



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS

1944

GES

Grupo de Economía
de la Salud

Retos y perspectivas de la economía de la salud en Colombia: desarrollo académico y evolución del sistema de salud

Jairo Humberto Restrepo Zea
Profesor titular

Foro: Crisis de la salud en Colombia
XVIII Encuentro nacional de decanos, directores de programa
y jefes de departamento de Economía.

Universidad Popular del Cesar, 15 de marzo de 2013

Contenido

- I. La Economía de la Salud como una subdisciplina académica: orígenes y aportes para el análisis de la salud y del sector salud
 - II. Desarrollo académico de la Economía de la Salud en Colombia: 1982-2012.
 - III. Evolución y retos del sistema colombiano de salud
 - A. Cobertura del seguro y acceso a servicios de salud
 - B. Instituciones y regulación
 - C. Financiamiento
 - IV. Conclusiones: algunos mínimos para enfrentar una reforma
-

I. La Economía de la Salud como una subdisciplina académica

Clasificación Unesco: Ciencias Económicas / Economía Sectorial / Sanidad (531207)



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Journal of Health Economics

journal homepage: www.elsevier.com/locate/econbase



Aunque es un área o subdisciplina más bien joven, la Economía de la Salud ha crecido a un ritmo acelerado en las últimas décadas. La producción de artículos ha tenido uno de los mayores crecimientos entre las diferentes áreas de la economía: se identificaron 33.000 publicaciones a partir de 1969, 12.000 más que en Economía de la Educación.

En forma similar, Víctor Fuchs (2000) reconocía un crecimiento en las tesis doctorales muy por encima de lo alcanzado en otras áreas.

JEL classification:

B20

I10

Keywords:

Health economics

Bibliometrics

History of economic thought

has expanded appreciably into the developing world). We also compare authors, countries, institutions and journals in terms of the volume of publications and their influence as measured through various citation-based indices (Grossman, the US, Harvard and the JHE emerge close to or at the top on a variety of measures).

© 2012 World Bank. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

PUBLIC HEALTH Reports

Los economistas han puesto poca atención al mercado médico, tal vez por las características que distinguen al mismo (Mushkin, 1958).

“La Economía de la Salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia de organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización” (Mushkin, 1958).

Es un área de conocimiento que toma como ***objeto de estudio al proceso de salud – enfermedad***, tanto en su descripción como en la búsqueda de sus causas y consecuencias, y ***lo estudia a través de las técnicas, conceptos y herramientas propios de la Economía***.

nations. These changes in medical techniques, and Africa—nations which include almost

THE AMERICAN ECONOMIC REVIEW

VOLUME LIII

DECEMBER 1963

NUMBER 5

El artículo seminal en Economía de la Salud: “La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas”.

- Estudio exploratorio de los problemas específicos de los cuidados médicos, desde el punto de vista de la economía normativa.
- El objeto de estudio es la industria de servicios médicos y no la salud.
- Divergencia entre el modo de funcionamiento ideal (teoremas del bienestar) y el comportamiento real: no comerciabilidad, rendimientos crecimientos y ausencia de equilibrio competitivo.
- Los problemas económicos especiales se derivan de la incertidumbre.
- Para la asignación de los servicios médicos se requiere mecanismos diferentes al mercado, así que se requiere la acción colectiva “vía impuestos o coerción pura y simple”.

Reconocimiento mundial de la Economía de la Salud: la Asociación Internacional de Economía de la Salud (*iHEA*)



iHEA

[HOME](#) [ABOUT](#) [BOARD](#) [DIRECTORY](#) [JOBS](#) [CONFERENCES](#) [PARTNERS](#) [BLOGS](#)

[PUBLICATIONS](#) [AWARDS](#)

9th World Congress on Health Economics: Celebrating Health Economics

[Sydney 2013 Home Page](#)
[Register or See Prices](#)

Invitation to "Celebrate Health Economics"

[Register for Congress](#)
[Submit Session Proposals or](#)

the NATIONAL BUREAU *of* ECONOMIC RESEARCH

Search t

"El futuro de la Economía de la Salud depende fuertemente de qué tan bien los economistas de la salud lleven a cabo dos misiones, distintas pero relacionadas:

- a) Mejorar la comprensión sobre el comportamiento económico
- b) proveer insumos valiosos para la política de salud y la investigación sobre servicios de salud."

Carácter multidisciplinario de la Economía de la Salud (la raíz intelectual, el objeto de estudio). Interacción entre economistas y profesionales de la salud.

En resumen, la Economía de la Salud puede abordarse a partir de la relación entre economía y salud

❑ La salud como componente del bienestar:

La salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de su vida (estado de salud o capital salud). La relación entre salud y desarrollo es en doble dirección:

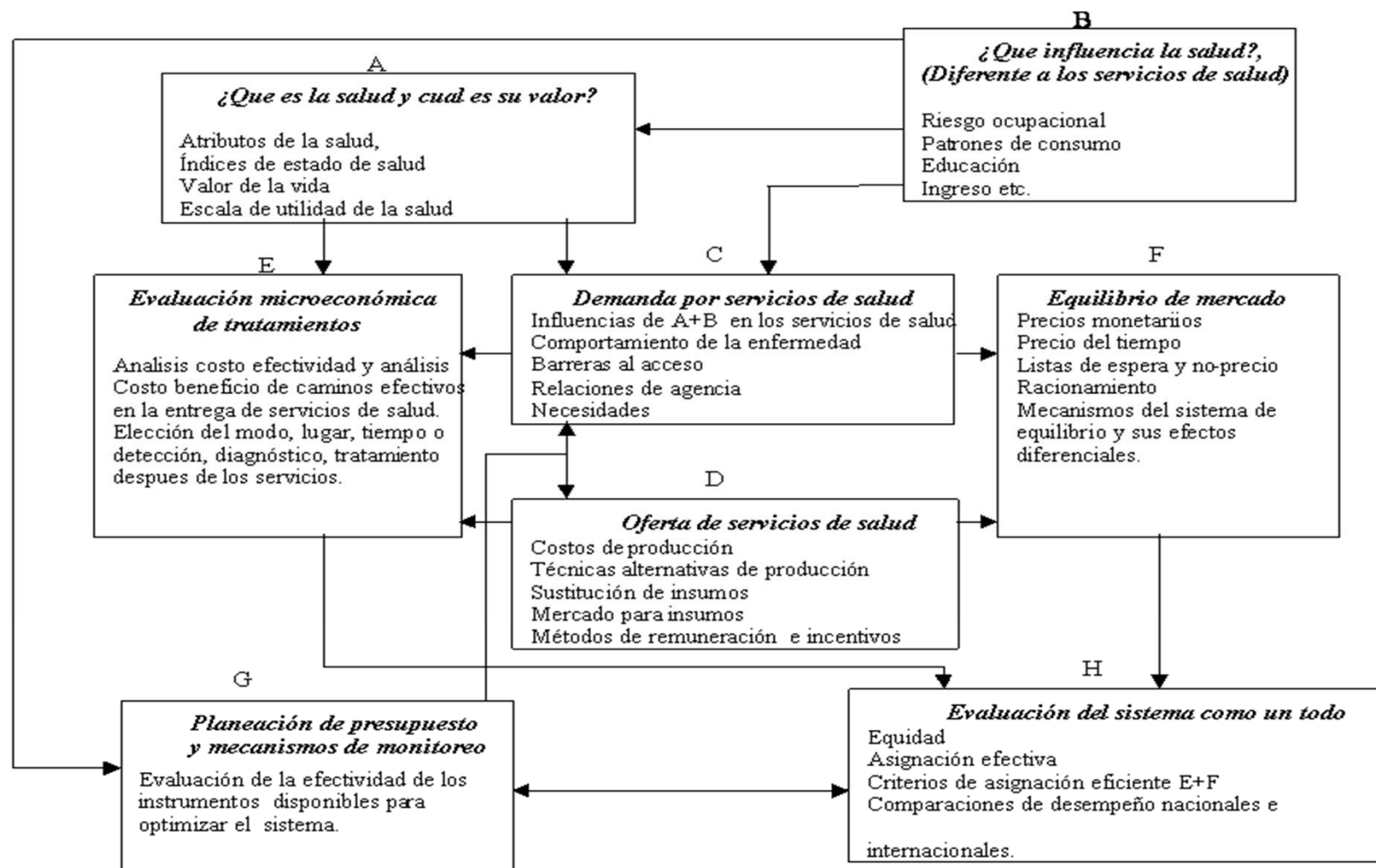
- ✓ Un mayor desarrollo económico permite a la población obtener una mejor salud.
- ✓ Un mejor estado de salud es un promotor de mayor desarrollo económico.

Informe de Macroeconomía y salud, 2001

❑ La salud como sector económico (características económicas):

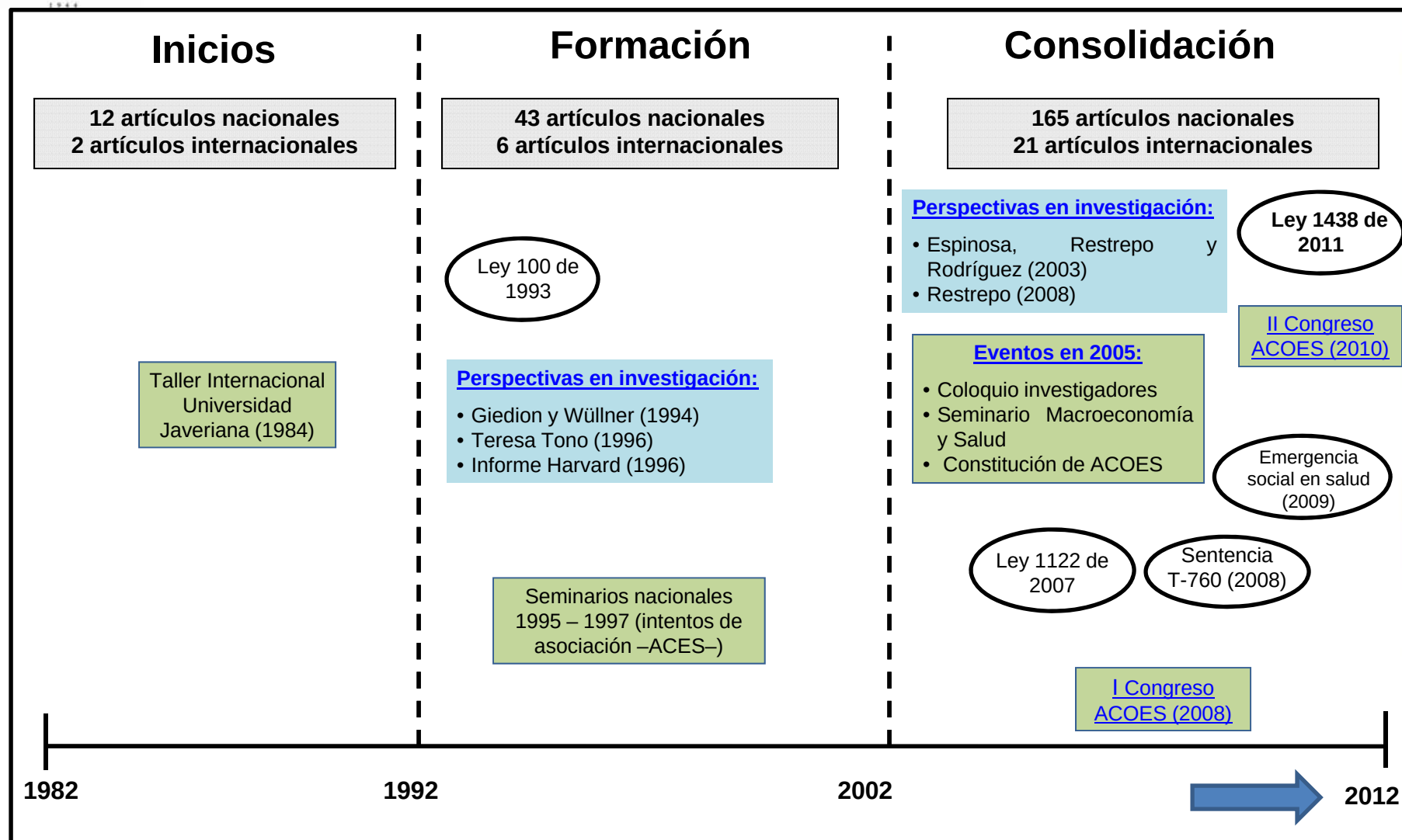
- 1) Búsqueda del beneficio: benevolencia y acción colectiva (Arrow, 1963).
- 2) Problemas de información: asimetría y agencia imperfecta (Akerlof, 1970).
- 3) Incertidumbre: distorsiones en el gasto de las familias (Arrow, 1963).
- 4) Utilidad social: bienes públicos y externalidades (Musgrove, 1996).
- 5) Fallos en la competencia: monopolio, arreglos estratégicos (Friedman, 1945).

El esquema de Williams sobre los campos de aplicación de la Economía de la Salud



II. Desarrollo académico de la Economía de la Salud en Colombia: 1982-2012

La Economía de la Salud en Colombia, 1982-2012



Evento académico en 1984 (Bogotá)

Taller Internacional Universidad Javeriana (1984)

- ☐ Primer evento académico en torno a la Economía de la Salud.
- ☐ Evento centrado en temas de financiamiento en salud y indicadores de mortalidad y morbilidad.
- ☐ Principal Conferencista: Alejandro Vivas: “Objetivos e Instrumentos de la Economía de la Salud”.

Perspectivas en investigación, 1995

Giedion y Wüllner (1994)

Plantearon cuatro líneas de investigación:

1. Estado de salud y demanda por servicios médicos.
2. Análisis de aspectos financieros.
3. Medición y análisis de la calidad de la oferta de servicios médicos.
4. Accesibilidad a los servicios de salud.

Teresa Tono (1996)

“La Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en Colombia: situación actual y desafíos”.

Trabajo pionero de producción académica en economía de la salud.

Informe Harvard (1996)

Abarca temas que encajan en las 4 líneas de investigación de Giedion y Wüllner (1994).

Con este informe se dio lugar al aumento de estudios y trabajos de consultoría y a la formación del grupo de trabajo de PARS.



Perspectivas en investigación 2003

Espinosa, Restrepo y Rodríguez (2003): “Producción académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002”. *Lecturas de Economía*.

- ☐ La producción académica en economía de la salud es incipiente, con un 80% de los artículos nacionales y trabajos de grado de economía del período 1980-2002 elaborados a partir de 1993.
- ☐ La investigación realiza una clasificación según la clasificación temática de Alan Williams (1989).
- ☐ Mayor producción de artículos en evaluación del sistema como un todo, planeación de presupuestos y mecanismos de monitoreo.
- ☐ Poca producción de artículos sobre mercados, qué es la salud y cuál es su valor, y evaluación económica.

Eventos académicos en 2005 (Medellín)

Seminario Macroeconomía y Salud

Se convocó un grupo de académicos e investigadores nacionales que habían realizado o desarrollado investigación en el área de macroeconomía y salud.

Los temas centrales fueron:

- Salud y desarrollo.
- Financiamiento y cobertura del sistema de salud.
- Ciencia y tecnología.
- Aspectos regionales.



Coloquio investigadores

“La economía de la salud en Colombia: situación actual y perspectivas”

Principales asistentes:

Facultad Economía Universidad del Rosario.
CENDEX de la Universidad Javeriana.
CEDE de la Universidad de los Andes.
GES de la Universidad de Antioquia.
CID de la Universidad Nacional.

Constitución ACOES

Se conformó durante el coloquio: “la economía de la salud en Colombia: situación actual y perspectivas”.

En octubre de 2006 se realizó la asamblea constitutiva de ACOES.



EVENTO ACADÉMICO 2008

I CONGRESO ACOES (2008) “Los retos del Sistema de Salud y la Economía”

El Congreso se realizó en Octubre 14 y 15 en Bogotá.

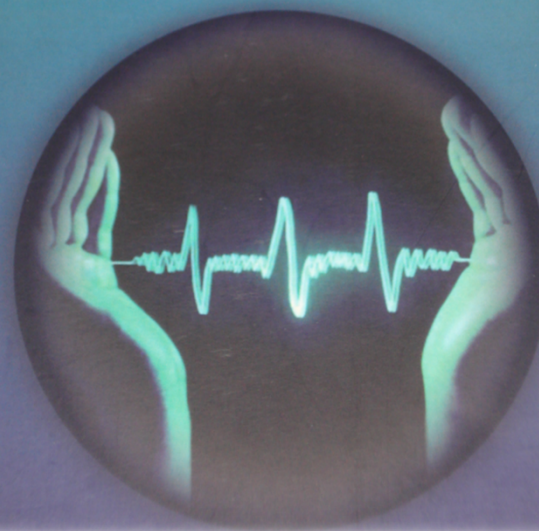
CONTENIDO:

Ejes temáticos:

1. Ética, Economía y Financiamiento de la salud.
2. Regulación en salud. experiencias y retos.

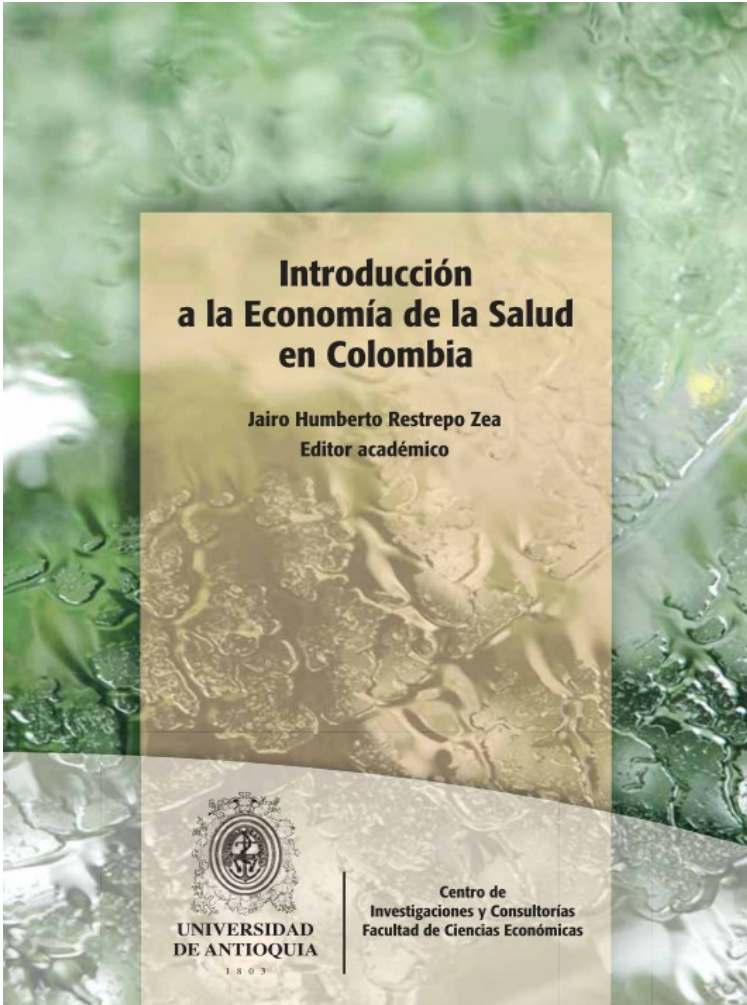
Asociación Colombiana
de Economía de la Salud, ACOES
Memorias del Primer Congreso. Bogotá, 2008.

Los Retos del Sistema de Salud y la Economía



Perspectivas en investigación 2008

Introducción a la Economía de la Salud en Colombia



Introducción a la Economía de la Salud en Colombia

Jairo Humberto Restrepo Zea
Editor académico



Centro de
Investigaciones y Consultorías
Facultad de Ciencias Económicas

Presenta un marco conceptual de la economía de la salud a partir de los aspectos teóricos fundamentales de la economía y de las particularidades que presenta la salud desde el punto de vista económico.

- Cap. 1: Introducción a la Economía de la Salud.
- Cap. 2: Los principales temas de estudio de la Economía de la Salud.
- Cap. 3: El desarrollo académico de la Economía de la Salud en Colombia.
- Cap. 3: ¿Qué hemos aprendido y qué hemos de aprender sobre Economía de la Salud en Colombia?



Emergencia social en salud (2009)

La emergencia social trae 2 conjuntos de medidas sobre los que debe conducirse el debate desde la perspectiva de la economía de la salud: la financiación y sostenibilidad del sistema y su institucionalidad.

ACOES considera apropiado y conveniente para el país que en primera instancia se brinde claridad sobre el tipo de gastos en que están representados los casi \$2 billones destinados al pago de prestaciones No-POS.

El principal reto que enfrenta el país en materia de salud se refiere al establecimiento de criterios para garantizar que los recursos existentes generen el mayor impacto en el estado de salud y la calidad de vida de la población.

MARZO DE 2011

BOLETÍN INFORMATIVO
No. 1



CONTENIDO

1. PANORAMA INTERNACIONAL Y NACIONAL	3	Panel 3: Dilemas y decisiones de la cobertura y la equidad de la seguridad social en Colombia	10
Panel 1: Costos económicos y fiscales de las enfermedades crónicas	6	4. REFORMA A LOS SISTEMAS DE SALUD	11
2. IMPACTO ECONÓMICO DE LAS NUEVAS VACUNAS EN PAÍSES EN DESARROLLO	7	Panel 4: Las principales decisiones que debe asumir Colombia para mejorar el desempeño del sistema de salud y cómo hacerlo	13
Panel 2: Evaluación económica de vacunas. El dilema de prevenir o curar	8	COLOQUIO DE INVESTIGADORES EN ECONOMÍA DE LA SALUD	14
3. ¿COLOMBIA LOGRará LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)?	9	TRABAJOS Y POSTERS PRESENTADOS EN EL CONGRESO ...	15
		IN MEMORIAM: PHILIP MUSCROVE	16

Evento académico en 2010

2º. Congreso ACOES (2010) “Dilemas y decisiones en los sistemas de salud”

El congreso se realizó en Cartagena de Indias del 13 al 16 de octubre de 2010.

CONTENIDO:

1. Costos económicos y fiscales de las enfermedades crónicas.
2. Evaluación económica de las vacunas. El dilema de prevenir o curar.
3. Dilemas y decisiones de la cobertura y la equidad de la seguridad social en Colombia.
4. Las principales decisiones que debe asumir Colombia para mejorar el desempeño del sistema de salud y cómo hacerlo.



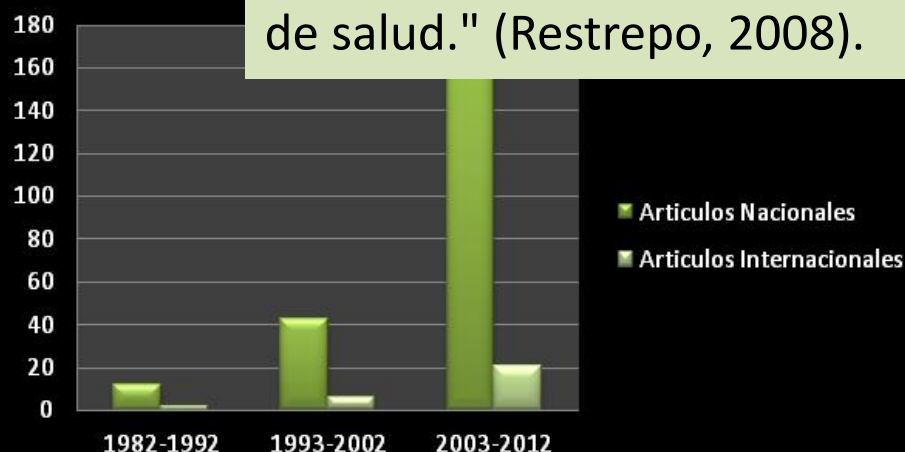
Artículos en Economía de la Salud para Colombia según campos de aplicación, 1982-2012

90

- Internacionales 1980-2012
- 2003-2012
- 1993-2002
- 1982-1992

En resumen, "El interés por la Economía de la Salud en el país parte de la reforma que implicó la Ley 100 de 1993 <...> Pese a ello, el camino recorrido es aún corto y hace falta un mejor posicionamiento del área en el país. Esto puede lograrse en los años venideros, una vez se visualice la capacidad de interlocución entre pares académicos y entre éstos y la sociedad, al tiempo que se conozcan productos académicos y de política al servicio del sistema de salud." (Restrepo, 2008).

Producción



Revistas de economía con mayor número de artículos:

- Lecturas de Economía
- Coyuntura Social
- Economía Institucional
- Coyuntura Económica
- Desarrollo y Sociedad

Elaboración: Diana Londoño, Joven Investigadora del GES.

III. Evolución y retos del sistema colombiano de salud

En Colombia ha existido un pacto social inconcluso:

Se ha querido superar el modelo de seguridad social bismarckiano (la solidaridad entre los miembros de un club) con uno más próximo al propuesto por Beveridge (cobertura universal con financiación mixta) y con los principios constitucionales de:

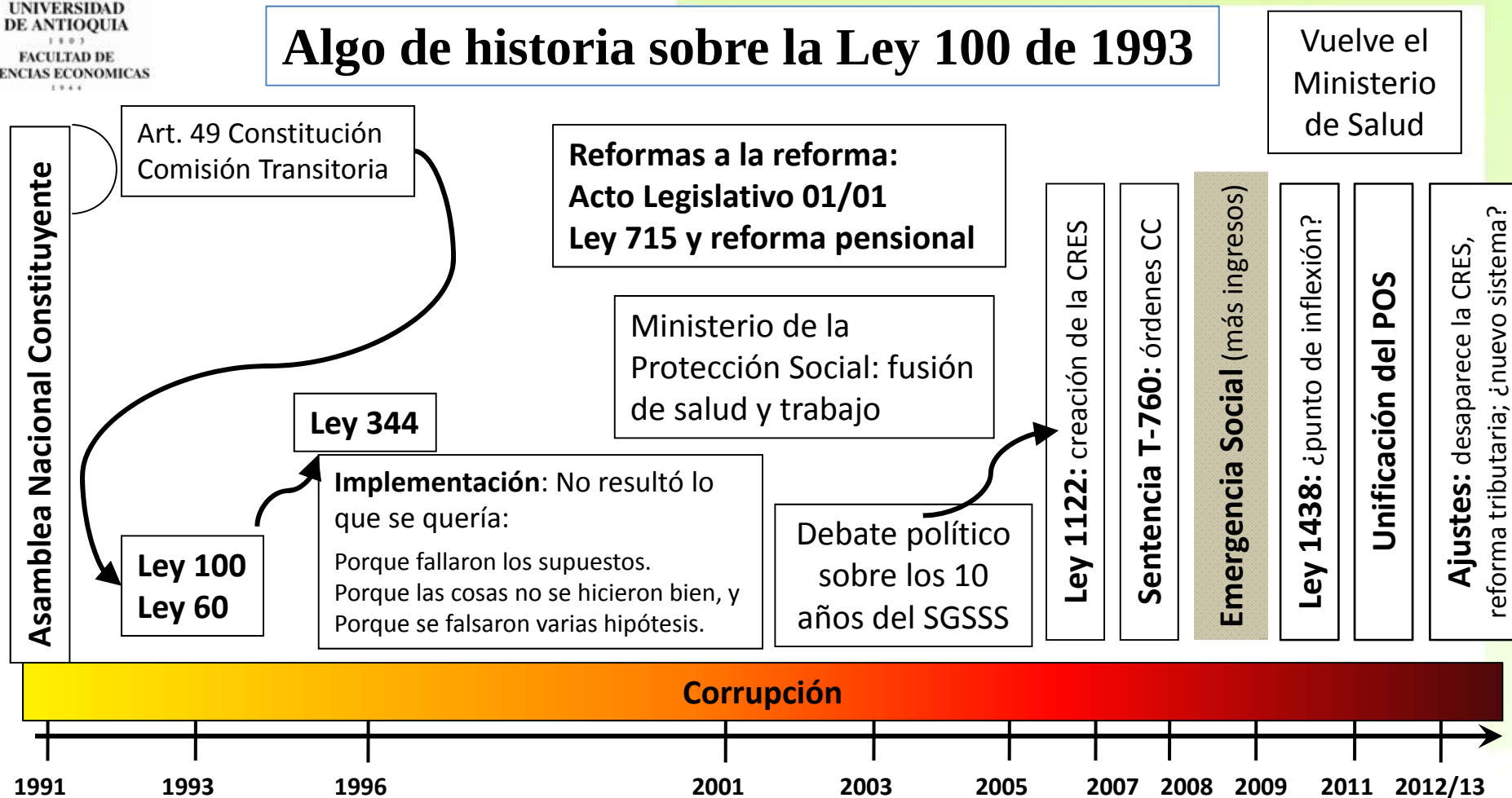
Universalidad, solidaridad y eficiencia

Sin embargo, en el camino no se ha logrado conciliar estos principios y, en suma, no ha sido posible resolver de manera estable el tipo o el modelo de seguridad social que se quiere para el país.

- ☐ Dos visiones del mundo: entre el neoliberalismo y la socialdemocracia.
- ☐ El papel de la Corte Constitucional.

¿Podrá llevar el Gobierno Santos a generar una síntesis entre estas visiones?

Algo de historia sobre la Ley 100 de 1993



Lo más inestable han sido las normas sobre el régimen subsidiado, con reglas iniciales que daban predominio a la competencia; sin embargo, con el aprendizaje de estos años, se tiene la tendencia a reconocer una competencia limitada e incluso un asegurador único en ciertos territorios. En la actualidad, se discuten temas de fondo sobre la supervivencia del sistema, como su estructura y financiación.

Aunque hay manifestaciones de crisis y propuestas de reforma

Una reforma puede ser necesaria pero no debería ser urgente

El sistema enfrenta una crisis de legitimidad y de liquidez, con incertidumbre sobre su sostenibilidad financiera. En el imaginario colectivo y en la discusión política está presente la idea de que el sistema está agotado, que no responde a las expectativas o necesidades de los ciudadanos, y que debe producirse una reforma de fondo que elimine las EPS.

El gobierno está atrapado por la visión fatalista y genera mayor incertidumbre al poner en marcha una “reforma a pedazos”, como lo inició hace dos años, sin mostrar coherencia ni una visión integral sobre lo que se propone; tres ejemplos:

- ☐ Ley 1438, en silencio sobre sus alcances y posibilidades.
- ☐ Liquidación cuestionada de la CRES: se pierde tradición de gobierno y regulación del sistema de seguridad social.
- ☐ Reforma tributaria: sustitución parcial de cotizaciones por impuestos generales.
- ☐ Nueva organización industrial en el régimen subsidiado –vs– unificación del POS.

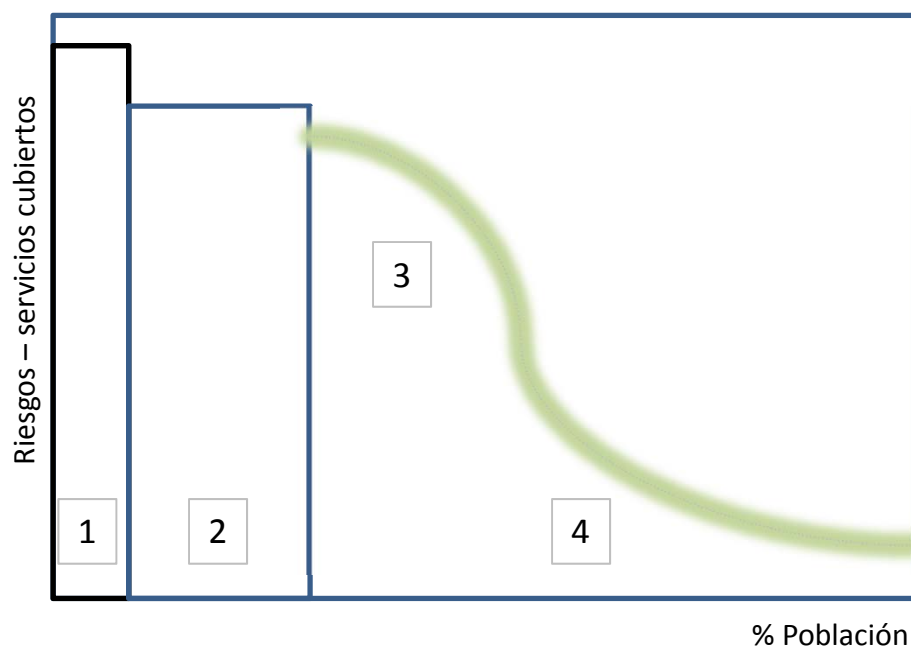
A. Cobertura del seguro y acceso a servicios de salud

Se tienen logros muy importantes, pero...

- ☐ Los retos de la unificación del POS
- ☐ ¿Cómo sostener la cobertura cuando predomina el Régimen Subsidiado?

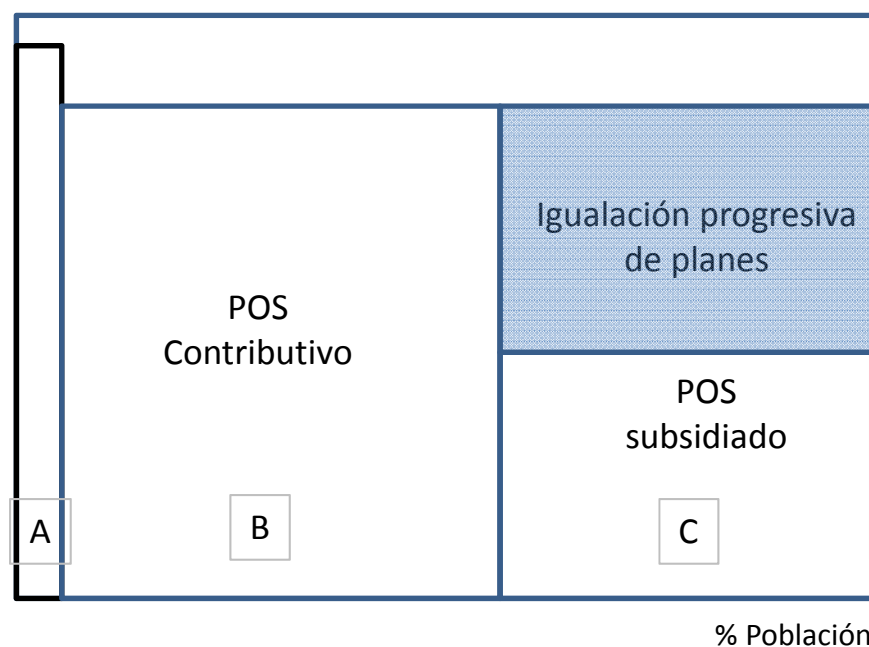
Objetivos de cobertura universal

Cobertura de servicios de salud en 1994



- 1: Empleados públicos (7%)
- 2: Población afiliada al ISS (18%)
- 3: Población en medicina prepagada y otras soluciones privadas (20%)
- 4: Población bajo asistencia pública (55%)

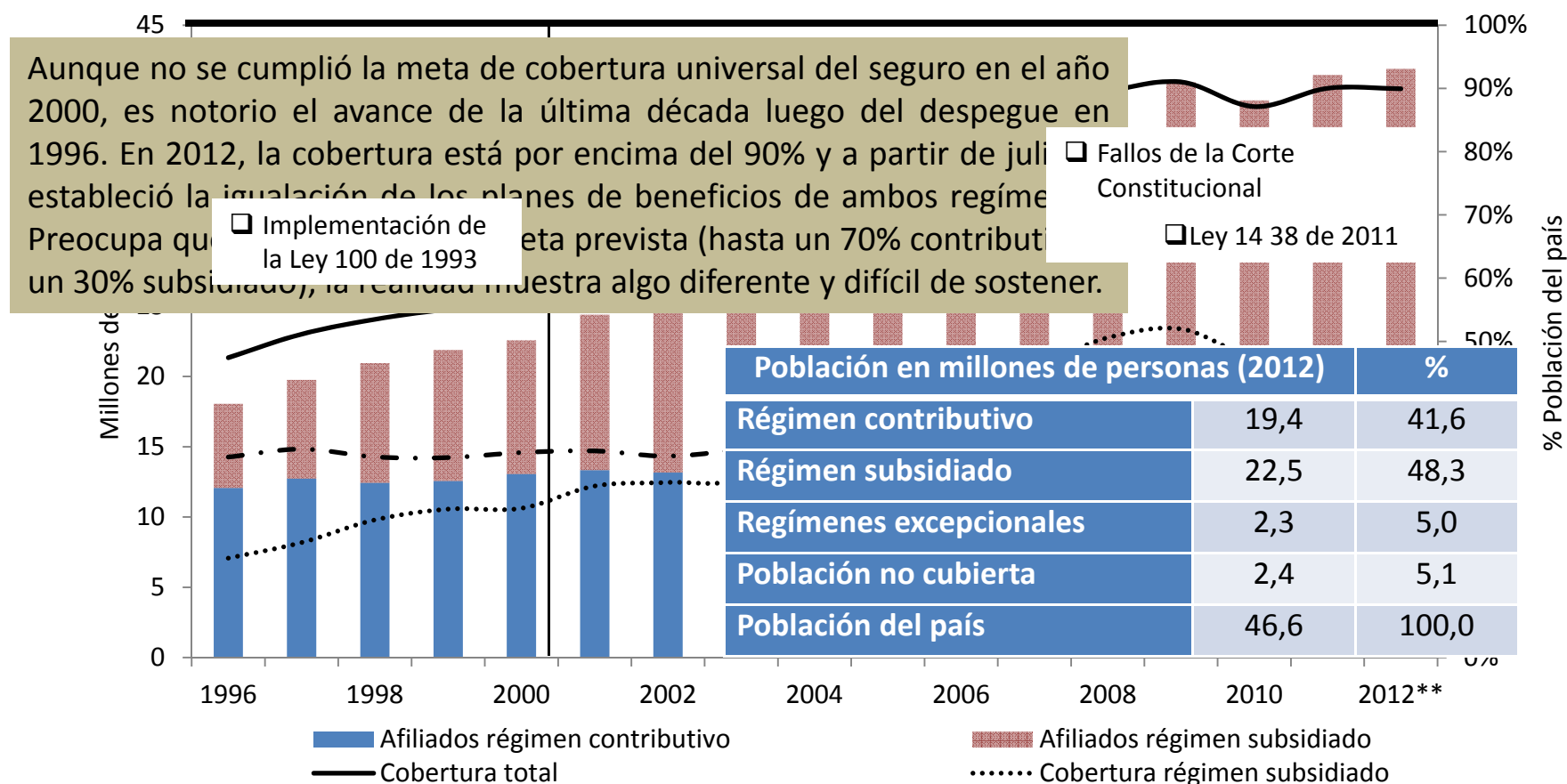
Metas de cobertura al año 2000 (Ley 100 de 1993)



- A: Regímenes excepcionales (5%)
- B: Población afiliada al régimen contributivo, EPS (60%)
- C: Población afiliada al régimen subsidiado, ARS (35%)

Avances en cobertura del seguro

Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1996-2012



Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1996 – 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, Informe de Actividades, 2006-2012. Cálculos propios.

Cobertura del seguro de salud en 2010 (% población del país)

Características	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Regímenes especiales	Sin afiliación
La existencia de dos regímenes de la seguridad social permite reducir significativamente las diferencias de afiliación al sistema (columna Sin afiliación). Los dos regímenes compensan o refuerzan la afiliación, de modo que para la población que no posee ingresos el régimen subsidiado garantiza la afiliación; así mismo por nivel de educación y por ubicación geográfica (urbano rural), entre otras características sociales, demográficas y económicas.				
Sin educación	28,8	53,7	2,1	14,9
Con educación superior	72,4	11,7	6,1	9,2
Zona rural	15,8	69,4	1,0	12,9
Zona urbana	48,6	35,7	3,2	11,9
Índice de riqueza más bajo	6,6	76,6	0,5	15,5
Índice de riqueza más alto	76,2	11,1	4,7	7,3
Total	40,4	44,2	2,6	12,1

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.

Acceso a servicios de salud en 2010 (% población)

Características	Médico en IPS	Otras alternativas	Cubrimiento de costos por la institución		
			No	Total	Parcial
Zona rural	62,3	37,7	11,8	38,2	12,7
Zona urbana	69,5	31,5	10,7	35,6	23,3
Índice de riqueza más bajo	60,4	39,6	10,1	41,6	9,1
Índice de riqueza más alto	71,0	29,0	10,8	29,0	31,2
Total	68,0	32,0	10,9	36,1	21,1

El acceso a servicios por régimen de la seguridad social indica diferencias y muestra fallas en continuidad, oportunidad y calidad. En todo caso, se da cuenta de las ventajas del seguro. También es importante conocer la situación del acceso según algunas características de la población, como su ubicación geográfica y el índice de riqueza. Se notan diferencias en atención médica y una cobertura de los costos por parte de las instituciones, que favorecen especialmente a las personas más pobres; aunque se mantiene un porcentaje importante de personas sin cubrimiento, igual para los diferentes niveles de riqueza y zona geográfica.

Fuente: Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.

B. Instituciones y regulación

La institucionalidad debe ser fortalecida,
no debilitada: el caso de la CRES

Se necesita formalizar mecanismos de asignación prioritaria,
resolviendo la problemática de la judicialización de la salud

Diseño del Sistema – Competencia regulada

Comisión de Regulación en

REGULACIÓN

CNSSS

S “Colombia está inserta definitivamente en la aplicación de la teoría escrita por
Li el profesor Alan Enthoven de la Universidad de Stanford. En alguna época el
m entonces ministro Juan Luis Londoño leyó el libro de Alan sobre la
administración gerenciada <managed competition> y pensó que esa teoría y el
modelo planteado iban a resolver los problemas del sistema de salud
colombiano <...> Colombia fue el primer país del mundo que tomó esta teoría
de la competencia administrada como una política de Estado vinculada al
sector salud. Ustedes fueron muy valientes en su momento <...> Pero,
pongámoslo de otra forma: se sometieron como conejillos de indias en un
experimento para el mundo <...> Me parece que se ha logrado mucho, pero el
reto es replantear sobre todo la teoría fundamental ” (Hsiao, 2010).

Régimen Subsidiado:
Personas sin capacidad
de pago

Afiliación por contrato Público

Reforma tributaria de 2012
sustituye parte de cotizaciones
por impuestos generales (CREE).

Elaborado por: Lina Patricia Casas.

Funciones del Consejo Nacional (Ley 100 de 1993, art. 172)

Definir:

- El POS.
- El monto de la cotización.
- La UPC.
- El valor por beneficiario de subsidios en salud.
- Los medicamentos esenciales y genéricos del POS.
- Criterios de selección del régimen subsidiado.
- El régimen de pagos compartidos.
- El régimen de licencias e incapacidades.
- Medidas necesarias para evitar selección adversa.

Recomendar régimen de tarifas para urgencias.

Reglamentar Consejos Territoriales.

Ejercer funciones de administración del Fosyga.

Presentar informe anual al Congreso.

Adoptar su propio reglamento.



Tres personalidades para el Consejo

Agencia reguladora.

Órgano de concertación.

Consejo administrador.

**¿Cuál podría ser la función
objetivo del Consejo?**

Comparación entre el Consejo (antes) y la Comisión (ahora): Características generales

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Creado por la Ley 100 como organismo de dirección, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

No se definió como una persona jurídica, así que **no tiene personalidad propia** ni patrimonio y su conformación es compleja y presenta una autonomía restringida.

Comisión de Regulación en Salud (CRES)

Creada por Ley 1122 como unidad administrativa especial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, con **personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial.**

Los cambios en la Ley 1122 de 2007

Composición

El C

Representati
sectores q
sistema.

- **14 miembros** gubernamental
- miembros no g
- a partir de or
- períodos fijos d
- Un secretario té
- Asesores perma
- Invitados.

No tie

Índices de Gilardi ajustado para los
organismos: CRES, CREG, CNTV y BR
Índice para el CNSSS: 0,15

Categorías	CRES	CREG	CNTV	BANREP
A) Estatus del Jefe de la agencia	0,05	0,55	0,56	0,67
B) Estatus de los miembros de la agencia	0,55	0,50	0,47	0,55
C) Relaciones con el gobierno y el congreso	0,67	0,92	0,75	0,92
D) Autonomía financiera y organizacional	0,67	0,75	0,67	0,90
Índice de Gilardi ajustado	0,48	0,68	0,61	0,76

isión

bertos,

nistros y cinco
n 10 años de
por períodos de
de méritos y
idades.

nsejo.

os del Fosyga

Funciones

El Consejo

Definir:

Ade

La reciente liquidación de la CRES profundiza la crisis institucional del sistema. Además de acabar con su corta vida, sin haberle dado la posibilidad de madurar como órgano de regulación con mayor autonomía e independencia, al tener también por fuera del arreglo institucional al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el sistema se quedó sin un órgano colectivo de gobierno, sin un mecanismo formal de concertación, sin un cuerpo que asuma la administración del presupuesto del Fosyga (más de \$20 billones). Se impone así un nuevo concepto de democracia, con la concentración de poder en el Ministerio de Salud.

La Comisión

Definir:

Presentar informe anual al congreso.

C. Financiamiento

Colombia ha hecho un esfuerzo muy grande en la generación de recursos, vía cotizaciones, impuestos específicos sobre el consumo (alcohol, cerveza, lotería y tabaco) e impuestos generales (transferencias intergubernamentales). Hace falta:

- ☐ Mayor eficiencia macro y micro (evaluación de tecnologías),
 - ☐ Mejorar en equidad,
 - ☐ Cerrar brechas de la demanda (servicios no POS),
 - ☐ Eliminar la corrupción, y
 - ☐ Avanzar hacia una sustitución de fuentes
-

La estructura financiera del SGSSS

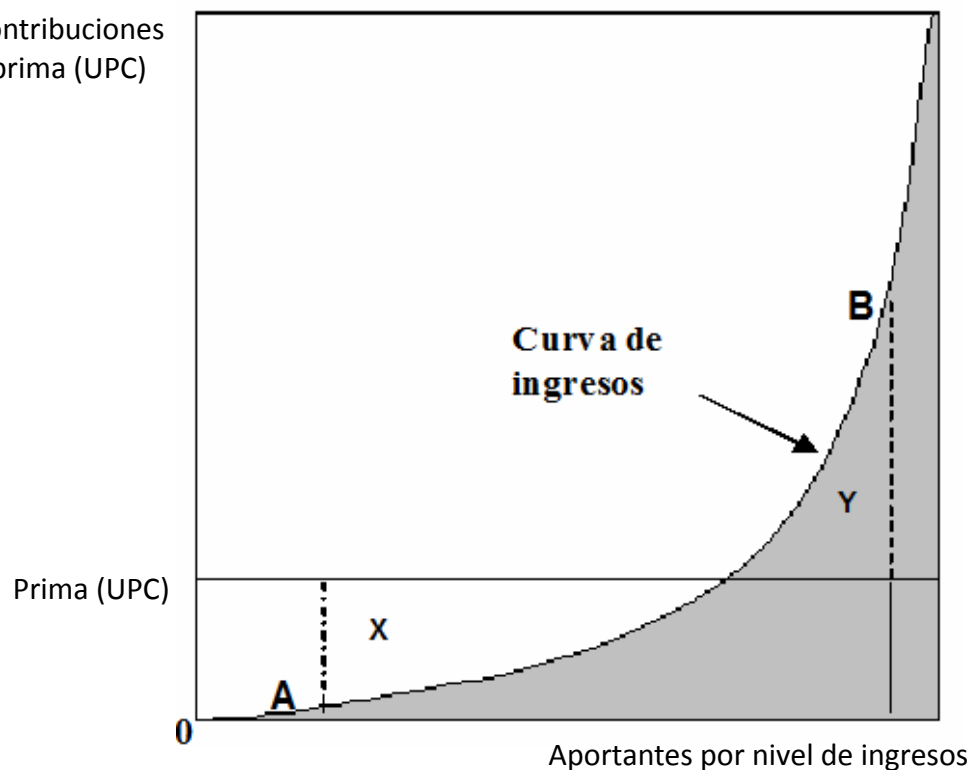
¿Cómo opera la solidaridad?

El SGSSS está basado en la solidaridad:

- i. Los afiliados aportan según su capacidad (0% en régimen subsidiado y 12,5% en régimen contributivo).
- ii. Todos los afiliados reciben los beneficios del plan obligatorio de salud (POS), con algunos pagos directos (copagos).

Además de la financiación de los dos regímenes, mediante las cuentas de compensación y de solidaridad, el fondo nacional tiene una cuenta de promoción y otra de eventos catastróficos.

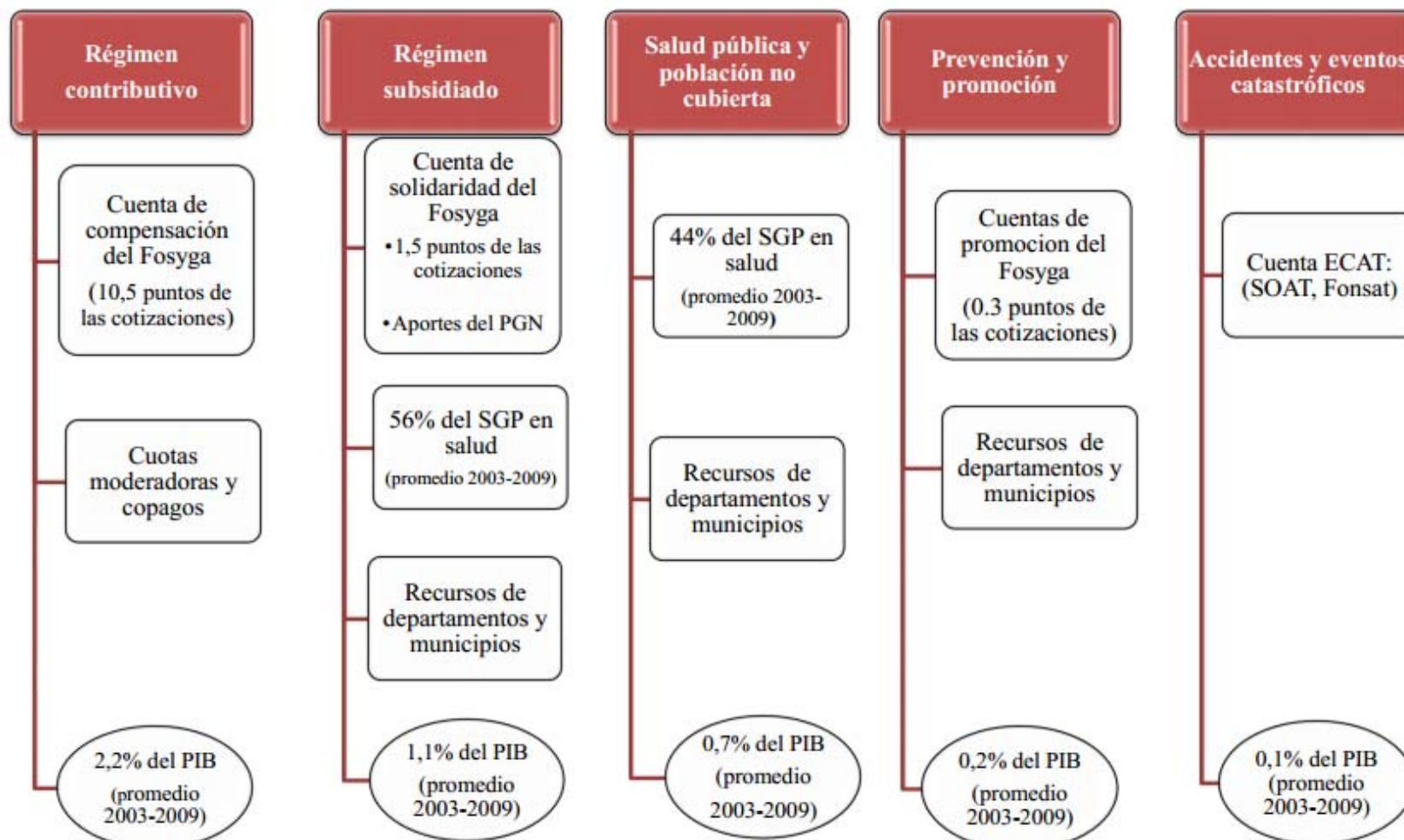
Contribuciones
y prima (UPC)



A: No cotiza o su cotización es inferior a la UPC (recibe un subsidio de X).

B: Cotización superior a la UPC.. Aporta solidaridad de Y.

Fuentes de financiamiento del sistema de seguridad social en salud



Tomado de: Melo LA, Ramos JE. (2010) "Aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia". Borradores de Economía, No. 624. Bogotá, Banco de la República.

Distribución de los recursos del sistema general de seguridad social en salud

Año	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Salud pública y población no cubierta	Prevención y promoción	Accidentes y eventos catastróficos	Total sistema
2003	1,97	0,82	0,67	0,15	0,04	3,65
2004	1,99	0,88	0,71	0,13	0,11	3,82
2005	2,08	0,92	0,79	0,18	0,04	4,01
2006	1,98	1,05	0,90	0,19	0,05	4,17
2007	2,04	1,17	0,82	0,19	0,04	4,27
2008	2,29	1,26	0,62	0,19	0,03	4,40
2009	2,50	1,39	0,59	0,25	0,12	4,84
2010	2,38	1,42	0,60	0,29	0,23	4,91

Fuentes: Fosyga, PGN y DNP

Tomado de: Melo LA, Ramos JE. (2010) "Aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia". Borradores de Economía, No. 624. Bogotá, Banco de la República.

Recursos del sistema, 2009-2012

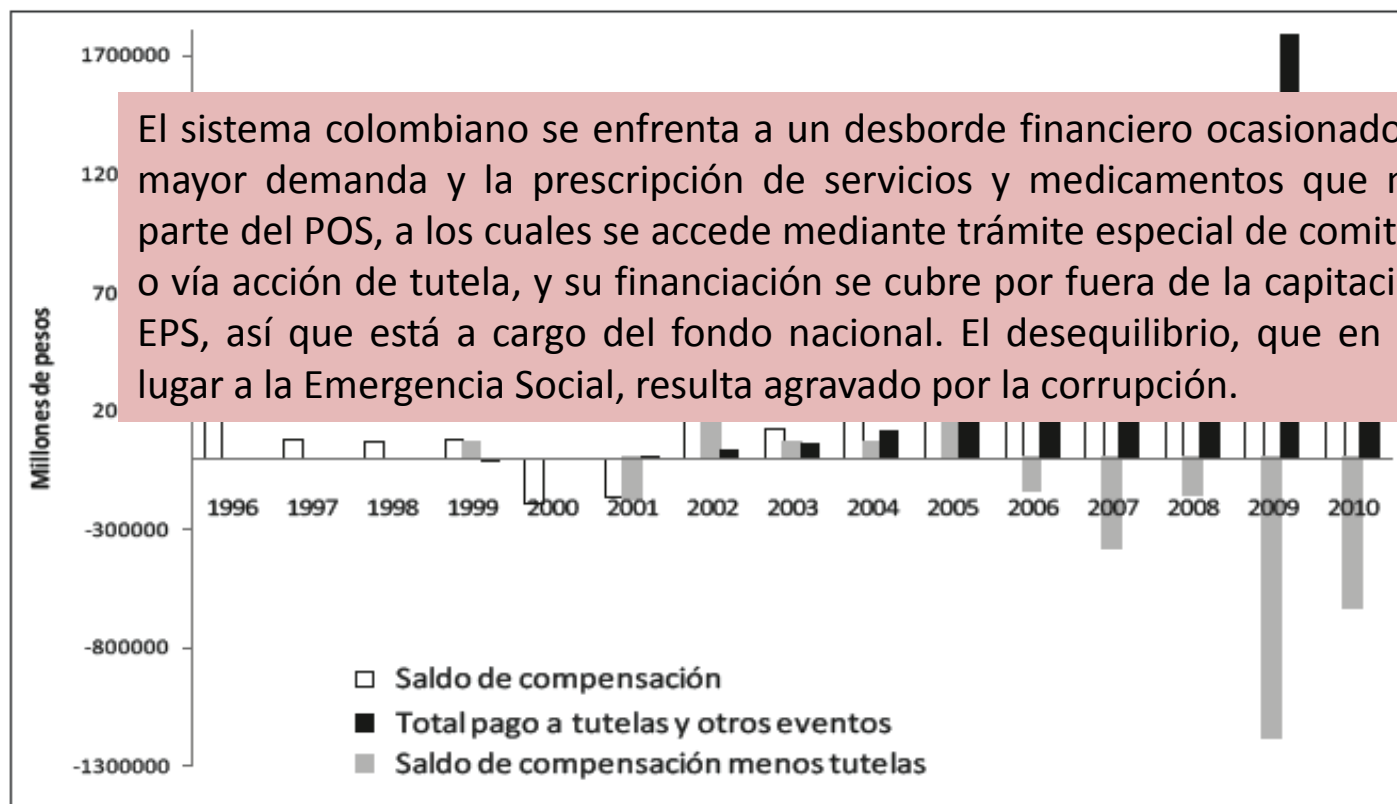
Cifras en Millones de Pesos de 2012			
	2009	2012	VAR
Cotizaciones (Incluye Excedentes FOSYGA) y CCF	14,036,024	18,659,547	32.94%
Sistema General de Participaciones	5,236,641	5,981,902	14.23%
Rentas Cedidas	1,280,613	1,221,615	-4.61%
Subcuenta ECAT (SOAT) Incluye Excedentes	1,095,732	1,453,728	32.67%
Regalías	369,636	160,653	-56.54%
Esfuerzo Propio	465,206	507,540	9.10%
Ley 1393 de 2010	-	1,543,708	100.00%
Aportes de la Nación Subcuenta de Solidaridad FOSYGA	600,880	641,156	6.70%
Total Fuentes Salud Recursos Fiscales y Parafiscales	23,084,732	30,169,849	30.69%

Fuente: Presupuesto FOSYGA, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS. Proyecciones MSPS

Gracias al buen desempeño de la economía (mayores cotizaciones) y al aumento de impuestos para salud (licores, cerveza, loterías y tabaco), en los últimos tres años se ha dado un aumento importante de los recursos. Para el gobierno, “el sistema es sostenible en el mediano y largo plazo.”

Financiamiento del régimen contributivo

Colombia: saldo de compensación y pago de otros eventos y tutelas en el régimen contributivo, 1996-2010



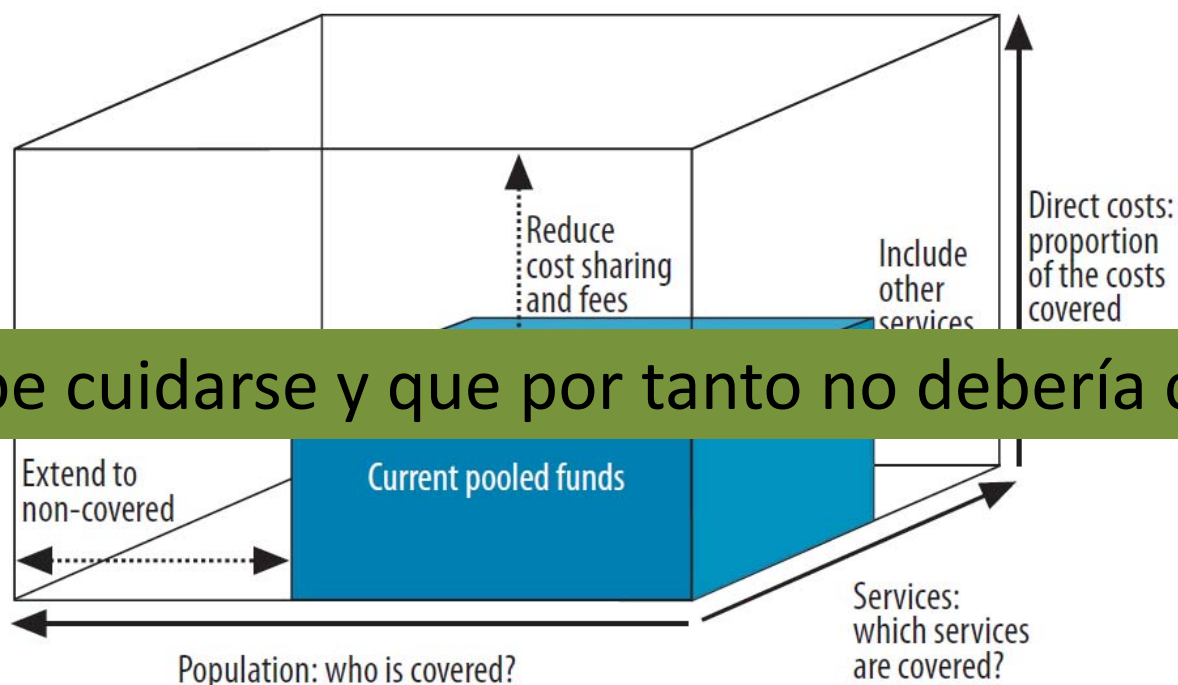
Fuente: Informes anuales del CNSSS. Ministerio de la Protección Social (2010, 2011a).

Nota: las tres series se encuentran en precios constantes de 2008.

IV. Conclusiones:

algunos mínimos para enfrentar una reforma

Fig. 1. Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

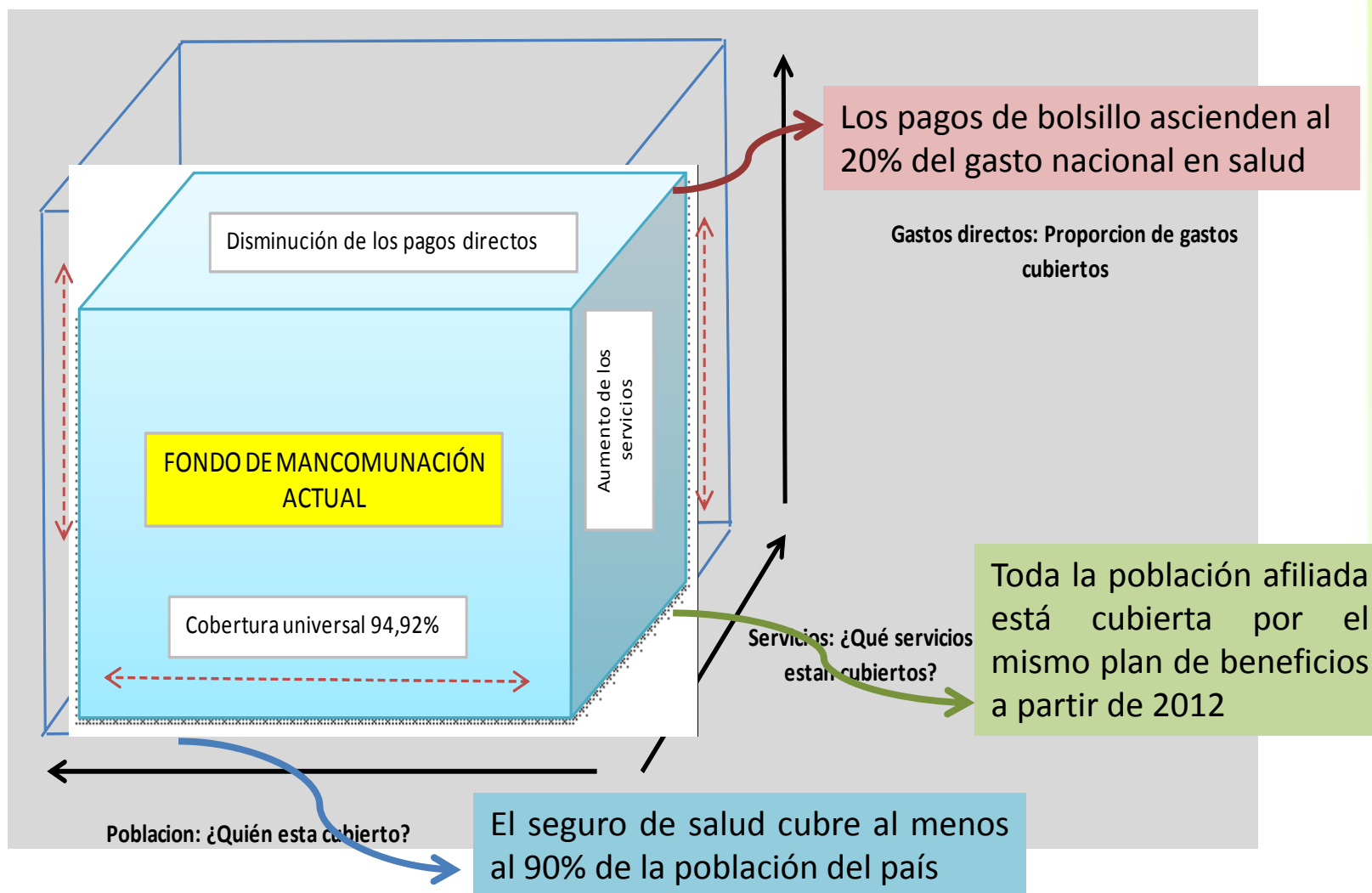


Lo que debe cuidarse y que por tanto no debería cambiarse

El sistema colombiano reúne tres características que hacen parte de las principales lecciones o recomendaciones de la experiencia internacional (Informe WHO, 2010):

- ☐ Seguro solidario (subsídios cruzados) con afiliación gratuita para personas de bajos ingresos.
- ☐ La contribución es obligatoria.
- ☐ El plan de beneficios (pool) es único y está financiado mediante un fondo nacional.

Las tres dimensiones de la cobertura universal en Colombia



Las prioridades o temas para el cambio:

- ☐ Salud pública
- ☐ Modelo ajustado por territorios, sin fragmentación entre regímenes
- ☐ Afiliación universal
- ☐ Fondo único, a partir del Fosyga
- ☐ Regulación y gobierno del sistema

Lo que podría cambiar (temas negociables):

- ☐ Organización sectorial: ¿Quiénes pueden participar en el sistema y con qué incentivos?

Aunque los pronunciamientos del ministro pueden ir en una buena dirección , buscando corregir fallas estructurales del sistema y teniendo en cuenta lo que han sugerido varios estudios y los clamores de algunos actores del sistema, hace falta aclarar la ruta de una reforma que no repita errores del pasado al adoptar cambios para los que no hay preparación. Es mejor preparar los cambios al tiempo que se despeja la vigencia de la Ley 1438 y se fortalece la institucionalidad en materia de regulación, de un espacio de concertación y de administración colegiada del Fosyga.

