

# Arreglos Institucionales para la Sostenibilidad del sector salud en COLOMBIA

Jaime Cardona  
Especialista Sr. División de Protección Social  
y Salud



# AGENDA

---

**1 Comportamiento del gasto en salud**

**2 Presión del gasto en salud**

**3 Sistema de Salud en Colombia**

**4 Pregunta y marco teórico**

**4.1 Diagnóstico: necesidades de información**

**4.2 Factor de riesgo: contexto político e institucional**

**4.3 Tratamientos: mecanismos de política**

**5 Conclusiones**

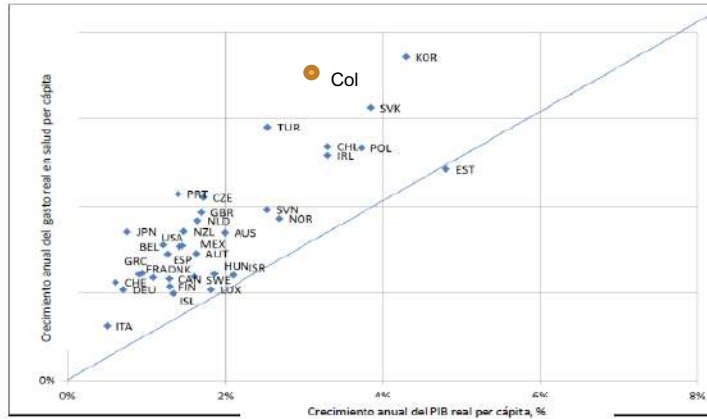
**6 Recomendaciones de expertos**



# **1. Comportamiento del gasto en salud**

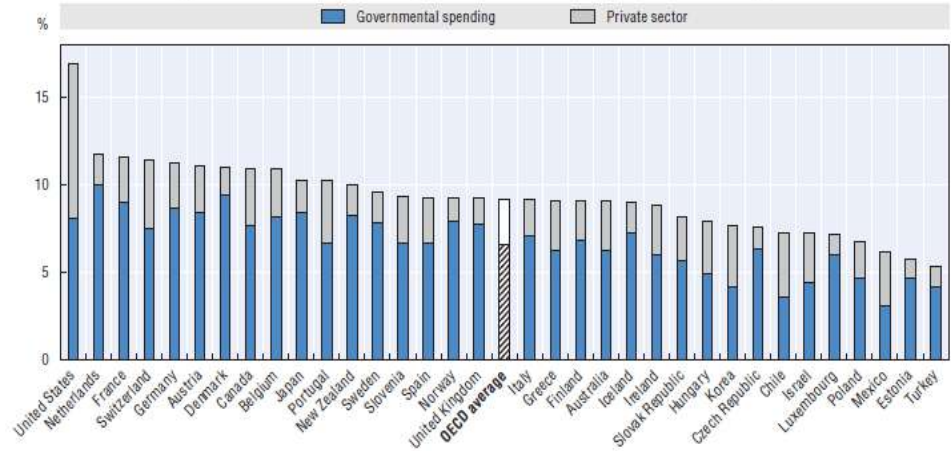
# 1. Comportamiento del gasto en salud

Figura 1. Tasa media de crecimiento anual del gasto real en salud y del PIB per cápita, 1990-2012 (o años más cercanos)



Fuente: OECD Health Statistics 2015

Figure 1.4. Health spending as a share of GDP, 2012 or latest year



Note: Portugal, New Zealand and Australia latest data were from 2011. For Netherlands, data are for current health expenditure.

Source: OECD Health Statistics, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933218595>

Sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud @ OCDE 2015



2014-2017

Crecimiento del gasto promedio anual en salud: 7%  
 Crecimiento promedio anual del PIB: 2,8%  
 Gasto total en salud 6.83% del PIB (2015), \$800 per cápita (ajustado por poder adquisitivo)  
 Gasto de bolsillo en Colombia 15.4%

## **2. Presión de gasto en salud**

## 2. Presión de gasto en salud



### Transición demográfica

2015: Mediana edad 30,1 Col vs. 30,1 mundial  
Población > de 60 años es 11%

2050: Mediana edad 43,3 Col vs 36,1 mundial  
Población > de 60 años será 23%



### Presión tecnológica

1996-2014: Causó entre 45% a 67% del crecimiento del gasto en salud per cápita (Fedesarrollo, 2018)

2012-2017: inclusión de 500 tecnologías en PBS



### Transición epidemiológica

60% atenciones ENT  
(Minsalud)

66% Defunciones ENT  
(OMS)

Año 2008/9

65% atenciones ENT  
(Minsalud)

73% Defunciones ENT  
(OMS)

Año 2016/7



### Condiciones socioeconómicas

Clase media: 16,3% en 2002 a 30,6% en 2016

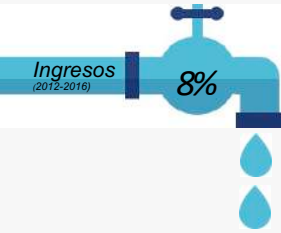
Entre 2012 y 2016 la frecuencia de uso de procedimientos, insumos y medicamentos se incrementó en 76%, 249%, 119% respectivamente (Minsalud)



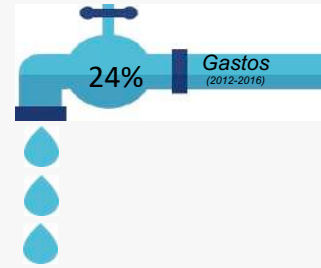
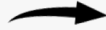


## **3. Sistema de salud en Colombia**

# 3. Sistema de Salud en Colombia



- Fuentes**
- Cotizaciones
  - Impuestos Generales
  - Transferencias (SGP)
  - Rentas Cedidas (Licores, tabaco, juegos)
  - Cajas de Compensación
  - SOAT





### 3. Instituciones y Entidades relevantes



Min Salud  
Min Hacienda  
DNP



ADRES



Comisión  
de beneficios,  
costos y tarifas del  
aseguramiento



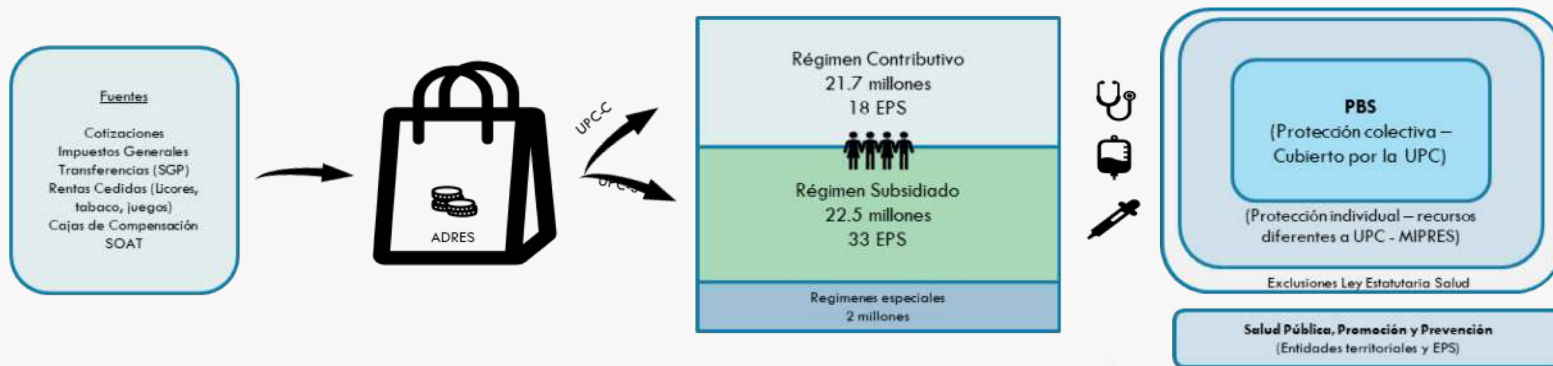
IETS / Comisión



Instancia Asesora



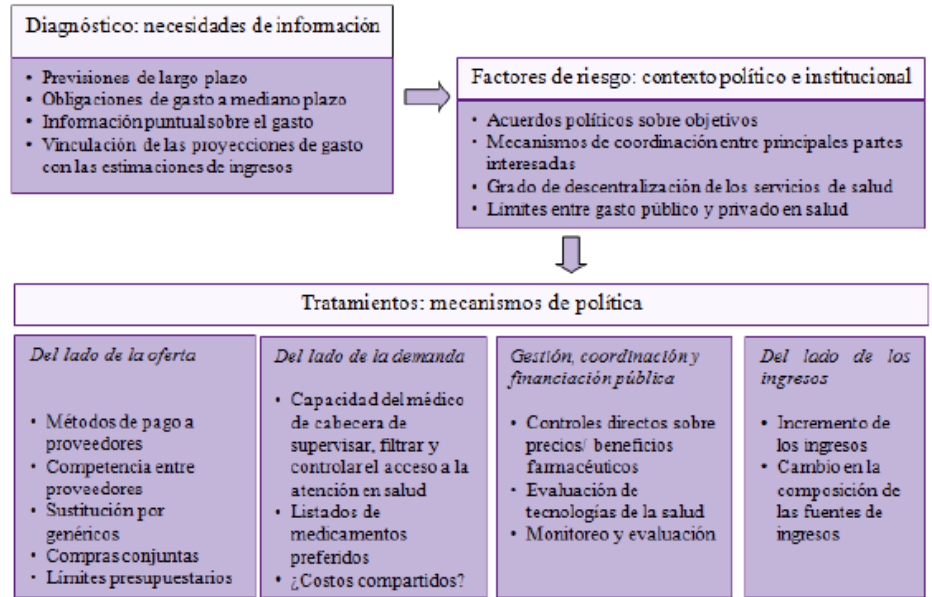
Jueces y Corte  
Constitucional



## **4. Pregunta y marco teórico**

# 4. Pregunta y marco teórico





¿Cuál es el arreglo institucional que se requiere para una gestión adecuada de la presión fiscal proveniente del sistema de salud?



Fuente: OECD (2015) Sostenibilidad Fiscal de los Sistemas de Salud: Reconciliando las perspectivas de las Finanzas y de la Salud.

## 4.1 Diagnóstico: necesidades de información

---

- |    |   |   |
|----|---|---|
| 1. | Pronóstico de largo plazo   |  |
| 2. | Requerimientos de gasto a mediano plazo                                     |  |
| 3. | Información oportuna sobre el gasto   |  |
| 4. | Vinculaciones de las proyecciones de gasto con las estimaciones de ingresos |  |

# 4.1 Diagnóstico: necesidades de información

---

## RETOS

Mejor información  
para la toma de  
decisiones



Modelo de fuentes y usos,  
incremental sin categorías  
específicas

Falta de visión  
de largo plazo

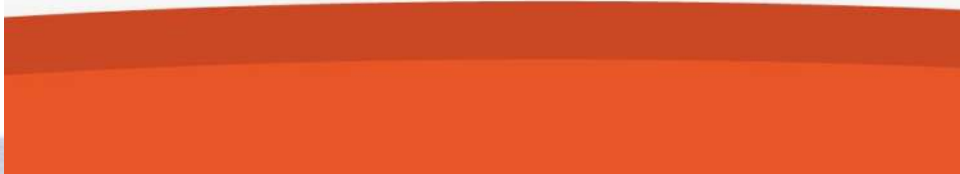
No se tiene modelo de  
equilibrio general, ni modelo por  
componentes de gasto

Retraso de uno a dos años  
de la información

Rezago en adopción de  
políticas

Falta de seguimiento a  
objetivos específicos

Falta de análisis de costo  
efectividad de políticas de  
pública



## 4.2 Factor de riesgo: contexto político e institucional

		Riesgo		
		Bajo	Medio	Alto
1.	Acuerdos políticos sobre objetivos y metas de gasto			✓
2.	Mecanismos de coordinación entre principales partes interesadas		✓	
3.	Grado de descentralización de los servicios de salud	✓		
4.	Límites entre gasto público y privado en salud			✓ ✓



## 4.2 Factor de riesgo: contexto político e institucional

---

### RETOS

- Límites entre gasto público y privado



- Recursos públicos financian prácticamente todos los servicios de salud e incluso otros servicios complementarios, con poco gasto de bolsillo.
- Tránsito de racionamiento explícito hacia racionamiento implícito



- Acuerdos políticos sobre objetivos



- Grandes categorías del gasto se esconden detrás de la prima per cápita que se le paga al asegurador
- No hay acuerdos sobre metas y objetivos de gasto por categorías de la salud
- El asegurador es monitoreado en sus indicadores financieros, no mucho en indicadores relacionados con la salud de la población.



## 4.2 Factor de riesgo: contexto político e institucional

---

### RETOS

- Cooperación y coordinación



- Ausencia de visión de largo plazo
- Ámbito de discusión reducido (enfocado sobre discusión de la prima de aseguramiento)



- Capacidad y equipos



- Relativamente buena comunicación y disposición de trabajo en equipo
- Asimetría de información entre los equipos de instituciones.
- Conocimiento especializado
- Alta rotación





## 4.3 Tratamientos: mecanismos de política



### 1. Desde la oferta:

- Métodos de pago a proveedores
- Competencia entre proveedores/aseguradores
- Sustitución por genéricos
- Compras conjuntas
- Límites presupuestarios

## 4.3 Tratamientos: mecanismos de política



### 2. Demanda:

- Capacidad del médico de cabecera de supervisar, filtrar y controlar el acceso a la atención en salud
- Listas de medicamentos preferidos
- Costos compartidos con el usuario



## 4.3 Tratamientos: mecanismos de política

---

### 3. Gestión, coordinación y financiación política:

- Controles directos sobre precios farmacéuticos
- Evaluación de tecnologías de la salud
- Monitoreo y evaluación



## 4.3 Tratamientos: mecanismos de política

### 4. Del lado del ingreso:

- Incrementos de los ingresos
- Cambio en la composición de las fuentes de ingresos





## **5. Conclusiones**

# 5. Conclusiones

---

1. Existen instituciones que permitirían una gestión del gasto en salud, pero su capacidad es limitada y se deben fortalecer.
2. Conciliar el marco normativo (jurisprudencia y ley estatutaria) con la priorización de servicios costo efectivos (plan de beneficios)
3. Monitoreo del gasto por categorías y subcategorías, incluyendo objetivos y metas, con recursos ligados a esos objetivos. Los actores del sistema se debe alinear hacia esos objetivos.
4. Hacer uso más sistemático e integral de las palancas para gestionar el gasto en salud.





## **6. Recomendaciones de expertos**

## 6. Recomendaciones de expertos

---



Proyecciones de largo plazo que evalúen nuevas políticas

Pago por desempeño ligado a menores requerimientos de solvencia



Formulación de políticas usando como insumo información en tiempo real del estudio de suficiencia



Gasto en línea



Mediciones de desperdicios



Evaluaciones de calidad del gasto



Progresividad de nuevos medicamentos

Seguimiento panel de patologías





# Gracias

 [redcriteria.org](https://redcriteria.org)

 Red Criteria

 @RedCriteria

 Red-Criteria