

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**ARREGLOS INSTITUCIONALES PARA
LA SOSTENIBILIDAD DEL SECTOR SALUD
EN COLOMBIA**

Presentado por Jaime Cardona Rivadeneira. Agosto 2018

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
<http://www.iadb.org/es/salud> - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2018 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



ARREGLOS INSTITUCIONALES PARA LA SOSTENIBILIDAD DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

Agosto 28, 2018

Presentado por Jaime Cardona Rivadeneira

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

Arreglos Institucionales para la Sostenibilidad del sector salud en COLOMBIA

Jaime Cardona
Especialista Sr. División de Protección Social
y Salud



INTRODUCCIÓN

(Min. 00:02:14)

Buenos días a todos los que están presentes el día de hoy. Vamos a tener una presentación, espero que interesante para ustedes. Definitivamente, ha sido muy interesante para mí arrancar esta investigación porque básicamente es un tema en el cual estamos arrancando una línea de investigación aquí en el BID.

El tema de la conversación de hoy son los arreglos institucionales para la sostenibilidad en el sector salud en Colombia.

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

AGENDA

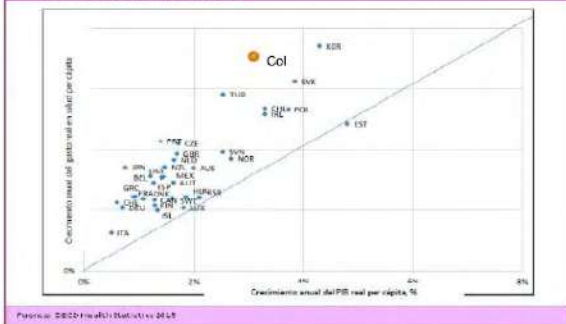
(Min. 00:02:59)

Este es un trabajo que voy a presentar en estos seis componentes. En el principio es una vista muy general sobre el comportamiento del gasto en salud. Voy a hacerlo de manera comparada con países de la OECD. Luego vamos a analizar un poco cuáles son estos 'drivers' de la presión para el gasto en salud. En tercera medida vamos a mirar cómo funciona el sistema colombiano de salud. Vamos a ver cuáles son las instituciones que se encargan de analizar las presiones del gasto. Y luego vamos a arrancar en sí en la materia y vamos a ver cuál es la pregunta de investigación en el marco teórico. Y vamos a mirar estos tres temas que son: el diagnóstico de necesidades de información, los factores de riesgo asociados al contexto político e institucional y luego cuáles son los tratamientos o los instrumentos de política que se pueden implementar en los países para poder hacer gestión de la presión del gasto en la salud. Por último, vamos a mirar cuáles son las conclusiones de lo que veamos en el estudio y vamos a ver algunas recomendaciones de expertos que hemos ido entrevistando a lo largo de este análisis, que son muy relevantes para poder avanzar en la agenda de esta materia.

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)



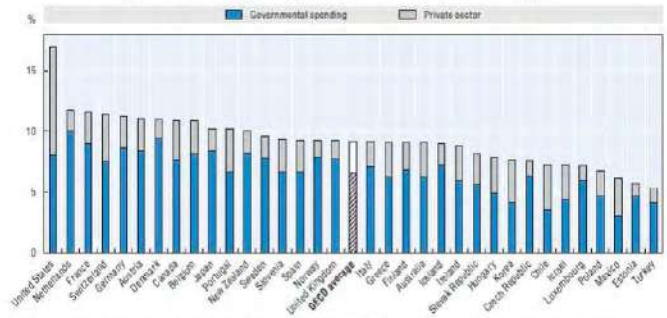
Sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud © OCDE 2015



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%

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>.

SEAL/PIH/REG/10.1787/989935218595

COMPORTEAMIENTO DEL GASTO EN SALUD

(Min. 00:04:16)

Entonces, primero vemos una reflexión sobre cuál es el comportamiento del gasto en salud. Ustedes están viendo, ahí en sus pantallas, dos gráficas. Una de ellas es la tasa de crecimiento anual del gasto en salud, comparado con el crecimiento del país, del PIB per cápita. Como vemos, la mayoría de los países que están acá, prácticamente todos se ubican en el cuadrante superior izquierdo en donde básicamente estamos diciendo que el crecimiento del gasto en salud supera el crecimiento del PIB per cápita. Eso implica que el ritmo del crecimiento en salud es más acelerado que el crecimiento del país. Y eso genera, obviamente, una presión sobre el gasto muy importante. Sobre todo, si tenemos en cuenta la gráfica de la derecha. La gráfica de la derecha nos está diciendo cuál es el gasto de salud comparado con el PIB en estos países de la OECD y qué porcentaje de los gastos es un porcentaje asociado al gasto directamente ejecutado por el gobierno. Vemos que, en general, los países invierten entre el 5% y el 10%, algunos por encima del 10% del PIB, con el caso excepcional de Estados Unidos que invierte prácticamente el 17% de su PIB anual en salud. El promedio de los países de la OECD está invirtiendo cerca de 8%, casi 9% del PIB. Y

el porcentaje que corresponde a gasto directamente del gobierno es entre el 60% y el 70% de este gasto total, más o menos.

¿Cómo está Colombia frente a estos países? Colombia frente a estos países tiene un comportamiento similar pero todavía un poco más exacerbado. El crecimiento del gasto promedio en salud en los últimos años ha sido superior al 7% anual, mientras que el crecimiento del PIB ha sido del 2.8%. Entonces tenemos una diferencia de más de cuatro puntos porcentuales que genera necesariamente una brecha de financiamiento de ese gasto. El total del gasto de salud en Colombia, con respecto al PIB, es de 6,83%. Éste es un cálculo del 2015 del Ministerio de Salud. Y se gastan aproximadamente 800 dólares anuales per cápita, ajustado por el poder adquisitivo. Si vemos el caso de la OECD el promedio del gasto per cápita está por encima de los 3,000 dólares, ajustado por el poder adquisitivo. Ahí también hay una brecha muy importante en el gasto per cápita en salud. El gasto de bolsillo en Colombia es un gasto muy similar a los países de la OECD, superior o mucho mejor que los gastos de los países de Latinoamérica porque solamente el 15.4% del gasto total es gasto de bolsillo de los colombianos. Lo que implica que en Colombia existe una protección financiera a las familias. Es decir, los gastos catastróficos en salud generan muy pocos choques que hacen que las familias caigan en pobreza, debido a esa gran protección que tiene el sistema de salud en Colombia.

Vemos aquí en el gráfico en dónde se encuentra Colombia, con respecto a los países y vemos que está bastante alejado de la línea de 45 grados que implicaría que el gasto en salud crece a un ritmo igual al crecimiento del PIB. Entonces esa es una brecha muy grande que necesariamente genera una brecha de financiamiento.

2. Presión de gasto en salud

2. Presión de gasto en salud



PRESIÓN DE GASTO EN SALUD

(Min. 00:08:03)

Con respecto a la presión del gasto en salud, típicamente se dice que la presión del gasto de salud corresponde a algunas presiones importantes como la transición demográfica. En el caso de Colombia, por ejemplo, en el año 2015, la mediana edad era de 30 años, versus una mediana edad también en el mundo de 30 años. Sin embargo, en el año 2015 la mediana edad va a crecer a 43.3 años versus una mediana edad de 36.1 años a nivel mundial. Es decir, Colombia, igual que algunos países de la OECD o países en desarrollo o desarrollados, tiene una población que se está envejeciendo a paso muy acelerado. Y este es el caso de Colombia. Por ejemplo, el porcentaje de personas que va a tener más de 70 años, en el año 2050 va a ser más del 23% de la población. Y es una población que demanda servicios de salud de manera mucho más importante que una población menor.

Otra de las presiones importantes es la transición epidemiológica. Se está viendo que en los países que están desarrollándose hay una transición hacia enfermedades crónicas no

transmisibles. Aquí hay algunos datos para mostrar esa transición. Por ejemplo, en Colombia en el año 2008/2009 el 60% de las atenciones totales en salud en el país era para atender a esas enfermedades no transmisibles. Mientras que en el año 2016/2017 estamos llegando ya al 65%. Es un incremento de cinco puntos porcentuales en solo nueve o diez años.

En el caso de las defunciones, por ejemplo, en el año 2008/2009, según la OMS, el 66% de las defunciones en el país eran causadas directamente por enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que ese porcentaje ha aumentado a 73% recientemente.

Otra presión importante es la presión tecnológica; es la introducción de nuevas tecnologías al país y la adopción de estas nuevas tecnologías por parte de los servicios de salud que están en el país. Hay algunos datos interesantes. Por ejemplo, según un estudio de Fedesarrollo, el crecimiento del gasto de salud en Colombia en los últimos años explica entre un 45% y un 67%, básicamente por presión tecnológica. Otra manera de ver esto es que, en el Plan de Beneficios en Colombia, que es lo que el aseguramiento a la salud está financiando, se han incluido más de 500 nuevas tecnologías entre medicamentos, procedimientos y dispositivos en el Plan de Beneficios.

Y, por último, el otro factor importante que genera presión sobre el gasto son las condiciones socioeconómicas en los países. Vemos que, por ejemplo, en Colombia hay una creciente clase media. Entonces entre el 2002 y el 2016 la clase media aumentó del 16,3% en Colombia al 30,6%. Es una clase media que demanda muchos más servicios, que además está empoderada y conoce mucho más sus derechos y es además conocedora de los distintos mecanismos para poder acceder a estos derechos. Entonces esto genera que en promedio las personas accedan al servicio de salud con más frecuencia. Y eso se ve claramente en las cifras en Colombia. La base de datos de atenciones médicas para el régimen contributivo –ahorita vamos a hablar de cómo es el sistema en Colombia– nos arroja, por ejemplo, que entre el 2012 y el 2016 los procedimientos incrementaron en un 76%. Los insumos aumentaron en un 249% y la frecuencia del uso de los medicamentos en un 119% en este periodo. Entonces todos estos factores hacen que el gasto en salud incremente de una manera muy importante y sea muy difícil contenerlo para los países y para los Ministerios de Salud, los Ministerios de Hacienda y los Ministerios de planeación de los países.



SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

(Min. 00:13:31)

Vamos a hacer una breve explicación, para los que no conocen el sistema de salud en Colombia, sobre cómo funciona el sistema para poder analizar las instituciones que lo rigen y las instituciones que están definidas por normas y por arreglos no tradicionales, sobre cómo se hace el control de la presión del gasto en salud.

En primera instancia, tenemos varias fuentes de ingresos que financian el sistema de salud en Colombia. La más importante, probablemente, son las cotizaciones, que básicamente son el pago que se descuenta de la nómina de los empleados, o el pago que realizan los independientes para poder estar cubiertos por pensiones y por salud contributiva. Todas las personas que tienen un salario encima de un salario mínimo en Colombia tienen la obligación de cotizar. Y a los empleados, entre estos formales, se les descuenta automáticamente de su salario este pago. Entonces, por la vía de cotizaciones se recibe más o menos el 40% de todos los ingresos que tiene el sistema. El segundo rubro importantísimo son los impuestos generales. Básicamente existen unas transferencias del Presupuesto General de la Nación hacia el sistema de salud, que

en principio reemplazaron algunas de las cotizaciones que les mencioné anteriormente porque en el año 2002 se redujeron muchas de estas cotizaciones y estas fueron reemplazadas con impuestos generales. Otra fuente, que también es de impuestos generales, es simplemente para hacer el cierre total en el sistema, que es básicamente sumando todas las demás fuentes, y lo que falta lo paga el Presupuesto. Esta es otra fuente del Presupuesto General. Otra fuente muy importante son las transferencias del Estado hacia las entidades territoriales que se llaman las “transferencias del sistema general de participaciones”. Un porcentaje importante de las transferencias, cerca del 24%, son trasladados al sistema de salud para cubrir el aseguramiento de la población pobre que no puede cotizar. Una parte también es destinada para la salud pública y otra parte es destinada para unos subsidios para la oferta. Finalmente, también están las rentas cedidas. Las rentas cedidas son impuestos que están a cargo de las entidades territoriales y que son cedidas al sistema de salud. Entre estos están los impuestos a los licores, al tabaco, y a los juegos de suerte y azar. Y también hay otras participaciones menores de otras fuentes como cajas de compensación, que son unas entidades en Colombia que están encargadas de una serie de servicios hacia la población de ingresos bajos, empleados. Ellos reciben una cotización también. Una parte de esta cotización se destina al sistema de salud. Y finalmente el Seguro Obligatorio de Automóviles (SOAT). Una parte importante de ese seguro, casi la mitad de ese seguro, va directamente también a financiar el sistema de salud. Todo eso se remite a una gran bolsa. Es una bolsa común que es manejada por una entidad que se llama la Agencia de Administración de Recursos de la Seguridad en Salud (ADRES) que está aquí pintada con una bolsita con unas monedas adentro. Es una bolsa común que financian los dos regímenes, que son del aseguramiento una parte de contributiva y una parte que es de subsidiada, es decir las personas que no pueden contribuir a la seguridad social.

Aquí están pintados estos dos grandes bloques que son: el régimen contributivo, o sea, las personas asalariadas independientes que cotizan y sus familias y el régimen subsidiado, que son las personas que no pueden cotizar porque son informales o ganan menos de un salario mínimo y que siguen siendo aseguradas pero a través de un pago de una prima que la paga directamente el Estado a través de la agencia de recursos a ADRES. Y finalmente, hay una pequeña población, de dos millones de habitantes, con respecto a la población total en Colombia, que está afiliada a algún otro régimen especial. Es importante notar acá que el sistema está altamente cubierto, es decir casi el 96% - 97% de las personas en Colombia están

aseguradas a través del régimen contributivo, del régimen subsidiado o a través de uno de los regímenes especiales. El régimen contributivo, para que tengan una idea, consiste de casi 22 millones de personas. En el régimen subsidiado hay 22.5 millones de personas. Entonces es más o menos mitad y mitad. Y en los regímenes especiales hay 2 millones de personas. Las personas pueden estar en el régimen subsidiado porque no tienen un empleo fijo o formal y en la medida que obtengan un empleo formal pueden pasar al régimen contributivo. Se les hace un descuento respectivo, pero no tienen que cambiar de asegurador. Eso se llama “régimen de movilidad”. Y si la persona pierde el estatus de empleado, entonces vuelve a ser del régimen subsidiado si no puede seguir pagando la cotización. La única condición para que una persona pueda estar en el régimen subsidiado es que esté identificado en el SISBEN, que es el mecanismo de identificación de las personas que no tienen capacidad de pago. O sea que estén identificados en el SISBEN como persona que no tiene la capacidad de pago para poder hacer contribuciones al sistema. Y como les digo esa es una población cercana a los 22.5 millones de personas.

La ADRES, la Agencia de Administración de Recursos de la Seguridad en Salud, le pasa los recursos a través de una unidad de pago per cápita, que es básicamente un presupuesto por persona, pero que permite asegurar a la persona. Es decir, ese presupuesto no cambia en la medida que la persona tome más servicios o tome menos servicios. Esa persona tiene el derecho a que por ella se pague esa prima y con eso la aseguradora lo asegura de cualquier riesgo en salud. Entonces esa operación para pasar esos recursos se llama la operación de compensación. Y hay 18 EPS en el régimen contributivo, que son las aseguradoras del régimen contributivo y en el régimen subsidiado hay 33 EPS. Algunas de ellas comparten régimen contributivo y subsidiado porque las personas pueden tener movilidad. Entonces este es un sistema que permite asegurar casi al 100% de la población y permite que las personas accedan a lo que vamos a ver a continuación, que es el plan de beneficios.

¿A qué tienen derecho las personas en Colombia? Hay distintos niveles que voy a explicar a continuación. Lo primero, a partir de una ley que se llama la Ley Estatutaria de Salud, se ha llamado una protección colectiva del derecho a la salud, que se cubre con la Unidad de Pago per Cápita y que es un plan de beneficios definido, explícito y que se construye a partir de las actividades de salud que producen un mayor retorno porque tienen un mayor nivel de

costo-beneficio o porque son necesarias según las guías de atención clínica, que también se construyen con base en evidencia científica. Eso es lo que constituye esta primera capa que se llama el Plan de Beneficios de Salud (PBS).

Hay una segunda capa, que se financia con recursos distintos a la Unidad de Pago per Cápita. Esa se paga directamente con recursos directamente del Estado, de la ADRES también, que son los recursos destinados para las prestaciones excepcionales. Son las que no están en el Plan de Beneficios ya sea porque son muy nuevos o porque no han tenido un proceso de evaluación rigurosa y técnica para ser incluidos en el Plan de Beneficios. Ahí hay un montón de prestaciones muy importantes. Digamos que más o menos equitativo el tamaño de lo que está en el Plan de Beneficios a lo que está por fuera del Plan de Beneficios. En Colombia hay una particularidad y es que durante muchos años existió una alta judicialización de la salud. Y esa alta judicialización de la salud hizo que la frontera entre el Plan de Beneficios y lo que está por fuera del Plan de Beneficios se diluyera completamente. Y las personas podían acceder a lo que no estaba en el Plan de Beneficios a través de tutelas, que son mecanismos judiciales para acceder a beneficios del Estado porque la gente tiene derecho a la salud. Entonces se empezaron a prestar estos servicios a través de tutelas y eso ocasionó una gran demanda y una gran congestión en el sistema judicial. Poco a poco se crearon los mecanismos administrativos para reemplazar estas tutelas para que la gente no tuviera que acceder a un servicio de salud a través de la tutela. Y se crearon los Comités Técnicos Científicos. Los Comités Técnicos Científicos funcionan como un mecanismo de aprobación de estos servicios, pero realmente limitaban ese acceso porque estaban aprobando prácticamente entre el 90% y el 92% de las solicitudes. Había un conflicto ahí porque en una norma se pidió que las EPS cubrieran ciertos gastos de beneficios si fueran aprobados por tutela y dieron una orden prácticamente a los Comités Técnicos Científicos de aprobar casi cualquier servicio que llegaba ahí. Entonces, se abrió la puerta completamente y anualmente millones y millones de prestaciones de beneficios que están por fuera de este plan se cubren a través de este mecanismo. Después de la Ley Estatutaria se reconoció el hecho de que la jurisprudencia estaba aceptando lo que no estaba en el Plan de Beneficios, a no ser que estaba realmente un servicio que no fuera de salud, un servicio que no estuviera todavía en Colombia, que no tuviera registro de la Agencia Sanitaria o que fuera un servicio más cosmético que médico. Y así se quedaron unos criterios de exclusiones, que es la última capa que llamamos las “exclusiones de la Ley Estatutaria”. Ese procedimiento realmente es nuevo y básicamente

implica que hay un proceso participativo, pero también con base en evidencia científica para llevar tecnologías que realmente no agregan valor y que no tienen evidencia de que agregan valor y, por el contrario, pueden ser no efectivas y no seguras y pueden llevar a ser exclusiones y no pagarse con recursos del sistema, a no ser casos muy excepcionales que todavía se están dando a través de la tutela. Eso en principio no debería ser cubierto con recursos públicos. Y esa es la última capa. Entonces, tenemos lo que está cubierto y no tiene ninguna restricción, lo que se presta a través de prestaciones excepcionales, que llamaron protección individual del derecho, que se trata caso por caso pero es una prescripción electrónica por parte de un sistema y lo que no se presta que está por fuera de la Ley Estatutaria. Y, por último, hay prestaciones colectivas que son las de salud pública que se pagan con algunos recursos del sistema general de participaciones y se brindan directamente por parte de las entidades territoriales. Así es como funciona, a groso modo, el sistema.

Es un sistema que tiene una serie de ingresos y muchos gastos. Estos dos grifos que aparecen ahí en la gráfica muestran que entre el 2002 y el 2016 los ingresos solamente aumentaron en un 8% en términos reales, mientras que los gastos incrementaron en un 24%. ¿Qué sucedió en este momento para que aumentaran tanto? Pasaron cosas muy importantes. Primero, se equipararon el Plan de Beneficios del contributivo y del subsidiado. Antes eran diferentes. Tenía menos beneficios el subsidiado. Entonces se equipararon los dos y eso generó obviamente un mayor gasto porque la unidad de pago per cápita del régimen subsidiado se incrementó en más del 40% o 50%.

Segundo, durante esta etapa se aprobó esta Ley Estatutaria y se generó una mayor conciencia del derecho a la salud, entonces se incrementaron las frecuencias, como lo vemos en la anterior gráfica. Estos dos elementos, sumados al crecimiento muy difícil de controlar de las prestaciones excepcionales en donde están fundamentalmente las nuevas tecnologías, hacen que este rubro se incremente en el 24%, como lo hemos mencionado. Solamente estas dos cifras ya permiten entender que en Colombia existe un problema de sostenibilidad muy complejo.

¿Por qué en este momento no está más quebrado el sistema? Básicamente porque hasta el año 2014/2015 había excedentes en el sistema. Esos excedentes estaban guardados y se han estado utilizando para financiar la necesidad de financiamiento adicional que generan estos gastos.

Pero esta fuente de excedentes ya también se terminó. Entonces, a partir de ahora el sistema, en términos reales, está deficitario y hay un montón de evidencia, no solamente desde el punto de vista del presupuesto sino también desde el punto de vista de la solidez financiera del sistema, es decir, deudas de las aseguradoras y de los prestadores muy grandes, que hacen que el sistema en este momento esté en una situación financiera y fiscal realmente muy crítica.



INSTITUCIONES Y ENTIDADES RELEVANTES

(Min. 00:26:57)

¿Cuáles son las instituciones y entidades relevantes que participan en este análisis que aportan en la revisión con miras hacia lograr una gestión de la presión del gasto? Aquí, en la parte de arriba, tengo las más importantes. Está naturalmente el Ministerio de Salud que es el encargado de hacer el presupuesto de salud. Es el encargado de hacer los cálculos de la unidad per cápita, la prima de aseguramiento, el presupuesto de los programas de salud pública. Y eso lo hace en conjunto con las entidades del Estado que hacen control del gasto/de la inversión, que son el Ministerio de Hacienda y el Departamento Nacional de Planeación. Se creó recientemente

una agencia que administra los recursos del sistema y busca darle mayor transparencia y mayor eficacia y eficiencia al uso de los recursos. Esa es la agencia administradora de recursos. Hay una que se llama Comisión de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en donde participan los Ministerios que hemos señalado pero además participa el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) y participa un miembro de la Presidencia de la República. En esta comisión se revisan, básicamente, los cálculos de la unidad de pago per cápita del aseguramiento. Aunque la comisión tiene otras funciones de revisar también elementos del funcionamiento del aseguramiento en el país, ellos casi no se concentran en esto segundo, sino que se enfocan en lo primero y en aspectos muy metodológicos de este cálculo. Pero esta comisión tiene un alcance interesante que habría que ver si se fortalece se profundiza. Esta comisión da lineamientos o sugerencias al Ministerio de Salud pero no son vinculantes a la hora de tomar la decisión.

Está el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud, que es una unidad muy importante pero creada recientemente, que hace evaluación de las tecnologías en salud para efectos de decidir si se incluyen en el Plan de Beneficios y también hacen el análisis para las tecnologías que podrían ser objetos de exclusión del Plan de Beneficios. También hacen evaluación de tecnologías que están entrando al país que puedan generar un costo muy importante para el sistema. Esta entidad también es de carácter asesora. No es una entidad pública pero es una entidad que tiene una connotación pública. Es una entidad de derecho privado y es una ONG, pero es financiada, básicamente, a través de contratos con el gobierno. Entonces el principal problema que vemos en este momento de esta entidad es que no tienen financiamiento asegurado y por lo tanto básicamente solamente puede hacer aquello para lo que se le contrata. No puede hacer investigación en salud pública si no es contratada para eso, no puede evaluar unas tecnologías que están entrando si no es contratada para eso. Entonces tiene un alcance en ese momento limitado pero su rol es tremendamente importante para este efecto de hacer control y gestión del gasto.

Y está la Instancia Asesora que es una instancia más de mediación. También tiene carácter de hacer sugerencias y dar asesorías al Ministerio y ahí están sentados, digamos, los principales actores del sistema. Están los aseguradores, las asociaciones de prestadores de servicios de distintos hospitales, las asociaciones de usuarios y pacientes, los Ministerios, como el Ministerio

de Salud, y una serie de actores que permiten hacerles seguimiento a las principales decisiones que se toman en el sistema. Y, por último, una institución importantísima son los jueces y la Corte Constitucional, que yo ya los mencioné anteriormente. Es que a través de las sentencias de los jueces se ha determinado en buena medida cómo se conforma el Plan de Beneficios en el país. ¿Qué es lo principal que hacen los jueces? El médico tratante es quien tiene la última palabra, básicamente. Si el médico tratante considera que hay una necesidad en un paciente y la persona no tiene una capacidad de pago, o simplemente independientemente de su capacidad de pago se requiere ese servicio o esa tecnología, el sistema lo tiene que ofrecer y lo tiene que pagar. ¿Cómo lo financia? Pues a través del sistema de recobros que es lo que financia lo que no está en el Plan de Beneficios. ¿Y eso qué implica? Que una aseguradora paga y luego busca el reembolso al Estado. El Estado tiene una posibilidad de revisar esa cuenta, auditarla y pagarla si está de acuerdo o negarla si no está de acuerdo y ahí se genera un problema financiero porque hay negaciones, que se llaman “glosas”, que se están acumulando históricamente y generan una deuda no reconocida del Estado a los aseguradores que a su vez implica que la aseguradora se queda sin caja suficiente para poder pagar a los hospitales el día a día del Plan de Beneficios. Toda esta bola impresionante de deudas hoy en día suma cerca de 10 billones de pesos, que para los que no son de Colombia más o menos son 4 mil millones de dólares.

Bueno, este es el contexto institucional en el que nos movemos. Este es el sistema de salud en Colombia. Y esta es la situación financiera y fiscal que tenemos en este momento.

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.

PREGUNTA Y MARCO TEÓRICO

(Min. 00:32:41)

Con base en ese gran marco surge la pregunta que estamos tratando de resolver en esta investigación y es ¿cuáles son los arreglos institucionales que se requieren para una gestión adecuada de la presión fiscal que proviene del sistema de salud en el país? Para poder resolver esta pregunta tomamos una definición de qué es un arreglo institucional, de las Naciones Unidas, que es básicamente políticas, sistemas y procesos que las organizaciones usan para legislar, planear y dirigir sus actividades de manera eficiente y efectiva para coordinar con otros para cumplir su mandato.

¿Cuáles son los arreglos institucionales? ¿Qué es una institución? ¿Cuál es el marco teórico? En este marco teórico encontramos algo interesante, que se está haciendo, digamos, como política comparada, en la OECD, en un documento que se llama “Sostenibilidad Fiscal en los Sistemas de Salud”, considerando las perspectivas de las finanzas y de la salud. Es un documento del 2015 muy recomendado para aquellos que están interesados en estos asuntos.

Este marco teórico propone tres grandes elementos. El primero es que se requiere información para poder hacer buenos diagnósticos y tomar decisiones. Entonces el primer gran bloque es sobre las necesidades de información para los diagnósticos. El segundo gran bloque es para ver cuáles son aquellos factores de riesgo que están en el contexto político e institucional. Son elementos que deberían estar ahí y si no están ahí generan un riesgo para la sostenibilidad del sistema. Y el tercer gran bloque es acerca de cuáles son las palancas de la política pública que se pueden movilizar, manipular o impulsar para poder hacer gestión del gasto. Y ahí hay palancas, o mecanismos de política, desde el lado de la oferta y de la demanda, desde el lado de la coordinación y desde el lado de los ingresos fiscales. La idea es que se analicen estas palancas o políticas de manera integral.

¿Cómo hicimos este análisis? Básicamente tomamos como base ese documento de la OECD. Ellos hicieron a su vez unas encuestas, digamos, muy concretas a tomadores de decisión sobre presupuestos en salud en los países de la OECD. Hicieron una serie de preguntas. Nosotros, con un formulario similar, hicimos entrevistas semi-estructuradas a personas importantes en el sector que están relacionadas con las decisiones del gasto de salud. Hicimos entrevistas a personas en el Ministerio de Hacienda, en el Departamento de Planeación (DNP), en el Ministerio de Salud hicimos algunas entrevistas y también hicimos entrevistas a personas del gremio de aseguradores. Estas entrevistas todavía son un trabajo en progreso porque se pueden hacer todavía más para llegar a una mayor profundidad de este análisis, pero digamos que voy a contarles qué hemos encontrado hasta ahora.

4.1 Diagnóstico: necesidades de información

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Pronóstico de largo plazo | <input type="checkbox"/> |
| 2. Requerimientos de gasto a mediano plazo | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Información oportuna sobre el gasto | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vinculaciones de las proyecciones de gasto con las estimaciones de ingresos | <input checked="" type="checkbox"/> |

DIAGNÓSTICO: NECESIDADES DE INFORMACIÓN

(Min. 00:36:28)

En términos del primer gran bloque que es “Diagnóstico: necesidades de información”, tenemos un primer elemento que es muy importante para mirar hacia el largo plazo y es que se requiere tener en el país modelos de pronóstico del gasto en salud y modelos que sean sofisticados y que incluyan la posibilidad de hacer variaciones en el modelo, en los supuestos que se utilizan, y variaciones con base en distintas políticas que se puedan implementar, ya sea desde el lado de aumentar los ingresos o desde el lado de hacer políticas que pueden afectar el gasto. Este modelo en Colombia no existe. Hemos hablado con distintas personas. Hubo un intento de crear este modelo en el DNP, hace unos años, pero realmente eso no se concluyó y no se utiliza para tomar decisiones en este momento. Más bien se utiliza un modelo que es de fuentes y de gastos, que básicamente incluye algunos supuestos sobre las realidades económicas y el crecimiento del gasto en salud, pero como elementos exógenos al modelo. El modelo no se retroalimenta. El modelo no es de equilibrio general. Y ese modelo solamente sirve para hacer unos pronósticos de corto y de mediano plazo, máximo de hasta hace unos cinco años. Y esos datos son incluidos, a veces, en el marco fiscal de mediano plazo, sobretodo en el 2016 hubo un importante capítulo dentro del marco fiscal de mediano plazo en el Ministerio de Hacienda, que habla acerca de los

requerimientos de ingresos y de políticas de salud para poder hacer un poco más eficiente el sistema y generar más sostenibilidad.


En tercera medida se requiere que la información se presente de manera oportuna y que se utilice para tomar decisiones sobre gestión de gasto. Lo que hemos visto a través de las encuestas y de las entrevistas es que la información lastimosamente no es oportuna. La mayor fuente de información del sistema proviene de las atenciones de los prestadores que a su vez son informadas a los aseguradores. Los aseguradores las remiten al gobierno para efectos, sobre todo, de calcular la unidad de la prima per cápita, es decir el valor del aseguramiento. La información llega más o menos un año o un año y medio más tarde porque para pronosticar el gasto, por ejemplo, en el año 2018, vamos a pronosticar el gasto del 2019 y utilizamos información del año 2017. Y la decisión se toma a finales del año 2018. Entonces a finales del 2018 estamos utilizando información del 2017, casi con un año o un año y medio de rezago, para pronosticar el gasto del 2019. Entonces, hay una información que tiene un desfase muy importante, pero sobre todo la información no se utiliza mucho, digamos no tiene muchos otros usos, sino solamente para ese cálculo de unidad. No es información que fluya de manera ágil y oportuna para tomar otro tipo de decisiones, por ejemplo, cómo generar más inversión en atención primaria de salud, o cómo monitorear si los gastos de los hospitales están disparados, por ejemplo, o cómo va el gasto en medicamentos.

Los medicamentos se vigilan a través del sistema de medicamentos que es un poco más oportuno y hay otros temas que se vigilan de manera más oportuna, por ejemplo, los gastos del no-POS. Pero en general no hay una información tan presente en ese momento.

Y finalmente sí tenemos un modelo que vincula ingresos y gastos pero no tenemos un análisis permanente de cada una de las fuentes de ingresos.

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			✓ ✓



FACTOR DE RIESGO: CONTEXTO POLÍTICO E INSTITUCIONAL

(Min. 00:40:49)

El segundo gran bloque que conversamos es el factor de riesgo, que es el contexto político e institucional. Aquí tenemos un primer factor de riesgo y lo calificamos como riesgo alto y es que en las encuestas y entrevistas no vimos que exista un censo de un acuerdo político de alto nivel sobre cuál es el objetivo del gasto en salud. El gasto en salud va a su ritmo y termina siendo un afán del día a día y un afán de año tras año. Pero como país no hemos dicho: miren, ¿saben qué?, el país debe gastar el 7%, 8% o el 9% del PIB. Para llegar a un gasto similar a la OECD vamos a tener que llegar a 1,500 dólares per cápita para el año 2030. Ese es un acuerdo de alto nivel entre Ministerios de Hacienda, Ministerios de Salud, pero también de la sociedad, digamos el Congreso y la ciudadanía, de tener un gran objetivo de qué tipo de gasto queremos tener y cuál es la composición de este gasto. Entonces no tenemos ni un objetivo de a qué gasto llegar ni cómo debe estar compuesto.

En Colombia se maneja un poco ver cómo fue el gasto hace dos años antes para tratar de pronosticar el siguiente año y ver cómo tenemos el presupuesto suficiente para financiar este año en particular. Y no estamos mirando dentro de eso cómo se comporta el gasto. No estamos mirando de manera sistemática el gasto, por ejemplo, en atención primaria, prevención, promoción, hospitalización o en ambulatorio. Eso no se hace. No se hace ni por objetivo, ni por meta, por categoría o por sub-gasto, sino son grandes rubros que es la UPC y no vemos que pasa por dentro. Eso es uno de los mayores riesgos que tenemos en el sistema y lo calificamos como riesgo alto.

Creemos que sí hay un buen mecanismo de coordinación entre el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud y del DNP, que es básicamente esta Comisión de Beneficios, Costos y Tarifas, pero que tiene una limitada utilización. Solamente se utiliza para analizar la unidad de pago per cápita. Podría ser utilizada para mirar otras políticas y para ver qué pasa en los grandes rasgos del gasto.

A veces se hace un análisis muy básico pero no se lleva a una discusión pública amplia, ni tiene repercusiones por fuera de lo que pasa en esta Comisión. Eso lo calificamos como riesgo medio porque existe el mecanismo pero falta de tener un poco más de impacto.

Riesgo bajo es el grado de descentralización en los servicios de salud, básicamente porque el marco teórico que tenemos dice: mientras más descentralizado esté más difícil es hacer control y gestión del gasto porque las entidades tienen autonomía. En el caso colombiano hay una baja descentralización. Máximo el 10% del presupuesto se va a entidades descentralizadas. El resto se maneja a través de un mecanismo que les comenté anteriormente.

Y por último está el riesgo más grande, más importante y por eso le puse dos palomitas en riesgo alto y es que no hay una buena delimitación entre el gasto público y el gasto privado en salud. Cuando uno mira aquí el marco teórico, ¿a qué se refiere entre buena delimitación entre el gasto público y el gasto privado? Se refiere puntualmente a que no hay un buen mecanismo de priorización que haga que el sistema se concentre en aquellas tecnologías que son más costo-efectivas. Esto es, si tuviéramos un Plan de Beneficios que se respetara en Colombia, entonces aquí aparecería un riesgo medio o un riesgo bajo. En Colombia, como este Plan de

Beneficios es poroso y permite que la gente o los médicos prescriban cosas que están por fuera del Plan de Beneficios, eso genera un riesgo muy alto porque es muy difícil de controlar el gasto por esa presencia de institucionalidad. Por eso está calificado como riesgo alto.

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

TRATAMIENTOS: MECANISMOS DE POLÍTICA

(Min. 00:45:00)

Y ahora entremos a ese tercer gran bloque que son los tratamientos o los mecanismos de política. Tenemos varios tratamientos, unos desde la oferta, otros desde la demanda, otros desde lo administrativo y otros desde los ingresos del sistema.

Desde la oferta tenemos una serie de posibilidades de trabajar la oferta de servicios a través de distintos mecanismos de pago. En Colombia eso no se regula mucho. Es decir, no hay mucha política pública enfocada a la regulación de los métodos del pago de proveedores. En una ley se menciona que solamente se puede hacer capitación, es decir pagos per cápita, a proveedores en el nivel de atención básica en salud, lo cual visto desde el punto de vista de la teoría es

un poco contrario al deber-ser. ¿Por qué? Porque la atención primaria en salud es una atención donde es muy beneficioso que la puerta de entrada al sistema sea altamente resolutive y que evite que las personas tengan que recurrir a hospitales que atienden niveles de complejidad mayor. Esta puerta de entrada es la atención primaria. Y la Ley permite capitar en ese nivel y no dice nada de revisar, por ejemplo, pago por desempeño, no dice nada de pagar con base en indicadores de producción mínima de algunos servicios que son muy importantes. Solamente se capita, entonces el proveedor primario podría tener el incentivo de hacer menos para poder ganar un poco más de recursos con base en esa cápita y también tiene el incentivo de transferir a en los casos de alta complejidad a las personas que están siendo tratadas porque obviamente les quedaría más que este pago per cápita. Entonces en Colombia está marcado con una X porque no están bien manejados esos métodos de pago a proveedores. Ahí podría haber muchas más opciones como pagos por desempeño, evitar pagos por evento en los niveles altos de complejidad y pagar por ejemplo por mecanismos de DDGs, pagar por mecanismos de pronóstico de una cápita más sofisticada.

Hay otros pagos que no están siendo utilizados. En Colombia sí hay competencia entre proveedores y aseguradores que ese es un mecanismo que está en la esencia del sistema de aseguramiento en Colombia. En Colombia sí hay una política farmacéutica en donde se promueve la sustitución de medicamentos de marca por medicamentos genéricos. Podría ser todavía más reforzado, pero sí existe. En Colombia hay poco avance todavía en mecanismos de negociación y de compras conjuntas en medicamentos. Digamos que esto es un ámbito que fue dejado mucho a la posibilidad de cada asegurador. Y en el campo, por ejemplo, de lo que no está en el Plan de Beneficios se usaron otros mecanismos como la regulación de precios, o regulación de precios máximos de recobro. Pero las compras conjuntas es algo que recién empieza en Colombia y fue por una vez utilizado para los medicamentos de Hepatitis C. Y en Colombia se utilizan en algunos casos límites presupuestarios y en otros casos no se utilizan límites presupuestarios. ¿En qué caso se utilizan límites presupuestarios? En el caso de la unidad de pago per cápita. Pero es un límite que se establece con base en la proyección que les mencionaba anteriormente de la unidad de pago por cápita. Entonces es un límite flexible. Primero se proyecta y después se utiliza esa proyección para definir ese límite, y luego permanece como un límite y eso se respeta. Entonces, sí es un buen límite, pero es con base en las proyecciones y no con base en una decisión arbitraria del Ministerio de Hacienda, no sé si me hago entender.

En donde no hay un límite presupuestario que se respete es en el pago de los servicios que no están en el Plan de Beneficios. Ahí es básicamente un pago por evento y es un pago en la medida que vaya llegando. Se hace un pronóstico de cuánto puede llegar, pero si llega mucho más, pues eso se tiene que pagar y si no hay presupuesto para eso, entonces queda como deuda para el siguiente año. Y eso es lo que está generando, hoy en día, una presión importante sobre las finanzas públicas. Entonces los límites presupuestarios están relativamente mal enfocados porque en aquello lo que está generando una gran presión sobre el gasto, por las nuevas tecnologías que no están en el Plan de Beneficios, no tiene un límite presupuestal. Se paga por reembolso a demanda y al precio que se cobre, si es que no hay un precio máximo de reembolso.

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



TRATAMIENTOS: MECANISMOS DE POLÍTICA

(Min. 00:51:37)

Para mirar los mecanismos desde la demanda hay un mecanismo muy importante que es darles mucha capacidad de resolución a los médicos de cabecera para filtrar y controlar el acceso a la salud en Colombia. Ese es un ideal que se quiere perseguir con el nuevo modelo de atención salud pero existe muy limitado. Hay cierta puerta de entrada en las EPS, pero lo que hacen básicamente es remitir a los especialistas y no tener una alta resolutiveidad en ese nivel. Entonces, ahí calificamos como algo que se puede promover mucho más.

Hay lista de medicamentos preferidos en el Plan de Beneficios, pero la lista de medicamentos, como digo, solamente funciona para lo que está en el Plan. Por fuera del Plan también se puede acceder a ella y ahí no funciona la lista de preferidos. Entonces por eso ahí lo ponemos como que sí existe pero no necesariamente se respeta o funciona bien.

Y también hay mecanismos de costos compartidos con el usuario. Esto se refiere por ejemplo al co-pago, a las cuotas moderadoras o al gasto de bolsillo. En Colombia existen co-pagos para las cuotas moderadoras pero para el Plan de Beneficios. Lo que no está en el Plan de Beneficios no tiene cuotas moderadoras. Entonces es más barato acceder a lo que no está en el Plan de Beneficios y, por lo tanto, es una mala práctica. Deberíamos poner claramente cuotas moderadoras o co-pagos en lo que no están en el Plan de Beneficios.

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

TRATAMIENTOS: MECANISMOS DE POLÍTICA

(Min. 00:51:37)

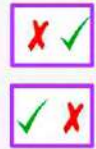
También hay mecanismos desde la gestión, desde la coordinación y la financiación. Uno de ellos, que es muy importante, es el control directo sobre precios farmacéuticos. En Colombia ya llevamos trabajando varios años sobre control, a través de referenciación internacional de precios. Ha sido una política bastante exitosa. Hay unos ajustes que son importantes introducir, pero digamos que tenemos esa tarea muy avanzada y hemos tenido unos muy buenos créditos.

Tenemos también una unidad especializada en hacer evaluación de tecnologías en la salud, que es el IETS. Yo les mencionaba antes que esa es tremendamente importante, pero tiene un problema grave de financiamiento. Entonces existe, hace un rol muy importante, pero queda corta por la falta de financiamiento. Y finalmente tenemos muy bajo nivel de evaluación y monitoreo de las políticas y por lo tanto no hay una buena retroalimentación de qué se debe hacer para hacer control de gastos. Esta es una falla en el sistema y se debe mejorar esa coordinación.

4.3 Tratamientos: mecanismos de política

4. Del lado del ingreso:

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



TRATAMIENTOS: MECANISMOS DE POLÍTICA

(Min. 00:52:41)

Y finalmente, desde el lado del ingreso, tenemos políticas para incrementar el ingreso; necesariamente se tienen y permanentemente se introducen normas en el Congreso para buscar nuevas fuentes. Lo pongo como positivo pero también que no se tiene porque no se ha hecho lo suficiente. Como vemos el ingreso ha subido a un ritmo menor que el gasto. Entonces hay que hacer todavía mucho más.

Y también se han dado muchas políticas de cambio en la composición de las fuentes de ingresos. Este es un tema interesante, que en la OECD mencionan, y es que depender demasiado en cotizaciones de los empleados es un riesgo para un sistema de salud porque la población está envejeciendo. En la medida que la población envejece no va a haber muchos cotizantes en el sistema. Entonces hay que hacer una recomposición e introducir más fuentes. En Colombia hay bastante recomposición de fuentes pero podría haber más. Hay un gran debate, por ejemplo, actualmente, sobre las bebidas azucaradas y sobre la necesidad de imponer un impuesto sobre las bebidas azucaradas. No se ha podido hacer pero existe el debate y podría darse en un futuro próximo.

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.



CONCLUSIONES

(Min. 00:53:49)

Ya para concluir, tengo aquí estas cuatro grandes conclusiones para no repetir las puntuales de los otros temas.

La primera es que existen instituciones para hacer el control del gasto pero su capacidad es limitada y se deben y se pueden fortalecer. Esa es una gran conclusión.

Lo segundo es que es importantísimo continuar la conciliación entre el marco normativo, que es la jurisprudencia y la Ley Estatutaria, con la priorización de servicios de salud en un Plan de Beneficios. Existe la noción de que en la jurisprudencia y la Ley Estatutaria limitan la priorización. Yo creo que todavía no es una limitación. Es una restricción importante pero hay muchas maneras

de priorizar y se pueden introducir en la legislación en Colombia.

Tercero, que el monitoreo del gasto se hace muy poco y no se hace por categorías y subcategorías. Hay que incluir metas, hay que asociarle pagos, seguimiento y evaluación de impacto. Toda esa es una tarea muy pendiente en Colombia.

Y, por último, hay que hacer un uso más sistemático de todas las palancas de las que hemos hablado para poder hacer gestión sobre el gasto. Y para ello hay que ponerlas sobre la mesa

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



permanentemente y llevarlas a las instituciones que pueden gestionar eso.

RECOMENDACIONES DE EXPERTOS

(Min. 00:55:09)

Hay una serie de recomendaciones de expertos, que las voy a dejar ya simplemente ahí mostradas, que surgieron durante las entrevistas. Pero creo que ya es momento que demos la palabra a las personas que están conectadas.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Min. 00:56:07)

Pregunta de Pamela:

¿Qué rol ha jugado la priorización en el control de gastos en salud en Colombia?

Respuesta:

Yo creo que esto tiene una historia y lastimosamente no es una historia de éxito. Es una historia de un fracaso. Y realmente los países en el mundo tienen que aprender de esta historia. En Colombia el sistema fue concebido para que funcione con una institución fuerte que priorice y que defina qué se financia con recursos públicos y qué no se financia. Esta institución ha cambiado a lo largo del tiempo, pero siempre ha existido. Al principio era una comisión, un consejo de la seguridad social, luego fue una comisión de regulación, luego está la Comisión de Beneficios, Costos y Tarifas. Pero otra institución importante que yo menciono en la charla que son los jueces y la Corte Constitucional empezaron a generar una jurisprudencia que no permitieron que esa priorización tuviera el efecto requerido. Y la razón por la cual terminó primando la jurisprudencia de la Corte, y luego que todo eso quedara incluido en una Ley Estatutaria, fue porque no hubo un proceso de actualización permanente y oportuno del Plan de Beneficios. Entonces se quedaron por fuera del Plan de Beneficios elementos muy importantes para la salud, que los médicos requerían y que eran necesarios para tratar a los pacientes. Y al ver que no había respuesta por parte de las autoridades en Colombia, que no actualizaban ese Plan de Beneficios por más de diez años, los jueces empezaron a decir: “eso se tiene que prestar, a pesar de que no está en el Plan de Beneficios”.

Entonces, era un rol prioritario que se fue minando y que se fue carcomiendo por decisiones de los jueces que tenían una justificación importante. Era que había servicios que podían salvar vidas y que no estaban incluidos en el Plan de Beneficios y no había una real justificación para que no estuvieran en el Plan de Beneficios. El tema aquí de aprendizaje es que los países tienen que hacer una actualización permanente. Tienen que demostrar que se revisó el Plan de Beneficios y que es un plan necesario y suficiente para hacer una atención de salud adecuada a la población. Y en países donde hay una alta judicialización y capacidad de influir desde los jueces, no se puede dar el lujo de no hacer esta gestión adecuada cuando toca porque si no entonces el sistema judicial rompe el mecanismo. Hoy en día, lo que hay es un Plan de Beneficios amplio, que se puede dar lo que está y lo que no está en el Plan de Beneficios y vamos a tener que recurrir a otros mecanismos para poder hacer priorización, con incentivos, con listas preferidas atadas a incentivos a proveedores y aseguradores, a premios por

seguir guías de práctica clínica, no sé. Nos vamos a tener que inventar el mundo de la priorización cuando no es obligatorio ceñirse a ella. Y eso es una dificultad muy grande para el país, que necesita priorizar y necesita hacer gestión del gasto.

(Min. 00:59:43)

Pregunta de Marcella:

Te quería consultar si Colombia ha tenido alguna experiencia de mecanismos de diálogo y coordinación entre el sector salud y los jueces para empezar a controlar el tema de la judicialización. Porque, por ejemplo, en Brasil es un desafío muy grande también pero sí se han logrado en algunos estados experiencias que han sido exitosas en el sentido de promover encuentros de reuniones para informar y sensibilizar los jueces hacia la importancia de tomar esas decisiones en un contexto un poco más amplio, considerando las limitaciones presupuestales de los estados y también tomar en consideración lo que siempre tenemos pendiente de que al final no se puede financiar todo.

Respuesta:

Sí, yo creo que hubo intentos por hacer estos acercamientos pero fueron tardíos y no fueron efectivos. La jurisprudencia se consolidó. En Colombia, si la jurisprudencia se consolida, es muy difícil regresarla. Digamos, la jurisprudencia lo que hizo fue elevar el derecho a la salud incluso antes de la Ley Estatutaria. Y dijo que el derecho de la salud incluía que a las personas se les debe dar el tratamiento que requiere con necesidad y con oportunidad, independientemente si existen los recursos suficientes en el agregado nacional para financiarlo. Basta con que el médico lo prescriba. Y esa jurisprudencia se solidificó. ¿Cómo decirlo? Hay instancias muy altas que cuando definen esas jurisprudencias eso ya es prácticamente un anexo a la constitución del país. Y así es como se solidificó esa jurisprudencia desde el año 2008. Antes de eso tenía que haberse dado esa discusión y ese debate. Después de eso lo que hay que hacer es armonizar. ¿Qué se ha hecho para armonizar eso? Se sacó una Ley Estatutaria de la Salud que incluye buena parte de esa jurisprudencia pero que además incluye una válvula de escape, que son exclusiones explícitas del sistema que tienen que hacerse a través de un mecanismo técnico participativo. Entonces se considera que el mecanismo para coordinar con los jueces es que si una exclusión pasa por un mecanismo técnico, pero además participativo, y se decide que se excluye, esa evidencia de que fue hecho a través de ese mecanismo sí debe influir en que los jueces no puedan prescribir algo que fue excluido. Es el mecanismo de exclusión que se está intentando hoy en día. Pero el mecanismo de exclusiones es reciente. Solamente hay cerca de cuarenta exclusiones, y cosas que eran como muy lógicas y normales. No hay ningún medicamento controversial ahí. Creo que el reto ya va a ser cuando empiecen a introducirse medicamentos controversiales o exclusiones parciales,

para una población sí y para otra no, y eso tenga que someterse a una revisión de un juez. Ahí vamos a ver realmente si el mecanismo funciona o no. Por ahora es muy tímido lo que se está haciendo y no han funcionado los mecanismos para conciliar la visión. ¿Por qué? Porque los jueces dicen que la medicina no es mi competencia. Es la competencia del médico. Si el médico cree que esto salva una vida, yo no puedo en menos de diez días que tengo para emitir una sentencia, decidir sobre la vida de ese paciente. Y no me compete hacerlo. Entonces siempre van a ir por la vía que diga el médico. Y se está explorando otra vía que es interesante que es la auto-regulación de los médicos. Digamos que no se puede trabajar tanto con los jueces, como dijimos, pero sí estamos trabajando con los médicos para que los médicos tengan información suficiente y empiecen a generar en sus gremios una auto-regulación que permee decisiones de los médicos tratantes. Esa es como la nueva onda que busca generar algún tipo de control sobre el gasto desde la prescripción de los médicos.

(Min. 01:04:10)

Pregunta de Martín:

Me parece interesante la aplicación del método al caso colombiano. ¿Cuáles son los mecanismos de diálogo y coordinación entre los Ministerios de Salud y Finanzas para mejorar el gasto en salud y cuidar la sostenibilidad de los sistemas? ¿Cuáles son los aprendizajes que podrías compartir de tu extensa experiencia en el sector para mejorar esta relación?

Respuesta:

El principal mecanismo es la Comisión de Beneficios, Costos y Tarifas. Esa es una comisión en donde se sientan representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Hacienda, del Departamento Nacional de Planeación y del IETS. Esa Comisión realmente se reúne pocas veces al año pero hay una Comisión Técnica que sí se reúne muchas veces al año. Y en esta Comisión Técnica están sentados directores y subdirectores y están revisando cómo es la evolución del cálculo de la unidad de pago por cápita. Y en esa tarea sí se revisan elementos importantes del gasto. ¿Qué es lo que están diciendo los expertos que consultamos y lo que yo he visto en mi experiencia? Que esta tarea se tiene que elevar el perfil, es decir subir más el nivel a ministros, hacer reuniones más periódicas e incluir más temas. Por ejemplo, se deberían incluir temas como mecanismos de pagos entre proveedores, fortalecer la puerta de entrada del sistema a través de los médicos tratantes familiares, incluir en la regulación de los precios de medicamentos más medicamentos o unos controles basados en el valor agregado de los medicamentos y no sólo de referenciación de precios internacionales. Es decir, incluir una lista de más temas que se vayan a discutir a alto nivel y que eso se vaya discutiendo también con la Comisión de Beneficios, Costos

y Tarifas. Ese es un aprendizaje, darle más nivel e incluir más temas no solamente unidad de pago per cápita.

Otro tema de coordinación, pero no está Hacienda ahí metido, es entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Comercio en la regulación de los precios de medicamentos. Entonces hay una recomendación de incluir ahí al Ministerio de Hacienda, por ejemplo. En esa discusión es muy complicado porque el Ministerio de Comercio tiene todo el interés desde la industria, el Ministerio de Salud desde la protección del paciente y desde el gasto. Y a veces es complicado mover adelante la agenda de regulación de precios, inclusive cuando es evidente que los precios están demasiado encima, incluso a nivel internacional, comparado con países que tienen un PIB muchísimo más alto que el colombiano.

Otro elemento importante es que debería haber una comisión o una dirección dentro del Ministerio de Salud que haga análisis de inteligencia de información permanente. Sobre todo, esa información de la base de datos de suficiencia y que esté revisando variaciones del gasto que no sean justificables. Y que esta dirección tenga la capacidad de hacer auditoría. Es decir, mandar a auditores a ver qué está pasando ahí. Hoy en día eso no existe. No hay auditoría sobre las prestaciones que se pagan con el Plan de Beneficios. Solamente lo que no se paga con el Plan de Beneficios. Entonces hace falta que el gran grueso del gasto se audite y se revisen esas variaciones del gasto de manera periódica y permanente. Yo creo que estas son tres cosas que se deben hacer.

(Min. 01:08:06)

Pregunta de Laura Martínez:

A pesar de los mecanismos de política para controlar el gasto las presiones siguen aumentando. En tu opinión, ¿cuál consideras que debería ser el arreglo institucional efectivo para disminuir o controlar el número de frecuencias?

Respuesta:

Creo que hace falta una de las primeras cosas que evaluamos acá y es, en el contexto político, un gran acuerdo nacional sobre las metas del gasto en el país. Eso no hay y es un arreglo más que institucional formal, es un arreglo político informal, pero que tiene que existir en Colombia. Ese es un tema. Y el otro tema es lo que hablamos ahorita que esta Comisión tenga más periodicidad y que incluya otros temas, no solamente el pago per cápita. La agenda está muy enfocada en cuál va a ser la unidad de pago per cápita del siguiente año, cuando debería ser ¿cuáles son las palancas de las políticas que deberíamos estar moviendo porque estamos viendo ciertos incrementos del gasto inusual y en tales rubros? Estas

decisiones nunca se llegan a dar en este ámbito interinstitucional. Son discusiones de información de dos años antes, cosa que ya no podemos hacer nada al respecto y discusiones acerca de si el parámetro del empleo o de las cotizaciones está bien calculado. Son muchas discusiones alrededor de variables económicas que no tienen, realmente, una relación directa con el control del gasto. Entonces es utilizar esa misma institución que existe pero darle mucho más contenido a la discusión, una agenda mucho más amplia y una discusión que con una interlocución con la sociedad civil más abierta.

Y, por último, me parece importantísimo que se haga una rendición de cuentas mucho más clara sobre el crecimiento del gasto. Es decir, que exista una comisión de expertos independiente, que haga esa revisión de manera anual. La experiencia interesante reciente de la Comisión del Gasto muestra que es muy bueno que una comisión de expertos haga la revisión de cómo se está haciendo el gasto en el país. Ellos revisaban el gasto de todo el presupuesto público y tienen un capítulo de salud. Las conclusiones ahí son muy relevantes para toda esta discusión. Yo creo que esta comisión debería darse permanentemente, a altísimo nivel y de manera anual y que genere recomendaciones sobre estas políticas que estamos comentando.

(Min. 01:10:50)

Pregunta de Marcella:

Cuando tú comentaste en tu presentación este tema del acuerdo político de alto nivel, sobre la meta del gasto y su composición, me llama mucho la atención realmente como una iniciativa que no he visto y que podría tener buenos frutos. ¿En la investigación que ustedes han hecho, han identificado o aprendido de algún otro país que haya implementado un acuerdo como este en la región o fuera de la región?

Respuesta:

En la encuesta que se hizo de todos los países de la OECD existen acuerdos en este nivel en un 60% o un 70% de los países. Es decir que es muy común en los países de la OECD que se establezcan metas de alto nivel y que se establezcan proyecciones a muy largo plazo. Por ejemplo, en Holanda las proyecciones son casi a cien años. En muchos países las proyecciones son a cincuenta años. Pero en casi todos tienen proyecciones de por lo menos treinta años o más. En Colombia no encontramos proyecciones más allá de cinco o diez años y con modelos demasiado estáticos.

Entonces, tener un buen modelo sobre el cual se pueden hacer varias opciones de política y ver cuáles son las tendencias y tener un acuerdo de alto nivel es muy importante. Yo he estado en reuniones en

