicaciones. El *World Economic Forum* y el departamento de salud pública de la Universidad de Harvard estimaron el efecto del crecimiento de las enfermedades crónicas entre US\$50 y US\$139 por habitante por año, mientras que las intervenciones costo-efectivas pueden salvar miles de vidas y generar retornos por 3 veces el valor de la inversión.

Para ello el ministerio ha definido el Modelo de Atención Integral en Salud -MIAS-. El modelo tiene un gran potencial para mejorar la salud de la población y la satisfacción de los usuarios con el sistema; y reducir de manera importante los costos y las inequidades en salud. Si bien se mantiene el sistema de aseguramiento social, hay un cambio significativo y necesario en el modelo de atención. La implementación del MIAS se enfrenta a retos importantes, tanto de carácter técnico como político. El apoyo y el liderazgo político serán cruciales para sacar adelante el modelo. No es exagerado decir que -de implementarse exitosamente- el cambio hacia este modelo de atención será el avance más importante que tendría el país en las últimas décadas; sería un hito tan importante en el sistema de salud como lo fue la Ley 100 de 1993 por medio de la cual se creó el sistema de aseguramiento social. Es, además, una de las pocas políticas que tiene el apoyo de todos los actores del sistema.

2. El modelo integrado de atención en salud MIAS

El MIAS está concebido bajo la estrategia de *Atención Primaria en Salud* (APS). La definición de APS ha variado a través de la historia[69]. En países desarrollados es común que se asimile el primer contacto con los servicios de salud y la idea de un médico general o familiar como puerta de entrada al sistema[69], y el primer nivel de complejidad de la atención, es decir medicina general, odontología, servicios de enfermería y algunas especialidades básicas (pediatría, medicina interna, ginecología). La definición más amplia, que es la adoptada por el MIAS, y establecida en la ley 1438 del 2011 plantea la APS como una *estrategia de coordinación de los actores del sistema*, para ofrecer atención centrada en las personas y las familias, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, coordinada e integrada en todos los niveles, con participación de las comunidades, y basada en métodos costo-efectivos y científicamente probados. Adicionalmente, hace énfasis en la necesidad de afectar los entornos ambientales y laborales, por ser factores determinantes del estado de salud de las personas.

El MIAS parte de la caracterización de toda la población, es decir el registro de su ubicación, condiciones familiares, riesgos ambientales y laborales, sus riesgos en salud y su estado de salud. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (APB) son responsables de esta caracterización con la cual gestionan el riesgo de sus afiliados.

La gestión de riesgo es un componente central del MIAS, consiste en identificar a quienes están en riesgo de padecer alguna de las enfermedades de prioridad en salud definidas por el ministerio o por las entidades territoriales en donde operan, y organizar un plan de atención y prevención, educación en autocuidado y acciones para ayudar al afiliado a superar los riesgos bien sea conectándolos con los servicios sociales del estado o prestando directamente los servicios (programa de suspensión de tabaco, nutrición, etc.)[9].

Los municipios por su parte a partir del Análisis de Situación de Salud definen las intervenciones colectivas de promoción y prevención para atender los riesgos de su población. Las comunidades deben participar activamente en el cuidado de su salud (campañas, grupos de trabajo, reporte de eventos, etc.) y en la identificación de las prioridades de salud de sus territorios.

La prestación de servicios se organizará alrededor de *Prestadores Primarios de Atención* conformado por un grupo multidisciplinario de profesionales, con médicos de familia o generales que serán la puerta de entrada al sistema. Los prestadores primarios deben poder resolver el 80% de las atenciones en salud y contarán con algunas especialidades básicas, enfermeras promotores de salud, y odontólogos, y servicios de diagnóstico básico.

El prestador de atención primaria debe estar localizado cerca de las comunidades para eliminar las barreras de acceso geográficas y donde esto no sea posible por razones de escala, los prestadores deberán contar con equipos móviles de atención que para hacer visitas periódicas a las comunidades.

Cada ciudadano tendrá un prestador primario asignado que seguirá su estado de salud, lo remitirá a niveles superiores cuando sea necesario

y lo seguirá en sus procesos de recuperación. El prestador primario será responsable de mantener a los pacientes asignados en buen estado de salud⁴⁹.

Estos prestadores primarios serán los nodos principales de las *Redes de Prestación de Servicios (RIAS)*, que son un conjunto de entidades prestadores cuya función es coordinar la atención integrada de los pacientes entre niveles de atención. Las *Rutas Integrales de Atención (RIAS)* definen específicamente las intervenciones y acciones necesarias para mantener a la población sana, y para la atención y el seguimiento de grupos de riesgo (diabetes, VIH, enfermedad cardiovascular, materno-infantil, etc.), con base en la evidencia científica y las guías de práctica clínica. Además, definen la responsabilidad de cada actor en la ruta y las acciones que deben llevar a cabo en cada nivel de atención, los mecanismos de pago y los resultados esperados. Las RIAS son de obligatorio cumplimiento para las entidades territoriales las APB y las redes integradas. El Ministerio ya desarrolló las 16 guías para problemas de salud prioritarios[9].

El MIAS además diferencia territorialmente los modelos de atención como instrumento para reducir las inequidades en el acceso y la atención, que han resultado de la aplicación de un único modelo a territorios con grandes diferencias en densidad poblacional, oferta de servicios, y condiciones geográficas y sociales.

El MIAS tipifica los municipios del país en tres categorías: territorios dispersos, territorios de alta ruralidad y territorios urbanos. Para los territorios dispersos y apartados (Guainía, Vichada Amazonas, Chocó, San Andrés, Guaviare, Vaupés y Putumayo), por ejemplo, se modifica tanto el modelo de aseguramiento como el de atención. Ya hay dos modelos piloto funcionando en el país en Guainía y Chocó. En estos territorios la dispersión población dificulta el acceso de los usuarios a los servicios de salud. Los centros y puestos de salud tienen muy baja capacidad resolutive

⁴⁹ No es claro aún qué nivel de integración se permitirá entre este prestador y las EPS, ni las condiciones bajo las cuales el usuario se podrá cambiar de prestador, a uno por fuera de la red.

y los usuarios se ven obligados a recorrer grandes distancias para recibir atención en hospitales de segundo y tercer nivel.

En estos escenarios es necesario llevar la salud más cerca de las comunidades mediante equipos móviles, e incorporar a las comunidades en el cuidado de la salud de la comunidad y en las acciones de prevención y promoción. Adicionalmente se ampliará y fortalecerá la capacidad resolutoria de los centros y puestos de salud permitiéndoles incluso realizar actividades que antes eran solo autorizadas en hospitales de segundo y tercer nivel. Esto incluye ampliar los servicios de telemedicina, y capacitar el recurso humano. Adicionalmente es necesario capacitar a las comunidades en el cuidado de la salud, y asegurar su participación activa en las acciones de vigilancia epidemiológica y en el control de los factores de riesgo ambientales. La atención también será adaptada a las culturas indígenas y Afro que predominan en estas regiones. Finalmente, estos territorios requerirán subsidios transparentes a la oferta, pues en algunos casos no cuentan con la demanda mínima para cubrir los costos de operación con venta de servicios. El Modelo de Atención Integral en Salud MIAS para territorios dispersos incorpora estas modificaciones.

En estos territorios la población se asignará con criterios geográficos a una única EPS. Es decir, en vez de competir por usuarios dentro del territorio las EPS que deseen participar competirán por el pool de usuarios localizado en una zona geográfica delimitada (permitiendo quizás algo de competencia en la cabecera municipal), mediante un proceso de selección participativo y transparente. Este esquema facilita el monitoreo de resultados en salud y el establecimiento de mecanismos de pago por desempeño a las EPS, en tanto los resultados en salud de la zona geográfica son atribuibles a una única EPS.

En los Territorios de Alta Ruralidad se mantiene la competencia de EPS habilitadas y los esfuerzos se concentran en acercar los servicios a las comunidades mediante equipos móviles, mejorar el nivel resolutorio de los puestos y centros de salud, algunos de los cuales requerirán de subsidios a la oferta para garantizar su sostenibilidad. Estos municipios deberán conformar sus redes con IPS de municipios vecinos y compartir centros de atención de urgencias, que incluyan mecanismos rápidos de traslado.

3. Los beneficios de los modelos Integrados de atención en salud con enfoque de atención primaria

El estudio de Przywara (2010)[5] para la Comisión Europea en donde se analiza el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros de la Unión Europea, simula el efecto de una mejora en la salud de la población. Un incremento de 50% en el número de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB. Este efecto contrarrestaría cerca del 70% del incremento del gasto como porcentaje del PIB en el escenario de absorción completa de tecnologías. Estrictamente los resultados del estudio europeo no se pueden extrapolar al caso colombiano, pero a manera de aproximación tendríamos que si los colombianos redujéramos a la mitad la proporción de años que vivimos con enfermedad y discapacidad, podríamos financiar la absorción tecnológica con ingresos adicionales equivalentes a 1 punto del PIB. En el 2030, en vez de un gasto de 6,2% de PIB, tendríamos un gasto de 5,28%.

Esto requeriría una reducción en la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas de entre el 30% y el 60%. La pregunta relevante es entonces si el MIAS es la herramienta adecuada para alcanzar esta meta; y segundo, que tan viable es la implementación del MIAS en un esquema de competencia regulada como el colombiano, con alta descentralización administrativa en las entidades territoriales. En lo que sigue respondemos ambas preguntas.

Existe una abundante literatura analizando el impacto de la APS sobre los resultados en salud, la equidad de estos resultados y el costo de la atención. Los estudios usan las dos definiciones mencionadas antes: 1) atención proveída por médicos de familiar que actúan como puerta de entrada al sistema y 2) APS entendida de la forma más amplia.

La evidencia indica que los resultados en salud mejoran cuando se dan bajo un modelo de APS, siendo la evidencia más sólida cuando es bajo un modelo de APS ampliada[70]. Todos los estudios que comparan regiones o países en los cuales se prestan los servicios bajo esta estrategia tienen mejores resultados que aquellos que no. Los estudios encuentran diferencias

en estado de salud auto-reportado, mortalidad total, esperanza de vida, cáncer cervical, mortalidad por accidente cerebrovascular, enfermedad mental, infarto y mortalidad neonatal, entre otros[69-71]. El modelo de APS ampliada además está correlacionado con menor muerte por asma, bronquitis, enfisema y neumonía[70].

Es posible que los estudios que comparan regiones o países tengan limitaciones metodológicas por no captar factores no observables que pueden estar afectando los resultados. Existen menos estudios que controlen adecuadamente los factores no observables, pero los que hay encuentran los mismos efectos. Por ejemplo, en España la reforma en salud que movió el sistema hacia un modelo de APS ampliada se realizó de forma escalonada, de tal forma que los primeros territorios que adoptaron el modelo se pudieron comparar con los que lo adoptaron al final. Los resultados de este análisis indican que los territorios que implementaron las reformas registraron menores tasa de hipertensión y muerte por accidente cerebrovascular, que los territorios que los adoptaron tardíamente[71]. Un estudio controlado de Medicaid en California encontró que el uso de un médico general que otorgara acceso continuo al mismo paciente y realiza actividades de promoción y prevención reducía las hospitalizaciones evitables[71]. Por otro lado, estudios controlados que analizan la atención a través de médicos de familia en vez de especialistas encuentran resultados contradictorios. Esto indica que no es la disponibilidad o la razón de médicos generales o de familia a especialistas, sino el modelo de APS ampliado lo que mejora el estado de salud.

En efecto, tres estudios analizan la calidad de la implementación del modelo de APS ampliada, y encuentran que los países que incluyen más elementos del APS ampliada (médico de familia como puerta de entrada, coordinación de la atención, enfoque comunitario y familiar, etc.) registran mejores resultados, especialmente en salud infantil, mortalidad posnatal y bajo peso al nacer[70]. Los elementos de mayor impacto fueron, el grado en el que los centros de atención primaria proveían un rango más amplio de servicios, en vez de actuar solo como referentes a otros niveles de atención,

el grado en que la atención era proveída para toda la familia por un mismo médico, acceso universal y bajos copagos[70].

Algunos estudios además analizan el impacto de la atención primaria en la utilización de servicios y el costo. Consistentemente encuentran que se reduce la utilización hospitalaria y de urgencias, especialmente la hospitalizaciones evitables[72, 73], también se registra menor número de uso de servicios diagnósticos y de procedimientos[71]. Un análisis de beneficiarios de Medicaid encuentra que en regiones con mayor razón de médicos de familia a médicos especialistas se reducen los costos en US\$625 por beneficiario con iguales o mejores resultados en salud[73]. El uso continuo del mismo prestador mejora la satisfacción de los pacientes y reduce la consulta por urgencias por condiciones no evitables. Entre más duradera es la relación entre el médico y su paciente, menor es la tasa de hospitalizaciones y el costo por paciente, y mejor la satisfacción del paciente[71]. Los países con esquemas de APS también tienen menores costos per cápita y como porcentaje del PIB, que aquellos que no cuentan con estos modelos[71].

Además de lo anterior los modelos de APS que se enfocan en la atención integrada y cuentan con una cantidad ampliada de atenciones en el nivel primario, muestran resultados positivos en asma, infarto, depresión y diabetes[71].

La revisión anterior no está exenta de dificultades metodológicas y la mayoría de los estudios hacen referencia a países de la OECD, con lo cual su aplicabilidad puede ser limitada. Aún así hay algunas indicaciones que los resultados se pueden extender a países de ingreso medio. En Costa Rica y Bolivia, por ejemplo un estudio encontró que un enfoque comunitario de APS redujo la mortalidad infantil en áreas deprimidas en comparación con áreas similares que no aplicaron el modelo comparación [71]. Quizás el caso más estudiado es el costarricense, en donde se amplió la infraestructura de atención primaria y se crearon los equipos integrados de salud, en las zonas de menor desarrollo socioeconómico. Las zonas en donde se estableció el modelo registraron reducciones de entre 45% y 70% en las tasas de mortalidad infantil. El modelo se extendió a todo el país. Quince años

después de la reforma la esperanza de vida al nacer de los costarricenses era comparable a la de países desarrollados y la tasa de mortalidad infantil había pasado de 60 a 19 por cada 1000 nacidos vivos y ahora se encuentra en 9 por cada 1000 nacidos vivos[71, 74].

La revisión anterior indica que los modelos ampliados de APS tienen el potencial de mejorar el estado de salud de la población, mejorar la satisfacción de los usuarios con el sistema y reducir costos y la utilización innecesaria de servicios.

La evidencia también indica que la calidad del modelo es crucial para lograr estos resultados. No es suficiente con establecer un modelo en el que los médicos generales actúen como puerta de entrada al sistema. Es necesario que el médico tenga un enfoque preventivo, que las familias sean atendidas consistentemente por el mismo médico, que el modelo incorpore los riesgos de la comunidad, y que los centros de atención primaria ofrezcan un espectro amplio de servicios. Si el MIAS se implementa exitosamente Colombia puede tener ganancias importantes en la salud de la población, la satisfacción de los pacientes con el sistema, y reducción en los costos.

La viabilidad del modelo en Colombia también dependerá de la aceptación de los actores del mismo. Pero hasta ahora parece haber un consenso en torno a su conveniencia[18].

4. Los retos del MIAS

Existen varios retos para implementar el MIAS. Implementar un modelo de APS es más fácil cuando la responsabilidad de todas las intervenciones está en cabeza de una autoridad, que debe responder por una cobertura delimitada geográficamente que garantiza una escala adecuada de operación, con recursos suficientes y capacidad técnica. En Colombia el sistema enfrenta retos importantes debido al fraccionamiento de las responsabilidades y un alto grado de descentralización administrativa.

Quizás el reto más importante es que el modelo requiere inversiones importantes en el corto plazo, mientras que los frutos tardarán en verse

entre cinco y diez años. Esto puede desincentivar el apoyo de gobiernos cortoplacistas. Pero el cambio es tan importante que es indispensable impulsar y mantener un enfoque de mediano y largo plazo y apoyar sin titubeos la implementación del modelo. Además de esto el modelo requiere de una revisión de las normas de descentralización.

Creemos que hay tres frentes en los que se deben actuar de manera rápida: i) La política actual aún no ha clarificado quien es responsable de algunas funciones ni como se coordinan los actores; ii) las responsabilidades asignadas a los gobiernos locales no se compaginan con sus capacidades y en algunos casos generan incentivos contradictorios; y iii) hay deficiencias de sistemas de información, adecuación de la infraestructura y recursos humano que requieren acciones e inversiones inmediatas. En lo que sigue los describimos y hacemos algunas propuestas concretas.

4.1. Definición de responsabilidades

La política no aclara una serie de responsabilidades y funciones. La definición de responsabilidades es crucial en dos áreas: la coordinación de las funciones de salud pública en su componente colectivo e individual[15] y las redes integrales de prestación de servicios.

Las acciones de salud pública *"son todas las intervenciones colectivas y acciones individuales que generan externalidades que generan beneficio colectivo y tienen alto impacto social"*[16]. Entre estas se encuentran, la identificación de riesgos ambientales y sociales, diseño un plan de acción y su ejecución, movilización de la comunidad y promoción la participación en las acciones de salud pública, difundir información en salud, promover el autocuidado, prevención y control de vectores y plagas realizar acciones de promoción y prevención, tamizajes, vacunación, visitas domiciliarias y gestión de los insumos necesario para ello.

Algunas de estas actividades pueden estar a cargo de las EPS y otras a cargo de la entidad territorial. Por ejemplo, las campañas de vacunación tiene sentido organizarlas en territorios y comunidades apoyándose en la

participación comunitaria. Pero la vacunación individual también pueden hacerla las EPS y mantener a su población vacunada es parte de la gestión de riesgos de su población [15]. El problema se complica por cuánto las entidades territoriales no pueden gastar recursos en insumos o prestaciones incluidas en el POS y las vacunas están incluidas en el POS. ¿Cómo se distribuyen estas funciones y se asigna un responsable? La responsabilidad compartida deja a la voluntad de las partes la colaboración y pone en riesgo los logros en salud. En países en donde solo hay una entidad pagadora a nivel local la coordinación se facilita, pero en Colombia sería necesario coordinar con un sin número de EPS⁵⁰.

Algunas entidades territoriales (ET) además son muy pequeñas para poder hacer una campaña de comunicación costo-efectiva, es decir tienen problemas de escala. Esto requiere diferenciar la asignación de estas responsabilidades dependiendo del tamaño y la capacidad técnica del municipio.

Abordar este problema requiere tres acciones: i) definir en conjunto con los actores (EPS, ET, IPS, Ministerios, etc.) cual sería la distribución de responsabilidades, diferenciando por la tipología del municipios ii) modificar las competencias asignadas por las normas de descentralización para que algunas de estas actividades puedan ser retomadas por los departamentos en el caso de los municipios más pequeños y iii) redefinir el POS de tal forma que la financiación y la gestión de los insumos necesarios para las acciones de salud pública queden en cabeza de los responsables de llevar a cabo las campañas o acciones colectivas y no se fraccionen las responsabilidades ni el presupuesto dentro de un mismo programa.

Este componente no se puede dejar a la buena voluntad de las partes. Se requiere un esquema de gobernanza que promueva la integración. Esto incluye una redefinición de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para que en estos participen las Administradoras de Planes de

⁵⁰ Una integración vertical EPS-prestador en el primer nivel de atención podría facilitar esta coordinación, aunque esto sería más factible en las zonas urbanas que en las rurales, en donde la red pública es el único prestado y por razones de escala no es viable tener múltiples prestadores.

Beneficios (APB) y las RIAS que operan en el territorio. Las comunidades también deben participar en el consejo. El consejo debe ser una arena para la planeación, con metas y resultados claros, que se debe acompañar de mecanismos de pago que premien el logro de las metas y castiguen su incumplimiento. El consejo también debe ser una arena de rendición de cuentas de las secretarías de salud y las APB, frente a la comunidad. El esquema de gobernanza también debe explicitar los flujos de información, de carácter obligatorio entre las partes. Por ejemplo, la APB debe enviar la caracterización socioeconómica y los riesgos de los afiliados del municipio a la secretaría, y esta a su vez debe comunicar los riesgos medioambientales y otros de salud pública a la APB. El cumplimiento de las metas debe ser supervisado por la Superintendencia de Salud.

Segundo, es necesario aclarar quién es responsable de la conformación de las Redes Integradas de Servicios (RIAS), particularmente en zonas urbanas y centros poblados donde compiten varios proveedores. La responsabilidad parece compartida entre APB y municipios, pero no parece razonable que sean estos actores quienes tengan que ir y promover que proveedores independientes y no coordinados formen alianzas. Idealmente deben ser los mismos proveedores quienes establezcan las redes. Los proveedores de servicios que quieran habilitarse para operar en un territorio dado deben presentarse dentro de una red que cumpla con las condiciones de habilitación establecidas en la regulación (interoperabilidad de las historias clínicas electrónicas, deben poder prestar todos los servicios definidos, etc). Una vez se habilitan como red, dentro del marco de competencia regulada que tiene el país, competirían por los contratos de las EPS con otros RIAS. Las APB por su lado solo podrían contratar los servicios con redes habilitadas en la zona geográfica donde tienen afiliados.

La habilitación de las redes tendría dos etapas. La primaria a cargo de las entidades territoriales, como una pre-habilitación- y la segunda a cargo de la superintendencia y el ministerio para quienes no cuenten con capacidad. En todo caso la superintendencia y el ministerio tendrían potestad de verificar la habilitación dada por las entidades territoriales.

El éxito de las redes integradas de servicios depende de manera crucial de sistemas de información compartidos. Una revisión sistemática realizada por Nicholson, Jackson y Marley (2013)[17] sobre los factores de éxito de las redes integradas muestra que 17 de los 19 estudios realizados señalan la información compartida como uno de los elementos más importantes en el éxito de la integración. Actualmente existe una multiplicidad de plataformas de historia clínica electrónica, que requiere esquemas de interoperabilidad para poder funcionar. Adicionalmente, en muchos municipios de zonas rurales habrá que establecerlas de cero. Lograr la interoperabilidad y la historia clínica electrónica requiere de inversiones importantes de recursos. Algunos prestadores tienen los recursos para hacerlo, pero otros, y especialmente los prestadores públicos de zonas de alta ruralidad no cuentan con recursos para estas inversiones. Será necesario pensar en algún esquema de créditos de redescuento para impulsar estos progresos.

4.2. Conflicto de intereses en las responsabilidades inspección vigilancia y control por parte de las entidades territoriales

Las entidades territoriales tienen la responsabilidad delegada de la inspección vigilancia y el control de los prestadores y de las EPS en su territorio. Pero además son responsables de sus prestadores públicos. Este arreglo genera dos problemas, por un lado no tienen incentivos a monitorear y regular su propia red, (son vigilante y vigilado al mismo tiempo)[18]. Por otro lado en muchos municipios no existe la capacidad técnica para realizar esta labor, en particular cuando son muchas EPS participando en un municipio pequeño[19].

La propuesta es que los municipios se concentren en la administración de su red y en las actividades de salud pública que les sean asignadas, y la inspección vigilancia y control sea delegada al nivel nacional (Superintendencia) o los departamentos. La red de los departamentos debe ser vigilada por el nivel nacional. Este arreglo elimina la condición de vigilante-vigilado y descarga a los municipios de acciones para las cuales no tienen

capacidades. Nuevamente, esta propuesta puede ser diferenciada según la tipología del municipio. Las ciudades principales pueden mantener la inspección sobre la red privada, y su propia red, pero la inspección sobre su propia red puede ser delegada al nivel nacional en caso de que se evidencie deficiencias en su labor.

Existe ya un amplio análisis sobre los retos que enfrenta la descentralización en el sector salud y los ajustes que se deben realizar (Ver Así Vamos en Salud, 2015)[20].

4.3. Necesidades inmediatas de recursos para infraestructura y capacitación del recurso humano

El modelo se enfrenta al reto de adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo. La dotación y adecuación de estos centros requerirá el compromiso de los alcaldes que deben poner los recursos. Parte puede provenir de los recursos de oferta que reciben pero estos son cada vez menores. Políticamente es más atractivo realizar inversiones en segundo y tercer nivel, que dan más visibilidad electoral y favorecen el clientelismo. Por las normas de descentralización el Ministerio de Salud no dispone de recursos para financiar o co-financiar estas inversiones, de tal forma que la viabilidad del modelo requerirá de un gran compromiso político a nivel regional. Se deben explorar otras fuentes de cofinanciación o esquemas de créditos de redescuento para financiar estas inversiones. El estudio piloto para todo el departamento de Guainía estimó en 50 mil millones las necesidades de inversión para el departamento[21].

Una vez adecuada la infraestructura está el tema de la administración de este primer nivel. Varios de los municipios de zonas de alta ruralidad y zonas dispersas no han demostrado capacidad técnica para asumir el reto. La recomendación acá es promover Asociaciones Público Privadas, en donde se entrega la red a un operador, bajos estrictos criterios de cumplimiento y resultados. Ya existen experiencias con estas asociaciones y hay

varias formas de estructurarlas. Idealmente la estructuración debe permitir una transferencia de conocimiento a la comunidad y a la secretaria. Para garantizar la continuidad e integralidad de la atención, todos los puestos y centros de salud en una zona georreferenciada deben ser entregados al mismo operador, o por lo menos todas las que estén dentro de una red RIAS. En la actualidad, en muchos de estos municipios hay una multiplicidad de operadores, incluyendo directamente a las municipalidades, con muy pobres resultados en la integralidad del cuidado.

Finalmente está el tema de la sostenibilidad financiera de los hospitales públicos y el clientelismo de los mismos. Abordar este problema requerirá de un enorme capital y compromiso político. En aquellas zonas en donde la red pública sea el único prestador, será necesario estudiar si la escala de operación le permite cubrir los costos fijos. De lo contrario será necesario dar subsidios de oferta a los hospitales, sujeto a resultados y ajustes estructurales. En aquellos casos en los cuales persistan los problemas será necesario liquidar el hospital o autorizar la intervención directa del ministerio o los departamentos. Esto probablemente requerirá de ajustes legislativos.

A pesar de que los retos no son despreciables, el esquema de múltiples pagadores sí es compatible con un modelo de APS. Japón, Israel y Holanda son dos ejemplos de casos exitosos. Si el MIAS se implementa exitosamente, -de manera ordenada y escalonada, mediante pilotos- tiene el potencial de cambiar la salud de los colombianos y contribuir a la sostenibilidad del sistema.

REFERENCIAS

- [1] Santamaría, M., A. Rodríguez, y G. Piraquive, *Modelo DNPSalud 1.0: Proyecciones fiscales del sistema de salud*. 2013, Departamento Nacional de Planeación.
- [2] A, R., *et al.*, *Modelo DNPSalud - V 2.0*. Archivos de economía. 2015, DNP.
- [3] Gutiérrez, C., *et al.*, *Diagnósticos y retos del sistema de salud frente al envejecimiento*. 2015, Editorial Fundación Saldarriaga Concha. p. 136.
- [4] Bardey, D. y G. Buitrago, *Macroeconomía de los gastos en salud y sostenibilidad del sistema de salud Colombiano*, en 22° Foro Farmaceutico de la ANDI. 2017: Cartagena, Colombia.
- [5] Przywara, B., *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*. 2010, Directorate General Economic and Monetary Affairs (DG ECFIN), European Commission.
- [6] Organisation for Economic Co-operation and Development., *Fiscal sustainability of health systems: bridging health and finance perspectives*. 2015, OECD Publishing.
- [7] Guanais, F.C., R. Gómez-Suárez, y L. Pinzón, *Series of avoidable hospitalizations and strengthening of primary care*. 2012.
- [8] Ministerio de Salud y Protección Social, *Política de Atención Integral en Salud*. 2016: Bogotá D.C.
- [9] Ministerio de Salud y Protección Social, *Política de Atención Integral en Salud*. Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente. 2017: Bogotá D.C.
- [10] Bolívar, M., *Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia*, en Papeles en Salud. 2017, Ministerio de Salud y Protección Social.
- [11] OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing.
- [12] Banco Interamericano de Desarrollo, *Política de adquisición de medicamentos. La experiencia internacional*, Banco Interamericano de Desarrollo, Editor. 2017.
- [13] Wagstaff, A., *et al.*, *Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries*. Oxford Review of Economic Policy, 2016. 32(1): p. 147-189.
- [14] OECD, *OECD Reviews of health systems: Colombia 2016*. OECD Publishing.
- [15] Gutiérrez, C., *Retos del Modelo de Atención Integral en Salud*. Entrevista a Oscar Bernal, Profesor Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, especialista en salud pública, Bogotá, noviembre 2018.
- [16] Osorio-Saldarriaga, E., *Modelo de Gestión de la Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas*, D.d.P.y. Prevención, Editor.
- [17] Nicholson, C., C. Jackson, y J. Marley, *A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review*. BMC Health Services Research, 2013. 13(1): p. 528.

- [18] Gutiérrez, C., Retos del Modelo de Atención Integral en Salud. Entrevista a Augusto Galan, Director de Así Vamos en Salud, Bogotá, noviembre 2018.
- [19] Guerrero, R., S. Prada, y D. Chernikovsky, *La doble descentralización del sector salud: Evaluación y alternativas de política*. 2013.
- [20] Así Vamos en Salud. *Corte de cuentas a la descentralización en salud*. 2015. Descargado de: <http://www.asivamosensalud.org/actualidad/corte-de-cuentas-la-descentralizacion-en-salud>.
- [21] Secretaria de Salud del Guainía (2015). *Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud de acuerdo al nuevo Modelo Intercultural del Departamento de Guainía*. 2015, Secretaria de Salud del Guainía,; Inirida, Guainía.
- [22] Appleby, J., *Spending on health and social care over the next 50 years*. The King's Fund, London. <http://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/publications/spending-health-and-social-care-over-next-50-years>, 2013.
- [23] Congressional Budget Office, *Technological change and the growth of health care spending*. 2008, Congress of the United States.
- [24] Oliveira Martins, J., C. de la Maisonneuve, y S. Bjørnerud, *Projections of OECD health and long-term care public expenditures*. SSRN Electronic Journal, 2006.
- [25] Newhouse, J.P., *Medical care costs: How much welfare loss?* Journal of Economic Perspectives, 1992. 6(3): p. 3-21.
- [26] Heffler, S., et al., *Health spending projections for 2001-2011: the latest outlook*. Health Affairs, 2002. 21(2): p. 207-218.
- [27] Okunade, A.A. y V.N.R. Murthy, *Technology as a 'major driver' of health care costs: a cointegration analysis of the Newhouse conjecture*. Journal of Health Economics, 2002. 21(1): p. 147-159.
- [28] Smith, S., J.P. Newhouse, y M.S. Freeland, *income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth?* Health Affairs, 2009. 28(5): p. 1276-1284.
- [29] Aitken, M. y M. Kleinrock, *Global oncology trend report: a review of 2015 and outlook to 2020*. IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016.
- [30] Banco Interamericano de Desarrollo, *Encuesta de Percepción de los Usuarios de los Servicios de Salud en Colombia*. 2013.
- [31] Baron Leguizamón, G., *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento*, en Colección Program de apoyo al reorma en Salud, Ministerio de Salud. 2007.
- [32] Ministerio de Salud y Protección Social, *Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud en Colombia 2004-2012*. Ministerio de Salud y Protección Social Editor. 2014.

- [33] Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), *Cifras e indicadores del sistema de salud*. 2015: Bogotá, D.C.
- [34] Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), *Cifras e indicadores del sistema de salud*. 2017, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi): Bogotá, D.C.
- [35] Maynard, A., *Rationing health care: an exploration*. Health Policy, 1999. 49(1): p. 5-11.
- [36] Gutiérrez, C., et al., *Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud: Nota 2: Un enfoque sistémico*. 2015, Inter-American Development Bank.
- [37] Ham, C. y A. Coulter, *Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices*. J Health Serv Res Policy, 2001. 6(3): p. 163-9.
- [38] Banco Interamericano de Desarrollo, *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional* (Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Ignez Tristao). BID, 2014.
- [39] Syrett, K., *Law, legitimacy and the rationing of health care: A contextual and comparative perspective*. Vol. 6. 2007: Cambridge University Press.
- [40] Institute for Health Metrics Evaluation. *GBD+ Results Tool*. 2017; Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- [41] Congressional Budget Office, *Technological change and the growth of healthcare spending*. 2008.
- [42] Ministerio de Salud y Protección Social, *Diagnóstico del Sistema General de Seguridad Social en Salud - Sostenibilidad del Sistema*, Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, Editor. 2015: Bogotá.
- [43] Riascos, A., *Risk Adjustment Revisited using machine learning techniques*. 2017.
- [44] Riascos, A., E. Alfonso, y M. Romero, *The performance of risk adjustment models in Colombian competitive health insurance market*. 2014.
- [45] Daniels, N., *Just health care*. 1985: Cambridge University Press.
- [46] Heymann, J., et al., *Constitutional rights to health, public health and medical care: The status of health protections in 191 countries*. Global Public Health, 2013. 8(6): p. 639-653.
- [47] Brinks, D.M. y W. Forbath, *The role of courts and constitutions in the new politics of welfare in Latin America*, en Working Group on Law and Democracy. 2014, Cambridge University Press.
- [48] Fleury, S., et al., *Right to health in Latin America: beyond universalization*. 2013.
- [49] Young, K. y J. Lemaitre, *The comparative fortunes of the right to health: Two tales of justiciability in Colombia and South Africa*. Harvard Human Rights Journal Vol 26, 2013.

- [50] Lamprea, E., *The Judicialization of health care: A global and comparative perspective*. Annual Review of Law and Social Science, 2017. 13(1).
- [51] Rodríguez-Garavito, C. y D. Rodríguez-Franco, *Cortes y cambio social: cómo la Corte Constitucional transformó el desplazamiento forzado en Colombia*. 2010: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad Dejusticia.
- [52] Young, K.G. y J. Lemaitre, *The comparative fortunes of the right to health: Two tales of justiciability in Colombia and South Africa*. Harvard Human Rights Journal, 2013. 26: p. 179.
- [53] Dittrich, R., et al., *The international right to health: what does it mean in legal practice and how can it affect priority setting for universal health coverage?* Health Systems & Reform, 2016. 2(1): p. 23-31.
- [54] Alviar, H., et al., *Health and constitutional rights: Study on the right to health adjudication. Analyzing Colombia's Case*. 2012, World Bank and Universidad de los Andes.
- [55] Defensoría del Pueblo, *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social*. 2014. 2015, Defensoría del Pueblo. Colombia.
- [56] Gutiérrez, C. y J. Urrutia, *Hacia un sistema de priorización en salud para Colombia, en La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones*, O. Bernal y C. Gutiérrez, Editores. 2012, Uniandes: Bogotá.
- [57] Lamprea, E., *¿Cuál debe ser el alcance del derecho a la salud? ¿Cómo fijar los límites?*, en *Propuestas Concretas para la Encrucijada del Sistema de Salud*. 2012, ICESI-Proesa: Cali, Colombia.
- [58] Davit, B.M., et al., *Comparing generic and innovator drugs: a review of 12 years of bioequivalence data from the United States Food and Drug Administration*. Annals of Pharmacotherapy, 2009. 43(10): p. 1583-1597.
- [59] Yamin, A.E. y S. Gloppen, *Litigating health rights : can courts bring more justice to health*. Human rights practice series. 2011, Cambridge, MA: Human Rights Program Harvard University Press. viii, 435 p.
- [60] Lamprea, E., *The Judicialization of Health Care: A Global South Perspective*. Annual Review of Law and Social Science, 2017. 13: p. 431-449.
- [61] Rodríguez-Garavito, C., *La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones*, En: *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*, O. Bernal y C. Gutierrez, Editors., Ediciones Uniandes: Bogotá.
- [62] Daniels, N., *Accountability for reasonableness in private and public health insurance*. En: Coulter, Angele; Ham, Chris, eds. *The Global Challenge of Health Care Rationing*. Philadelphia, PA: Open University Press; 2000: 87-106
- [63] Rumbold, B., et al., *Universal health coverage, priority setting, and the human right to health*. The Lancet, 2017. 390(10095): p. 712-714.

- [64] Daniels, N., *Accountability for reasonableness*. BMJ, 2000. 321(7272): p. 1300-1.
- [65] Daniels, N. y J.E. Sabin, *Accountability for reasonableness: an update*. BMJ, 2008. 337.
- [66] Bolivar, M. y A. Gaviria, *Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia en Papeles en Salud*. 2017, Ministerio de Salud y Protección Social.
- [67] Pinzón-Flórez, C.E., et al., *Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean*. Revista de saude publica, 2016. 50.
- [68] Forman, L., et al., *What could a strengthened right to health bring to the post-2015 health development agenda?: interrogating the role of the minimum core concept in advancing essential global health needs*. BMC international health and human rights, 2013. 13(1): p. 48.
- [69] Trujillo, H.M., O. Bernal, y M. Lema, *El modelo de Atención Primaria de Salud (APS) y su papel en la prevención y promoción*, en: La Salud En Colombia. Logros, Retos Y Recomendaciones, O. Bernal y C. Gutiérrez, Editors. 2012, Ediciones Uniandes: Bogotá.
- [70] Starfield, B., L. Shi, y J. Macinko, *Contribution of primary care to health systems and health*. The millbank quarterly, 2005. 83(3): p. 457-502.
- [71] Friedberg, M.W., P.S. Hussey, y E.C. Schneider, *Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care*. Health Affairs, 2010. 29(5): p. 766-772.
- [72] Shi, L., *The impact of primary care: a focused review*. Scientifica, Diciembre 2012..
- [73] Rhode Island Department of Health Health., *Impact of Primary Care on Healthcare Cost and Population Health A Literature Review*. 2012. Descargado <http://www.health.ri.gov/publications/literaturereviews/ImpactOfPrimaryCareOnHealthcareCostAndPopulationHealth.pdf>
- [74] Instituto Nacional de estadísticas y Censo, *Tasa de mortalidad infantil interanual. Enero 2017*. 2017: San José de Costa Rica, Costa Rica.

Comentarios
David Bardey

COMENTARIOS a "El Sistema de Salud Colombiano en las Próximas Décadas: Cómo Avanzar Hacia La Sostenibilidad y la Calidad en la Atención", de *Catalina Gutiérrez Sourdis*

David Bardey¹

Los tres capítulos de Catalina Gutiérrez (CG de ahora en adelante) presentan un diagnóstico muy pertinente de los retos que enfrenta el sistema de salud colombiano. En complemento de este diagnóstico, lo cual se concentra en los temas de la sostenibilidad financiera, del modelo de atención y de la judicialización del sector, CG formula propuestas concretas para solucionar varios de los problemas que resalta. Si bien estoy de acuerdo con la gran mayoría de las recomendaciones formuladas por CG, en el presente texto me concentro sobre las diferencias de diagnóstico, las cuales pueden ser asociadas a recomendaciones de políticas complementarias o sustitutas a las que son formuladas en los tres capítulos mencionados.

1. Sostenibilidad financiera del sector salud

Las variables socioeconómicas, demográficas y el cambio tecnológico que menciona CG son efectivamente los factores que explican a la vez el nivel de gasto actual y el incremento de los gastos que uno puede proyectar para las próximas décadas². Mi primera observación respecto a esta parte es que el gasto en salud per cápita en Colombia es bajo, alrededor de 3% por debajo del promedio de los países de la OCDE, aún cuando uno controla por el nivel de ingreso (Bardey y Buitrago, 2017a). Además, un elemento que sugiere que el gasto en salud en Colombia debería aumentar aún más en el futuro próximo es el hecho de que la brecha entre el nivel del gasto en salud en Colombia comparado con el promedio de los países de la OCDE ha aumentado durante los últimos años.

¹ Profesor asociado a la Universidad de Los Andes (CEDE) y *visiting fellow de Toulouse School of Economics*.

² No obstante, no confiaría tanto en la metodología del *Residuo de Solow* para explicar la parte causada por los cambios tecnológicos del momento que lo aplicamos solamente al sector salud.

No obstante, la observación de CG referente a que el gasto público en salud es alto en Colombia es totalmente cierta. Por el alto nivel de cobertura (98%) y los bajos gastos de bolsillo, el esfuerzo fiscal dedicado al sector de la salud en Colombia es importante. Esta observación combinada con la anterior puede ser una llamada de atención que sugiere que puede ser deseable subir el gasto privado en salud siempre que este incremento no genere problemas de acceso o no refuerce la inequidad del sector. A continuación, haré un par de propuestas en esta dirección.

Otro reto relacionado con el tema de la sostenibilidad del sector de la salud en Colombia, es el de tener un sistema de salud con reglas de juego que nos permitan escoger el nivel de gasto, en lugar de que sea el nivel de gastos que escoja los ajustes a las variables económicas que permiten financiarlos. Eso implica entonces un doble reto:

- ❑ Asegurar la eficiencia del gasto en salud;
- ❑ Asegurar que existan recursos para este nivel óptimo de gasto.

Para terminar, concuerdo con CG en que el tema de la sostenibilidad es complicado, aún más si uno lo contempla tomando el sistema tributario como dado. Si bien la última reforma tributaria implica un incremento sustancial de los impuestos en Colombia, uno puede considerar que todavía el Estado colombiano tiene margen de maniobra. En efecto, si uno compara el nivel del impuesto a la renta a nivel internacional, se encuentra que la tributación de los hogares colombianos no es alta. Una recomendación sería de continuar con una reducción de los parafiscales para que la disminución de la informalidad en el mercado laboral contribuya a subsanar las cuentas del sector salud.

2. Reformar la Unidad por Capitalización (UPC)

Como la Ley 100 redireccionó los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, delegando a las EPS buena parte de la regulación de la presta-

ción de los servicios de salud, es fundamental que el sistema de UPC que reciben las EPS esté correctamente diseñado. En efecto, mientras que las EPS tienen el control de los recursos del sector salud, es fundamental que éstas estén sometidas a buenos incentivos. Hoy en día, se observa que las EPS tienen incentivos demasiado:

- ❑ fuertes hacia el control de gasto;
- ❑ débiles hacia la provisión de servicios de calidad.

En otras palabras, existe un mecanismo perverso de subsidios cruzados en el cual las EPS que ofrecen un nivel de calidad satisfactorio a sus usuarios terminan subsidiando a las que no ofrecen una buena calidad. En este contexto, la recomendación formulada por CG de condicionar parcialmente la UPC a los resultados en salud obtenidos por las EPS es totalmente oportuna. Sin embargo, sería interesante desarrollar las modalidades de este condicionamiento, aún más cuando varios desenlaces no dependen únicamente de las EPS sino de los prestadores que tratan los afiliados de ellas. Al respecto, se podrían retomar propuestas formuladas en Bardey (2015), que recomienda que todos los incentivos por desempeño sean determinados a través de la UPC recibida por las EPS; de igual forma sería deseable que éstas elaboren sus propios contratos de pagos por desempeño para remunerar las IPS.

Además, CG propone reformar el diseño de la UPC para reducir los incentivos a seleccionar los riesgos. Aunque son estrategias difíciles de cuantificar³, una UPC mal ajustada a los riesgos puede efectivamente sesgar la competencia entre las EPS por la concentración de los riesgos en algunas EPS. No obstante, en lugar de incluir más variables en el mecanismo de ajuste al riesgo, para no tener variables que podrían introducir más distorsiones, se sugiere aplicar otros modelos de mecanismos de ajustes, en la línea de lo que propone Riascos *et al.* (2017) con métodos de *machine learning*.

³ Una excepción es Castaño y Zambrano (2006).

3. Regulación de los precios de los medicamentos

Coincido con CG en que es necesario regular el precio de los medicamentos por el poder de mercado de los laboratorios debido a la protección de la propiedad intelectual y la inelasticidad de la demanda⁴. Sin embargo, los precios techo que se han aplicado desde el año 2013, se deberían limitar a las clases terapéuticas que tienen baja competencia, i.e. pocos medicamentos, porque pueden ser contraproducentes y afectar el funcionamiento de la competencia en las clases terapéuticas que tienen más medicamentos⁵.

Conuerdo también con CG que es mejor evitar aumentar los copagos para no crear problemas adicionales de acceso. No obstante, se podrían introducir techos de reembolso si estos techos fueran establecidos en función de los precios promedio de los genéricos de las clases terapéuticas correspondientes. El gasto de bolsillo sería entonces evitable desde el momento en que los pacientes eligen medicamentos genéricos. El uso de techos de reembolso constituye una manera de introducir algo de elasticidad en la función de demanda de medicamentos, de tal forma que los laboratorios tengan incentivos en bajar los precios de sus medicamentos. A partir del cambio de regulación operado en Noruega, la evaluación de impacto realizada por Brekke *et al.* (2009) muestra que pasar de precios techo a techos de reembolso es efectivamente una manera eficiente de reducir gastos en medicamentos sin crear problemas de acceso.

Se respaldan también las propuestas de CG de explorar otras regulaciones como los mecanismos de compras centralizadas y las negociaciones precios volúmenes. También me parece una idea oportuna el mecanismo de precios basados en valor, pero se resalta acá que esta regulación puede tener

⁴ Ver Bardey *et al.* (2016) para una regulación que permite controlar el poder de mercado de los laboratorios modulando los copagos en función de un componente *ad-valorem* y otro en función de las cantidades.

⁵ Bardey *et al.* (2018) revelan que, en promedio, por el efecto de los precios techo, los gastos han aumentado de 30% para las clases terapéuticas de más de 19 medicamentos.

efectos indeseados cuando se aplica con el artículo 72 del Plan Nacional de Desarrollo (Todos por un nuevo país), que cierra la puerta de entrada a los medicamentos por falta de registro sanitario. Seguramente tal medida se debe a la necesidad del gobierno de controlar los gastos en medicamentos, lo que no se puede hacer cuando los medicamentos ya se encuentran en el mercado colombiano, como lo explica perfectamente el capítulo de CG dedicado a la judicialización del sistema de salud.

Otro tema relacionado con la política de medicamentos es la sustitución con genéricos. Promover esta sustitución es efectivamente deseable para controlar los gastos en medicamentos. No obstante, se recomienda no forzar esta sustitución en todos los casos, especialmente para pacientes con enfermedades crónicas que tienen su organismo acostumbrado a una dosificación precisa⁶.

Para terminar con las regulaciones del sector farmacéutico, concuerdo con CG que el rol del IETS es fundamental. Sin embargo, es importante que el Estado colombiano le garantice al IEST una autonomía financiera para que este organismo no dependa de recursos de actores privados del sector salud.

4. Un par de propuestas adicionales

Como lo resalta CG, existe un problema de coordinación de los diferentes actores del sistema de salud, que pueden perjudicar los resultados en salud, además de aumentar los gastos. Se propone acá un cambio normativo para promover la integración vertical en el primer nivel de atención, la cual permitiría una mejor coordinación entre los diferentes actores del sistema. En contraparte, y teniendo en cuenta la oposición que existe en contra de la integración vertical por parte de muchos prestadores, se podría prohibir

⁶ Un medicamento es considerado genérico de un medicamento de marca cuando es bio-equivalente. Esta bio-equivalencia se define por umbrales donde el T_{max} que mide la velocidad de absorción tiene que ser en el intervalo [85%,120%]. Si bien una dosificación diferente no significa nada en términos de calidad, los efectos para los pacientes pueden ser diferentes.

esta para niveles de atención más altos que requieren una flexibilidad en la elección de los prestadores por parte de los pacientes.

Otra propuesta es la de promover a través de una política de subsidios la compra de planes voluntarios (p.ej. medicina prepagada, seguros de salud) para aumentar los gastos privados y reducir la presión fiscal que ejercen los gastos públicos en salud. En efecto, Bardey y Buitrago (2017b) encuentran que los planes de medicina prepagada padecen de selección adversa, es decir que, los afiliados que compran estos planes tienen un riesgo mayor que el promedio de la población. Una migración de los individuos más riesgosos hacia el sistema voluntario puede contribuir a bajar los gastos públicos en salud. Sin embargo, para que tal medida sea efectiva, se requiere cambiar la normativa para que los planes voluntarios no puedan trasladar parte de los gastos de sus usuarios a las EPS.

Referencias

- Bardey D. (2015). "Pago por desempeño en el sistema de salud colombiano", *Revista Monitor Estratégico*.
- Bardey D. y G. Buitrago (2016). "Integración vertical en el sector de la salud colombiano", *Desarrollo & Sociedad*, 77, p.231-262.
- Bardey D. y G. Buitrago (2017a). "Sostenibilidad del sector salud en Colombia", Congreso de la Andi, Cartagena, Junio de 2017.
- Bardey D. y G. Buitrago (2017b). "Supplemental health insurance in the Colombian managed care system: Adverse or advantageous selection?", *Journal of Health Economics*, vol 56, p.317-329.
- Bardey D., Cremer H. y J-M Lozachmeur (2016). "The Design of Insurance Coverage for Medical Products under Imperfect Competition", *Journal of Public Economics*, vol 137, p.28-37.
- Bardey D., Harker H. y D. Zuluaga (2018). "Price-cap in Colombian drugs market: an impact evaluation", Documento Cede.
- Brekke K., Grasdal A. y H. Tor Helge (2009). "Regulation and pricing of pharmaceuticals: Reference pricing or price cap regulation?," *European Economic Review*, vol. 53(2), p.170-185.
- Castaño RA y A. Zambrano (2006). "Biased Selection within the Social Health Insurance Market in Colombia", *Health Policy* 79(3): p.313-324.
- Riascos A., M. Romero y N. Serna (2017). "Risk Adjustment Revisited using Machine Learning Techniques," Documento Cede.

Para estimular el debate de ideas en la contienda presidencial de 2018 Fedesarrollo lideró la elaboración de varios documentos con propuestas de política pública en áreas críticas para el desarrollo económico y social del país. En el documento de Catalina Gutiérrez se analiza el tema de la salud, en el cual Colombia ha tenido notables avances en las últimas décadas en aspectos importantes como la cobertura del aseguramiento, el acceso a los servicios, el diseño de mecanismos de racionalización de precios y el desarrollo de nuevos modelos de atención. Como se argumenta en el documento, sin embargo, los retos siguen siendo muy grandes.

Colombia tiene la tasa de hospitalización más alta de América Latina pero, alrededor de la tercera parte de las hospitalizaciones se podrían prevenir con una adecuada atención primaria ambulatoria y sólo el 36% de los pacientes cuenta con un médico general que le preste atención de manera regular. Además, persisten inequidades significativas entre la salud de la población en zonas dispersas y la del resto del país, y los pacientes aún enfrentan procesos administrativos dispendiosos para obtener atención.

Por otra parte, Colombia es el país con mayor nivel de judicialización de la salud en el mundo, y la definición de prestaciones excepcionales por esta vía puede conllevar una asignación de recursos ineficiente que pone en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema. La corrupción en el sector y la actuación indebida de algunos agentes empeoran el problema.

Para enfrentar estos retos, la autora propone acciones en cuatro frentes: i) elevar la eficiencia del recaudo de recursos, ii) mejorar el uso de esos recursos, iii) disminuir la judicialización de la salud y iv) avanzar hacia un buen sistema de prevención, de mano con la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

El análisis y las recomendaciones de Catalina Gutiérrez se complementan en el presente Cuaderno de Fedesarrollo con los profundos comentarios de David Bardey, que sin lugar a dudas contribuyen a elevar la calidad del debate sobre este importante tema.