



Medellín, Diciembre de 2018 Año 18 N° 37
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

**Reformas, políticas y sostenibilidad de los sistemas de salud:
Panorama mundial y latinoamericano**

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



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

Medellín - Colombia
Octubre 1 al 3 de 2018

Contenido

- I. Reformas en los sistemas de salud**
Aspectos generales
Reformas al sistema de salud colombiano
Perspectivas de reformas en países de América Latina y el Caribe
 - II. Sostenibilidad de los sistemas de salud**
Aspectos generales
Perspectivas de financiamiento y sostenibilidad en países de América Latina y el Caribe
Experiencias de Ecuador, Costa Rica y Cuba
Retos para la sostenibilidad en Colombia
 - III. Políticas de los sistemas de salud**
Políticas para mejorar el gasto público en salud
¿Cómo mejorar el gasto público en salud?
Medición y superación de desigualdades en salud y protección social
Prevención y control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)
 - IV. La economía de la salud y su aporte a las políticas y los sistemas de salud**
 - V. Conclusiones**
- Observación Estadística:** Sentencia T-760
Obituario: Robert Dover.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Presentación

Los sistemas de salud pueden ser vistos, desde una perspectiva económica, como un mecanismo para resolver la asignación de recursos y buscar mejores resultados en salud, dadas las limitaciones del mercado para lograr estos propósitos. Es así como las instituciones, los actores, las funciones y los recursos que conforman un sistema de salud actúan como sustitutos del mercado, pero pueden también ser complementarios a este y desarrollar estrategias y prácticas competitivas en procura de la eficiencia. Al fin de cuentas se dan experiencias mixtas, de modo que en torno a las funciones de aseguramiento, gestión y prestación de servicios participan agentes públicos y privados, y el gasto en salud es realizado en forma conjunta a partir de fuentes públicas y del ingreso personal disponible.

Con el propósito de discutir el estado de la cuestión sobre *Reformas, políticas y sostenibilidad de los sistemas de salud*, se realizó en Medellín el VIII Congreso de la Asociación de Economía de la Salud de Latinoamérica y el Caribe (AES-LAC), en simultáneo con el 6° Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES). El Congreso fue un espacio para examinar el papel de la Economía de la Salud en la formulación y la evaluación de las políticas y los sistemas de salud, y para consolidar la comunidad académica de esta disciplina.

En esta Observación se recopilan los temas tratados en dicho Congreso y se toman las ideas principales que expusieron cada uno de los conferencistas y panelistas, a quienes el GES y ACOES hacen un reconocimiento especial por su participación en dicho evento.

Información del Congreso

Apoyo institucional:

Organización Panamericana de Salud-OPS- /
Organización Mundial de la Salud-OMS-

Universidad Nacional de Colombia.

Pontificia Universidad Javeriana.

Universidad del Rosario.

Universidad Icesi.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social,
Naciones Unidas – Cepal.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Bureau, Alcaldía de Medellín.

Revista Semana.

Patrocinio:

Sura, Medicarte y Audifarma.

Comité organizador:

Junta Directiva de ACOES.

Grupo de Economía de la Salud (GES).

María Teresa Petro (The Global Fund to Fight AIDS,
Tuberculosis and Malaria).

Unidad de Comunicaciones (Facultad de Ciencias
Económicas, Universidad de Antioquia).

Impacto Efectivo (operador logístico).

Comité científico:

Juan Miguel Gallego (Universidad del Rosario).

Andrés Vecino y Giancarlo Buitrago (Pontificia
Universidad Javeriana).

Olga Lucía Acosta (CEPAL Colombia).

Aurelio Mejía; Sergio Prada (Universidad Icesi).

Liliana Chicaiza y Claudia Vaca (Universidad
Nacional de Colombia).

Carlos Felipe Gaviria, Paula Andrea Castro y Jairo
Humberto Restrepo (Universidad de Antioquia).

Comité asesor internacional:

Arturo Schweiger y Ginés González (Argentina)

Rodrigo Mendes y Rosa María Márquez (Brasil)

Rafael Urriola y Manianela Castillo (Chile)

Sandra Villalba y Rubén Gaete (Paraguay)

Ana Balsa y Patricia Triunfo (Uruguay).

Coordinación editorial de este Observatorio:

Jairo Humberto Restrepo, Carolina Moreno
y Daysi Sanmartín.

Equipo de apoyo en transcripción de textos:

Lina Casas, Juan José Espinal, Jhan Marco Machado,
Ana María Pérez, Francisco Andrés Echavarría, Sun
Yin Huang, María Teresa Petro y Claudia Medina.

La asistencia al Congreso fue de 194 personas. Predominó la academia con 70 personas provenientes de 20 universidades, principalmente de Colombia. Por su parte, se contó con la asistencia de 30 extranjeros de México, Uruguay, Perú, Brasil, Ecuador y Argentina.

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



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

Medellín - Colombia
Octubre 1 al 3 de 2018

Reformas, políticas y sostenibilidad de los sistemas de salud

Conferencistas:



Jaime Ramírez



Joe Kutzin



Camilo Cid



Jorge Iván González













Ana Sojo



Jere Behrman

Panelistas y Moderadores:

<p> Colombia: Diana Cárdenas, Norman Maldonado, Paul Rodríguez, Martha Ospina, Sergio Prada, Blanca Llorente, Jaime Bonnet, Andrés Vecino, Fernando Ruiz, Juan Miguel Gallego, Olga Lucía Acosta, Ramón Abel Castaño, y Mery Barragán.</p> <p> Brasil: Janice Dornelles, Rodrigo Mendes y Sebastao Loureiro.</p> <p> Estados Unidos: Lorena Prieto y Manuela Villar</p>	<p> Argentina: Ariel Goldman</p> <p> Chile: Julieta Aránguiz</p> <p> Suiza: María Teresa Petro</p> <p> Uruguay: Ana Balsa y Patricia Triunfo</p> <p> Cuba: Bárbara Moreno</p> <p> Ecuador: Ruth Lucio</p> <p> Costa Rica: Gustavo Picado</p>
---	--

Las presentaciones digitales que fueron autorizadas a publicar por sus autores están disponibles en la agenda virtual del sitio web del Congreso, de manera que el título de cada exposición está acompañado de un link que permite la descarga (<http://aco.es.org.co/congreso/agenda/>).

I. Reformas en los sistemas de salud

A. Aspectos generales de las reformas a los sistemas de salud

Joe Kutzin

Coordinador, Política de Financiamiento de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra Suiza

En esta conferencia se propuso discutir el objetivo normativo de la Cobertura Universal de Salud (CUS) y la descripción más positiva de cómo los sistemas de financiamiento, y los sistemas de salud en general, pueden mantener una distinción clara como base para la política. Se plantearon las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cómo el concepto de CUS, que a veces se asume como meramente aspiracional, se puede convertir en algo real u operativo?
2. ¿Cómo se puede aplicar el enfoque de la financiación de la salud utilizando una serie de ejemplos diferentes en los que se va más allá de solo describir y defender?
3. ¿Cuáles son algunos principios específicos que pueden guiar las políticas de financiación de la salud para la cobertura universal?

Para responder la primera se plantearon tres puntos clave: primero, es necesario tener claros los objetivos de política que los sistemas de salud están tratando de lograr, y esa es la parte más normativa. Segundo, tener claro el punto de partida, conocer la organización actual del sistema, de modo que no es posible usar los mismos mecanismos en todos los países, ya que el punto de partida es diferente para todos, y esta es una descripción más positiva. Tercero, debe tenerse claro lo que es asequible, factible y que se puede hacer.

Mucho de esto se relaciona con el contexto fiscal, pero hay otros problemas que entran en juego, como el alcance de la descentralización política o administrativa y el papel de las autoridades locales. Así que cuando se hace un cambio más normativo se habla de la CUS. La idea de que todos los países deberían tener un sistema donde las personas puedan obtener los servicios de salud que necesitan, de buena calidad y sin sufrir dificultades financieras como consecuencia del pago de esos servicios.

Para responder la segunda pregunta es necesario tener claro cuánta equidad, calidad y protección financiera se va a ofrecer en los servicios de salud. Estas cuestiones no es posible responderlas por la comunidad internacional, deben responderse en cada país, según su contexto político. La

respuesta a estas cuestiones especifican cuán redistributivo es el sistema de salud. ¿Están los países dispuestos a pagar los gastos del sistema de salud a través del sistema tributario, por ejemplo? Entonces, estas son cosas que deben resolverse en cada país, incluso si existe un acuerdo general. Por supuesto, estos cuestionamientos pueden cambiar con el tiempo, lo que corrobora que se trata de aspectos normativos.

Si se observa históricamente, las políticas sobre cobertura en salud que se remontan a Alemania en el siglo XIX respondían especialmente a la industrialización, a la productividad laboral y a la protesta de los trabajadores. Teniendo en cuenta estos hechos o propósitos, la idea de una fuerza laboral contributiva dio forma a la ley del seguro de salud, así que en cierto sentido la cobertura era mucho más que un beneficio para los empleados.

A medida que la tecnología médica se desarrollaba y la gente se volvía más consciente de sus derechos, y además hubo especialmente en Europa después de la segunda guerra mundial un mayor sentido de solidaridad, se comenzó a pensar que la cobertura en salud debería ser para todos los ciudadanos o residentes. ¿Cuál debería ser entonces la base del derecho? Además, ¿qué implica para las fuentes de ingresos si la cobertura en salud es para todos y no solo para los del sector formal?

Por lo general se tiene un sistema de salud que está organizado por un sistema social para los pobres, un sistema para los de ingreso medio y un sistema para los ricos. La pregunta es si debería ser un sistema más equitativo y más eficiente, y organizarlo por función y no por grupo social. Se tienen formas tradicionales de pensar sobre el financiamiento de la salud, de manera que se cuenta con el *beverage market* del Reino Unido o el modelo alemán de *Bismarck*, o alguna mezcla de los dos, pero se piensa realmente más en términos de funciones (**Figura 1**).

En cuanto a la tercera pregunta, es posible encontrar tres principios que si los países se están moviendo en esa dirección, probablemente estén progresando hacia la CUS. Primero, el reconocimiento de que lo importante es la financiación pública, lo cual significa algún tipo de impuesto,

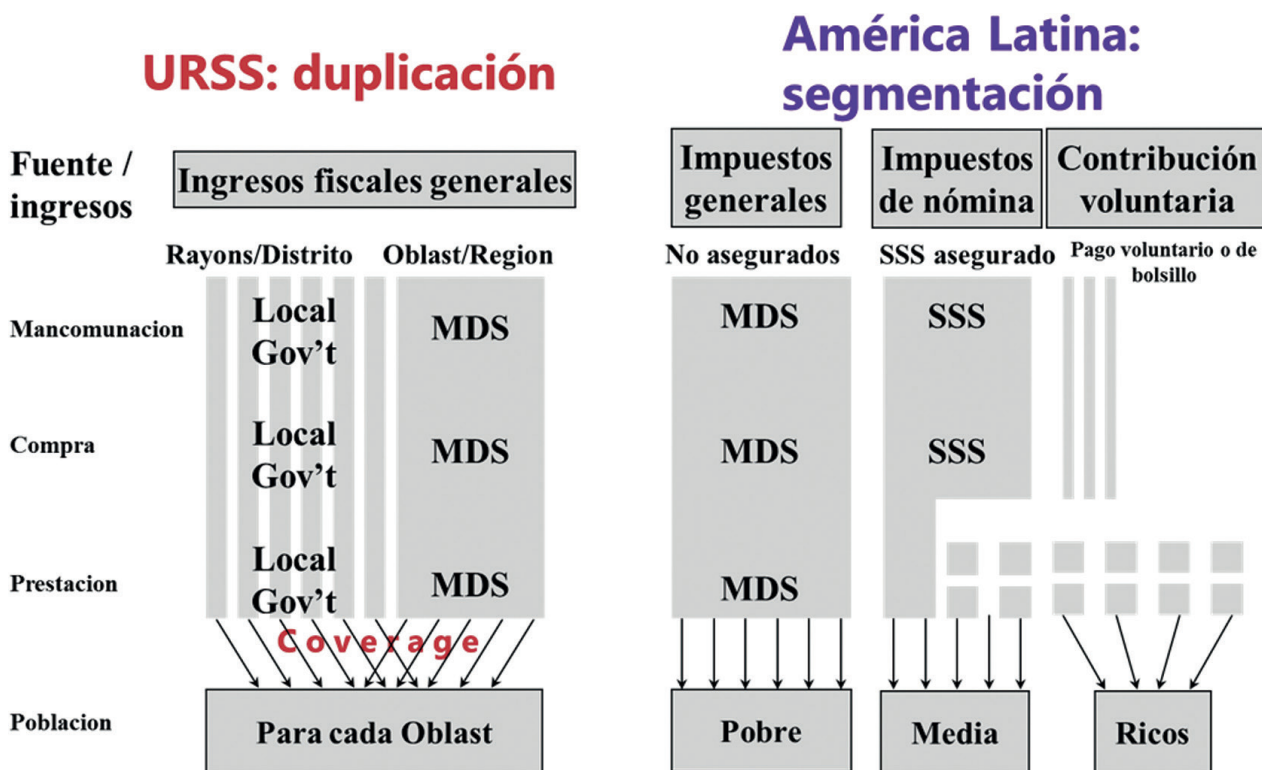
incluidas las contribuciones a la seguridad social. Segundo, es muy importante reducir la fragmentación, de manera que es necesario aumentar la capacidad redistributiva. Y tercero, es necesario administrar los recursos, por lo que se recomiendan las compras estratégicas y el uso de los datos para impulsar la asignación de recursos a proveedores. Además, administrar el crecimiento del gasto.

Se suele pensar que si solo se tiene la obligación y la dependencia de los subsidios para aquellos que no pueden contribuir, se podría tener un sistema universal. Esto se basa en la comprensión de la selección adversa y en lo que la evidencia muestra, ya que ningún país ha avanzado mucho dependiendo de la detección voluntaria. Una vez más, los pagos anticipados pueden ser a las personas que se les pide que contribuyan a un fondo nacional de seguro social de salud, a planes comunitarios o contribuciones del sector informal, o a los planes nacionales de seguro. Sin embargo, en los países

de ingresos bajos a medios, donde la mayoría de la población no está empleada, la principal fuente de ingresos son los ingresos del presupuesto general, a menudo son provenientes de impuestos indirectos en lugar de directos. En la mayoría de estos países los ingresos para el sistema de salud dependen del contexto fiscal y del mercado laboral. Esto significa que las expansiones de cobertura deben ser impulsadas por el presupuesto general.

Finalmente, no se plantea que todos los países deberían pasar a un sistema de pagador único porque no es técnica o políticamente factible en algunos países. Hay otros mecanismos que podrían usarse dependiendo de las condiciones políticas y económicas del país. No es necesario un tipo de estrategia de compra, lo cual significa que se están vinculando los pagos a los datos sobre el desempeño de los proveedores y las necesidades de salud de la población a la que sirven.

Figura 1. Base para analizar todos los sistemas de salud



Fuente: WHO.

B. Reformas al sistema de salud colombiano

Jaime Ramírez

Director de Programas Académicos, Instituto de Salud Pública, Universidad Javeriana

En Colombia, la Constitución de 1991 marcó un inicio para la ruptura entre el seguro social corporativo y la asistencia pública, dado que se transformó la denominación constitucional de Estado de derecho a la de Estado social de derecho, y esto implicó que en el ordenamiento constitucional se empezara a usar el concepto de inversión social, desarrollado en la Ley 60 de 1993 en términos concurrentes con la Ley 100 del mismo año. Se tiene entonces una tradición corporativa y una Constitución que introdujo los ámbitos sociales, con una idea de la inversión social de la Ley 60 en términos del financiamiento de la mayoría de los servicios sociales.

Sin embargo, en nuestro entorno se habla más de la Ley 100 que de la Ley 60, y si bien ambas leyes otorgaron una función de regulación y permitieron la creación del sistema de seguridad social, es la Ley 60 la que permitió mancomunar los recursos económicos con el seguro tradicional, lo cual resulta relevante en la medida que en la mayoría de circunstancias, en América Latina y especialmente en Colombia, se necesita más de una ley para poder construir un arreglo financiero que una reforma en el estricto sentido sectorial de la salud, es decir, se necesitaba una Ley 60 que definiera la inversión social, o una reforma tributaria que definiera en términos de impuestos y contribuciones parafiscales. En ese sentido, desde el punto de vista constitucional, tenemos un buen sistema de salud, pero aún no encontramos los medios para mantenerlo. Además es necesario analizar si el Estado regula bien y si el sector privado invierte lo necesario. En otras palabras, una ley sectorial no basta.

En 1993 se concluyó que la creación de las dos leyes, en lo que se llaman los ingresos corrientes de la Nación, los cuales permiten integrar el concepto del Estado de derecho propio de la organización política anterior a 1991, junto con los recursos de la seguridad social, tenían dos características: la ejecución descentralizada de los programas de inversión social y la mancomunación centralizada de los recursos, respectivamente. Esto determina el desarrollo histórico de la sociedad colombiana, ya que el régimen subsidiado empezó a ser un régimen de carácter local y descentralizado. En términos del ordenamiento tributario y del ordenamiento político se consideraba la centralización impositiva una forma de resolver desigualdades territoriales, además ayudaba a financiar con recursos aquellas zonas que tenían bajos ingresos tributarios por la recaudación centralizada.

Los rasgos característicos asociados a los institutos de seguros sociales juegan un papel muy importante en los países. Por un lado están las características corporativistas de orden laboral, es decir, un acuerdo político entre los dueños de las empresas y los trabajadores. Sin embargo, no hay un acuerdo político entre la población y el Estado. Es importante recordar que la creación del sistema *bismarckiano* inició con una gran discusión en 1870 en torno a si el Estado intervenía o no, y la razón por la cual los sindicatos y los trabajadores querían que el Estado no interviniera era que consideraban a la seguridad social como la parte social del salario, y que en tal sentido la financiación deberían asumirla los empresarios y no el Estado.

La seguridad social era una prolongación de la relación laboral, y los recursos públicos lo único que hacían era financiar a los capitalistas y aumentar la tasa de ganancia, según la expresión exhaustiva de los sindicatos que asistían a la concertación. No son las instituciones del régimen político las que toman las decisiones si no los consejos, compuestos por la junta directiva de los institutos de seguros sociales, integrados por los trabajadores, los empleadores y el Estado, como parte de un consenso corporativo y no de la esfera pública, entendiéndose que este seguro es de carácter público y universal.

El seguro colombiano está basado en la obligatoriedad y no en el mercado. El núcleo central es la unidad de pago por capitación (UPC), la cual no es un sistema de precios, sino la suma de los recursos dividido entre la suma de las poblaciones. Dado esto, se crean dos conjuntos de derechos: el conjunto del seguro obligatorio y el conjunto de los servicios, lo cual se establece como un incentivo propiamente de mercado, como la relación entre los aseguradores y los prestadores, de manera que se forma un seguro obligatorio de carácter público, donde la regla es la cotización obligatoria y el pago de una unidad per cápita que no está ajustada a un sistema de precios.

El sistema de salud colombiano tiene un gran número de virtudes, como la disminución de gasto de bolsillo, la cobertura del aseguramiento y la equidad. Pero también tiene unos desafíos que resolver, como la crisis migratoria, la corrupción, la informalidad y la fragmentación de la atención. Para enfrentar estos desafíos se debería dar lugar a unos diálogos entre regiones, señalar la corrupción para que los responsables actúen, además de comprometerse en serio con la calidad, el fortalecimiento del talento humano en salud y la sostenibilidad financiera.

C. Perspectiva de reformas para países de América Latina y el Caribe

Camilo Cid

Asesor regional en economía de la salud y financiamiento
Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C.

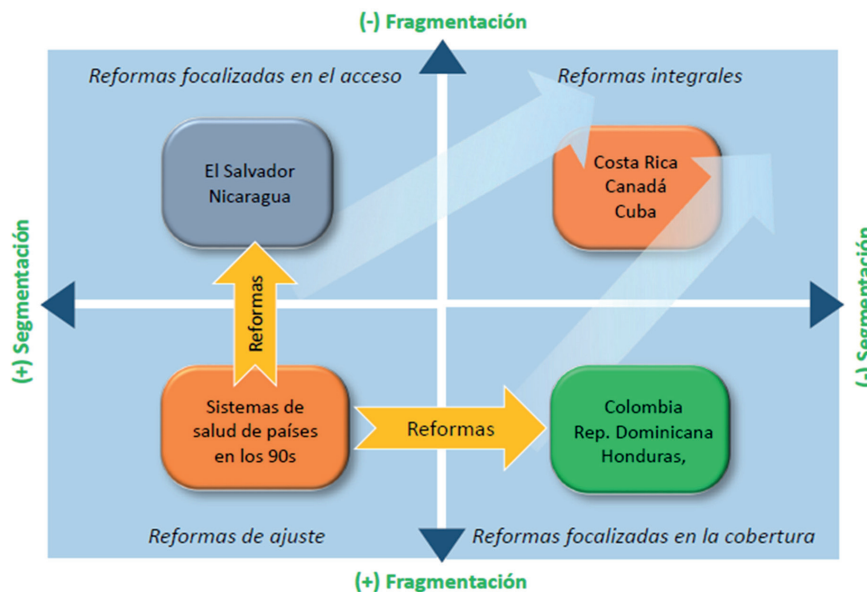
Las reformas de los sistemas de salud vienen sucediendo desde la década de 1980 y a partir de 1990 se generalizaron, sin que exista un país en el mundo que no tenga reformas en este ámbito. Generalmente, las reformas se pueden definir bajo dos conceptos fundamentales: los procesos y los contenidos. Los procesos tienen que ver con la economía política, es decir, el fondo de la reforma, definida como la manera en la que esta se formula, se negocia, y cómo interactúan los actores. En cuanto al contenido, se refiere a los principios y a las cuestiones más técnicas, centradas en cómo se definen las reformas en general.

Al plantear la idea de los dos conceptos fundamentales de las reformas (OPS, 2017), se buscan los cuatro cuadrantes presentados en la **Figura 2**. Los ejes corresponden a la segmentación y la fragmentación, ya que los desafíos de los sistemas de salud de la región giran en torno a estos dos problemas. Por un lado, la fragmentación de la provisión, la falta de coordinación, la complejidad en las funciones, la falta de sistemas integrados e integrales de salud, entre otros. Por otro lado, la segmentación en la composición de

la financiación y en el compartimiento de los bancos que forman, al interior de los países, sistemas de salud diferentes. Históricamente existen varias formas para financiar los sistemas de salud, como un *pool* en el sector público que está generalmente enfocado a atender a los pobres del país, un sistema de seguridad social que funciona con un solo *pool* mediante una caja que administra los recursos, una caja que funciona para atender las necesidades de varios países, o también, existen los seguros privados. Todos los segmentos se comportan como sistemas diferentes y producen inequidades al interior de los países y entre diferentes países.

Las reformas de la década de 1990 pudieron haber transitado por dos caminos: el primero apuntaba a combatir la fragmentación, como se indica en el cuadrante del lado izquierdo, así que buscaban atacar el tema de la provisión. Esta es una mirada desde la oferta, aumentar los servicios dirigidos a la población, permitiendo un mayor acceso a la salud. El segundo camino apuntaba a combatir la segmentación, disminuir dicho problema generando *pools* de financiamiento más amplios, con fondos en los que se daba

Figura 2A. Transformaciones de los sistemas de salud: ¿Cómo superar la segmentación y la fragmentación?



Fuente: OPS, 2016.

mayor importancia al aseguramiento. Esta es una mirada desde la demanda.

Sin embargo, después de varias décadas de avance, en la medida en que los países optaron por uno de los dos caminos señalados, aún persisten problemas. En el financiamiento, por ejemplo, hay baja prioridad fiscal para la salud y persiste un alto gasto de bolsillo. En medio de la mancomunación o del riesgo público, los sistemas de salud siguen siendo segmentados, es decir, no se ha avanzado de manera significativa en la unificación de los sistemas. Además, la mayor parte de la asignación de los recursos, a través de presupuesto destinado para la salud, está basado en hechos históricos que se fundamentan en los costos en salud y no tienen en cuenta los cambios en la situación de salud.

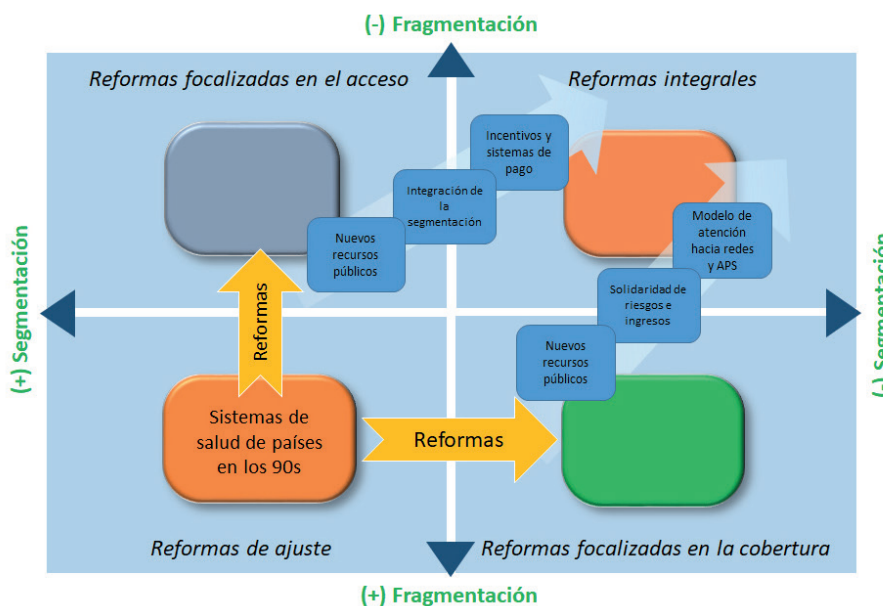
Cuando hay sistemas de salud con recursos obtenidos de manera diferente a la asignación por presupuesto, operan sistemas a través de gastos de bolsillo. Estos sistemas son inflacionarios y no permiten solucionar los problemas de salud, lo que repercute negativamente en la capacidad de coordinación y de aplicación de sistemas de provisión. Debe existir una agudización en la prevención, especialmente dirigida a la población que tiene ingresos sumamente bajos, lo cual se ve reflejado en los esfuerzos que hacen los países en términos de prevención de la enfermedad.

Lo anterior se ve reflejado en el gasto en salud y en el gasto de bolsillo. Se toman dichos gastos como indicadores, no solo porque en 2014 la región se comprometió a aumentar el gasto público para utilizar la estrategia de salud universal,

sino también porque hay evidencias en torno a que el gasto público y la disminución del gasto de bolsillo permiten en términos de financiamiento que los países avancen realmente en un acceso mayor y una mayor equidad en salud. Teniendo en cuenta los parámetros del 6% del PIB, como gasto público que ayude a alcanzar la cobertura universal y a disminuir el gasto de bolsillo, solo tres países de América Latina han alcanzado ese rango: Costa Rica, Cuba y Uruguay, y se suman los dos países más desarrollados de la región que son Estados Unidos y Canadá. Los países deberían aumentar el gasto público y disminuir el gasto de bolsillo para poder abordar los problemas de su sistema de salud a través de la mancomunación, que sean eficientes, abordando las reformas de los sistemas de manera que apunten hacia un sistema integrado basado en atención primaria y organizado en redes coordinadas de prestación de servicios.

Hay una estrategia para las reformas y es la misma en la que los países se comprometieron para 2014. Esa estrategia de salud universal tiene cuatro líneas: *i)* el modelo de atención, las prestaciones que permiten el acceso equitativo a los servicios de salud con fuerte énfasis a la atención primaria, *ii)* la construcción estratégica, pensada en un sistema que se comprometa al cambio, la cual se enfoca en la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud; *iii)* aumento del financiamiento y disminución del gasto de bolsillo, y *iv)* coordinación, el uso integral de los sistemas de salud y los determinantes sociales que tiene el sistema de salud. El ideal es un sistema nacional de salud que esté pensando la mancomunación de fondos como forma de financiamiento.

Figura 2B. Transformaciones de los sistemas de salud



Fuente: OPS, 2016.

D. Panel sobre sistemas de salud y reformas: Perú, Argentina, Brasil y Colombia

1. Perú: mejoras en la cobertura y la calidad de la protección previsional, salud y desempleo

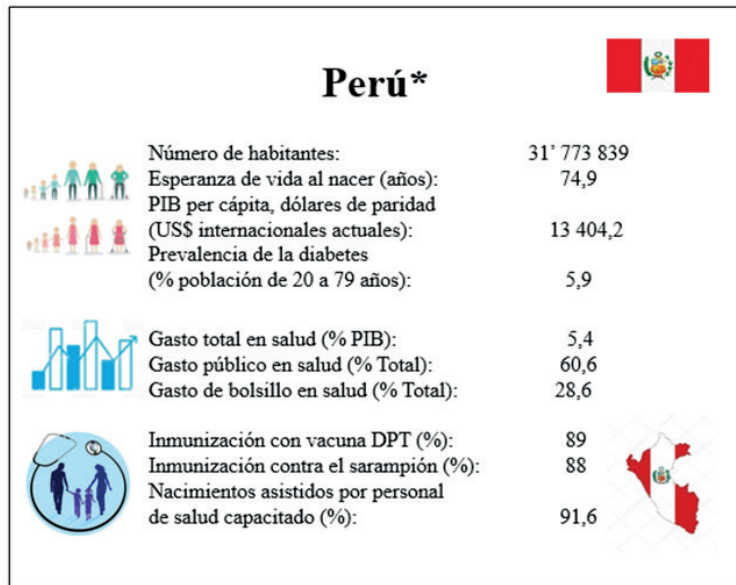
Lorena Prieto

Ex-Comisionada de la Comisión de Protección Social de Perú

El sistema de salud de Perú está dividido en público y privado. El sector público se divide en régimen subsidiado y contributivo. En este sector, el gobierno ofrece protección a la población no asegurada a cambio de una cuota por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), el cual provee los servicios de salud a la población en situación de pobreza y pobreza extrema. La prestación de los servicios se hace mediante la red de hospitales e institutos especializados del Ministerio de Salud.

El régimen contributivo corresponde a la seguridad social, que se divide en el seguro social (EsSalud), que ofrece servicios a la población asalariada y sus familias, y una provisión privada a cargo de entidades prestadoras de salud (EPS), que a su vez le venden servicios a EsSalud. Los integrantes de la fuerza pública (policía y militares) y su familia, son atendidos por medio de un subsistema de salud. Adicional a esto, Perú cuenta con un seguro obligatorio de accidentes de tránsito (Alcalde, Lazo, & Nigenda, 2011).

A partir de 2016, en el marco del gobierno de Pedro Pablo Kuczynski, se elaboró una propuesta de reforma al sistema de salud peruano. Inicialmente, dentro del diagnóstico se encontró que el sistema tenía problemas en torno a varios aspectos. Primero, el nivel del gasto era relativamente bajo, en el 2014 era de 3,3% del PIB que correspondía a gasto público, muy por debajo del 6% que impulsa la OMS. Segundo, la informalidad laboral es de 72%, lo cual se convierte en un verdadero desafío a la hora de definir la forma de financiar el sistema. Tercero, la segmentación en la afiliación, la cual depende de los tipos de población, por lo que existen diferentes formas de aseguramiento para población vulnerable, fuerzas armadas, trabajadores formales, y existe un seguro privado para las personas con capacidad de pago, y cada forma de aseguramiento tiene sus propios proveedores. Cuarto, la descentralización en la administración, cada región es autónoma de decidir qué acciones de salud pública toma,



ocasionando un debilitamiento en la rectoría del Ministerio de Salud.

Todos estos problemas llevan a que en Perú existan sistemas sub financiados que llevan al racionamiento de los servicios, al aumento del gasto de bolsillo y a que la población se auto medique. Además, la fragmentación en el financiamiento genera altos gastos administrativos e ineficiencias en la asignación. Se proponía un fondo único con un solo plan de beneficios para todos los peruanos, dicho fondo se comportaría como un comprador estratégico y compraría los servicios de toda la población. Se le daría un espacio al sector privado, de manera que pudiera comportarse como un seguro complementario, y se usarían impuestos generales para financiar el sistema. Esta propuesta de reforma se centraba en la forma de financiamiento, haciendo un aumento gradual del Plan de Financiamiento Único y garantizar una cobertura de servicios a través del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Sin embargo, la propuesta de reforma no se logró adoptar ante el contexto político del país.

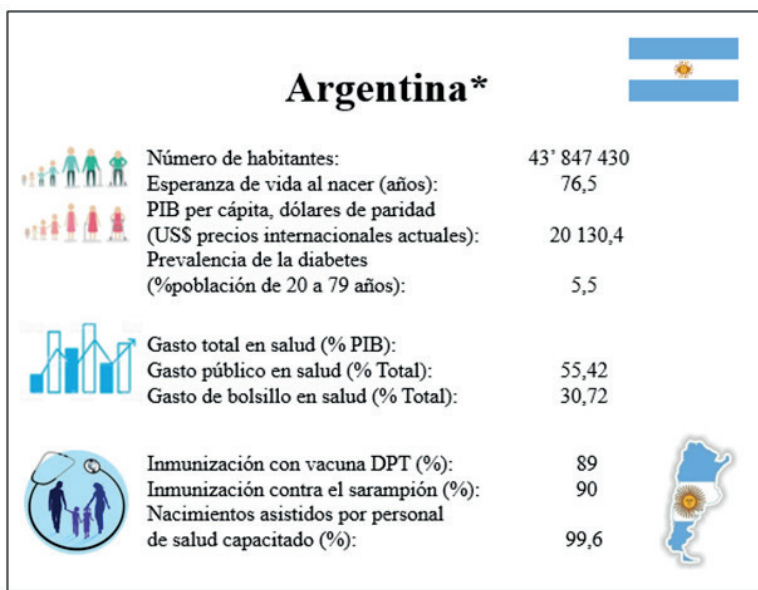
2. Reformas al sistema de salud en Argentina

Ariel Goldman

Secretario de Relaciones Institucionales, Asociación de Economía de la Salud de Argentina

La mortalidad infantil en Argentina es de 9,7 niños por cada mil nacidos vivos, y la mortalidad materna es de 3,9 mujeres por cada cien mil nacimientos. Este panorama es muy distinto dentro de las provincias, hay una gran inequidad interprovincial y en los tres sub sectores. La seguridad social tiene aproximadamente un 48% de cobertura, un 12% para los sectores privados, y el resto de la cobertura pública con programas provinciales. Se financian hospitales públicos de libre acceso, con lo que se minimiza el número de personas que no pueden acceder. El gasto total en salud asciende a 10,6% del PIB, del cual el 7,1% es público y el 3,5% privado. En el gasto público se incluyen gastos de las tres jurisdicciones del sector estatal (nación, provincia y municipios) y de la seguridad social. Entre los financiadores de la seguridad social se destaca el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), una obra social de 4,5 millones de personas jubiladas o pensionadas.

En 1940 Argentina tenía un sector público ocupado de la sanidad, y a partir de 1945 se incorporó el concepto de salud pública, dando lugar a una gran capacidad instalada. Sin embargo, con el golpe militar de 1955 hubo un retroceso. En 1970, como parte de un pacto cívico sindical, se creó la obligación de desarrollar obras, pero en lugar de financiar el sector público y mejorar los hospitales se creó un sistema privado de prestaciones. En 1976, con la dictadura más dura de Argentina, se retomaron las políticas y las condiciones persistieron hasta que al país llegó nuevamente un gobierno democrático, muy débil, en el que hubo un intento de implementar un seguro social de salud. En este contexto se adoptó una ley de obras sociales, la cual está en vigencia. Como resultado, el sistema se muestra como fragmentado y segmentado, por lo que se evidencian inequidades e ineficiencias. Además, el país



enfrenta desafíos comunes como el envejecimiento, las enfermedades emergentes, la mala nutrición (con obesidad como principal epidemia), los avances tecnológicos y la judicialización.

Como respuesta, los puntos centrales del sistema de salud argentino son: por un lado, el hospital público es financiado por el Estado, por lo que se tienen hospitales gratuitos para toda la población. Pero se tienen también hospitales para los militares, y se tienen hospitales nacionales, provinciales y municipales, por lo que el acceso se vuelve bastante complicado y las personas no tienen claro en dónde pueden ser atendidos. Por otro lado, la complejidad en el entendimiento de cómo funcionan los seguros en la seguridad social es bastante alta. Hay evidencia de la fragmentación entre sistemas y en medio de los subsistemas, énfasis en los procesos de recuperación en vez de promoción, incorporación no planificada en tecnología con énfasis en la alta complejidad y crisis de recursos humanos que no cuentan con un sueldo digno.

3. Crisis económica y austeridad fiscal en Brasil

Sebastiao Loureiro

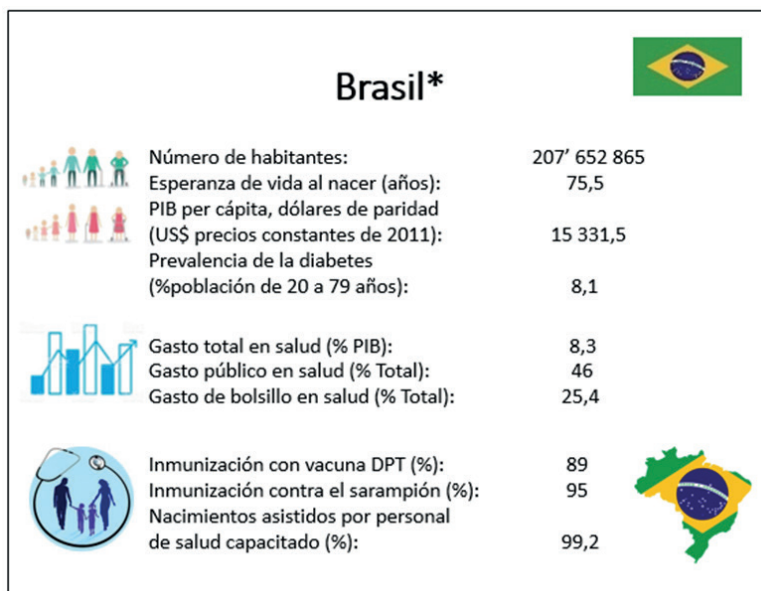
Coordinador del Programa de Economía, Tecnología e Innovación en Salud
Universidad Federal da Bahía, Brasil

El sistema de salud brasileño está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura al 75% de la población, y un creciente sector privado que cubre al 25% restante. El SUS presta servicios de manera descentralizada mediante redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones federales, estatales y municipales, así como en establecimientos privados. (Becerril, Medina, & Aquino, 2011)

El valor agregado de las actividades en salud representó el 6,5% del PIB en 2013, y el gasto público representó el 2,3%. El efecto multiplicador del gasto en salud se calculó para el país en 1,7, lo cual significa que, ante un incremento en el gasto en salud de \$1 real, el incremento esperado en el PIB sería de alrededor de \$1,70 reales.

La recesión económica del país ha traído medidas de austeridad que demandan sacrificios para la población, ya sea porque aumentan su carga fiscal o porque restringen la provisión de bienes y servicios públicos. Los planes de rescate financiero han sido una amenaza para la cobertura en salud, ya que los países que adoptan planes de austeridad y reformas estructurales suelen reducir la capacidad de los Estados de Bienestar para responder efectivamente a la demanda por dichos servicios.

Ahora, en cuanto a los ajustes severos de impuestos, los economistas del Fondo Monetario Internacional han reconocido que algunas de las políticas neoliberales incrementan la inequidad social y ponen en riesgo una expansión sostenible de la economía. Ellos coinciden en que las políticas de austeridad fiscal no solo tienen costos para el bienestar social, sino que también afectan la demanda, incrementando el desempleo. En la práctica, los beneficios de dichas medidas, en cuanto a reducción de la deuda pública y una mayor inversión, han sido sobredimensionados pues existe fuerte evidencia de que la inequidad puede reducir de manera significativa la durabilidad del crecimiento económico.



Las principales evidencias científicas de la relación entre las crisis económicas, la austeridad fiscal y la salud son cuatro: *i)* las crisis económicas pueden agravar los problemas sociales e incrementar las inequidades sociales; *ii)* las crisis económicas empeoran la situación de salud de la población; *iii)* las medidas de austeridad fiscal que reducen el gasto en programas de protección social pueden agravar los efectos de la crisis en la situación de salud, y las condiciones sociales en general, y *iv)* la preservación de los programas de protección social es una importante medida para la protección de la salud de la población y para la reanudación del crecimiento económico en el corto plazo.

Las medidas que se pueden tomar para proteger la salud y el gasto en salud en tiempos de crisis económicas son seis: proteger el nivel de gasto en salud, salvar vidas y proteger el ingreso, hacer que el gasto en salud sea cada vez más efectivo y eficiente, cooperar con otros países usar el monitoreo y el análisis de la información de las políticas., y conservar la cooperación internacional en salud.

4. Retos y desafíos del sistema de salud colombiano para 2018-2022

Mery Barragán

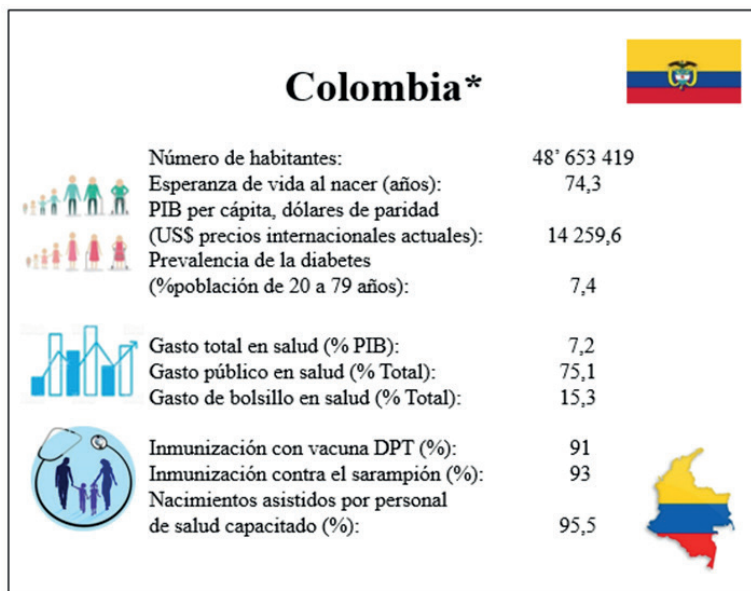
Asesora del viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Colombia presenta avances en materia de cobertura y aseguramiento en salud, una baja proporción del gasto de bolsillo, indicadores positivos de salud pública, equidad promovida por el sistema, igualación de los planes de beneficio, y la salud como un derecho fundamental.

Ahora bien, en cuanto a retos, hay preocupaciones sobre el acceso efectivo a los servicios de salud, la crisis migratoria ha aumentado la problemática, y hay una baja resolución por parte de los hospitales públicos. El sistema también se enfrenta a la crisis financiera de los hospitales públicos, sobre los cuales se ha estudiado si tienen riesgo alto, medio o bajo, y poco se ha considerado si de verdad hay un riesgo en la población de enfermar o morir, sino que solo se han enfocado a la parte financiera. Lo anterior causa una fragmentación de la atención en salud, en ocasiones por la falta de resolución de los hospitales o por el problema en los mecanismos de contratación.

Se reconoce también un desfinanciamiento estructural del sistema. Los recursos no alcanzan para todo lo que conlleva el derecho a la salud, así que es necesario poner una limitación a lo que debe cubrir el sistema, ligado al entendimiento del concepto de la salud, por lo que todos los actores deben tener un consenso respecto a este tema. La informalidad también afecta de manera significativa la sostenibilidad del sistema. Actualmente, de los 48 millones de habitantes, son más o menos diez millones y medio de personas las que realmente cotizan al sistema. Además, el problema de la corrupción influye de manera significativa, no solamente desde el punto de vista de la financiación, si no en la falta de efectividad en la prestación de los servicios.

La plataforma estratégica del gobierno 2018-2022 está enmarcada en una triple meta en torno al emprendimiento, la legalidad y la equidad. La salud está enfocada en la satisfacción



de los usuarios, el mejoramiento de los indicadores de salud y la sostenibilidad del sistema. Se plantean cuatro ejes estratégicos: el primero, es la visión de largo plazo, vista como lo que debería ser el ente rector del sistema, entendiendo la dirección, la regulación y la inspección vigilancia y control; el segundo es el compromiso con la calidad, entendida como el hacer las cosas bien por parte de todos los actores, la cual llevará a tener unos buenos resultados en salud y una mejor satisfacción de los usuarios; el tercero, sobre talento humano y la planeación que debería tener el mismo, ya que usualmente se considera que hace falta recurso humano, pero no se tiene claro en dónde y en qué especialidad; y el cuarto es la sostenibilidad financiera, debido a que es necesario contar con nuevos mecanismos de financiación y conseguir la ayuda de expertos internacionales para revisar el panorama con respecto a los demás países. Finalmente, en cuanto a la salud pública, es necesario coordinar con el plan decenal de salud y entender qué articulaciones se deben hacer intersectorialmente para coordinar las acciones colectivas y entender los determinantes sociales de la salud.

II. Sostenibilidad de los sistemas de salud

A. Aspectos generales de la sostenibilidad financiera en los sistemas de salud

Joe Kutzin

*Coordinador, Política de Financiamiento de la Salud
Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra Suiza*

La sostenibilidad financiera hace referencia a la capacidad del gobierno para financiar sus programas prioritarios o sus programas para administrar la deuda y garantizar su solvencia. La sostenibilidad no busca maximizar la salud, la equidad o la protección financiera, dado que este concepto no tiene mucho significado a menos que esté vinculado a objetivos políticos explícitos. En ese sentido, no es que se trate de mantener el sistema, sino de mantener un cierto nivel de desempeño en términos del nivel de logro de los objetivos de la política pública.

Lo anterior no es una licencia para que el sector de la salud no haga nada. Hay preocupaciones muy legítimas de las autoridades fiscales de cualquier país sobre el gasto en salud, y en particular sobre los mecanismos que existen. China, por ejemplo, tiene dentro del sistema una tarifa de reembolso del servicio de salud, de manera que cuanto más hacen los proveedores, más tiene que pagar el sistema sin límite alguno. Eso permite un crecimiento no administrado, por lo que es importante evitar obligaciones financieras y luego administrarlas, lo cual es una verdadera preocupación en la región.

A continuación, unas lecciones que indican las cosas por las que debe preocuparse un sistema de salud a medida que avanza. Se destaca que la crisis económica pone en tela de juicio la capacidad de muchos de estos países para sostener realmente las ganancias logradas en cuanto a protección financiera y a reducir la necesidad insatisfecha.

1. Las contribuciones al seguro de salud de **Francia** antes del 2000 dependían en gran medida de los impuestos sobre la nómina. Luego cambió la participación de los empleados para ampliar la base, con un impuesto sobre todos los ingresos, no solamente los ingresos salariales.
2. En **Hungría**, a principios de 1990, un 90% de los ingresos del fondo de seguro de salud provenía de las contribuciones de los empleados, y ahora, más de la mitad son transferencias del presupuesto general.
3. **Lituania** tiene un fondo nacional, con contribuciones de sus empleados y empleadores, pero también hay una fórmula para realizar transferencias basadas en los niveles salariales de los dos años anteriores, los cuales son ajustados a la inflación. Se busca generar así una estrategia contracíclica, especialmente en el contexto de una crisis cuando aumenta la necesidad de servicios.
4. **Estonia** es un país muy responsable. En su sistema nacional de seguro de salud había acumulado reservas, y cuando llegó la crisis pudo mantener la estabilidad del sistema. El país estaba muy preparado, de hecho utilizó algunas de las reservas del fondo para rescatar al propio gobierno de sus déficits. No obstante, a pesar de que el gasto del fondo fue estable, los servicios de salud pública se redujeron dramáticamente. Aunque se recortaron algunos servicios, se priorizaron otros como el intercambio de agujas para usuarios de drogas inyectables, lo cual fue importante porque esa es la población de mayor riesgo en el país para el VIH.
5. **Grecia** enfrenta recortes masivos en el gasto público, en todos los ámbitos y sin haber priorizado. Una consecuencia ha sido el aumento de las infecciones por VIH, lo cual muestra que no existe un mecanismo de protección real y se pone en riesgo la salud pública.

Para resumir, es necesario establecer un gasto anticíclico que permita asumir un gasto deficitario cuando es necesario, no solo para la salud sino en general para que el gobierno pueda responder a situaciones de crisis. Sin embargo, políticamente es algo muy difícil de lograr.

Otra preocupación se refiere a los mecanismos para proteger el gasto público. De la misma manera que los fondos de seguro de salud tienden a generar mecanismos de protección al estar por fuera del proceso presupuestario del gobierno, es importante poder responder rápidamente, como debe suceder con los desastres naturales. En ese sentido, en una situación donde la demanda y la necesidad crecen en un momento donde el gasto cae, es importante tener la capacidad de gastar aun cuando haya déficit.

Por otra parte, existe una preocupación importante sobre la capacidad de abordar los problemas de equidad. Inefectividad significa que cuantos más servicios necesitan más se reciben, más se debe pagar, lo cual es directamente contrario a nuestros

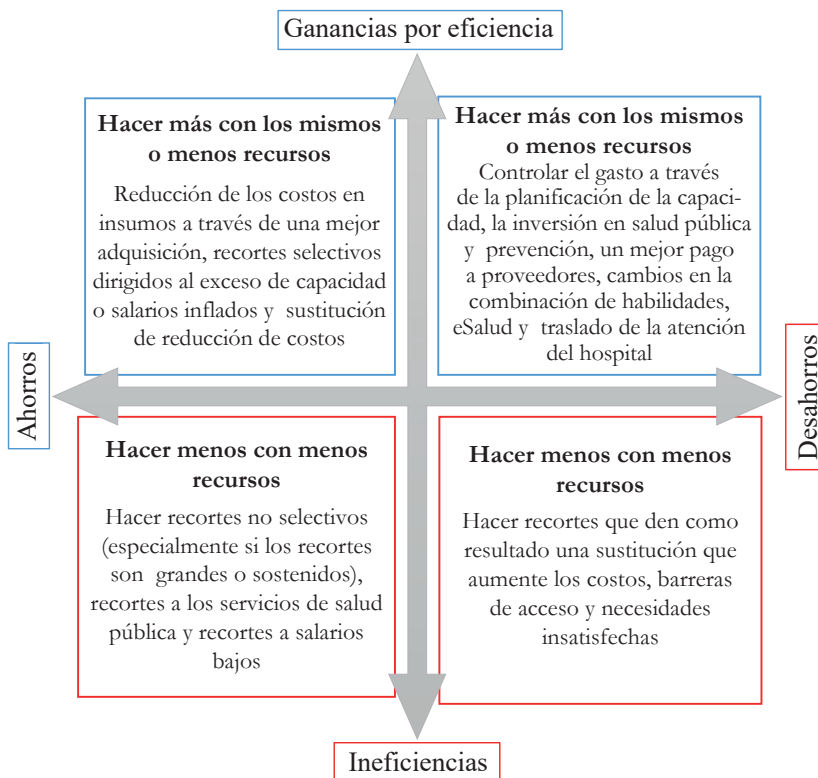
objetivos. El derecho a lo que la gente paga no debe estar relacionado con el alcance de su enfermedad, sino más bien con su capacidad de pago. Este es un problema que se identificó en más de 25 países a los cuales se les hizo un análisis. Para abordar este problema se tienen algunos mecanismos como fijar exenciones o un límite anual de tener un copago bajo pero fijo, en términos monetarios o en porcentaje.

En algunos de los países se combinan varios mecanismos en relación a cómo aumentan los ingresos. Primero se analizan qué tan factible es hacer que aquellos con más ingresos realmente paguen más, lo que lleva a tratar de deshacerse de los subsidios fiscales para el seguro de salud privado, que tiende a ser un subsidio para los ricos. Segundo, muchos países con un límite, la contribución debía ser del 15% hasta una cierta cantidad, allí los grupos de ricos en realidad pagan menos como parte de sus ingresos. Por lo tanto, levantar esos límites de contribución o eliminarlos es uno de los mecanismos, y así es como se puede pasar del impuesto sobre la nómina a un impuesto sobre todos los ingresos, como en Francia. A pesar de las estrategias de *marketing*, se observa que tal vez se inyecte un soporte a corto plazo, pero luego será compensado a largo plazo.

Existen otros mecanismos como hacer una compra más selectiva de servicios, reducir los precios de los medicamentos, hacer una mejor adquisición que permitiría obtener algunas ganancias de eficiencia que podrían verse a largo plazo. Sin embargo, hay algunos mecanismos que son más cuestionables en cuanto a si realmente mejorarían la eficiencia a largo plazo. Si simplemente se toman algunas de las intervenciones más problemáticas como los recortes generales, aumento de las tarifas de los usuarios, ofrecer protección a las personas pobres, recortes al derecho, recortes a la atención primaria, se pueden evidenciar algunos ejemplos de recortes que en realidad no tenían nada que ver con la eficiencia.

En conclusión, ¿el concepto de recortes responde bien a la pregunta de sostenibilidad? La distinción entre la sostenibilidad como una restricción dentro de la cual se maximiza, frente a la sostenibilidad como un objetivo paralelo, son mensajes importantes en el lado de los ingresos que tiene que ver con la diversificación de las fuentes y el intento de establecer mecanismos para el gasto anticíclico. Por lo tanto, es posible gastar más cuando los tiempos son malos y tal vez anticipar que los servicios de salud pública y de base de población pueden ser más vulnerables en una crisis. Así que es importante enfocarse más en la eficiencia y no simplemente en la reducción de costos (**Figura 3**).

Figura 3. ¿Estrategias de eficiencia o simplemente reducción de costos?



Fuente: Thomson et al., 2014

B. Perspectiva de financiamiento y sostenibilidad en América Latina y el Caribe

Camilo Cid

Asesor regional en economía y financiamiento de la salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C.

La sostenibilidad no es una preocupación nueva, pero es una preocupación creciente. Básicamente significa resolver cómo financiar los sistemas de salud, incluso en momentos de crisis, y se define en términos de mantener los recursos y procesos de producción para que puedan ser garantizados en el tiempo. En la región, la preocupación por la sostenibilidad parecía más propia de los sistemas basados en cotizaciones obligatorias, como ha sido recurrente en casos como Colombia, Costa Rica y México, en la medida en que por ejemplo el ciclo económico y la dinámica del empleo afectan los ingresos.

Sin embargo, comienza a ser un tema generalizado, como se puede mencionar para los casos de Cuba, Chile y Uruguay. En Cuba, por ejemplo, la inquietud por mantener los buenos resultados en salud que se han mantenido hasta ahora, y que se han visto cuestionados en el tiempo, desde que es un sistema que tiene pocos recursos para poder funcionar, por lo que el país busca pasar a una etapa de mayor eficiencia que pueda hacer sostenible los logros alcanzados. En el caso de Chile, que también tiene buenos resultados en salud, en los últimos años ha hecho una gran inversión pública en la construcción de hospitales y consultorios de atención primaria, pero se ha producido un desbalance con el presupuesto al momento de operar los servicios, por lo que se requieren más recursos y se mantiene la preocupación por la sostenibilidad de la nueva inversión. Finalmente, en el caso de Uruguay, con una reforma exitosa en 2007-2008 se presenta la necesidad de una segunda fase que pueda dotar al país de sostenibilidad de los logros alcanzados.

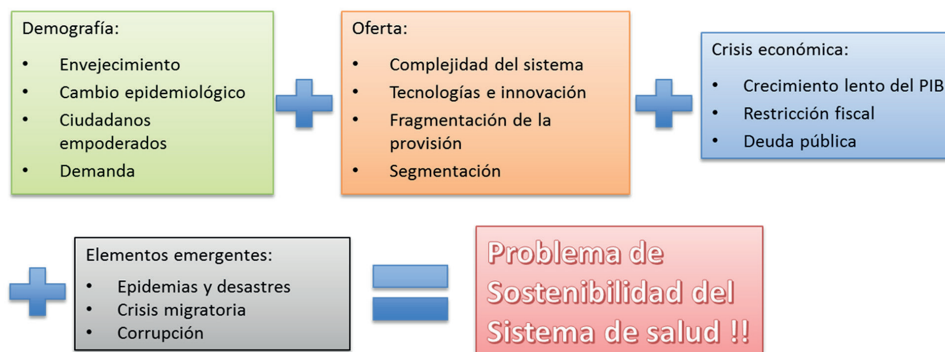
En general, se puede decir que hay presiones de distinta índole en los sistemas que llevan a plantearse el tema de la sostenibilidad, las cuales pueden estar asociadas a cambios demográficos, a la oferta de nuevas tecnologías, a *shocks* externos como crisis económicas, y a elementos emergentes como la crisis migratoria (Figura 4). Combinados todos estos elementos se tiene un problema de sostenibilidad de los sistemas, una fluctuación más que legítima, por lo que se debe tener una respuesta. En el campo de las propuestas de la estrategia de cobertura universal en salud, que promueve la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el financiamiento se tienen proposiciones organizadas en cuatro conceptos relacionados con las funciones del financiamiento. Dichas funciones se refieren al origen de los recursos, a la mancomunación (el *pooling*), a la asignación y a la compra y la planificación presupuestaria.

En cuanto al origen de los recursos, se propone una estrategia del aumento del espacio fiscal para poder hacer sostenible los sistemas y eliminar el pago en el punto de servicio. Acerca de la mancomunación de recursos, se trata de promover la agrupación solidaria, que tiene no solo la ventaja de promover la solidaridad sino la eficiencia y aprovechar las economías de escala que esto produce. Referente a la asignación de recursos, se busca promover la integración de las redes asistenciales, al igual que generar mecanismos de compra y de pago que incentiven mejores resultados en salud y que no tengan objetivos propios o en función de sí mismos. Con respecto a la planificación presupuestaria, es importante mantener la fortaleza de la planificación, la capacidad de evaluar y el monitoreo del gasto, tener capacidad de respuesta a las asignaciones y tener una rectoría fuerte sobre el presupuesto.

Ahora bien, la sostenibilidad no se refiere únicamente a un problema financiero. Esta puede ser desagregada en varios componentes, como la sostenibilidad del sistema de salud como sector de provisión, la cual se puede relacionar con el acceso equitativo a servicios integrales e integrados; la sostenibilidad política, que puede estar unida al fortalecimiento de la rectoría y a la gobernanza del sistema; la sostenibilidad estructural, relacionada con los determinantes sociales y la coordinación intersectorial, y, sin duda, la sostenibilidad financiera.

Los componentes de la sostenibilidad financiera pueden explicarse mediante dos de las fuentes fundamentales del financiamiento, que son el espacio fiscal y la eficiencia. La definición clásica del espacio fiscal se refiere a encontrar o proveer de disponibilidad de recursos sin poner en riesgo la sostenibilidad financiera del gobierno, lo cual es considerado como una restricción, y está dado principalmente por mecanismos de crecimiento económico, re-priorización, aumento de la recaudación tributaria, eficiencia en el gasto en salud y fuentes externas de financiamiento. En términos de crecimiento económico, una meta que se tiene desde la OPS es aumentar el gasto público en salud hasta el 6% del PIB en cada uno de los países de la región. La re-priorización implica plantearse el conjunto del sector público, un *trade-off* entre salud y los demás sectores sociales. En cuanto a la recaudación tributaria, la presión fiscal es baja en la región, ya que en promedio alcanza el 20% del producto, mientras que en los países desarrollados este promedio llega hasta el 38% o 40%.

Figura 4. Presiones sobre la sostenibilidad del sistema de salud



Fuente: Adaptado de Deusto Business Scholl, 2015

En términos de mejorar la eficiencia, se tiene en cuenta cinco elementos de la eficiencia; técnica, productiva, distributiva, económica, social y dinámica. Uno de los componentes importantes de la eficiencia que promueve la OPS es la integración de los sistemas de salud que funcionan mediante redes, lo que significa una red de organizaciones que ofrece un conjunto de servicios coordinados a una población dada y asume la responsabilidad clínica y económica o financiera en la consecución de unos resultados de salud a la población, lo cual tiene una serie de estrategias fundamentales para alcanzar su logro. En el corto plazo, es posible que en algunos países de la región se planteen planes nacionales de sostenibilidad, logrando que el sistema pueda ser desagregado de manera regional o territorial, y que se encuentre sustentado en el espacio fiscal y la eficiencia.

En conclusión, los sistemas de salud se encuentran sometidos a importantes presiones en torno a su sostenibilidad. El panorama de la región presenta grandes desafíos. La sostenibilidad financiera puede asociarse al aumento de la integridad, el espacio fiscal y la promoción de la eficiencia, que son los puntos en los que más se enfoca. La sostenibilidad no es solamente financiera, esta puede dividirse en diversos sectores. La sostenibilidad del sistema y el fomento de la eficiencia dependen en gran medida del fomento de la integración asistencial del trabajo en redes, con un fuerte arraigo en la atención primaria. Todo esto se basa en la estrategia de salud universal de la OPS, que puede ser desmenuzada para ser aprovechada y utilizar su estructura como marco teórico en planes de sostenibilidad para países afectados en términos de sostenibilidad financiera del sistema de salud.

C. Aspectos de sostenibilidad en el sistema de salud colombiano

Jorge Iván González

Miembro de la Comisión del gasto y la inversión pública en Colombia

El gobierno colombiano creó en 2017 una comisión para evaluar la situación del gasto público, y uno de los capítulos tratados fue el tema de salud. El objetivo de la comisión fue tratar de conjugar eficiencia y equidad. Frente a la eficiencia se presentan más dificultades, ya que se puede mirar desde muchos aspectos y en muchos casos se toma como “costo-efectividad”, pero ¿qué significa esto en la práctica? Por su parte, frente a la equidad se tiene un consenso, por lo que se cuenta con dos metodologías. La comisión dice “hay

que gastar más”, como mensaje primordial, lo que ninguna comisión en el país había dicho antes. Evidentemente hay que gastar mejor, pero no se puede seguir fingiendo sobre las posibilidades de reducción de gasto. Anteriormente, en la comisión Bird-Wiesner, se dijo que el volumen de gasto en Colombia era suficiente y se necesitaba aumentar la eficiencia. Un poco después de mirar las comparaciones internacionales, luego que Colombia hiciese el proceso para ingresar a la OCDE, se evidencia que el país tiene un gasto

inferior en todos los sectores, por lo que la comisión del gasto no podía concluir una reducción en el gasto.

La situación tributaria en América Latina ha aumentado y sigue en aumento. Sin embargo, acabando de salir de una campaña electoral, con un discurso de reducción de impuestos, y con el gobierno Trump marcando el camino de la reducción de la tributación, surge una cuestión: ¿qué pasa cuando se reduce la tributación y no se puede reducir el gasto? Los saldos de deuda van creciendo de forma importante, con un valor que para Colombia alcanza el 46% del PIB, lo cual es un saldo relativamente alto, aunque no es considerado como dramático teniendo en cuenta que los saldos de deuda a nivel mundial han aumentado de manera irracional. Ahora, la pregunta del Banco Mundial es ¿qué hacer?, ¿seguir con la consigna de reducción de impuestos? Se puede decir que para los años de 1980 había cierta relación entre el mundo monetario, el financiero y el real, pero para el año 2014 se evidencia un estancamiento del PIB mientras los activos financieros monetarios se dispararon, lo cual significa que el mundo es una burbuja y los saldos de deuda del gobierno son uno de los principales alimentadores de dicha burbuja.

Para Colombia, el gasto en salud como porcentaje del PIB corresponde al 6,8% y se descompone en 5,3% proveniente del sector público y 1,5% del sector privado. Este gasto, en comparación con algunos países de América Latina, se encuentra cercano al promedio, sin embargo, no es un gasto alto. En lo referente al gasto en pensiones, se encuentra en el 3,9% del PIB, lo que en comparación con otros países del resto del mundo este porcentaje es un poco menor. Todo lo anterior sirve para indicar, que los niveles de gasto son relativamente bajos y deben aumentar, ya que los costos en salud, en ciencia y tecnología, y las necesidades de las grandes ciudades son crecientes, al igual que las necesidades en términos climáticos y de conservación ambiental, lo que logra explicar el constante crecimiento del gasto.

Con relación a la equidad se observa una mejora en términos del efecto que tiene el gasto en salud sobre las familias, ya que en general el gasto es progresivo. La Ley 100 mejoró la progresividad del sistema, aunque persisten las diferencias regionales. Adicional al índice de GINI se encuentran los niveles de afiliación por nivel de ingreso que se muestran positivos, por lo que se puede decir que en materia de equidad se ha avanzado.

En términos de eficiencia se presentan algunas dificultades. Inicialmente se cuenta con un stock de deuda acumulada de 7,1 billones de pesos, un saldo de deuda anual en salud de 1,6 billones de pesos, lo que indica que se tiene un sistema estructuralmente colmado de problemas. Además, se debe marcar la idea de costo-efectividad en un sentido amplio, es decir, cómo pasar de ese pluralismo platónico en el cual se da “todo para todos”, a un mundo absolutamente real de “lo mejor para todos”.

Cualquier decisión para lograr “lo mejor para todos” puede ser tomada como trágica. La gran preocupación de la comisión se concentra en: cómo pasar a un sistema en el que la prevención sea más importante que la curación, cómo remunerar las EPS por prevención, cómo transformar el sistema, por qué se creó un sistema en el cual para las EPS es más fácil aplazar una cita que buscar al paciente y decirle que tiene que asistir a consulta casi que de manera obligatoria. Evidentemente hay un desbalance entre beneficios y flujos y se presenta un problema de sostenibilidad financiera que radica en cómo alinear incentivos donde el mercado no funciona, a través de alternativas a las EPS y a las IPS a costa del esquema inicial. Ahora, luego de las últimas dos reformas tributarias se puede pensar que prácticamente el régimen contributivo desaparece, puesto que se reduce la contribución al 4% de los trabajadores, moviéndose así hacia un sistema público, en el cual el espacio que se tiene para los privados logra ser eficiente con la integración vertical, que es uno de los supuestos que rompe con los principios de la Ley 100.

Finalmente, respecto a los ingresos, la comisión considera que se debe mejorar la recaudación de recursos adicionales. Una forma es mejorar las finanzas de los departamentos a través de impuestos, por ejemplo, a las bebidas azucaradas u otros mecanismos tributarios. Según un estudio de la comisión de expertos tributarios, los departamentos no tienen margen fiscal, por lo que se debe recurrir a las ciudades, ya que son ellas quienes tienen un mayor margen, lo que les permite obtener recursos especialmente a través de la Ley 388 de 1997. El país debe pensar en un mejoramiento del recaudo predial en todas las ciudades, inclusive en aquellas que ya tienen un recaudo predial relativamente bueno como Medellín y Bogotá, y darle un porcentaje de los prediales a los departamentos para que a través de estos recursos puedan contribuir al régimen subsidiado y puedan responder a los hospitales de una manera más eficiente.

“La unificación de los planes de beneficios que ordenó la Corte Constitucional en 2008 generó una necesidad de mayores recursos para financiar el SGSSS. Ello condujo, en 2009, y más recientemente en la reforma tributaria de 2016, a medidas encaminadas a allegar nuevos recursos al sector a través de impuestos sobre los llamados “vicios”. (Comisión del gasto y la inversión pública, 2017)”

D. Panel sobre experiencias de financiamiento y sostenibilidad

1. Ecuador: elementos para la sostenibilidad financiera de la salud

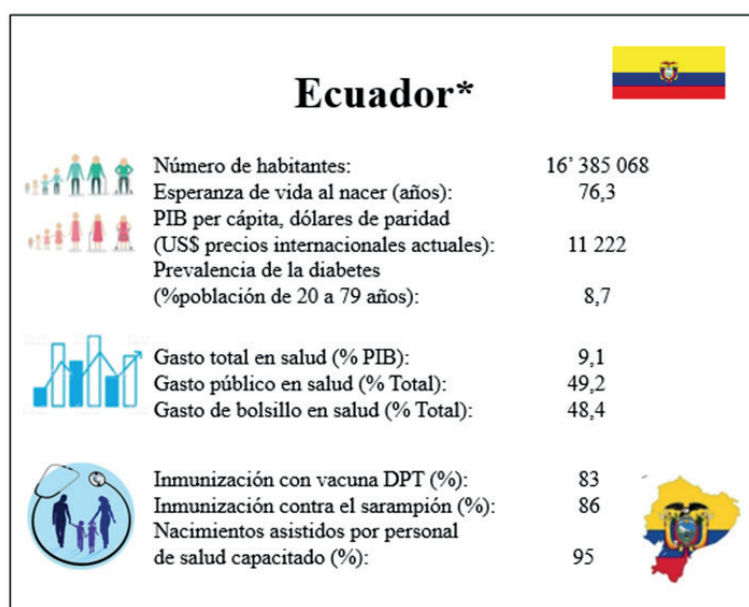
Ruth Lucio

Coordinadora General de Desarrollo Estratégico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador,
Centro de Investigación Sureste Efectclin: Economía de la Salud y Excelencia Clínica
Quito, Ecuador

El sistema de salud de Ecuador es regido por el Seguro General Obligatorio (SGO) y tiene tres fuentes de financiamiento: aporte individual de los afiliados, aporte obligatorio de empleadores públicos y privados, y contribución estatal. Existen además el Seguro Social Campesino —financiado por un aporte solidario de los empleadores, los afiliados y el Estado—, el Instituto de Seguridad Social de la Policía y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

Para 2018 se estima un gasto del 9,9% del PIB y un empleo del sector del 10% del total nacional. A pesar de lo revelador de estas cifras, en Ecuador la salud se ve desconectada del ámbito económico, y lo que se ha tratado de hacer es reconocer que el sector es realmente un motor importante de la economía, de modo que cualquier afectación sobre este recae en el país. Ahora bien, en este momento el país está en otro periodo, con una deuda pública importante y, como es usual en los países de ALC, los recortes fiscales y el ordenamiento de la casa. Es necesario entender que al hacer un recorte o una afectación sectorial en el sector salud se va a impactar más allá de lo que es únicamente el sector, lo cual es importante para la política nacional y para la propuesta que se está planteando. Además, Ecuador tiene las mismas presiones que los países de la región, principalmente en torno al aumento del envejecimiento y el costo de atender cada vez más a adultos mayores con enfermedades crónicas.

En 1997 se hicieron las primeras cuentas de gasto en salud y se encontraron múltiples fuentes de financiamiento, cada una con sus fondos administradores, los cuales eran diferentes, ya que cada uno tiene diferencia en la magnitud de flujos. En el año 2008 se tuvo un cambio constitucional en el cual se declaró universal la cobertura en salud, sin embargo, también se declaró universal la seguridad social, y comenzó a haber



una competencia entre los dos sistemas universales, cada uno tratando de avanzar. Esta es una de las dificultades, pero a su vez una de las oportunidades más grandes que se tienen para reordenar el financiamiento. Para el año 2011 se pudo catalogar la forma funcional del sistema, cómo se organizan las fuentes de financiamiento, y se comprueba que hay un típico sistema fragmentado y segmentado. Las preocupaciones que se plantea el gobierno son las siguientes: de dónde provienen los recursos, cómo administrar eficientemente, y cómo proyectar la consecución de recursos que el sistema de salud requiere.

En el tema de las fuentes de financiamiento, se requieren alternativas ya que el gobierno es quién financia la mayor parte de la salud. En cuanto el tema de mancomunación de recursos, se está trabajando en plantear lo que se denomina un *pooling* de riesgos, que es un fondo nacional público el cual se encargará de articular y velar porque los recursos para el acceso universal a la salud de las personas sean administrados de manera eficiente, transparente y óptima, sin afectar la autonomía.

2. Financiamiento y sostenibilidad de la salud pública en Cuba

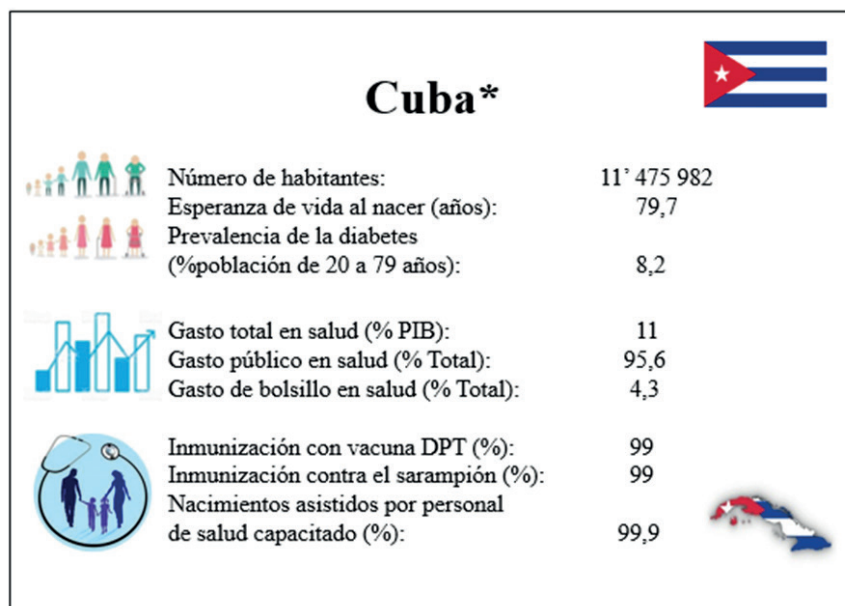
Bárbara Moreno

Directora Nacional de Economía y Planificación
Ministerio de Salud Pública de Cuba

En Cuba hay un Sistema Único de Salud, universal, gratuito, accesible al 100% de la población, independientemente del lugar donde se resida y de los ingresos que se perciban. Para brindar los servicios se cuenta con instituciones para la asistencia médica, donde juegan un papel importante 10.869 consultorios médicos, 450 policlínicos, 150 hospitales, clínicas estomatológicas, institutos de investigación, bancos de sangre. También se cuenta, para la asistencia social, con casas de abuelos, hogares de ancianos y centros psicopedagógicos.

El esfuerzo, en cuanto a la formación de profesional médico en las universidades de ciencias y las facultades para la formación de los técnicos en salud y del personal de enfermería, se ven reflejados en los resultados en salud con una tasa de mortalidad infantil de 4 por cada mil nacidos vivos, la esperanza de vida al nacer de 78 años, 80 para las mujeres y 76 para los hombres. También se cuenta con 37.472 profesionales en 65 países del mundo prestando servicios. Además, las causas de muerte en Cuba se comparan a las causas de países desarrollados, es decir, tumores malignos y enfermedades del corazón.

Lo anterior se ha logrado, primero, con una voluntad política que defiende un financiamiento que representa el 27% del total del presupuesto del país, así como el 10,6% del PIB, lo cual permite el acceso y la cobertura de salud bajo tres principios: la salud como derecho humano, la equidad y la solidaridad. El financiamiento en 1959 no pasaba de 25 millones, y partir de las reformas de estos últimos 58 años se llegó a 7.200 millones, y entre 2008 a 2014 hubo una disminución relacionada con transformaciones que se realizaron en el sector, ya que a pesar de contar con el presupuesto necesario se utilizaba ineficientemente. Inicialmente se contaba con un grupo de servicios duplicados, con tecnologías a muy poca distancia



con unos niveles de actividad que no justificaban mantenerlos, y por tanto se logró reorganizarlos, compactarlos sin afectar la accesibilidad a los servicios y así disminuir 1.600 millones de pesos en este proceso de transformación que además no ha terminado y hoy está en la cuarta etapa.

El sistema de salud se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional. Los gastos de bolsillo no son una causa de empobrecimiento para los hogares y este gasto está relacionado únicamente con la adquisición de medicamentos cuando no se está hospitalizado, a lo que se agrega que el 74% del cuadro básico de medicamentos es de producción nacional, ya que se tiene una fuerte industria farmacéutica, que hace que los costos de estos medicamentos sean más bajos que los que se importan, además la asistencia social cubre los gastos de las personas que por el nivel de sus ingresos no puedan adquirir. Finalmente, para la salud pública cubana como para la salud del resto del mundo, mantener la estabilidad de la situación epidemiológica en el país, lograr una mayor eficiencia en los gastos y aumentar los recursos percibidos desde el exterior con la prestación de servicios, son los principales desafíos para el sistema de salud cubano.

3. Enfoque y acciones para la sostenibilidad financiera del seguro de salud de Costa Rica

Gustavo Picado

Jefe de Área de Estudios Económicos, Dirección Actuarial y Economía
Caja Costarricense del Seguro Social

La Caja Costarricense del Seguro Social se financia mediante cotizaciones de la nómina salarial de empleadores (14,16%), trabajadores (8,25%) y Estado (0,5%). Los asegurados como independientes aportan conforme a su salario el 13,5%, y para los que ganan menos de US\$885 el aporte es del 10,5% de su ingreso. Además, el régimen no contributivo es financiado por el Estado mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Sáenz, Acosta, Muíser, & Bermúdez, 2011).

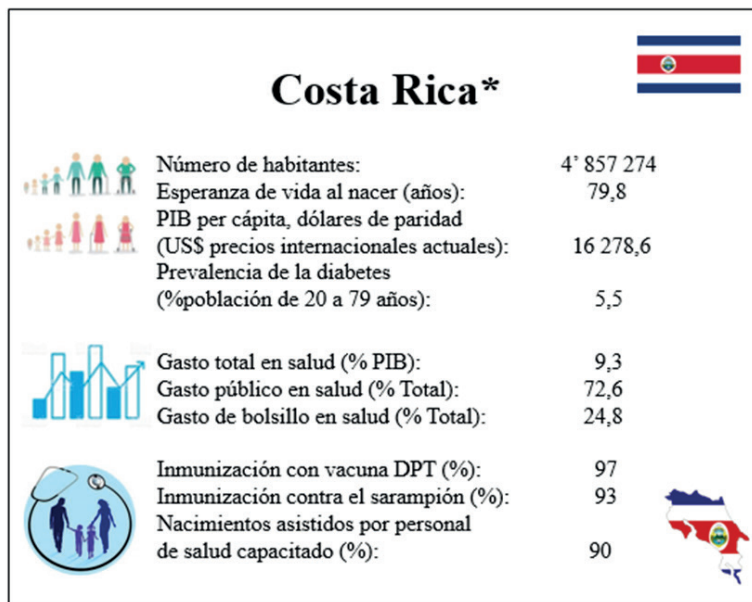
En el sistema de salud costarricense hay un desarrollo histórico que se puede resumir en que, probablemente desde el siglo XVIII o XIX, ya el país sabía hacia dónde iba. No se tienen grandes reformas, pero sí un largo camino recorrido para llegar a un sistema basado en la seguridad social, con un sistema simple pero que tiene lecciones interesantes.

El seguro social es el centro del sistema, el Ministerio de Salud solamente tiene roles rectorales y conductores. La característica principal del seguro es la cobertura universal desde el punto de vista de aseguramiento y prestacional. La institución que administra y gestiona los fondos es la Caja Costarricense del Seguro Social, el cual es un proveedor público único. El financiamiento es mayoritariamente de contribuciones, cargas sociales y servicios iguales para todos. No se presenta ninguna diferencia, el asegurado puede ser de cualquier tipo y tiene acceso a los mismos servicios y el concepto principal es que es solidario financieramente en el sentido más estricto.

El país cuenta con un modelo basado en la atención primaria, separada en Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), mediante los cuales se trata de cubrir entre cuatro mil y cinco mil personas por cada equipo. El equipo está compuesto por un médico, una auxiliar de enfermería, una persona encargada de registros médicos y un técnico de atención primaria, quien tiene más incidencia en las comunidades o en los hogares, las cuales dan servicios complementarios como laboratorio o farmacia. Sin embargo,

existen factores que generan presión sobre el gasto en salud, como el envejecimiento demográfico y las enfermedades crónicas no transmisibles. Recientemente, el 30% de las muertes son a causa de enfermedades cardiovasculares, 23% de cáncer, 11% por lesiones y enfermedades crónicas como diabetes y otro tipo de enfermedades como las respiratorias. Además, hay conductas de alto riesgo, dos de cada tres costarricenses tienen sobrepeso u obesidad, 24% consumen tabaco entre los 12 a 70 años, hay un alto número de muertes por accidentes de tránsito, sedentarismo, tasas de homicidios y de suicidio frecuentemente altas. Adicional a esto, los ciudadanos están mejor informados y son más exigentes.

Finalmente, se ha ido planteando la necesidad de pensar en la sostenibilidad del seguro de salud. En Costa Rica, la rueda que impulsa el sistema son los servicios, de manera que primero se piensa en los servicios y después en la sostenibilidad. Algunos países han hecho que la sostenibilidad sea el principio, y el fin del propósito y los servicios van quedando residualmente, lo que se quiere en Costa Rica es más salud a menor costo, y que el usuario tenga una mejor experiencia.



E. Panel sobre retos para la sostenibilidad financiera en Colombia

1. Retos de financiamiento para el sistema de salud

*Diana Cárdenas
Viceministra de Protección Social*

El gasto en salud se está calculando en Colombia mediante una metodología que permita la comparabilidad internacional. El Ministerio de Salud y Protección Social implementó el Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés), y según estimaciones el gasto en salud es relativamente estable, en torno al 6,7% del PIB. Como proporción del gasto total en salud, el gasto del gobierno general es de 76,2% y el privado de 23,8%. En este contexto, el gasto de bolsillo fue de 17,6% del gasto total en 2017, teniendo en cuenta la aproximación a la medición internacional.

Este es un sector que demanda liquidez. En 2018 el gasto ascendió a \$46 billones. El aseguramiento y los recobros o los pagos por servicios no incluidos en el plan de beneficios son \$43 billones. Se tiene una seria dificultad de cerrar los años corrientes, lo cual impacta sobre el flujo de los agentes y sobre la solvencia financiera de las EPS y las IPS. La sostenibilidad se ve agravada si se tiene en cuenta el envejecimiento de la población, que trae mayor incidencia de enfermedades crónicas y presión sobre el gasto. Sobre el particular, no se tiene una política clara de cómo se va a prever el cuidado de la población adulta mayor.

Otras dificultades o retos que generan preocupaciones sobre la sostenibilidad del sistema se refieren a la innovación tecnológica y las presiones que ella ejerce sobre el crecimiento del gasto; el inadecuado uso de los recursos, como sucede en muchos niveles de atención en donde se producen sobre-diagnósticos; fallas en diagnósticos oportunos, por debilidad en las acciones de promoción y prevención; fallas de regulación en cuanto a condiciones financieras y malas prácticas de los agentes en términos de especulación de precios y deudas, y la existencia

de un plan de beneficios extenso no resulta equiparable con las contribuciones.

Para mejorar las fallas del sistema, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 plantea algunos puntos clave. En cuanto a sostenibilidad se propone hacer más eficiente el gasto del aseguramiento y la necesidad de incentivos para los seguros voluntarios y complementarios. En cuanto a cobertura, dado el nivel que tiene el sistema, no se puede seguir pensando en un sistema basado en las contribuciones de acuerdo con el contrato laboral, más bien se debe avanzar en dos líneas: que el ingreso de los colombianos no es exclusivamente el ingreso laboral, para lo cual se deben establecer reglas, y que se facilite el recaudo de estos recursos.

Una propuesta que todavía está por desarrollarse es una regla de presupuestación y programación como toma de decisiones de mediano plazo. Se quiere que el sector salud tenga unas reglas de presupuesto a más de un año, lo cual tiene como efecto que se pueda decir, como acuerdo de país, cuánto es el crecimiento del gasto en salud en términos del PIB de los próximos años. También, como sector se pudieran fijar metas y resultados sobre el gasto, lo cual implicaría tener ajustes de la UPC por más de un año y tomar decisiones de gasto con una longitud de tiempo adicional. Se necesita realmente tener una regla fiscal clara, pero sobre todo se debe tener un compromiso claro sobre los recursos, ya que el flujo de recursos en el sector afecta la manera como los actores pueden hacer transacciones más eficientes. Esto implicaría un compromiso, tanto del gobierno nacional como de los actores, acerca del manejo de las reglas fiscales.

2. ¿Qué debería cambiarse a la prima que reciben los aseguradores del sistema de salud colombiano?

*Sergio Prada
Investigador asociado, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (Proesa), Universidad Icesi*

La unidad de pago por capitación (UPC) no es el único instrumento de financiamiento del sistema de salud, pero es uno de los más importantes y, como tal, debe incentivar la gestión integral de la atención en salud, además de ayudar a hacer un balance de las desviaciones de siniestralidad y procurar el equilibrio financiero del sistema. Hay tres objetivos fundamentales de la UPC para incentivar la gestión integral en salud: la promoción y prevención, la detección temprana y la atención oportuna y de calidad. Para atender estos tres objetivos se considera que la UPC

se debe complementar mediante cuatro acciones: el pago por desempeño a la entidad promotora de salud (EPS), el pago por desempeño a la institución prestadora de salud (IPS), el pago contra entrega de actividades con certeza de ocurrencia, y el pago a modelos integrados de atención.

En Colombia no se tiene un modelo de pago por desempeño único, por el contrario, existen un sinnúmero de acuerdos bilaterales entre EPS e IPS que pueden incluir o no incentivos al desempeño. Lo que necesita el país es un sistema que sea único,

que permita medir y comparar con una misma métrica. Este sería el principio de los dos primeros complementos en la UPC. Lo siguiente sería repensar la UPC de promoción y prevención, de manera que debería pagarse contra entrega efectiva de los servicios y no enviar el dinero antes y esperar qué sucede con él. Con la certeza de la ocurrencia se tendría una mejor forma de pagar por promoción y prevención. El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) es una muy buena iniciativa, aunque existe preocupación por la forma de implementarlo, especialmente porque debería ser específico para cada región.

El segundo objetivo de la UPC debería ayudar a tener un mejor balance de las desviaciones de la siniestralidad, como las enfermedades de alto costo en las que no hay una distribución igualitaria entre las aseguradoras y la incidencia que esto tiene. Dichas desviaciones ocurren por tres razones fundamentalmente: por selección adversa, ya que el individuo se acerca al plan que

tiene el mejor modelo de atención para su enfermedad; por selección de riesgo, en cuyo caso las aseguradoras tratan de situarse en cierto sitio geográfico para no tener a personas de alto riesgo, y por azar, pues aunque existen herramientas para las selecciones anteriores, es posible que se presenten estos casos por epidemiología o por condiciones genéticas, entre otras.

De manera que es necesario ajustar la UPC por el riesgo de los individuos mediante modelos econométricos. Para el caso de Colombia, hay muy buenos estudios que han demostrado que el país está listo para hacerlo. El ajuste de la UPC se realiza *ex-ante*, y estos modelos de ajuste toman tiempo, de dos a tres años en articularse, por lo que debe haber unos períodos de transición donde hay muy buena información para calcular correctamente las desviaciones. También es importante pensar en hacer simulaciones y entregar a las EPS el efecto de cuánto sería el ingreso ajustado.

3. Alternativas y lecciones aprendidas para la sostenibilidad del sistema de salud

María Teresa Petro

GES, Universidad de Antioquia

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Suiza

El Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia realizó un estudio sobre sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano. El objetivo principal era establecer un marco conceptual y un conjunto de opciones de política, una “caja de herramientas”, para abordar y ayudar a garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Se desarrollaron varios métodos o técnicas: una revisión de literatura local e internacional, una búsqueda de experiencias internacionales sobre cómo abordan los países la sostenibilidad financiera, un panel de expertos, y una encuesta a líderes del sistema.

El *Health Maintenance Institute* trató de modelar los países de acuerdo a lo que gastan, encontró que Colombia está dentro los países por encima de los estándares del gasto. Si el país se compara con Costa Rica o con Cuba está por debajo, pero también se debe tener en cuenta las condiciones sociales y económicas. Para completar el panorama frente al mundo se hizo un trabajo de tomar las medianas de los diferentes tipos de ingreso y Colombia no está en el top uno, pero está por encima de las medianas.

Respecto a la respuesta de líderes y expertos, el 45% consideró que el gasto en salud en Colombia está muy por debajo de otros países. Esto está en contradicción con lo que revelan los estudios. Además, se preguntó por los indicadores de gasto público y gasto privado como porcentaje del gasto total de Colombia y se encontró que hay una dispersión en las respuestas ya que consideran que el gasto público está entre 20% y 97%, y el gasto privado entre 3% y 80%. Esto demuestra una significativa

disparidad con respecto a los datos reales, ya que el 76% es gasto público y el 24% es gasto privado, pero además da cuenta de la falta de conocimiento de temas cruciales del financiamiento del sistema, incluso entre los líderes.

Se logró establecer entre los expertos un consenso acerca de la definición de sostenibilidad financiera: *el equilibrio en el tiempo entre los recursos y las necesidades de la población o los objetivos del sistema de salud, de tal forma que el gasto esperado en el futuro guarde correspondencia con los ingresos disponibles de las próximas generaciones*. Uno de los problemas que enfrentan los sistemas para llegar a ser sostenibles es que la sociedad cada vez espera recibir más servicios, por lo que los expertos consideraron que el sistema de salud no es sostenible en el tiempo. En cuanto al incremento del gasto por encima de los ingresos, los expertos anotaron que se debe especialmente a la presión tecnológica y a la transición demográfica.

Hay espacio para el mejoramiento de las diferentes áreas de la salud, aunque no hay sistemas de información en tiempo real ni claros y tampoco los mecanismos de control y supervisión están siendo efectivos. Los impuestos generales y el gasto de bolsillo parece ser poco y de hecho contrastan con las estrategias que tiene el ministerio. En la compra estratégica se considera que se está avanzando un poco, se necesita unos sistemas de información unificados con una ruta por ejemplo de integración de historias clínicas. Finalmente, en términos de los planes de beneficios uno de los que más rescatan es la importancia de la actualización de la UPC.

III. Políticas de los sistemas de salud

A. Políticas para mejorar el gasto público en salud

Jere Berhman

Profesor, Departamento de Economía, Universidad de Pensilvania

En América Latina se ha presentado una rápida expansión del gasto en salud, incluso por encima del promedio mundial. También ha habido mejoras sustanciales en algunos indicadores de salud, pero existen desafíos en las mejoras adicionales, en particular las mejoras a través de la expansión física. Es por esto que es necesarios desarrollar formas para hacer el gasto más eficiente, así que la pregunta clave es: ¿cómo mejorar la eficiencia del gasto público de salud? Para dar respuesta se plantean 10 ideas fundamentales:

1. Obtener más claridad en la medición y el entendimiento de la eficiencia del gasto. Si se toma la definición del libro de texto, la eficiencia económica es una diferencia entre los beneficios sociales marginales (BSM) y los costos sociales marginales (CSM) de las acciones. Esto incorpora lo que a veces se llama eficiencia técnica y eficiencia asignativa. Es una situación muy deseable que no puede mejorar la situación de un individuo sin hacer que al menos otra persona esté en peor situación (óptimo de Pareto). En general, esto no se sostiene sin intervenciones si hay distorsiones entre BMS y CMS, en la naturaleza social frente a la privada debido a las fallas del mercado, los efectos indirectos o las fallas de las políticas. La eficiencia implica una distribución óptima de recursos, preferencias y tecnologías, pero esa distribución óptima podría cambiar con una distribución de recursos inicial diferente, por lo que puede ser un intercambio de distribución de eficiencia (por ejemplo, equidad o lucha contra la pobreza).
2. Se requieren más esfuerzos para recolectar información del desempeño de la eficiencia, así como la relacionada con el sistema de salud. Gran parte del trabajo empírico sobre la financiación de la salud rara vez mide el grado en que existen distorsiones. Son difíciles de medir y muy complejo poder establecer, por ejemplo, los verdaderos costos de los beneficios sociales, para los bienes y servicios que se negocian a nivel internacional, se puede argumentar que los mercados internacionales brindan el costo, los beneficios y el costo apropiados de las oportunidades, pero, en general, en términos de dos países existen distorsiones debido a la naturaleza de las políticas comerciales.
3. La buena gobernabilidad es central para la elección de políticas costo-efectivas. La buena gobernanza es importante para la elección de políticas rentables y el enfoque en la buena gobernanza en esta discusión es en términos de instituciones proveedoras de servicios de salud. Por ejemplo, sobre el grado de centralización de los problemas de información dada: puede ser que las enfermeras tengan más contacto con los pacientes y tengan mucha mejor información que los médicos y, de igual manera, las clínicas y hospitales tengan mucha mejor información que los ministerios de salud. También es importante la buena gobernanza a nivel nacional, dada la distorsión que se presenta por la volatilidad macroeconómica y las posibles distorsiones de las políticas en los mercados, especialmente el acceso a los mercados internacionales.
4. No existe una sola forma de medir la eficiencia a nivel de hospitales. Se pretendía hacer referencia a métodos alternativos para estimar la eficiencia, con el punto de que el mejor método depende del objetivo y el contexto. Sin embargo, también se refiere a otro tipo de preguntas, como el alcance de los estudios para evaluar la eficiencia. Las heterogeneidades en los mercados y las políticas, dificultan las comparaciones entre países o regiones de un mismo país. Por lo tanto, este tipo de comparaciones puede ser sugerente, pero difícilmente concluyente, ya que captura en parte las diferencias macro y de mercado, no solo las diferencias en los sistemas de salud en sí. Además, es probable que las heterogeneidades no observadas en todas las unidades, en un nivel más local, al buscar entre clínicas u hospitales, creen un desafío al tratar de estimar el impacto de varios insumos.
5. Tres de cada diez fuentes primarias de ineficiencia en el sector salud están relacionadas con farmacéuticas, dada la información asimétrica sobre la calidad y precio.
6. La política de obtención de farmacéuticos óptima debería incluir intervenciones desde la oferta y la demanda, es importante incluir proveedores de medicamentos tanto privados como públicos, dada la importancia de los primeros en muchos contextos.
7. Los analistas deberían evitar recomendar una lista de “lavandería” estándar. Las soluciones deben tener en cuenta la evidencia y el contexto. Dadas las heterogeneidades del

mundo real es importante aprender de las prácticas «buenas» de otros países, por lo que podría valer la pena considerar la adopción en un contexto particular. Pero también es muy importante intentar adoptar esas prácticas para monitorear y evaluar a lo largo del tiempo, requiriendo buenos datos de línea de base y longitudinales, y revisar o rechazar las políticas en consecuencia

8. El verdadero reto recae en elegir estratégicamente qué reformas deberían ser prioridad. Las reformas de políticas para promover la eficiencia pueden agruparse en cuatro categorías principales: decisiones de asignación de recursos, incentivos, reformas de gestión y mejora de la transparencia y la rendición de cuentas. El verdadero desafío radica en

elegir estratégicamente qué reformas deberían ser una prioridad. Hay un gran desafío en el monitoreo de los efectos que son importantes para evaluar en el tiempo.

9. Los países de América Latina y el Caribe deberían enfocarse más en la administración de servicios de salud.
10. Presupuestos basados en resultados pueden ser una herramienta prometedora que puede llevar a una mejor eficiencia y eficacia del gasto. Sin embargo, es un desafío especificar correctamente en qué en condiciones debería estar la gestión de la base de resultados, y debido a qué tan difícil es hacerlo. Es muy importante contar con un monitoreo y evaluación relevantes

B. Políticas de salud en América Latina

Ana Sojo

Consultora internacional

Investigadora y asesora. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

En América Latina es crucial construir coaliciones políticas amplias que tengan como objetivo superar la fragmentación y la estratificación que resultan propias de los sistemas de protección social vigentes. El momento es más propicio que hace algunas décadas, porque las ilusiones individualistas sobre el aseguramiento se han erosionado conforme maduraron los sistemas que tienen tal orientación. La naturaleza impredecible de los riesgos, su magnitud y su carácter pueden ser la base de un interés compartido que sustente pactos en torno al fortalecimiento de políticas universales y con financiamiento solidario, que permitan enfrentar en condiciones menos desiguales a las poderosas coaliciones que se articulan en torno al lucro y a la individuación de los riesgos.

Algunas características de los mercados laborales latinoamericanos inciden tanto en la cobertura como en la calidad de la protección social: altas tasas de informalidad y precarización del trabajo, bajos ingresos y dificultad para mantener trayectorias laborales estables, desigualdades de género, étnico-raciales y urbano-rurales (CEPAL, 2007). Todo esto se agrava con el envejecimiento poblacional. Pero la fragmentación, la segmentación y las estratificaciones están también establecidas y enraizadas en los propios sistemas, y en su acción política y discursiva, es decir, no son exógenas. Por ello, avanzar hacia la universalización y la solidaridad exigen actuar sobre la arquitectura de los sistemas, lo que abarca entre otros aspectos: progresividad del financiamiento, asignación de los recursos, especificación de los beneficios, calidad de las prestaciones, eficacia y eficiencia del uso de los recursos, racionalidad y regulación de las combinaciones público-privadas, y protección jurídica de derechos (Sojo, 2017). Es propicio, por tanto, reflexionar acerca de la equidad

de la protección social a la luz de diversas combinaciones entre lo público y lo privado.

De allí que sea crucial encarar las enfermedades evitables, los cuadros de morbilidad, las aflicciones eludibles y la mortalidad prematura. La igualdad en la distribución de los recursos y la atención de la salud es indispensable, pero el logro de la igualdad debe estar incorporado en un concepto más amplio de justicia. En este ámbito, la injusticia es particularmente grave en cuanto a la falta de oportunidades para gozar de buena salud, debido a instituciones o a disposiciones sociales inadecuadas. En esos términos, la asignación económica debe dar una atención apropiada al rol de la salud en la vida y la libertad humanas (Sen, 2004). El disfrute de la salud debe excluirse de los precios que conforman los incentivos para la actividad económica, debe buscarse lo que Tobin denomina un “igualitarismo específico” para que su disfrute se distribuya menos desigualmente de lo que las personas obtendrían según su capacidad de pago, y menos inequitativamente que el ingreso general (Anand, 2004).

La protección social debe permitir a las personas encarar determinados riesgos mediante el acceso a servicios y garantías sociales, por encima de las asimetrías socioeconómicas. Un sistema de protección social es un acuerdo político en construcción permanente, acerca de qué derechos se aplican a la población, cómo garantizarlos y hacerlos viables (CEPAL, 2007). Por la interacción de los riesgos es crucial que las políticas superen una visión netamente sectorial y aspiren a lograr una óptica y una organización integral de los sistemas.

Es importante, por tanto, diversificar los riesgos, la solidaridad y la regulación de las exclusiones. A diferencia

de lo que planteaba el Banco Mundial en su paradigmático Informe sobre salud de 1993, si bien las inmunizaciones, las campañas de salud pública y la prevención vinculada a la salud materno-infantil son elementos indispensables, la prevención no puede constituir el foco de largo plazo de los esfuerzos en el sector de la salud, así como la preocupación por los seguros contra riesgos catastróficos tampoco es válida solo cuando estos riesgos afectan a los pobres (Mundial, 1993). Cuando se opta por el financiamiento solidario, los objetivos son redistributivos y es posible establecer subsidios cruzados entre distintos estratos de ingreso y de edad, con diferentes niveles de riesgo. Al incluir y retener personas con diferentes grados de riesgo y al no estar orientados por el lucro, los seguros obligatorios permiten una diferenciación estable de los riesgos.

El seguro social articulado de manera solidaria puede estar en manos de aseguradores públicos o privados, y su financiamiento puede provenir de primas obligatorias de los trabajadores y los empleadores o solo de los trabajadores, o bien de impuestos generales. Pero en ambos casos su lógica difiere sustancialmente de la del seguro privado, pues se rompe la identidad entre prima y riesgo individual y se establece la cobertura de riesgos en términos más genéricos, por lo que pueden incluirse personas que

normalmente no estarían cubiertas por los seguros individuales de mercado (Barr, 1993).

Ampliar la gama de opciones de los consumidores y su capacidad de elección mediante la competencia ha sido una piedra angular del discurso que ha servido de fundamento a las privatizaciones de la protección social, o a la participación eminentemente lucrativa de agentes privados en su administración y provisión en América Latina. Sin embargo, la evidencia empírica muestra que las restricciones a la competencia son muy grandes, que los costos asociados son muy altos, que las conductas de riesgo moral de diversos actores son profusas, que la capacidad regulatoria y de sanción del Estado es deficiente, y que la mayoría de las personas no ejercen su virtual capacidad de elección o la practican por motivos erróneos (por ejemplo, inducidos por campañas publicitarias). En consonancia, a diferencia del pensamiento neoclásico, los problemas de información y las características de la conducta humana explican una considerable divergencia de los óptimos (first-best). En la práctica se observan conductas de indecisión, de inercia y de inmovilización que es indispensable considerar: la información imperfecta y asimétrica, los mercados incompletos y el comportamiento “no racional”. Es por esto, que se propone usar un corpus teórico para analizar otras opciones (second-best).

C. Panel sobre medición y superación de desigualdades en salud y protección social

1. Protección social en América Latina: La desigualdad en el banquillo (reseña)



Ana Sojo

Consultora internacional

Investigadora y asesora. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Los dieciséis países de América Latina pueden agruparse en tres categorías, según la cobertura en salud: alta, media y baja. Sin embargo, es principalmente inquietante el virtual estancamiento en los países con cobertura muy baja, como también sucede con las pensiones, a tal punto que no alcance siquiera a cubrir la mitad de las personas que perciben un salario. Es el caso de Nicaragua, donde se desató una conflictividad política a partir de la propuesta de reducir las pensiones. En cambio, en algunos países que tenían inicialmente una cobertura intermedia se presenta un interesante dinamismo, como es el caso de Perú, y también se observan países que reducen el gasto en pensiones como México y Venezuela, mientras que Colombia da un salto enorme en salud.

En cuanto a los paradigmas, la fuente de los recursos por sí sola no determina la estructura organizacional del sector salud, los mecanismos mediante los cuales se designan los recursos, ni la precisión con que se determinan los beneficios. Entonces, los niveles de afiliación y las desigualdades de los sistemas de pensiones y salud no son función de la forma en que ellos se financian. Existen sistemas contributivos con cobertura amplia, al igual que otros con cobertura muy limitada. Se pueden encontrar sistemas contributivos muy estratificados como el mexicano, pero también sistemas contributivos con características diferentes como el de Costa Rica, el cual ha buscado que los beneficios

de la cobertura contributiva y no contributiva converjan y se integren. En Colombia se avanza hacia la convergencia del régimen contributivo y del subsidiado. Por su parte, existe también un sistema no contributivo como el de Brasil, que a pesar de su carácter universal y solidario, su amplia cobertura y su financiamiento con recursos fiscales, se inserta dentro de una estratificación sistémica por los incentivos fiscales.

Ahora bien, aunque las cosas no son blanco ni negro para los países de la región, de todos modos dentro de la discusión latinoamericana están atrapadas estas dicotomías que se

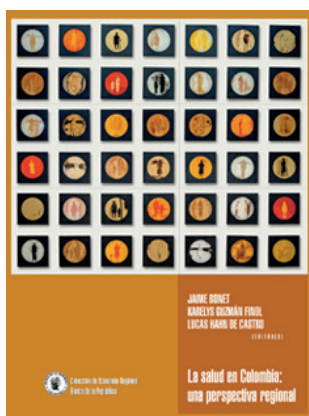
convierten en limitantes y camisas de fuerza que impiden un adecuado análisis de los sistemas. En realidad, estas dicotomías analíticas no reflejan la complejidad de la protección social en la región, entonces tanto los sistemas financiados con recursos contributivos como con recursos fiscales pueden tener alta cobertura y calidad y baja estratificación y segmentación, o baja cobertura y calidad y alta estratificación y segmentación. Por ejemplo, aquellos países donde la cobertura contributiva es baja ha sido imposible romper los techos contributivos, razón por la cual es imposible pensar en solidaridad y en la aspiración hacia la universalidad. Esto a lo que atañe es a la arquitectura de los sistemas y no podemos imputarle a las dinámicas del mercado laboral todas las fallas respecto a que la cobertura de la protección social es desigual o baja, ya que son condicionantes exógenos.

Lo interesante es que los planteamientos sobre financiamiento, en general, se intersectan sobre propuestas muy distintas respecto de la cobertura. Por un lado, las visiones dicotómicas del financiamiento contributivo y no contributivo que impugnan el contributivo han propuesto limitar la protección social a un conjunto reducido de prestaciones focalizadas, financiadas con recursos fiscales. Por otro lado, hay propuestas de vocación universalista que no predeterminan o encorsetan los contenidos de estas coberturas universales, y que endosan el carácter gradual de la ampliación debido a la complejidad política, institucional y financiera que le es inherente, y que comparten una visión pluralista sobre las instituciones de la protección social que pueden estar involucradas.

2. La salud en Colombia: una perspectiva regional (reseña)

Jaime Bonet

Gerente, Banco de la República, sucursal Cartagena



El sector salud de Colombia ha sufrido importantes transformaciones en las últimas décadas, las cuales han conllevado a múltiples beneficios como el aumento de la cobertura, del 30% al 98%, un mayor gasto público sectorial donde se invierte cerca del 7% del PIB, con un 75% de carácter público, y el cambio de un sistema que financiaba básicamente la oferta pública a uno dirigido a subsidios a la demanda mediante los regímenes contributivo y subsidiado. Los beneficios han estado acompañados de limitaciones y un amplio debate sobre la política de salud, como la organización de la provisión de los servicios de salud, la calidad y el acceso a dichos servicios, la ineficiencia en el manejo de los recursos o la escasez de estos, el diseño de los planes de atención en los regímenes vigentes, la crisis financiera de los hospitales públicos y los resultados en prevención y promoción de la salud.

Uno de los mayores logros para el sistema de salud colombiano ha sido la disminución sustancial en la tasa de mortalidad infantil (TMI), durante la segunda mitad del siglo XX. No obstante, la velocidad de los cambios y el valor absoluto de la TMI han sido disímiles en las regiones. En cambio, al mirar las causas de enfermedad y muerte se encuentra que no existen diferencias notorias en el ámbito regional, pero sí entre géneros. La principal causa de muerte reportada en las mujeres fue el cáncer en los años 2000 y 2012, mientras que para los hombres fue el homicidio en 2000 y el cáncer y las enfermedades isquémicas del corazón en 2012. En cuanto al acceso a los servicios de salud, la cobertura aumentó entre 1997 y 2012, pero a la par se dio una disminución en el acceso efectivo.

En cuanto a capacidad instalada de Colombia, esta es baja. El país cuenta aproximadamente con quince camas por cada diez mil habitantes. Entre 2002 y 2012 no se efectuaron grandes

cambios en la capacidad hospitalaria pública y el grueso de la oferta es privada, con 57% de las camas, 76% de las salas de quirófanos y 51% de las ambulancias. Además, la oferta está concentrada en las principales capitales del país: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena.

Dentro de los aspectos que deberían ser considerados en la política sectorial, se encuentran: la incorporación de la dimensión regional en la política nacional de salud, el fortalecimiento de la coordinación departamental e interdepartamental de la red hospitalaria, la definición de una estrategia de transparencia en la gestión sectorial, el establecimiento de una visión integral de la promoción y prevención en salud, la consolidación de los servicios de apoyo de diagnóstico y la especial atención a las características de los gastos de bolsillo por regiones, a la gestión que realizan los gerentes hospitalarios y a las secretarías departamentales como coordinadoras de la red de prestación de servicios.

3. El Plan Decenal de Salud Pública, una apuesta para el cierre de brechas en Colombia



Martha Ospina

Directora, Instituto Nacional de Salud

En 2015, la carga de enfermedad en Colombia se encontraba en un 83,2% sobre las enfermedades no transmisibles, tales como la hipertensión arterial o el accidente cerebro vascular. Sin embargo, han emergido con gran velocidad algunos tipos de cáncer, a tal punto que se proyectan para 2030 como la primera causa de muerte. En cuanto a mortalidad, en primer lugar se encuentran las enfermedades cardiovasculares, seguidas de eventos de causas externas, enfermedades transmisibles, y, por último, lo materno perinatal. Ahora bien, la carga de enfermedad y los resultados de los indicadores de salud son variados y hasta distantes entre sí dependiendo de la región. Un mapa de geografía sanitaria muestra que los promedios ya no son funcionales, de modo que se pueden diferenciar por lo menos tres Colombia: la urbana, la rural y la rural dispersa.

En cuanto a los servicios de salud, es bueno tener presente que ellos solamente aportan el 11% a la modificación de la morbilidad, aunque se le atribuye el 90% de la culpa, incluso tiene un profundo arraigo social, mientras que el estilo de vida que aporta un 43% y se le otorga únicamente el 1,2% de la fama. Por otra parte, se necesita que los demás sectores

se den por aludidos y produzcan transformaciones por lo menos en los determinantes intermedios y en las condiciones estructurales para modificar la situación de salud.

En el tema de las enfermedades transmisibles, una tendencia para enmarcar es la tasa de mortalidad por diarrea en menores de cinco años, que pasó del 12% a 5% en cinco años. Aun así, es preocupante saber que el 50% de la población más pobre pone el 70% de los muertos por diarrea. Lo mismo sucede con la razón de mortalidad materna, si bien no alcanzó los objetivos del milenio muestra una mejora increíble, pero al separar por áreas de residencia, la tasa de la región Guajira en zona rural dispersa es cien veces mayor que la de Bogotá. En general, el 50% de la población más pobre concentra el 68% de las muertes.

El plan decenal de salud pública es una política que pretende afectar el entorno, formulado bajo ocho dimensiones prioritarias para la vida: salud ambiental, derechos sexuales y sexualidad, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud en el ámbito laboral, vida saludable libre de condiciones crónicas y discapacidad, vida saludable libre de enfermedades transmisibles, y salud en un contexto de emergencias y desastres. De este modo se busca alcanzar mayor equidad, afectar de manera positiva los determinantes sociales y el comportamiento de la situación futura en salud.

4. Desigualdades en salud para la tercera edad en Colombia



Paul Rodríguez Lesmes

Profesor, Facultad de Economía, Universidad del Rosario, Colombia

Colombia realiza un gran esfuerzo para asignar recursos al sistema de salud, con una clara relación entre el PIB per cápita y la carga de enfermedad por enfermedades transmisibles. Como país de ingreso medio aún se enfrentan una gran cantidad de enfermedades transmisibles, en parte, debido a su ubicación en el trópico. Sin embargo, en cuanto a las enfermedades no transmisibles, la relación con el PIB es bastante tenue. Por ejemplo, ser un país muy rico

como Estados Unidos comparado contra países de ingreso medio como Brasil o Colombia, es casi exactamente lo mismo en términos de calidad de vida por enfermedades no transmisibles.

Dos enfermedades, la hipertensión arterial y la glucosa, afectan a la mitad o a un tercio de la población de cierta edad y permiten entender qué tan bien está funcionando el sistema de salud, ya que estas enfermedades se desarrollan sin presentar notables síntomas, son diagnosticadas después de que se encuentran en etapa avanzada, y, dependiendo de la calidad de acceso al servicio, es posible el debido control. Entre varios estudios de diferentes países, para Estados Unidos el estudio de retiro (HRS), para el Reino Unido la encuesta longitudinal de envejecimiento, para México el MHAS, y para Colombia la

encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento de 2015, se encuentran variables no detectadas de hipertensión referidas a las personas que no han sido diagnosticadas pero que en las mediciones tienen un nivel por encima de los cortes de los médicos, y las que tienen hipertensión detectada, los cuales están bajo control de la enfermedad, pero que en la medición todavía tienen altos niveles de presión arterial.

En estos estudios se encuentra en un extremo a Estados Unidos, con 26% de la población que tiene hipertensión arterial sin diagnosticar, y por el otro extremo a México, con el 42% de su población. Colombia se parece más a los buenos casos, pero cuando se pasa a la hipertensión arterial detectada las diferencias son mucho más pronunciadas. Es México el país con el mayor porcentaje entre estos países, con aproximadamente el 60% de su población con hipertensión,

aun cuando existen los impuestos saludables, como el de las bebidas azucaradas debido a las altas tasas de obesidad incluso mayores que las de Estados Unidos.

Ahora bien, en cuanto a las regiones de Colombia, en Bogotá no existe una gran diferencia en términos de riqueza para las personas que sufren esta enfermedad y son tratados. Sin embargo, no sucede lo mismo en la región Pacífica, aun cuando el grueso de estas poblaciones no ha llegado a la edad en la que se espera que se desarrolle la enfermedad. Claramente están en desventaja aquellas personas con peores condiciones materiales. Esto pone en perspectiva la necesidad de identificar los puntos débiles y retos del sistema, ya que se evidencia que en las ciudades principales existen esfuerzos por manejar estas dificultades, mientras que las regiones se encuentran rezagadas y con estos gradientes.

5. Una distancia que nos une: Una imagen de las desigualdades brasileñas



Entre 1990 y 2013, alrededor de 1.000 millones de personas salieron de la pobreza extrema en el mundo, es decir, dejaron de vivir con 1,90 centavos de dólar por día. Sin embargo, otros 200 millones de personas podrían haber tenido el mismo destino, si en ese mismo período el promedio de crecimiento de la renta de los pobres hubiera sido mayor que el promedio del crecimiento del ingreso de los ricos. En septiembre de 2015 las Naciones Unidas tuvieron su 70° encuentro y establecieron una nueva agenda para 2030, que es la propuesta de desarrollo sostenible para erradicar la pobreza en el mundo. De acuerdo con el Banco Mundial, en las proyecciones entre 2010 y 2030 el 40% de los más pobres van a tener un aumento de la renta, pero va a ser mucho menor de lo que sería y todavía vamos a tener 260 millones de personas por debajo línea de pobreza.

En Brasil, entre 1988 y 2015 la pobreza extrema disminuyó del 37% al 10%. En los últimos 15 años, el país logró sacar a 28 millones de personas de este estado, a pesar de seguir teniendo una gran concentración de ingresos en las clases más altas. El índice de GINI cayó 16% entre 1988 y 2015, y sin embargo la porción de personas más ricas se mantuvo igual. Durante ese período se tuvo también una gran expansión de diversos servicios públicos, especialmente en relación a la universalización de la educación. Estas reformas fueron profundas, pero en los últimos 16 meses, desde 2016 que se dio el golpe de Estado con la destitución de la presidenta Rousseff, ese proceso fue gravemente revertido, paralizando la implementación del Estado de bienestar social tan deseado.

Brasil sigue siendo uno de los peores países del mundo en términos de desigualdad: tiene al menos 16 millones de personas viviendo por debajo de la línea de pobreza. El Banco Mundial espera, que hasta 2017, más 3,6 millones de personas

estarán por debajo de la línea de pobreza. Brasil es el tercer peor país en términos de distribución de renta en América Latina, estando en su frente sólo Colombia y Honduras. De acuerdo con el último estudio de las Naciones Unidas sobre desarrollo humano, es el décimo país más desigual en el mundo en un ranking de 140 países.

En relación con los indicadores de salud, el gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó entre 2000 y 2015 del 8% al 9,1%. El gasto del gobierno creció, del 3,6% al 3,9% del PIB, y los gastos de las familias como porcentaje del PIB crecieron del 4,4% al 5,2% del PIB. A pesar de tener un sistema único y público de salud, Brasil cuenta con un gasto del gobierno del 52%, y el 48% restante corresponde a gastos privados. La relación entre el gasto en salud, renta y consumo efectivo de salud, en contraste con otros bienes y servicios, muestra que la relación de los gastos de las familias en consumo final de salud como porcentaje de la renta disponible pasó del 6,6% en 2010 a 7,4% en 2015.

Janice Dornelles De Castro

Profesora, Universidad Federal de Río Grande del Sur, Brasil

D. Panel sobre prevención y control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

1. Economía del comportamiento y políticas públicas



Ana Balsa
Profesora, Universidad de Montevideo, Uruguay
Miembro del directorio de iHEA

La economía del comportamiento ofrece un nuevo marco teórico para entender y predecir los riesgos comportamentales que llevan a los individuos a incurrir en conductas no saludables y aumentar el riesgo de ECNT. Se parte de que los individuos no son tan racionales como afirma la teoría económica tradicional. Un ejemplo de ello es que la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias explican entre el 60% y 80% de las muertes en América. Otro ejemplo, es que la prevalencia mundial del sobrepeso y obesidad es de 37% y para América Latina y el Caribe es de 59%.

La teoría de la economía del comportamiento expone más de 170 sesgos comportamentales, que se clasifican en cuatro grupos, a saber: 1) *según el marco en el que se presentan las opciones*: reducir las opciones de elección también evita que el consumidor se desgaste cognitivamente, previene la inatención y la fatiga por las elecciones; 2) *según la postura frente a la incertidumbre*: los individuos presentan aversión a perder, es decir, los individuos pesan más las pérdidas que las ganancias, esto causa que los individuos se aseguren más de lo que necesitan; 3) *según la percepción del tiempo*: los individuos tienen una tasa de descuento decreciente con respecto al futuro; 4) *según las interacciones sociales*: factores como el prestigio y la relación de pares.

En cuanto a las herramientas de política, la economía del comportamiento ofrece un menú de herramientas de política (*nudges* o empujones) para ayudar a los individuos a optimizar las decisiones de salud sin limitar su capacidad de elección. Algunos ejemplos de las características más relevantes de los *nudges* son: que la opción más saludable sea la opción por defecto, establecer incentivos contingentes,

reemplazar golosinas por frutas en las cajas registradoras y aumentar la facilidad de lectura del contenido de nutrientes de los alimentos. En este campo de la economía se pueden realizar diagnósticos que influyan en las políticas públicas y la regulación en general, no obstante, aún no se cuenta con suficiente evidencia, algunas investigaciones tienen presencia de sesgos y se observa en el campo empírico un debate entre medidas de economía tradicional (impuestos) vs economía del comportamiento (*nudges*).

En el caso de Uruguay, la campaña de control de tabaco estuvo basada en políticas tradicionales como aumento de impuestos, medidas de precios, medidas de prohibición de consumo de tabaco en espacios públicos y de trabajo, pero también en otras medidas con fuerte influencia de la economía del comportamiento como restricciones de marco (marca y paquete) donde se obligó a las empresas a cubrir el 80% del paquete con advertencias escritas y pictogramas y se prohibió la exhibición y publicidad de cigarrillos. Dichas medidas resultaron efectivas en Uruguay para reducir el consumo del tabaco en el país.

2. Prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles

Manuela Villar
Consultora del Banco Mundial



DETECCIONES Y CONTROL DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES

Para abordar el tema de la prevención y el control de las ECNT se tienen en cuenta tres ámbitos en los que es necesario desarrollar nuevos modelos de pensamiento: financiamiento, sistemas de información y prestación de servicios.

Primero, el financiamiento de la salud debe tener en cuenta la prevalencia de las enfermedades dado que existe una correlación entre ambas variables (prevalencia y gasto en salud). Un análisis de costos indica que se debe prestar particular atención a la prevención y al tratamiento de la obesidad, debido a que sus costos están entre

0,1% y 2,9% del PIB, o 1% y 25% del gasto total en salud. Adicionalmente, se deben reunir esfuerzos para reducir los costos del tabaquismo que ascienden a 4,23 mil millones de pesos. Una forma de contrarrestar la incidencia y reducir la prevalencia es mediante medidas de impuestos saludables, también es necesario tener en cuenta impuestos al alcohol, y crear el impuesto a las bebidas azucaradas. Para tal fin, se recomienda el trabajo conjunto entre el ministerio de hacienda y el ministerio de salud. Por parte de los hacedores de política, se debe profundizar y usar la evidencia creada desde las investigaciones científicas.

Segundo, se resalta la importancia de poseer sistemas de información. Son importantes para nutrirse de información verídica y aplicable. Actualmente más del 39% de la población posee prevalencia de una enfermedad crónica y más del 19% posee prevalencia de multimorbilidad (presencia de más de dos enfermedades crónicas), sin embargo se debería hacer esfuerzos en hacer seguimiento de esta población ya que no existe información clara de edad, profesión, causas etc. Se recomienda un seguimiento de estos datos.

Tercero, en cuanto a la prestación de servicios se realizó un estudio de la fortaleza institucional de las jurisdicciones sanitarias en el servicio público popular de México, donde se observó que se cuenta con equipos multidisciplinarios que llevan a cabo las actividades de prestación de servicios, pero no de una manera muy completa. No existe entrenamiento de los encargados del manejo de los sistemas, existe una falta de institucionalidad real para enfrentar enfermedades crónicas, limitando la calidad de los servicios prestados y no hay fondos específicos para llevar a cabo acciones importantes. También, se encontró que las jurisdicciones sanitarias encargadas de la atención primaria, son fuertes de planeación y estrategia, un poco más débiles en monitoreo y prevención, y presenta falencias en la prestación de servicios. Finalmente, relacionado a la calidad de la prestación de servicios, solo, alrededor del 60% de las enfermedades no transmisibles se detecta correctamente por un médico, esto evidencia que no hay un conocimiento claro y fuerte para diagnosticar y detectar enfermedades crónicas no transmisibles y sucede lo mismo en todo el mundo.

3. Evidencia y alternativas para Colombia

*Blanca Llorente
Profesora. Universidad Sergio Arboleda*



de las tabacaleras. La interferencia de la industria en estos temas es una realidad y un desafío, ya que la industria sabe cómo influir en las decisiones regulatorias o como combatirlas cuando ven que en sus espacios de desarrollo de mercado se ven amenazados. El tema de la gestión del conflicto de interés y el tema de la transparencia en todo el proceso de formulación e implementación de las políticas públicas de salud, en estos temas se vuelve fundamental.

Concordia es una iniciativa de la OMS, que consiste en promocionar el dialogo sobre regulación e innovación en temas de desarrollo económico y políticas para el desarrollo. Es una agenda amplia y multisectorial en donde se plantea el

Colombia adoptó el convenio para el control del tabaco, con la Ley 1109 de 2006 y está vigente plenamente desde el 2008. Dicho convenio incluye medidas de etiquetado, empaquetado, prohibición a la publicidad, promoción y patrocinio e impuestos. En cumplimiento de las disposiciones de esta Ley pueden llegar a existir conflictos de interés. Y estos conflictos de interés son difícil de disminuirlos cuando se habla de cuestiones abstractas como los son los códigos de ética. En Uruguay, las medidas que se adoptaron para el control del tabaco, generaron conflictos de interés con la industria tabacalera, quien intentó obstaculizar la política fuerte, ya que precisamente quería defender sus intereses económicos a través de mecanismos de litigio estratégico. Entonces es el caso en que una compañía demanda a un gobierno. Sin embargo, el Estado de Uruguay le da la razón al gobierno y no a los argumentos

dialogo en términos de la colaboración en alianzas público-privadas. Uno de los patrocinadores de dicha iniciativa es Philip Morris, una de las tabacaleras más grandes del mundo. En el momento en que el director de la OMS, se da cuenta de dicho patrocinio, anuncia que no asistirá. Hace unas pocas semanas en Colombia hubo un foro así, organizado por Concordia al que asistieron las cabeceras dirigentes del país: congreso y ejecutivo del gobierno saliente y del entrante. Había una mesa de enfermedades no transmisibles y en el cubrimiento de medios que se vigilaba desde la sociedad civil, se percibieron resultados tangibles: las declaraciones de los tomadores de decisiones en torno al tema de no transmisibles

y la ausencia de participación de voces desde el lado de salud pública en la mesa de no transmisibles.

Ahora, lo que ocurrió en el congreso en torno a las discusiones de etiquetado, fue lamentable. Y este fue un ejemplo de cómo la industria interfiere en las decisiones, de manera que la política se neutraliza. Por ello se tiene una apariencia de *nudge*, pero no se siguen los lineamientos de buenas prácticas de experiencias como en Ecuador o Chile. En ese ciclo de política, se debe tener un cuidado especial con el tema del conflicto de interés ya que se convierten claramente en un obstáculo para las políticas públicas de prevención de enfermedades no transmisibles.

En tabaco, Colombia ya tiene un camino ganado en cuanto al cómo hacerlo y es la implementación del artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Sin embargo es necesario aterrizar dicho convenio a procedimientos, políticas y lineamientos claros en el ámbito de las instituciones. El informe que está publicado en la página de la Defensoría del Pueblo sobre el nivel de implementación del convenio Marco, el análisis jurisprudencial hace alusión a las falencias que se tienen en términos de la implementación del artículo 5.3, muestra lo que el país podría hacer en otros temas sensibles. No es un modelo perfecto, pero señala un camino para mejorar la gestión en el tema de conflicto interés.

4. Laboratorio de simulación de políticas en salud



*Norman Maldonado
Investigador. Fundación Salutia*

El departamento de Risaralda (Colombia) decidió invertir recursos de regalías de ciencia tecnología e innovación para financiar el desarrollo de un laboratorio de simulación de políticas en salud, priorizando las enfermedades que más muertes ocasionan, que por supuesto son enfermedades no transmisibles. El laboratorio parte del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (OMS, La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca, 2008) y consisten en un simulador para cada componente de ese marco conceptual.

¿De qué sirve tener un laboratorio con estas características? Las decisiones sobre enfermedades no transmisibles se toman con un retrovisor, es decir, se revisan las últimas cifras y las tendencias de los últimos años. Sin embargo, es importante mirar hacia adelante pues se trata de enfermedades de largo plazo. Además, se puede ver la información desintegrada, por un lado en la encuesta de situación nutricional, y por el otro, la encuesta sobre la utilización de los servicios de salud y los determinantes de la salud. Con estas encuestas se logra ver la información desintegrada y se puede describir lo que ocurre. Se logra observar, por ejemplo, que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 50%, altísima al desintegrarla con las otras variables.

En cuanto al método, se trabaja con sistemas complejos y sociedades artificiales. La idea es construir una sociedad artificial que imite las características de las personas en

Risaralda. Dicha sociedad artificial imita y reproduce las características y comportamientos observados. Para cada persona se decide si fuma o no con base en la información disponible. A nivel del sistema de salud, si una persona está enferma en la sociedad artificial empieza a usar servicios de salud con diferentes intensidades y costos, y por supuesto, se reproducen las características del sistema en Risaralda. En términos de las fuentes de ingresos, cómo se financia la operación, se utilizan técnicas de emparejamiento estadístico.

¿Qué lecciones se pueden aprender de esa experiencia, sobre el papel de los gobiernos locales en las enfermedades no transmisibles? 1) El importante papel del departamento, se debe invertir en salud pública y en hacer investigación y desarrollo, no solamente hacer estudios clínicos, sino también en temas de economía del comportamiento, y esto fue lo que logró hacer el departamento de Risaralda. Dados los resultados de las simulaciones, se puede sugerir que no se tienen las capacidades suficientes para afrontar las enfermedades no transmisibles, y quizás lo apropiado sea intervenir en los factores de riesgo y en los comportamientos de las personas. 2) Se deben hacer monitoreo y evaluación. No se puede seguir con cifras segmentadas de algunas patologías. El laboratorio trata de integrar todo y cubrir todas las patologías, en incidencia y prevalencia. 3) Se debe generar evidencia en términos de comportamientos, también generar evidencia que no sea fragmentada sino integral. 4) Generar compromisos por parte de los gobiernos locales. En enfermedades no transmisibles se necesita un papel activo de todos.

IV. La economía de la salud y su aporte a las políticas y los sistemas de salud



AES-LAC fue creada el 24 de julio de 2008 con ocasión del III Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe celebrado en La Habana, Cuba. Se trata de una asociación civil de derecho privado, de carácter regional, sin fines lucrativos, cuya finalidad es reunir a las asociaciones de Economía de la Salud de la región. Estos espacios sirven para el intercambio y la actualización de conocimiento, y permitan unir el ámbito académico con el político, contribuyendo a los decisores, tanto públicos como privados, con diversidad de enfoques y herramientas.

Cuadro 1. Congresos organizados por AES-LAC entre 2004 y 2018

Congreso	Año	País	Ciudad	Temática
I	2004	Brasil	Río de Janeiro	-
II	2006	Argentina	Buenos Aires	Desarrollo económico y salud; Eficiencia y Equidad
III	2008	Cuba	La Habana	Jornada científica de regulación económica y evaluación de tecnologías sanitarias
IV	2010	Chile	Santiago de Chile	El aporte de la economía de la salud al acceso equitativo a la salud en un contexto de crisis
V	2012	Uruguay	Monte Video	Salud, protección social y desarrollo económico: el desafío de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios
VI	2014	Brasil	Sao Pablo	Salud, desarrollo y territorio
VII	2016	Argentina	Buenos Aires	Perspectivas económicas y futuro del sector salud en Latinoamérica y el Caribe
VIII	2018	Colombia	Medellín	Reformas, políticas y sostenibilidad de los sistemas de salud

En el marco del VIII Congreso de AES-LAC se realizó una mesa redonda con la participación de representantes de las Asociaciones de Economía de la Salud (AES) de Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Uruguay. La mesa redonda estuvo moderada por Ramón Abel Castaño y la discusión giró en torno a las siguientes preguntas: ¿Cómo nació la asociación, cómo se conformó, qué tipo de organización tienen, qué

profesionales la conforman y en general, cuál sería el balance en el recorrido histórico?, ¿Cómo han incidido las AES en las políticas públicas de cada país?, ¿Cuál es la razón de ser y por cuál objetivo luchan las AES?, ¿Cómo se resuelve el trade off entre acceso a financiación e independencia?, ¿Cuáles son las fortalezas, desarrollos, debilidades, retos y dificultades a destacar de la economía de la salud de cada país?

Argentina

Ariel Goldman
Secretario de Relaciones, AES Argentina



AES Argentina inició en 1991 de la mano de la Universidad Isalud. Está conformada por un grupo de profesionales de diversas disciplinas que desarrollan sus actividades en el

sector salud. El propósito de la Asociación es crear un ámbito científico-pluralista para la reflexión, la investigación y la formación de recursos humanos en el área de la Economía de la Salud, con especial preocupación por la eficacia y la equidad del sistema sanitario. Sus objetivos son: congregar a profesionales e instituciones con interés y experiencia en el estudio de las bases económicas y sociales de los procesos de la salud y enfermedad de la población; promover la formación, el perfeccionamiento y la educación continua de recursos humanos en el área de la Economía de la Salud; desarrollar esfuerzos para estimular, apoyar y promocionar estudios e investigaciones en temas de Economía de la Salud, y establecer relaciones con asociaciones similares en el orden nacional e internacional.

En Argentina es difícil separar a los miembros de la AES de las políticas públicas. Desde la asociación se ha generado toda una línea de formación y pensamiento que tiene vida propia. Ha contado con la participación de distintos funcionarios y ministros, lo que da a la AES seriedad y confiabilidad. Uno de los últimos proyectos, que ha tenido gran impacto a nivel nacional fue el denominado “Remediar”, el cual se enfoca en la distribución de los medicamentos de atención primaria a los centros de salud de todo el país. Este programa fue ideado por miembros de la AES y hoy es uno de los programas que implementa el Ministerio de Salud Pública.

AES Argentina no acepta patrocinio de la industria farmacéutica, pero sí lo hace de instituciones privadas. Dichas instituciones, generalmente no tienen un espacio asegurado en nuestros eventos por ser patrocinadores, ya que los panelistas y los conferencistas se definen previamente al patrocinio y no en función de los aportes. También se han hecho alianzas con universidades para conseguir instalaciones sin costo para los eventos académicos, así es posible disminuir los gastos sin bajar la calidad de los eventos.

Brasil

Rodrigo Mendes
Director, Asociación Brasileña de Economía de la Salud (ABRES)



ABRES fue creada hace casi treinta años, un año después de la creación del Seguro Único en Salud en 1988, junto con la Constitución Federal de Brasil. Tuvo un rol muy importante en la consolidación y expansión de

la Economía de Salud en el país, aunque ya se contaba con instituciones dedicadas a hacer estudios e investigaciones sobre los gastos en salud, como el Instituto de Investigación en Economía Aplicada (IPEA), la Fundación Oswaldo Cruz y varias universidades. La Asociación se conformó por investigadores, técnicos del sector salud, economistas, profesionales de la salud y miembros de algunas universidades, instituciones y de la secretaria de salud. Ha reunido en los últimos seis años más de cien miembros y ha representado más de quince instituciones.

La expansión de estudios de Economía de la Salud está muy relacionada con las políticas públicas y el Ministerio de Salud, tanto que en este se creó en 2003 el Departamento de Economía de la Salud, lo que significó un importante avance para organizar y estructurar las investigaciones. La Asociación ha hecho un levantamiento del estudio en Economía de la Salud, habiendo identificado más de cien grupos de investigación en unas cincuenta instituciones académicas. El principal desafío es avanzar en una red de estudio y hacer que la información y los diagnósticos sean más utilizados en las políticas públicas. Tanto el Ministerio del Gobierno Federal como los Estados tienen núcleos de Economía de la Salud en los que la Asociación juega un rol importante en la capacitación y promoción de estudios.

Tradicionalmente, los encuentros de ABRES no tienen el patrocinio de instituciones privadas. De hecho, los programas están orientados por instituciones públicas, el Ministerio de Salud o instituciones generales de ciencia y tecnología. Sin embargo, con la situación política del país, el tema de financiación se ha vuelto un poco complejo, aunque de todas maneras se ha logrado que los eventos académicos planeados puedan realizarse.

La mayor fortaleza de ABRES es el capital humano. Las personas voluntariamente contribuyen en la organización de los encuentros, en pro del fortalecimiento de la independencia de la Asociación. Sobre los principales desafíos, se encuentra principalmente el contexto desafiante de Brasil en términos de política pública, ahora mismo se esperan elecciones presidenciales y existe tensión con un candidato de la extrema derecha.

Colombia

Jairo Humberto Restrepo
Presidente. Asociación Colombiana de Economía
de la Salud (ACOES)



ACOES tiene dos momentos o etapas. La primera, en 1995, cuando se quiso conformar la Asociación a partir de un primer seminario realizado en Medellín, con un liderazgo importante de profesores de la Facultad de Salud Pública de la

Universidad de Antioquia, al amparo de la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud (Redefs), que tenía secretaría técnica en México, y con unos recursos de la OPS y el Banco Mundial se propició la conformación de AES en los países. En parte, la reforma al sistema de salud, la falta de cohesión y de recursos, impidieron consolidar la Asociación, de manera que en 2005 se convocó en Medellín a un seminario nacional sobre macroeconomía y salud donde se realizó un coloquio sobre investigación y allí se asumió el compromiso de crear de manera formal la Asociación, que finalmente se inició en 2008.

Las actividades de ACOES se han concentrado en seis congresos, incluyendo este, y declaraciones o pronunciamientos con las que se ha buscado incidir en las políticas públicas. Una declaración, con ocasión de la emergencia social del año 2010, otra con la formulación de la Ley Estatutaria de Salud en 2015, y una más reciente con la propuesta de una ley sobre impuestos a las bebidas azucaradas. Además, en cuanto a la incidencia en políticas públicas, varios de los miembros de ACOES han estado en el gobierno, como lo fue el primer presidente en su calidad de viceministro. En general se ha buscado, además de fomentar el desarrollo académico, mantener el vínculo con el sector público.

ACOES constituye un esfuerzo por consolidar o desarrollar un capital relacional, que haga visible en el país lo que se hace, lo que se tiene y lo que se puede hacer en Economía de la Salud. De manera que investigadores, grupos, universidades y, en general, instituciones académicas, se unen para motivar el desarrollo de Economía de la Salud.

ACOES es independiente, y acaso en parte por ello no ha logrado buena identidad ni cohesión. La Economía de la Salud se ha fortalecido en el país, por ello las universidades han ido respondiendo mediante la creación de maestrías, cursos de formación, grupos de investigación y proyectos. Sin embargo, las debilidades giran en torno a cómo desarrollar unos incentivos o una propuesta que permita que ACOES se mantenga. Cada centro de investigación y grupo hace un esfuerzo por mantener debates y jornadas académicas, pero no es algo permanente, se necesita motivación para poder continuar.

Chile

Julieta Aranguiz
Asociación de Economía de la Salud de Chile



AES Chile ha tenido períodos dinámicos. Alrededor de 1995 un grupo de economistas comenzó a reunirse para analizar la salud desde una perspectiva económica. A raíz del modelo que se traía desde la dictadura militar, y

posteriormente sin contar con un modelo formal, se dejan de lado estas reuniones y se retoman en el año 2006. La Asociación obtiene la personalidad jurídica en 2008 y ha trabajado desde entonces con distintas directivas. En cuanto a seminarios internacionales, en 2010 el país fue sede del Congreso de AES-LAC y ha tenido distintos congresos y seminarios nacionales.

En la academia chilena la Economía de la Salud es más bien bastante nueva. Como tema académico en general era parte de los ingenieros y administradores públicos que se dedicaban al tema de la salud, pero hoy es una rama que se está considerando en Magister y Doctorado de salud pública. En AES Chile hay 150 miembros de los cuales 40 están activos y participan en todas las actividades que realiza la Asociación.

AES Chile es un organismo independiente del Ministerio de Salud. Sin embargo, hay miembros que participan de manera autónoma en las actividades que corresponden al Departamento de Economía del Ministerio. Una de las dicotomías del país en términos del sistema de salud es que la población espera una mejoría en salud, y aunque Chile tiene la economía más estable de la región, el presupuesto en salud no está dentro de las prioridades. Este es uno de los desafíos en los que está trabajando AES Chile, con el propósito de mejorar los presupuestos para las patologías que ya están cubiertas por el sistema de salud y las que están apareciendo con los cambios epidemiológicos y demográficos.

Se considera la Asociación como un organismo autónomo, ya que desea ser libre en la toma de decisiones y en las acciones que ejecuta, dar respuesta a las incógnitas que surgen de los miembros que participan tanto en docencia, como los del gobierno o de organismos internacionales, y poder responder finalmente a los desafíos que se está enfrentando el país como los cambios demográficos, económicos y sociales. Sin embargo, para la Asociación es complejo mantener la independencia, se recibe apoyo de algunos colegios profesionales o de universidades, que son quienes más aportan en la preparación de los seminarios.

La mayor fortaleza de la Asociación es la multidisciplinariedad. Hay diferentes tipos de profesionales y diferentes grupos etarios, que desde su experiencia y práctica puedan aportar a la Asociación. El desafío más importante es lograr que haya más interesados en la Economía de la Salud, que haya mejor preparación en esta área, que no se deba salir del país para poder hacer maestrías y doctorados en el tema.

Uruguay

Patricia Triunfo

Profesora Titular, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República de Uruguay



AES Uruguay se creó en el año 2009 con unos sesenta profesionales. Sin embargo, actualmente son treinta los miembros activos con una membresía de cuatro dólares. La mayoría proviene de las ramas

médicas o gestión de la salud, y también economistas de diferentes organismos públicos, privados y universidades. La Asociación ha organizado el V Congreso de AES-LAC en Montevideo en el año 2012, dos congresos nacionales y un debate pre-electoral en 2014. La investigación es escasa, desde la academia es un núcleo pequeño y más allá de la escala, es insuficiente lo que se está haciendo para los desafíos que tiene el sector.

Algunos actores del país están hablando de la segunda reforma del sistema de salud, la primera iniciada en enero del 2008, por lo que será fundamental incrementar estos espacios. Es necesario que la discusión, la producción académica y la disponibilidad de información sean de calidad y oportunas para la toma de decisiones. Aún hay mucho por hacer, inclusive en el desarrollo de posgrados y cursos, apenas existe un par de maestrías o posgrados relacionados con el tema, pero no hay un desarrollo profundo de esta temática en el país.

AES Uruguay hizo un gran esfuerzo para que fuera totalmente independiente. Aunque su primera presidenta sea la directora de la Economía de la Salud en el Ministerio, cada uno como socio tiene su lugar de trabajo y sus orígenes, por lo cual es difícil lograr consensos que representen a todos los miembros. De hecho, los socios fundadores provienen del Ministerio de Salud, del Fondo Nacional de Recursos, de universidades y hospitales. El objetivo de la Asociación es el desarrollo del área de la Economía de la Salud, lograr un lugar de intercambio y, justamente por tener esta particularidad, englobar a varias disciplinas como la medicina, la sociología, la psicología y la economía. Se hablan diferentes idiomas, por lo que para poder tener una buena comunicación se busca aprender un mismo idioma y confluir hacia algo común.

La gran debilidad de AES Uruguay y en general en las AES de la región, es la dificultad de darle continuidad a ese espacio que representan cada una de ellas, mantener el diálogo de forma sistemática. Sin embargo el esfuerzo es enriquecedor y el objetivo común de AES-LAC es mejorar los sistemas de salud de América Latina. La independencia es muy importante y por ello la Asociación no acepta financiamientos de la industria farmacéutica. Claramente se acepta apoyo de OPS, del Ministerio de Salud Pública, u otro tipo de entidades. Las principales fortalezas de la Asociación son el diálogo, el encuentro, el conocer, y aunque es una asociación pequeña, ha permitido crear una red. Las debilidades están concentradas en torno a la participación y la continuidad de esta red, la agenda diaria a veces impide realizar de manera efectiva las funciones de AES Uruguay, sin embargo, es de gran importancia mantener la asociación en el tiempo.

V. Conclusiones

Al terminar el Congreso se presentaron unas conclusiones generales, como parte de la declaración o el pronunciamiento de ACOES y de las memorias del evento. Se extendieron los agradecimientos al equipo organizador, a las universidades que brindaron su respaldo académico y a las entidades nacionales y del exterior que dieron su auspicio o patrocinio. Se presentaron también las actividades a realizar en el futuro y el resultado de la reunión de las Asociaciones de Economía de la Salud (AES), con las perspectivas para continuar trabajando en pro del fortalecimiento del área en América Latina y el Caribe.

Las reformas en América Latina y el Caribe pueden comprenderse bajo dos conceptos —los procesos y los contenidos—, los cuales se refieren a la forma de la reforma y a los procesos técnicos que hay detrás de ella. A pesar de las múltiples reformas que han llevado a cabo los países de la región desde 1990, aún pueden encontrarse problemas de fragmentación y de segmentación. Desde la OMS se planteó en 2014 una estrategia de salud universal. Dicha estrategia tiene cuatro líneas, la primera relacionada con el modelo de atención, la segunda sobre la construcción estratégica enfocada en la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud, la tercera acerca del aumento en el financiamiento y la disminución del gasto de bolsillo, y la cuarta correspondiente a la coordinación, el uso integral de los sistemas de salud y los determinantes sociales que tiene el sistema de salud. Se hizo así un llamado a propiciar la legitimidad de los sistemas de salud, de manera que resulta crucial la participación ciudadana y la consolidación de espacios de diálogo en los que la academia juega un rol fundamental.

En el caso colombiano, es de gran importancia la búsqueda de una visión de largo plazo, con la conciencia de que el sector salud sea capaz de verse más allá de sí mismo, reconociendo por tanto el carácter multifactorial de la salud y la importancia de otros sectores. De igual manera, es necesario continuar la búsqueda de la eficiencia, tanto a nivel macro o del sistema de salud vía medidas destinadas al gasto, como lo que significa la eficiencia micro o de las diferentes organizaciones. Una preocupación, para el caso Colombiano, ha sido el cuidado sobre la equidad, pues en el marco de los avances sobre protección financiera se plantean propuestas sobre financiamiento privado que pueden dar al traste con dichos logros.

En cuanto a la sostenibilidad y el gasto en salud, en general se puede decir que hay presiones de distinta índole en los sistemas, las cuales pueden estar asociadas a cambios demográficos, a la oferta de nuevas tecnologías, a shocks externos como crisis económicas, y a elementos emergentes como la crisis migratoria. Sin embargo, para lograr la cobertura universal se recomienda

un mayor compromiso para mejorar el origen de los recursos, la mancomunación (el *pooling*), la asignación, la compra y la planificación presupuestaria. Ahora bien, la sostenibilidad no se refiere únicamente a un problema financiero. Esta puede ser desagregada en varios componentes, como la sostenibilidad del sistema de salud como sector de provisión, la sostenibilidad política, la sostenibilidad estructural, y la sostenibilidad financiera.

El espacio fiscal se refiere a encontrar o proveer de disponibilidad de recursos, presupuesto, sin poner en riesgo la sostenibilidad financiera del gobierno, lo cual es considerado como una restricción. Si bien los países de la región exhiben experiencias diversas y se encuentran en etapas de desarrollo diferentes, la preocupación común se refiere a cómo aprovechar el espacio fiscal para cubrir las necesidades en salud y responder a los retos del sistema. Para esto, predominaría la búsqueda de recursos para cubrir el gasto creciente mediante impuestos, generales o específicos. Además, la sostenibilidad financiera puede asociarse al aumento de la integridad, el espacio fiscal y la promoción de la eficiencia, que son los puntos en los que más se enfocan los países de la región.

En el caso colombiano es de vital importancia la búsqueda de un acuerdo para saldar las deudas (acuerdo de punto final), cubrir el déficit corriente con nuevos recursos y buscar la contención del gasto centrando la atención en una nueva definición de la unidad de pago por capitación (UPC) que tenga en cuenta aspectos como la comorbilidad y un ajustes por riesgos.

En temas de política es crucial que en América Latina se construyan coaliciones amplias que tengan como objetivo superar la fragmentación y estratificación propias de los sistemas de protección social vigentes. Es crucial que las políticas superen una visión netamente sectorial y aspiren a lograr una óptica y una organización integral de los sistemas. Además, algunas características de los mercados laborales latinoamericanos inciden en la cobertura y en la calidad de la protección social. Por ello, avanzar hacia la universalización y la solidaridad exigen actuar sobre la arquitectura de los sistemas, lo cual abarca aspectos como la progresividad del financiamiento, la asignación de los recursos, la especificación de los beneficios, la calidad de las prestaciones, la eficacia y eficiencia del uso de los recursos, la racionalidad y regulación de las combinaciones público-privadas, y la protección jurídica de los derechos.

En cuanto a la reducción de la desigualdad y del control y la prevención de enfermedades no transmisibles (ENT), en este Congreso se expusieron varios trabajos y se plantearon líneas de investigación y alternativas de política para afrontar estas

problemáticas. En cuanto a desigualdad, si bien se reconocen que en aspectos como la cobertura y el financiamiento se encuentran dicotomías analíticas y paradigmas que se convierten en camisas de fuerza y que impiden un adecuado análisis de la arquitectura de los sistemas, en todo caso existe un amplio espectro de medidas a considerar, y es así como en el caso colombiano se llamó la atención por la incorporación de la dimensión regional en la política nacional, el fortalecimiento de la coordinación departamental e interdepartamental de la red hospitalaria, la definición de una estrategia de transparencia en la gestión sectorial, el establecimiento de una visión integral de la promoción y prevención en salud, la consolidación de los servicios de apoyo de diagnóstico y la especial atención a las características de los gastos de bolsillo por regiones, a la gestión que realizan los gerentes hospitalarios y a las secretarías departamentales, como coordinadoras de la red de servicios.

Sobre las ENT, desde una perspectiva macro se examinaron las intervenciones del sistema de salud, destacando la importancia de la rendición de cuentas y la adecuada gestión de conflictos de interés. En términos de política pública, esta debería poner la atención en la gestión de medidas basadas en fundamentos de economía comportamental y la utilización de herramientas de modelamiento para predecir los efectos y ayudar a la toma de decisiones teniendo en cuenta el contexto.

Dado el nivel de la discusión y los trabajos presentados, junto con el grupo de profesionales reunidos en torno al Congreso, se destaca que a pesar de mantenerse como una comunidad académica más bien pequeña, esta se consolida y crece con el paso del tiempo, generando oportunidades para la generación de redes y alianzas en pro de una mayor investigación y también del fortalecimiento de la formación en el área. No obstante, en el caso colombiano se debe hacer un gran esfuerzo por lograr la participación de una mayor cantidad de personas provenientes de las diferentes ciudades del país, ya que la mayoría de veces las ciudades que destacan con asistentes son Medellín y Bogotá. Es importante lograr que las demás ciudades de Colombia se articulen a estos eventos académicos, además de mejorar la interacción entre economistas e investigadores en Economía de la Salud, por un lado, y profesionales del sector salud, por la otra.

(*): Nota metodológica

Los datos que se observan en las figuras de las páginas 9-12 y 18-20 son tomados del Banco Mundial para el año 2016, excepto los de gasto en salud que son de 2014. El PIB está expresado en dólares y ajustado según paridad del poder adquisitivo. Las tasas de inmunización corresponden a niños menores de un año y, los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado son un porcentaje de los nacimientos totales.

Referencias

- Alcalde, J., Lazo, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública México*.
- Anand, S. (2004). The concern for equity in health. *Public Health, Ethics, and Equity*.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*.
- Arrow, K. (2000). Insurance, risk and resource allocation. *Economics and Finance*.
- Barr, N. (1993). The Economics of the Welfare State. *Stanford University Press*.
- Becerril, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud pública Méx.*
- Belló, M., & Becerril, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública México*.
- CEPAL. (2007). *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Santiago: Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2834/S2006932_es.pdf
- Comisión del Gasto y la Inversión Pública (2018). Informe final de la Comisión. Obtenido de: <https://www.fedesarrollo.org.co/content/informe-final-de-la-comisi%C3%B3n-del-gasto-y-la-inversi%C3%B3n-p%C3%BAblica>
- Cutler, D., & Zeckhauser, R. (2000). The anatomy of health insurance. *Handbook of Health Economics*.
- Frenk, J. (2015). Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. *The Lancet*, 65-67.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública México*.
- Mundial, B. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- OMS. (2008). *La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010). *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2017). *Salud en las Américas: panorama regional y perfiles de país*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Sáenz, M. d., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública México*.
- Sen, A. (2004). Why health equity? *Public Health, Ethics, and Equity*.
- Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo*. Santiago: CEPAL.
- Van de Ven, W., & Ellis, R. (2000). Risk adjustment in competitive health plan markets. *Handbook of Health Economics*.
- Van de Ven, W., & Schut, F. (2011). Guaranteed access to affordable coverage in individual health insurance markets. *The Oxford Handbook of Health Economics*.

Observación Estadística

La Sentencia T-760: ¿Qué ha pasado después de diez años?

Jairo Humberto Restrepo y Lina Casas

La sentencia T-760 de 2008 fue una respuesta de la Corte Constitucional de Colombia frente a los problemas del sistema de salud en cuanto al acceso y la falta de supervisión y autorregulación. La Corte se basó en un análisis de 22 tutelas, 21 de ellas interpuestas por ciudadanos a quienes se les había vulnerado el derecho a la salud, y una por la EPS Sanitas para solicitar claridad sobre las reglas de recobro por prestaciones no incluidas en el plan obligatorio de salud (POS).

La Corte impartió una serie de órdenes generales para que las instituciones del sector adoptaran las medidas que permitieran superar los problemas y garantizar la actualización, unificación y acceso al POS y la cobertura universal sostenible. Con la sentencia se otorgó a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo, así que en adelante no sería necesario invocar su protección por conexidad con un derecho fundamental, como el derecho a la vida.

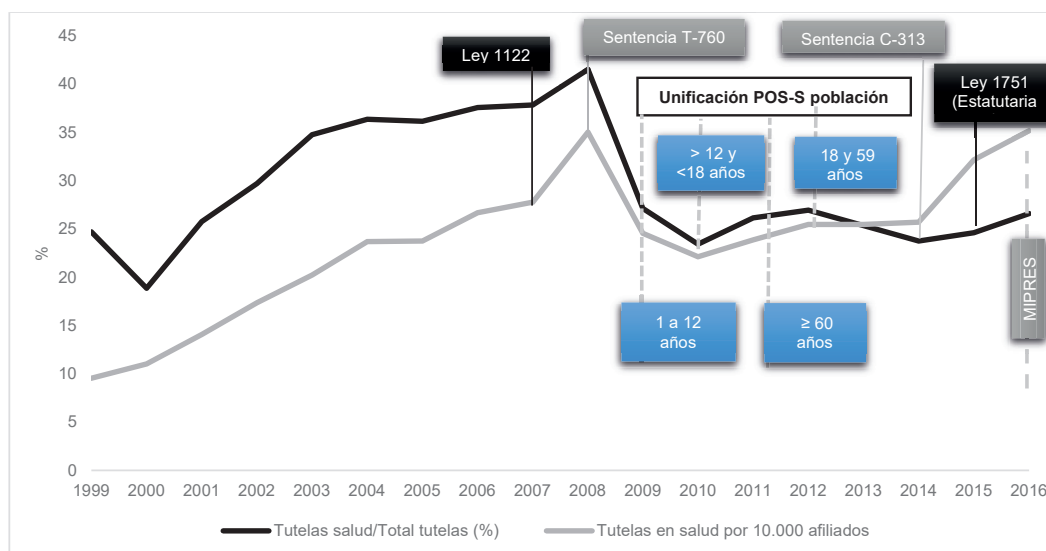
Las órdenes de la Corte le dan un mayor peso a cuatro aspectos relacionados con la sostenibilidad del sistema y el derecho a la salud: 1) La ampliación del plan de beneficios, basada en la actualización integral del POS; 2) La unificación gradual y sostenible del POS para toda la población; 3) sostenibilidad

financiera y flujo de recursos, y 4) asegurar la cobertura universal sostenible.

Transcurridos diez años, aunque no se han alcanzado la totalidad de las metas propuestas por la sentencia, se evidencian avances importantes que han impactado las condiciones de la prestación de servicios. Se destacan las actualizaciones del POS y la expedición de resoluciones sobre exclusiones, la unificación de los planes de beneficios entre el régimen contributivo y el subsidiado, el crecimiento de la UPC subsidiada, el pago de recobros represados con antelación a la sentencia, y el control a los precios de los medicamentos, entre otros.

Otras órdenes de gran impacto para el sistema de salud son las relacionadas con la medición de las acciones de tutela, esperando de estas una reducción como producto del cumplimiento de las órdenes. El número de tutelas en salud, como porcentaje de las tutelas totales, tuvo un crecimiento sostenido hasta 2008, y desde entonces se dio una reducción hasta 2014, cuando se alcanzaron los niveles de 1999. En términos de una tasa por afiliado, las tutelas en salud han tenido una tendencia creciente, desde 9,5 por cada 10.000 en 1999 hasta 35,2 en 2016, siendo la tasa similar a la alcanzada en 2008 (35 por cada 10.000) (ver gráfico). De modo que los efectos de la sentencia resultaron temporales.

Gráfico. Colombia: tutelas en salud, 1999-2017 (% total tutelas y tasa por cada 10.000) afiliados.



Fuente: Defensoría del Pueblo (2018). Cálculos y elaboración del GES.

Obituario

Robert Dover

El antropólogo que aportó al GES nuevas miradas sobre el sistema de salud colombiano (*)



Eliana Martínez Herrera
Profesora, Facultad de Salud Pública. Universidad de Antioquia

retar al debate. «Si y no» era una respuesta frecuente de él. Así comenzaba el desarrollo de sus ideas, las cuales buscaban dar cuenta de la complejidad de los fenómenos sociales que nos interesaban comprender» (Claudia Puerta y Constanza Silva, Instituto de Estudios Regionales, UdeA).

Robert dejó un valioso legado para su nicho de las ciencias sociales. En el GES orientó apuestas alternativas para comprender la problemática del acceso a servicios de salud, como lo hizo con sus aportes en el proyecto “Acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín: caracterización y propuesta para el monitoreo y la vigilancia”, de manera especial mediante la construcción de un concepto de acceso y la identificación de barreras a partir del trabajo con comunidades.

“Robert le apostó a la comprensión de las diversas formas de corrupción y opacidad del sistema de salud. Sus aportes en el proyecto del GES sobre este tema, financiado con recursos de la Unión Europea, permitieron proponer una política al gobierno nacional, que fue acogida en parte en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, en la cual se parte de reconocer los dos tipos de corrupción que Robert documentó muy bien y cuyo trabajo cualitativo permitió sistematizar frente a la realidad colombiana: la corrupción con C mayúscula y la corrupción con c minúscula. Nos queda también la impronta de su célebre frase frente a la sin salida que a veces se presente con problemas como el de la corrupción: la desesperanza aprendida. Aprendimos mucho de Robert y conservamos la esperanza de ayudar a cambiar el mundo” (Jairo Humberto Restrepo, Coordinador del GES).

A Robert, quien tenía más de quince años de vivir en Colombia, le gustaba ser llamado por su nombre. Había hecho etnografía de lugares distantes a las montañas antioqueñas. Con esos contrastes en su mente y en su corazón solía compartir sus conocimientos a partir de reflexiones basadas en hechos cotidianos y recuerdos de experiencias vividas que le permitían darle sentido a sus hipótesis de trabajo, y, por supuesto, que fueran comprendidas en su propio castellano.

Para Robert, una de sus mayores motivaciones para relacionarse con otras maneras de hacer ciencia era la búsqueda de la *transdisciplinariedad*, de los métodos entre disciplinas y áreas de conocimiento. Como *Manfred Maxneef*, el economista y pensador chileno fallecido recientemente, Robert nos retaba frente a los procesos que deseábamos desencadenar con las interacciones que establecíamos con las comunidades, los grupos sociales y los grupos de interés. Robert era respetuoso de las miradas propias de los individuos, de los argumentos tejidos y las maneras como percibíamos los nuevos horizontes luego de muchas confrontaciones con la realidad, pero a la vez era incisivo por una comprensión lógica de las maneras emergentes de la organización de la sociedad civil, capaz de asumirse transformadora de su propia realidad.

“A Robert le gustaban todos aquellos proyectos que buscaran alternativas para el bienestar de las comunidades. Le gustaba trabajar en equipo. Recordamos de él su manera hábil de

(*): Robert VH Dover (1956 Pensilvania, Estados Unidos - 2018 Antioquia, Colombia). Antropólogo de *College of William and Mary Williamsburg*, Virginia, y PhD en Folklore de *Indiana University*. Profesor de Antropología en la Universidad de Antioquia e investigador del Instituto de Estudios Regionales de la misma Universidad a partir 1997.

Actualidades del GES

Investigaciones y estudios:

El GES inició los siguientes proyectos en octubre de 2018:

“Análisis de la situación institucional y financiera de la IPS Universitaria”. Convenio de cooperación entre la Facultad de Ciencias Económicas y la IPS Universitaria.

“Asociación entre contaminación del aire y desempeño escolar: un estudio utilizando evaluaciones estandarizadas en Colombia”. Convocatoria de proyectos de investigación ICFES 2018.

Publicación reciente:

Restrepo, JH; Casas, L; Espinal, JJ. (2018) “Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?”. *Revista de Salud Pública*, Vol. 20 (6), nov-dic.

6°. Congreso de ACOES:

El GES organizó el 6°. Congreso de ACOES, que tuvo lugar en Medellín los días 1 al 3 de octubre de 2018. En este Congreso el GES tuvo una destacada participación, con la presentación de seis ponencias y dos poster, y obtuvo el reconocimiento a: mejor poster colectivo, mejor trabajo de estudiantes de posgrado, mejor trabajo de estudiantes de pregrado, y un trabajo con mención especial.

Participación en eventos académicos:

Ponencia en VII Congreso Internacional Salud Bucal Colectiva. Medellín, 23 y 24 de agosto de 2018. “Cobertura y costos de los servicios de salud bucal en el plan de beneficios”. Autores: Jairo Humberto Restrepo, Paula Castro, Lina Casas, John Edison Betancur, Carolina Moreno y Mayra Alejandra López.

Monografía de grado (economía):

“Determinantes de la tolerancia a la corrupción en el sistema de salud colombiano”. Estudiante: Daniel Escobar. Asesor: Jairo Humberto Restrepo.

Otras actividades e información de interés

Andrea Ruiz, integrante del GES, obtuvo su título de maestría en Políticas Públicas en la Universidad EAFIT.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

John Jairo Arboleda Céspedes

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Sergio Iván Restrepo Ochoa

Jefe, Departamento de Economía

Jorge Hugo Barrientos Marín

Director, Centro de Investigaciones y Consultorías:

Carlos Eduardo Castaño Ríos

Coordinador del GES

Jairo Humberto Restrepo Zea

Otros profesores:

Paula Andrea Castro García

Carlos Felipe Gaviria Garcés

Claudia Cristina Medina Palacios

Profesionales y estudiantes de maestría:

Andrea Ruiz Molina

Juan José Espinal Piedrahita

Laura Ramírez

Yessica Valencia

Daysi Sanmartín Durango

Daniel Escobar Ruiz

Estudiantes en formación:

Carolina Moreno López

Jhan Marco Machado Cuéllar

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo,

Carolina Moreno y Daysi Sanmartín

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

Imprenta Universidad de Antioquia

E-mail: grupoges@udea.edu.co

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