



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803
FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS
1944

GES

Grupo de Economía
de la Salud

La economía ante los retos del sistema de salud

Jairo Humberto Restrepo Zea
Profesor titular

Seminario: *Aspectos económicos de la reforma a la salud*
Universidad de Antioquia
Medellín, 25 de abril de 2013

Seminario académico

**ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA
REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA**



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE
ECONOMÍA

AGENDA

7:30 am	Acreditación y registro	
8:00 am	Instalación Ramón Javier Mesa Callejas , Decano Facultad de Ciencias Económicas Jairo Humberto Restrepo Zea , Coordinador académico del Seminario	
8:20 am	Conferencia: Bases técnicas de la Reforma Fernando Ruiz Gómez , Viceministro de Salud	
9:00 am	Panel: Aspectos Macroeconómicos de la reforma Moderado por: Juan Guillermo Barrientos Gómez , Coordinador, Gerencia en Economía y Finanzas de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana	
	PANELISTA	PONENCIA
	Carlos Alberto Medina Durango Subgerente Regional de Estudios Económicos, Banco de la República (Sucursal Medellín)	<i>Implicaciones fiscales del proyecto de reforma a la salud</i>
	Jairo Humberto Restrepo Zea Profesor y Coordinador del Grupo de Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia	<i>Diseño institucional y regulación: ¿Cómo recuperar legitimidad?</i>
	Juan Pablo Uribe Restrepo Director General, Fundación Santa Fe de Bogotá	<i>Mi Plan, ¿Una buena idea nuestra?</i>

Seminario académico

**ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA
REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA**



FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE
ECONOMÍA

AGENDA

11:00 am	Panel: Aspectos Microeconómicos de la reforma Moderado por: Jorge Barrientos Marín , Profesor titular, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia	
	PANELISTA	PONENCIA
	Diego Fernando Gómez Sánchez Director de SKapital e investigador del Centro de Estudios en Economía Sistémica (ECSIM)	<i>Análisis de las estructuras regulatorias en las redes de servicios</i>
	Mauricio Vélez Cadavid Director General - Mediacarte	<i>Agenciamiento en el sistema: actual y propuesta</i>
	Juan Eduardo Guerrero Espinel Profesor y coordinador del Grupo de Atención Primaria de la Salud, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia	<i>Desafíos de la Salud Pública en la gestión sanitaria</i>
12:30 m	Discusión final. Orientada por: Sergio Andrés Tobón Ospina , Coordinador del Centro de Pensamiento Social	
1:00 pm	Clausura	

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***.

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”.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803
FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
1944

Grupo de Economía de la Salud

GES

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

I CONGRESO ACOES (2008)

“Los retos del Sistema de Salud y la Economía”

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

El Congreso se realizó en Octubre 14 y 15 de 2008 en Bogotá.

“Colombia está inserta definitivamente en la aplicación de la teoría escrita por el profesor Alan Enthoven de la Universidad de Stanford. En alguna época el 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).

En memoria a un grande: Alan Williams

Mauricio Vélez Cadavid

La Economía de la Salud está de luto. Un protagonista histórico y definitivo en el desarrollo de esta sub-disciplina ha muerto: el 2 de junio de este año descansó en paz un visionario economista que transformó la manera como son, o deben ser, tomadas las decisiones en un sistema de salud, el Profesor Alan Williams.

Williams nació en Birmingham, Inglaterra, en 1928. Estudió en el King Edward's School, se enroló tres años en la Royal Air Force de su país y después se graduó en Birmingham University. Posteriormente, realizó estudios de posgrado en Uppsala y Estocolmo y luego se dedicó a enseñar en las más reconocidas universidades del mundo, entre ellas, Massachusetts Institute of Technology, Princeton y York University. Fue en esta última donde echó raíces definitivas desde 1964 y realizó muchas de sus publicaciones y aportes. Desde York, fue ejemplo para colegas y estudiantes, siendo definitivo colaborador para establecer un centro de excelencia en Economía de la Salud, reconocido mundialmente por su liderazgo y la calidad de su producción. Sin desviarse como investigador, fue Comisionado Real para el Servicio Nacional de Salud Inglés y ocupó algunas otras importantes posiciones.

En 1997, como parte de la conmemoración de los veinticinco años de la Economía de la Salud, fueron nominados libros o artículos influyentes en este campo y justo un artículo de Williams, en el que hace la evaluación económica de la cirugía de puentes (by pass) coronarios, fue el absoluto ganador.

La mayor dedicación de Williams fue a la medición y valoración del estado de salud. Desde 1972, cuando publicó con Tony Culyer y Bob Lavers el artículo *Indicadores Sociales*, planteó una medición para el estado de salud de las personas en la cual se avizoraba su agudeza en el tema. Transformó la escala de valoración original de Rosser, convirtiéndola en la hoy convencional métrica. Su trabajo evolucionó hasta producir un conjunto de valores para cada estado de salud con los atributos requeridos para ajustar los años de vida por calidad (Quality Adjusted Life Year —QALY—).

Convencido de la posible comparabilidad de la valoración del estado de salud entre poblaciones, lideró la conformación del Grupo EuroQoL, que ha venido investigando y generando conocimiento de tal forma que hoy el EQ-5D, como es conocida actualmente la herramienta de valoración, ha sido traducida a más de 80 idiomas y es el estándar en muchos países.

La tenacidad de Williams y el convencimiento de sus ideas lo llevaron a sostener una discusión pública de alto perfil con la OMS, después que ésta propuso la utilización de otras alternativas frente a los QALY. Alan sostuvo que es muy importante involucrar las consideraciones éticas de las personas dentro de la calificación de las prioridades en salud; este aporte suyo es lo que hoy se conoce como *Fair Innings* y cada día es un argumento más reconocido.

Williams pasó su vida aconsejando a otros sobre la necesidad de hacer el uso más eficiente de los recursos de la salud, y sí que fue consecuente con sus ideas hasta el último minuto. Una vez se aclaró su diagnóstico planteó que tratamientos adicionales para su caso no eran costo-efectivos e iban en contra de la prioridad que en la asistencia en salud se le debe dar, por ejemplo, a los jóvenes. Incluso planteó la discusión sobre si el envejecimiento es una bendición o una carga para la sociedad.

El 11 de marzo de 2005, en la mitad de su clase en York University, se desplomó al piso. Después de unos instantes se reincorporó, pidió que no cundiera el pánico, explicó que su estado se debía a una fuerte anemia por un cáncer avanzado y continuó para terminar de dar la que sería su última clase.



servatorio de la seguridad social

Espacio que el GES ha destinado para divulgar sus análisis sobre la reforma a la salud en Colombia y el desarrollo de la Economía de la Salud

GES

Grupo de Economía
de la Salud



servatorio de la seguridad social

Espacio que el GES ha destinado para divulgar sus análisis sobre la reforma a la salud en Colombia y el desarrollo de la Economía de la Salud

GES

Grupo de Economía
de la Salud

Edición

No.1



Edición

No.2



Medellín, Septiembre de 2001 AÑO 1 Nº 2
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Oferta del seguro público de salud en Colombia

Una de las creaciones más sobresalientes en los mercados de salud en las últimas décadas, la cual fue introducida en Colombia a través de la Ley 100 de 1993, se refiere a las entidades administradoras del seguro de salud que cumplen una función de articulación entre el financiamiento y la prestación de servicios. En el país, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- fueron creadas para actuar en un marco de competencia y administrar el seguro y la unidad de pago per cápita -UPC-, empleada para cubrir el valor de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud -POS-.

En esta Observación se presenta, como producto del proyecto *Organización industrial del seguro público de salud en Colombia*, una aproximación a la estructura, la evolución y el comportamiento del mercado conformado por las EPS y las ARS. Estas entidades se toman como unidad de análisis para establecer la configuración del mercado en cuanto a la oferta de aseguramiento en los municipios del país: número de

entidades, naturaleza jurídica y cuota de mercado. El análisis se enmarca en los aspectos teóricos y la presentación del marco regulatorio sobre el seguro público de salud; además, se emplean varios indicadores para determinar la concentración del mercado y se sugieren algunos hechos o hipótesis acerca del comportamiento que asumen EPS y ARS para permanecer en el mercado.

Como conclusión, se señala que si bien a nivel nacional se observa un número plural de entidades, lo cual sería un indicio de competencia, en la gran mayoría de municipios se cuenta con una o muy pocas que dominan el mercado, y solamente en las grandes ciudades se corrobora una verdadera competencia. Al parecer, se sigue una estrategia de posicionamiento en el mercado mediante la diferenciación por plaza. Por otra parte, se perciben algunas estrategias para reducir y controlar los costos, como la participación en la prestación de servicios de salud con mayor rentabilidad. Por último, es importante continuar observando el mercado para establecer los factores de éxito de EPS y ARS.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS

CIE

Edición

No.3

Medellín, Diciembre de 2001 AÑO 1 Nº 3
ISSN 1657 - 5415



Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD-GES

Condiciones de acceso a los servicios de salud

La accesibilidad a los servicios de salud ocupa la atención de investigadores, agencias de gobierno y organismos internacionales. En el escenario actual, caracterizado por la consolidación de la democracia y del mercado como elementos fundamentales para superar el desarrollo, cobra importancia la revisión de conceptos y de políticas para que sean más acordes con estas realidades. De este modo, resulta importante la construcción de un nuevo concepto de accesibilidad que reúna elementos institucionales y propicie una mayor armonía entre criterios económicos y de salud pública.

En esta Observación se presentan, de manera abreviada, los trabajos presentados por el GES en el II Congreso Internacional de Salud Pública, realizado en Medellín en noviembre de 2001. Como marco teórico, se emplea la estructura de análisis planteada por Aday y Andersen (1993), el cual parte del ambiente institucional en el que se desenvuelve la política de salud, pasa por los aspectos del acceso potencial y llega al acceso real.

Bajo este marco, primero se presenta una visión institucional sobre los sis-

temas de salud, con algunas precisiones teóricas y propuestas para replantear el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en Colombia. Segundo, se ofrece una síntesis sobre los estudios de accesibilidad a los servicios de salud producidos en Colombia en la última década, destacando los cambios de énfasis y de metodología empleados antes y después de la Ley 100 de 1993. Tercero, se da una reflexión sobre la relación entre empleo y seguridad social, diferenciando condiciones de acceso potencial y real que presenta en Colombia la población ocupada en actividades formales e informales. Y cuarto, se presenta una aproximación económica sobre los determinantes socioeconómicos del acceso a los servicios de salud en Antioquia por parte de la población del régimen subsidiado.

Con estos elementos y el análisis de información disponible en la web del GES, se busca ahondar en un debate necesario para orientar la política de salud en Colombia y en América Latina, y contribuir así a evaluar los resultados que ofrece el nuevo esquema institucional y la cobertura del seguro de salud en relación con el acceso real a los servicios.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS

CIE

Edición

No.4



Medellín, Junio de 2002 AÑO 2 N° 4
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Financiamiento del seguro de salud en Colombia

El financiamiento de la seguridad social es una preocupación trascendental de las últimas décadas. Las perspectivas de los ingresos, para atender las necesidades de la seguridad social, es uno de los puntos de reflexión al considerar los efectos que ejercen la globalización y la transformación del mercado laboral, con gran incertidumbre en los países en donde predomina el financiamiento con impuestos a la nómina.

Por su parte, por el lado de los gastos, el análisis abarca diferentes aspectos que involucran variables de demanda, determinadas a nivel individual y colectivo. En el caso de la salud, Víctor Fuchs (1999) considera el ascenso que ha adquirido la economía de la salud debido a varios factores que impulsan la demanda por esta área de estudio, entre las cuales se destacan: una brecha creciente entre lo que la medicina puede hacer y lo que es económicamente factible; y el envejecimiento de la población, lo cual implica una mayor presión sobre los servicios médicos.

Colombia presenta un panorama desalentador en cuanto a las perspectivas de la seguridad social. En pensiones, es inminente un ajuste en las variables que sustentan su equilibrio financiero: monto de la cotización, tiempo de cotización y monto de la jubilación. Además, en el caso de salud, existen interrogantes y cues-

tionamientos sobre la sostenibilidad financiera del sistema, de modo que luego de superar el periodo de implementación de la Ley 100 existen dificultades para financiar y dar continuidad a la cobertura, así como para sostener el valor de la prima o unidad de pago por capitación «UPC».

Para contribuir al análisis de esta situación, en esta Observación se presentan algunos elementos derivados de dos investigaciones recientes del GES. Partiendo de tópicos teóricos sobre el seguro de salud, se presenta la operación del régimen contributivo, revisando su equilibrio financiero reciente y las perspectivas futuras según los resultados de varios escenarios. Igualmente, se explica la manera como opera el régimen subsidiado y se muestran sus perspectivas financieras.

La conclusión más importante de este análisis se refiere al dilema entre el equilibrio financiero de la seguridad social y su cobertura. Existe un desequilibrio creciente entre recursos y necesidades, de suerte que si se toma como objetivo principal la cobertura, habrá que efectuar ajustes financieros para facilitar una mejor asignación de los recursos, o bien, incrementar las asignaciones o revisar las fuentes actuales; en cambio, si se privilegia la cuestión financiera, la cobertura se verá afectada y los niveles de exclusión y desigualdad aumentarán.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE

Edición

No.5

Medellín, Septiembre de 2002 AÑO 2 N° 5
ISSN 1657 - 5415



Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Alternativas para financiar el sistema de salud en Colombia

Luego de ocho años de haberse iniciado en Colombia la implementación del sistema general de seguridad social en salud, el cual tenía consagrada la meta de cobertura universal del aseguramiento en el año 2000 (Ley 100 de 1993), el país se enfrenta al incumplimiento de dicha meta y a un posible estancamiento en los alcances logrados hasta el momento, destacándose que el sistema se encuentra agotado en términos financieros y podría requerir ajustes para garantizar su sostenibilidad.

En las Observaciones 1, 3 y 4 se abordaron diversos aspectos que muestran los alcances y dificultades de la reforma colombiana, así como algunas reflexiones y ejercicios acerca de su futuro. Un aspecto en discusión se refiere a que, a pesar de alcanzar un escenario de recuperación económica, el sistema se enfrentaría a limitaciones estructurales para aumentar el número de cotizantes y garantizar el plan de beneficios.

Es importante, entonces, además de considerar diversos escenarios para el desarrollo del sistema actual, estudiar alternativas para la financiación del

mismo que permitan cumplir el propósito de la cobertura universal. Es así como en esta Observación se hace un análisis comparativo de las reformas al sector salud, específicamente del sistema de financiamiento, adoptado en España, México y Brasil, que constituyen tres esquemas dominantes y diferentes.

La reforma española implementó una sustitución de las fuentes, de las cotizaciones a los impuestos generales; México se caracterizó por la recomposición de los aportes para financiar el seguro social (patronos, empleados y Estado); y Brasil buscó la ampliación y unificación de recursos con el fin de cubrir a toda la población.

A continuación se hace una presentación general de los procesos de reforma de estos países, centrándose en las características financieras de los sistemas (Cuadro 1), y se realiza una aproximación sobre su aplicación al caso colombiano, considerando solamente algunos ejercicios numéricos. Dichos ejercicios presentan limitaciones al no considerar el efecto que tienen las diferentes alternativas de financiamiento sobre la equidad del sistema de financiamiento actual.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE

Edición

No.6



Medellín, Diciembre de 2002 AÑO 2 N° 6
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

La regulación en el sistema de salud colombiano

Las reformas sectoriales de las últimas décadas buscan la formación de mercados y la concesión de un mayor espacio a los agentes privados para que participen en la oferta de bienes y servicios que antes eran producidos bajo monopolio estatal, al mismo tiempo que practiquen la libre elección del proveedor de dichos bienes y servicios. En otras palabras, liberalización y privatización han marcado la pauta en dichas reformas, como estrategias para mejorar los niveles de eficiencia y bienestar en la sociedad.

Esta lógica de las reformas trae consigo varias innovaciones de mercado. En particular, la desintegración vertical de funciones que antes realizaba una sola firma, normalmente de carácter estatal, de modo que para cada función se teje un mercado. Además, en medio de tal desintegración y de la aparición de nuevos agentes, se desarrollan diversos comportamientos estratégicos que buscan reducir costos de transacción y mantener presencia en el mercado, de modo que se generen nuevas integraciones, alianzas y otro tipo de conductas que ponen en riesgo el bienestar del consumidor.

En el caso de la salud, como se ha enseñado en varias Observaciones, la

reforma colombiana ofrece un ejemplo prácticamente único en el mundo. El seguro público de salud fue sometido a una desintegración vertical al separar su oferta de las funciones de financiamiento y prestación de servicios; además, se creó un mercado para proveer este seguro y articularlo con el de prestación de servicios que también recibió un impulso al generar incentivos para que el sector privado invirtiera en la ampliación de la oferta. Además de esto, como puede predecirse desde la economía institucional, la reforma implicó la generación de mecanismos de regulación para facilitar un desarrollo armónico de tales mercados y garantizar el bien común.

En esta Observación se ilustran aspectos centrales sobre la regulación en el sistema de salud colombiano, como parte del desarrollo de un proyecto de investigación financiado por la Universidad de Antioquia y el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología «Colciencias». Además de presentar los tópicos teóricos sobre la regulación en salud y la manera como opera esta función en Colombia, se hace una revisión de estudios nacionales y se formulan algunos interrogantes que serán resueltos con la investigación.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE

Edición

No.7



Medellín, Junio de 2003 AÑO 3 N° 7
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la Seguridad Social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Resultados económicos de la reforma a la salud en Colombia

Colombia vivió, a comienzos de la década de 1990, una reforma institucional y política que tuvo su máxima expresión en la Constitución de 1991. En el marco del nuevo orden institucional, se adoptaron varias reformas sectoriales que, además de estar orientadas hacia la apertura económica, buscaban mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos. En el caso de la reforma a la seguridad social se reúnen, por una parte, elementos políticos derivados de la Constitución, los cuales buscaban una mayor cobertura y equidad; y, por la otra, aspectos económicos de la agenda de gobierno, planteados en el plan de desarrollo La Revolución Pacífica, el cual buscaba la reforma del Estado mediante la privatización y liberalización de mercados antes privilegiados a los monopolios estatales, la focalización del gasto público y una mayor descentralización.

En medio de estas tensiones, el debate sobre la reforma a la seguridad social favoreció la creación de un sistema que en su concepción y diseño tomó aspectos importantes de la economía de

la salud. Además, el sistema creado puede verse como un híbrido de sistemas de salud de corte socialdemócrata, en la parte macro, y de otros de tipo neoliberal, en la parte micro.

La particularidad que diferencia al sistema colombiano, principalmente entre los países menos desarrollados, puede resumirse en el hecho de buscar la universalidad del seguro único de salud, aplicando la solidaridad financiera y conservando el monopolio público en el financiamiento; además, el sistema promueve la competencia y la libre elección en el aseguramiento y la prestación de servicios, mercados que se articulan mediante mecanismos de contratación y en los cuales entran en escena nuevos actores que sustituyen a las empresas públicas o compiten con ellas.

En esta Observación se plantean los principales resultados económicos de la reforma colombiana. Se ofrece un esquema de análisis y una visión sobre los resultados más recientes, con un criterio académico que ayude a comprender los alcances, limitaciones y posibilidades de dicha reforma.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE

Edición

No.8

Medellín, Septiembre de 2003 AÑO 3 N° 8
ISSN 1657 - 5415



Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Monitoreo de la seguridad social en salud en Antioquia

El monitoreo de las políticas y los sistemas de salud ha merecido una importancia creciente entre académicos, gobiernos y agencias internacionales que apoyan dichas políticas. Se trata de dar cuenta, en forma periódica, de la evolución de un conjunto de variables o indicadores que muestran el desempeño del sistema de salud en cuanto al alcance de sus propias metas, su impacto sobre la población o los efectos o medidas en términos de eficiencia, eficacia y equidad, entre otros criterios.

Consultando las tendencias internacionales sobre el particular y motivados por los llamados que surgen de propuestas como la de la Organización Panamericana de la Salud, acerca de la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, el GES ha desarrollado y

aplicado una metodología para captar los principales cambios que sobre el nivel local trajo consigo la reforma al sistema de salud, y analizar la evolución de éste en cuanto a sus principales propósitos y las diferencias que pueden presentarse entre municipios, regiones y grupos de población.

En esta Observación, cuya publicación fue posible gracias al patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, se presentan los avances de una nueva etapa del Monitoreo de la seguridad social en salud en Antioquia. Además de ofrecer el esquema para la discusión y orientar la formulación, seguimiento y evaluación de la política en el ámbito departamental, se presentan datos y resultados recientes en los temas que han recibido la mayor atención del estudio.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

Edición

No.9



Medellín, marzo de 2005 AÑO 4 N° 9
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES
Seguridad alimentaria y nutricional en Antioquia

La seguridad alimentaria constituye un tema prioritario en la agenda de las políticas públicas, dada la preocupación por minimizar el hambre y sus consecuencias, en particular la desnutrición y la muerte. Por ejemplo, la Cumbre Mundial sobre Alimentación, celebrada en Roma en 1996, admitió como intolerable que más de 800 millones de personas padecieran de hambre y no pudieran satisfacer sus necesidades alimentarias básicas, a pesar de que la disponibilidad de alimentos había aumentado considerablemente.

Lo anterior sugiere que si bien en el entorno global existe una oferta suficiente de alimentos, en muchos países, regiones y grupos específicos de población no se logra un acceso adecuado a los mismos, principalmente por falta de dinero, por barreras de tipo geográfico o por un desarrollo precario del mercado. En consecuencia, el estado nutricional se ve afectado y esto implica un deterioro en la salud de la población.

Para hacer frente a esta problemática, en Colombia se cuenta con programas de origen gubernamental como los restaurantes escolares y los hogares comunitarios, los cuales dan prioridad a la población infantil. También existen iniciativas de la

sociedad civil, como las que adelantan la Iglesia, algunas empresas y organismos no gubernamentales que brindan opciones de alimentación, principalmente a estudiantes, adultos mayores y población en estado de indigencia.

Sin embargo, el problema de la desnutrición persiste y la crisis económica de 1999 agravó la situación. Para el caso de Antioquia, se destaca que el fenómeno es más pronunciado que el promedio nacional, además de presenciarse una desigualdad dentro del departamento con una marcada desventaja sobre las regiones de Urabá y Bajo Cauca. Así, con el fin de enfrentar el problema, el gobierno departamental inició en 2002 el plan de mejoramiento alimentario y nutricional de Antioquia -Maná-.

En esta Observación se realiza una reconstrucción teórica del programa Maná, mediante la identificación y análisis de los momentos que le dan la forma como política pública -el problema, el curso de acción y la implementación- y, en especial, se propone un análisis crítico sobre los indicadores para el monitoreo y la evaluación, de modo que se brinden elementos conceptuales y metodológicos para el análisis de la política y su impacto futuro.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

Edición

No.10



Edición

No.11



Medellín, septiembre de 2005 AÑO 4 N° 11
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD-GES

Macroeconomía y Salud en Colombia

La relación bidireccional entre economía y salud se caracteriza por tener dos atributos principales: simultaneidad y dualidad. El primero se refiere al hecho de que el desarrollo económico y las mejores condiciones de salud se refuerzan mutuamente, por lo que se hace indispensable progresar de manera paralela en los dos frentes. El segundo, la dualidad, se refiere a que la salud se convierte tanto en un sector de la economía como en un factor de bienestar para la población. Es así como, desde la perspectiva macroeconómica, se encuentra que la salud es un componente y una consecuencia fundamental del desarrollo económico, al observar que la mejoría del estado de salud de las personas impulsa un mayor crecimiento económico y, a su vez, posibilita una mayor acumulación de capital salud.

Los avances en salud tienen impacto sobre el crecimiento económico por medio de un conjunto de canales como, por ejemplo, la reducción de las pérdidas de producción ocasionadas por la enfermedad de los trabajadores; el incremento de la productividad del adulto debido a la mejor nutrición; el aumento en la cantidad de niños que asisten a la escuela y la mayor calidad de su aprendizaje; la utilización de recursos

naturales que, debido a las enfermedades, eran total o parcialmente inaccesibles, y la disponibilidad, para diferentes usos, de recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades (OMS, 2001). De este modo, tanto por su impacto directo como indirecto, el nivel de salud de la población es uno de los aspectos importantes para tener en cuenta en la reducción de la pobreza y su persistencia en el tiempo.

La salud entonces, desde esta perspectiva, adquiere gran importancia en el marco de las políticas públicas al tener impactos económicos y convertirse en un fin para mejorar las condiciones de vida de las personas, al tiempo que se considera un medio para lograr mayor desarrollo y crecimiento económico. Por esta razón, la política económica no debe estar dirigida solo hacia la estabilidad macroeconómica y la gobernabilidad, que son ingredientes esenciales para la reducción de la pobreza, sino que debe complementarse con inversiones sociales y esfuerzos sectoriales.

Como parte de la preocupación mundial por este tema, se destacan los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron propuestos en la Cumbre del Milenio celebrada por la



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
(8 0)

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE

Edición

No.12



Edición

No.13



Medellín, Agosto de 2006 AÑO 5 N° 13
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD ~ GES

Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia 1996 - 2005

La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud es una preocupación que va de la mano con las consideraciones sobre los efectos de las reformas, en especial si se tiene en cuenta que éstas han sido adoptadas para resolver crisis financieras o, en menor medida, para aumentar la cobertura mediante la imposición de nuevas cargas que a la postre pueden resultar inviables. El análisis de sostenibilidad, en el caso de los sistemas basados en el seguro de salud, apunta entonces a examinar la posibilidad de que en el mediano y largo plazo las metas o los gastos en salud puedan ser cubiertos con los recursos que el propio sistema alcance a recolectar.

Para el caso latinoamericano, en un estudio reciente de la CEPAL (Mesa-Lago, 2005) se explora la situación de los sistemas de salud y se destaca que en la mayoría de países se mantiene como fuente principal las cotizaciones, con un porcentaje sobre el ingreso que varía entre países: 12% a 15% en cuatro países, 8% a 11% en la mayoría y entre 5% y 7% en tres. El estudio muestra que el balance financiero del seguro social entre 1999 y 2004 solamente fue positivo en cuatro países (Nicaragua, Salvador, Honduras y Guatemala).

Además, en cuanto al balance actuarial, se observa que las cotizaciones tendrían que elevarse para restablecer el equilibrio a largo plazo, como serían los casos de Venezuela (debería pasar del 6,25% al 13%), Panamá (de 8,5% a 10%) y México (de 12,4% a 14,7%), ya que aspectos como la informalidad, el envejecimiento de la población, la evasión y morosidad, el traspaso de parte de la cotización del seguro social a aseguradoras externas, y la insuficiencia del aporte estatal, entre otros, han generado desequilibrios.

Tomando en cuenta este panorama y dado que el estudio de la CEPAL concluye que las reformas no han logrado la sostenibilidad en la mayoría de los países, esta Observación presenta algunos resultados financieros del seguro público de salud en Colombia para el periodo 1996 a 2005, abordando prácticamente la historia del sistema desde su inicio. Se presenta una revisión sobre la teoría y la historia del seguro, y a continuación se diferencian los aspectos macro y micro de la financiación en el caso colombiano, con unas conclusiones finales para motivar la discusión y un mayor estudio sobre el tema en el país.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE

Edición

No.14



Edición

No.15



Medellín, Abril de 2007 AÑO 6 N° 15
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD ~ GES

Reforma a la seguridad social en Colombia, 1993 - 2007

La reforma a la seguridad social ocupa un lugar destacado en la agenda de las políticas públicas en el mundo. En América Latina, desde inicios de la década de 1990 se dieron cambios en los sistemas de pensiones y de salud con miras a mejorar su eficiencia, aumentar la cobertura y garantizar su sostenibilidad. Esto se hacía en el marco de las reformas económicas de carácter estructural, que daban mayor participación a agentes privados, buscaban reducir el déficit fiscal y fortalecían el sector financiero. En buena medida, las reformas en pensiones y salud se inspiraban en recomendaciones de organismos internacionales como el Banco Mundial y tomaban como ejemplo el caso chileno. Sin embargo, al interior de los países se dio lugar a reformas diferenciadas por el carácter estructural o coyuntural, al modelo de financiamiento o a la integración o no de la salud al sistema de seguridad social, entre otros aspectos. De igual modo, las condiciones políticas y sociales de cada país marcaron diferencias en aspectos como declaraciones constitucionales, filosofía y metas de los sistemas adoptados o modificados.

Luego de dos décadas de las primeras reformas se mantienen preocupaciones acerca de la cobertura y la sostenibilidad

de la seguridad social, generándose la sensación de que las reformas continúan, resultan inconclusas y en algunos casos no producen los resultados esperados. Es así como la problemática de las pensiones ocasiona una gran incertidumbre sobre los ingresos futuros para una franja amplia de población que no goza de los beneficios de la solidaridad en los sistemas de capitalización individual, y en cuanto a salud, no se alcanza la cobertura universal al tiempo que la exigencia de recursos es creciente debido principalmente a la tecnología disponible y a los cambios demográficos y epidemiológicos.

En Colombia se adoptó en 1993 una reforma al sistema integral de seguridad social (pensiones, salud y riesgos profesionales) que no escapa al comportamiento descrito anteriormente, pues han sido varias las modificaciones y las dificultades de implementación. En esta Observación se revisan los aspectos estructurales de esta reforma y la evolución que han tenido los mismos en la legislación. Se presenta una breve mirada de la situación latinoamericana, la lectura de los principales aspectos del sistema de seguridad social y la evolución legal de los parámetros que lo sostienen, hasta la norma más reciente en el campo de salud, la Ley 1122 de 2007.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.16



Medellín, diciembre de 2007 AÑO 6 N° 16
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD-GES

Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación

El sistema colombiano de seguridad social en salud está conformado sobre la base de la separación de funciones, la especialización de organismos y firmas para su operación y la competencia en la provisión del aseguramiento y la prestación de servicios. Una de estas funciones es la de regulación, la cual constituye una necesidad debido a la configuración de mercados de competencia regulada en donde se requiere la definición de normas o reglas para hacer parte de la oferta y operar en el mercado buscando proteger los derechos del consumidor.

Dos aspectos son considerados en el estudio de la regulación del sistema colombiano (Restrepo y Rodríguez, 2005). Por una parte, se analiza el contenido de la regulación en términos de las variables fundamentales que constituyen el trabajo esencial del regulador y determinan el funcionamiento y desempeño del sistema a nivel micro y a nivel macro, como sucede con la definición de los planes de beneficios (POS) y la prima del seguro (UPC). Por otra parte, se considera la regulación como proceso, así que en este caso se reconoce de manera fundamental el papel del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como organismo creado por la Ley 100

de 1993 para dirigir el sistema en cuanto al ejercicio de la regulación como contenido. Sin embargo, el Consejo ha presentado limitaciones desde su origen y en especial se ha cuestionado su verdadero carácter de regulador, su autonomía e independencia.

En respuesta a las limitaciones del Consejo y atendiendo varias críticas y propuestas formuladas por la academia y varios actores del sistema, el Congreso de la República creó la Comisión de Regulación en Salud como parte de los cambios introducidos a través de la Ley 1122 de 2007. Esta Observación está destinada a ilustrar las principales novedades de la Comisión y las ganancias que ésta podría ofrecer para un mejor desempeño del sistema. Para esto se hace una revisión sobre los conceptos de autonomía e independencia y algunos índices para aplicarlos a los organismos reguladores, se presenta la experiencia del Consejo en cuanto a su diseño y funcionamiento, se precisan los rasgos de la Comisión y se concluye sobre los avances alcanzados en cuanto a autonomía e independencia, así como las limitaciones y posibles dificultades que se enfrenten a partir del diseño planteado en la Ley 1122.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.17



Medellín, abril de 2008 AÑO 7 N° 17
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Monitoreo de la seguridad social en salud en Medellín, 2004-2007

El plan de desarrollo 2004-2007 Medellín: Compromiso de toda la ciudadanía reconoce el bajo desarrollo humano integral en la ciudad y plantea una serie de metas para elevarlo. Una lectura crítica del plan sugiere que si bien como documento básico de la política de salud, éste presentaba debilidades desde el punto de vista conceptual y técnico, en la marcha se dieron varios procesos positivos que permitieron definir una línea de base y formular los proyectos encaminados a la concreción y el cumplimiento de las metas (GES, 2006).

En el monitoreo de los tres primeros años se destacan tres hechos por su gran impacto sobre la situación de salud: la estabilidad en la dirección de la Secretaría de Salud, el pacto por la salud pública y los esfuerzos para trascender la atención institucional hacia programas y estrategias de carácter comunitario y extramural. Estos hechos se complementan con otros que permiten destacar a Medellín en el plano nacional, como la ampliación récord en la cobertura en el régimen subsidiado.

También se identifican riesgos y dificultades. Preocupa la continuidad de ciertos programas o el ajuste oportuno de los mismos para evitar rupturas, discontinuidades o ineficiencias. Además, en el marco legal las competencias de la Secretaría de Salud están restringidas para tener un mayor impacto. Por último, pese a las buenas voluntades, en torno a los pactos no se tiene un mecanismo apropiado de control.

En esta Observación se presenta el ejercicio de monitoreo realizado en 2007, basado en el análisis de cinco temas sobre los cuales no se tiene mucho conocimiento o información sistematizada: capacidad institucional, capital social, financiamiento, estado de salud y ciudad saludable, y cobertura y acceso. Se presenta un resumen de cada tema y se ofrecen unas conclusiones generales para contribuir a la discusión sobre el balance de estos aspectos en el último cuatrienio, así como algunas recomendaciones para la nueva administración.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

Medellín
solidaria y competitiva



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.18



Medellín, diciembre de 2008 AÑO 7 N° 18
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD - GES

Limitaciones y derechos sobre la atención en salud de los colombianos

Las necesidades de salud se expresan en buena parte en la demanda de atención médica, cuando las personas acuden a los servicios para atender sus enfermedades o solicitar orientación sobre prevención y promoción. Esta demanda es creciente, entre otras cosas si las personas enfrentan nuevas enfermedades o éstas se vuelven crónicas, mejoran su nivel educativo, aumentan su ingreso, tienen un seguro o disponen de más información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. En suma, el desarrollo trae una demanda por servicios de salud mayor y más compleja.

Por su parte, las posibilidades de la medicina crecen a ritmos acelerados, debido a la innovación y el desarrollo tecnológico, con la creación de técnicas de diagnóstico y tratamiento más efectivas, como las pruebas moleculares, las cirugías por laparoscopia o los medicamentos de última generación. Se tiene así una oferta creciente, muchas veces más costosa, que puede mejorar las condiciones de salud y elevar la expectativa de vida de las personas.

La mayor demanda y oferta de servicios implican una presión sobre el gasto en salud, haciendo que éste sea creciente. Ahora bien, ante la limitación de recursos y la existencia de necesidades

distintas a salud, la sociedad se enfrenta a la definición de prioridades o límites, lo cual implica establecer el conjunto de garantías o atenciones a ser cubiertas con el presupuesto público. Sin embargo, este proceso puede reñir con los derechos consagrados por la propia sociedad, generando una tensión entre la imposibilidad de garantizar la inclusión de todos los servicios disponibles, por una parte, y el imperativo de garantizar y respetar los derechos, por la otra.

Colombia se encuentra en un punto crítico frente a este dilema. Pese a haber consagrado el plan obligatorio de salud —POS—, que puede verse como las prioridades de atención de los colombianos, varios hechos desafían esta definición y obligan a una ampliación del plan, o la flexibilización de sus límites. En este sentido, teniendo en cuenta especialmente el contexto y las implicaciones de la sentencia T-760 proferida por la Corte Constitucional en julio de 2008, en esta Observación se revisa la problemática del país en cuanto al dilema entre la consagración de límites o asignación prioritaria y los derechos en salud. En esta ocasión se cuenta con la colaboración de reconocidos académicos que enriquecen el análisis y la discusión del tema.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.19



Medellín, Junio de 2009 AÑO 8 No 19
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD-GES

Evolución y perspectivas del régimen subsidiado de salud, 1996-2008

El régimen subsidiado en Colombia es parte medular de Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su razón de ser hace parte de la estrategia general - operativa y financiera- de lograr la meta de cobertura universal para aquellas personas que, por su condición y vulnerabilidad económica y social, no pueden acceder por sus propios medios a un conjunto de bienes y servicios de salud. En un principio, y al amparo de un modelo de competencia regulada, la Ley 100 de 1993 avizoró un horizonte muy prometedor para el sistema de salud colombiano. No sólo previó una estructura de afiliación con la mayoría de las personas en el régimen contributivo, sino que en un lapso relativamente corto (a partir de 2001) los planes obligatorios de salud diferenciados por regímenes de afiliación estarían homologados.

En la actualidad, las proyecciones optimistas iniciales no se han cumplido. Pese a los avances notables de la afiliación al régimen subsidiado, aún existen personas sin ningún tipo de protección en salud o sufriendo mala calidad de los servicios básicos de salud; además, la coyuntura macroeconómica interna y externa amenaza con elevar aún más la tasa de desempleo e informalidad en el país. Por otro lado, sobre una estructura de prestación de servicios

concentrada en la demanda, el marco regulatorio de operación del régimen subsidiado ha sido objeto de modificaciones sustanciales (por ejemplo, en estructura del gasto o en número y composición de afiliados), las cuales vienen configurando una nueva lógica a la organización general del sistema de salud nacional.

Sobre la base de estas premisas iniciales, el propósito de esta Observación consiste en realizar, en la primera parte, un análisis de la evolución del régimen subsidiado en Colombia a partir de las principales variables generales de regulación del sistema de salud, así como de las distintas medidas que han modulado la operación de dicho régimen en los últimos años. Para ilustrar los efectos que ha traído consigo dichas disposiciones regulatorias, en la segunda parte se estudia la dinámica particular de dicho régimen en la ciudad de Medellín. Finalmente, y como una forma de enriquecer el análisis crítico sobre las distintas formas que existen para garantizar el derecho a los servicios de salud a una población sin capacidad de pago, se propone un ejercicio comparativo - semejanzas y diferencias- entre el régimen subsidiado colombiano y el Seguro Popular de Salud en México.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.20



Medellín, diciembre de 2009 AÑO 8 N° 20
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Crisis económica, reformas y salud

La actual crisis económica por la que atraviesa gran parte del mundo es considerada como una de las peores en los últimos 60 años. El foco de la crisis se generó en el sector financiero y sus expresiones más dramáticas tuvieron lugar en Estados Unidos desde el 2007. Las consecuencias sobre el sector real de la economía mundial no se hicieron esperar, aunque sus impactos sobre los países en desarrollo no fueron tan drásticos como se esperaba (World Bank, 2009). No obstante, varias economías de América Latina experimentaron un deterioro sensible en sus principales indicadores macroeconómicos. Colombia, por ejemplo, después de varios años de crecimiento promedio por encima del 5%, pasa a un ciclo de desaceleración donde la tasa de crecimiento del Producto Interno Bruto para el 2009 no superará el 1% (DANE, 2009).

Las relaciones entre el crecimiento económico y la salud han sido claramente estudiadas por la economía de la salud. Con todo, se debe resaltar que la actual crisis mundial del sistema financiero se cruza con unos retos particulares en el sector de la salud. En efecto, la crisis tiene lugar en un contexto donde los sistemas de salud enfrentan no sólo los efectos de las transiciones demográficas y epidemiológicas de principios del siglo XXI, sino la explosión de los altos costos sanitarios, propios del auge inusitado de la tecnología médica. Frente a esta situación, los países se encuentran compelidos a tomar decisiones cruciales, pues se trata de garantizar la universalización de los servicios de salud en condiciones de calidad y eficiencia, pero bajo el imperioso criterio de la sostenibilidad financiera.

Es en este marco general que la presente Observación es una invitación a repensar la compleja

relación que existe entre las crisis económicas y la salud, la cual exige encarar situaciones difíciles que, en muchos casos, se deben traducir en reformas sustanciales a los sistemas de salud. Así, en la primera sección se plantea una tesis interpretativa de la actual crisis económica y sus implicaciones para la salud en América Latina y Colombia, teniendo como referencia en el análisis temas tan caros para el bienestar y la salud como la nutrición y el sistema de pensiones. En la sección siguiente, se hace una descripción concisa de los problemas estructurales del sistema de salud de Estados Unidos, los cuales requieren reformas urgentes. Es muy probable que la actual crisis económica haya provocado una acción decidida y contundente por parte de la actual administración del presidente Barack Obama para enfrentar con pragmatismo el tema de la reforma a la salud.

De igual manera, un tercer aporte trae a colación una situación coyuntural que devela indirectamente una problemática más estructural del sistema de salud colombiano. Si bien la emergencia social en salud declarada por el gobierno central a finales del año 2009 es la expresión evidente de una crisis financiera interna, no es posible aseverar que la crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS se limita exclusivamente a un déficit en el Fondo de Solidaridad y Garantías; ni mucho menos olvidar que las crisis económicas en Colombia traen consigo impactos negativos, directos e indirectos, sobre el aseguramiento en salud por la vía de la agudización del desempleo y la informalidad. Es por esto que en la última parte se incluye una Observación sobre el comportamiento preocupante del mercado laboral colombiano en la coyuntura reciente.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.21



Medellín, julio de 2010 AÑO 9 N° 21
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD - GES

Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2008-2009

La observación, el monitoreo y la evaluación de la Seguridad Social en Salud en Medellín ha sido un ejercicio académico que desde hace más de un lustro ha venido realizando el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia. Uno de sus propósitos fundamentales es contribuir al estudio de un conjunto de políticas públicas que impactan sobre la calidad de vida saludable y proponer recomendaciones efectivas y viables a los tomadores de decisiones. El primer ejercicio se realizó para el periodo 2004-2007, cuyo eje de análisis estuvo concentrado en cinco temas: capacidad institucional, capital social, financiamiento, estado de salud y ciudad saludable, así como cobertura y acceso (Observatorio de la Seguridad Social No. 17 de 2008, -GES- U de A).

En esta Observación se presenta una versión resumida del segundo ejercicio de monitoreo 2008-2009. Específicamente, tres temas estuvieron en el centro del presente trabajo de seguimiento a las políticas de salud en la ciudad de Medellín: 1. Aseguramiento -Cobertura- Acceso a los servicios de salud; 2. Financiamiento público de la salud y 3. El capital social y el sistema local de salud. Cada uno de dichos temas son estudiados a partir de las directrices generales y específicas trazadas en el Plan Local de Salud 2008-2011: "Medellín es salud para la vida".

En este orden temático, el primer capítulo se encuentra dedicado a examinar el comportamiento de la cobertura universal de la salud en la ciudad de Medellín. Se trata de hacer un seguimiento a los resultados arrojados por las Encuestas de Calidad de Vida en temas que permiten relacionar, por ejemplo, el tipo de afiliación y el acceso a los servicios de salud. En este sentido, es justo decir que la ciudad avanza firme en la meta de la cobertura universal, haciendo un esfuerzo importante por

cubrir a todas a aquellas personas sin los recursos suficientes para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, la evolución de la cobertura general del aseguramiento ha mostrado en los últimos años una leve tendencia al descenso por la vía de la elevación del número de personas "no afiliadas". El segundo capítulo versa en su totalidad sobre el tema del financiamiento público de la salud en Medellín. En la primera parte se destaca la prioridad que ha recibido la salud en el último lustro, expresada en un aumento real y sin precedentes históricos del porcentaje del gasto en salud sobre el gasto público total. Si bien parte de este comportamiento satisfactorio de las finanzas públicas de la salud en Medellín también ha sido compromiso del gobierno central, es necesario reconocer la voluntad política decidida de la actual administración por hacer los propios esfuerzos fiscales a fin de garantizar el derecho humano a la salud.

Finalmente, el tercer capítulo está dedicado a estudiar un concepto complejo que recientemente ha incursionado en el campo de la salud pública: el capital social. La idea de introducir dicho concepto en el análisis del sector salud de Medellín tenía como fin identificar y explicar sus alcances y potencialidades como factor importante en el mejoramiento de las condiciones de la salud. El capital social, según una de sus definiciones pioneras, es un atributo endógeno de una sociedad que permite el trabajo cooperativo mediado por la confianza, la conformación de redes de trabajo y ciertas normas y virtudes cívicas. Antes de evaluar los efectos positivos de la relación entre capital social y salud, en asuntos de cultura ciudadana y fortalecimiento de lazos de cohesión social y cooperación en pro del bien común, Medellín tiene mucho trabajo por delante.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.22



Medellín, diciembre de 2010 AÑO 9 N° 22
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD-GES

La reforma pensional en Colombia

El sistema general de seguridad social colombiano ha sido objeto de sendos análisis sobre su grado de pertinencia, efectividad y sostenibilidad financiera, entre otros temas clave. A la luz de los principios y propósitos definidos en la Ley 100 de 1993, el desarrollo gradual y simultáneo de los tres subsistemas creados (salud, pensiones y riesgos profesionales) ha arrojado resultados parciales que en la actualidad son objeto de serias y fundadas críticas. Sobre todo cuando los tres subsistemas se interconectan y su grado de correspondencia mutua es significativo tanto desde el punto de vista operativo como financiero.

Desde una perspectiva de conjunto, los estudios evaluativos en cada componente del sistema de seguridad social han recibido una atención diferenciada. De manera particular, el sistema de salud ha contado con un número significativo y selecto de estudios evaluativos. Por su parte, el sistema pensional ha tenido, comparativamente, una menor visibilidad académica, así como una divulgación

menos expansiva en los espacios de discusión académica y política. En esta misma línea de reflexión, el tema de riesgos profesionales no ha recibido un tratamiento analítico proporcional a su importancia sanitaria y socio-laboral.

Esta Observación tiene como objetivo colmar parcialmente este déficit respecto a otros análisis igualmente relevantes con miras a contribuir en el proceso de evaluación integral de la política de seguridad social en Colombia. Es por ello que se exponen algunos de los elementos básicos para el debate actual de las pensiones en Colombia. Allí se ilustran de manera breve y precisa los aspectos tanto históricos, normativos y de políticas públicas que ha generado el enorme déficit pensional en la actualidad. Asimismo, los autores evalúan de manera sucinta algunas de las propuestas planteadas por el actual gobierno y proponen otras alternativas a fin de contribuir en fórmulas que garanticen un sistema pensional con amplia cobertura y financieramente auto sostenible en el mediano y largo plazo.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición conmemorativa

de los 10 AÑOS

“Evolución de la seguridad
social en salud en Colombia:
avances, limitaciones y retos”

No.23

10 años

Medellín, diciembre de 2011 AÑO 10 N° 23
ISSN 1657 - 5415



Observatorio de la
seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD ~GES

Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, en el marco de un proceso reformador que inició en la década de los noventa y que pretendió realizar un cambio estructural tendiente a aumentar la competitividad de la economía y a mejorar la calidad de vida de la población colombiana, está cercano a cumplir dos décadas de existencia. En su trayectoria como política pública, el sistema de salud colombiano ha sido objeto de intervenciones judiciales, modificaciones y cambios normativos de diferente índole, dentro de los cuales se destacan dos importantes reformas materializadas en las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, así como la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008.

En la actualidad, tras la promulgación de la Ley 1438, el país sigue en vilo sobre el alcance y capacidad real de la reforma para superar los complejos problemas de diversa índole que aún agobian al SGSSS. En su momento, se planteó la hipótesis según la cual la nueva Ley era un “punto de inflexión” interesante que, de acuerdo a las condiciones generales de su implementación, podría determinar su trayectoria futura bajo dos escenarios

diferentes. De un lado, la reforma logra el propósito general de fortalecer el SGSSS, conservando sus principios básicos y su modelo de aseguramiento. Del otro, las innovaciones de la nueva Ley (por ejemplo, el modelo de Atención Primaria en Salud -APS-, el enfoque de redes para la prestación de servicios de salud, entre otros) darían lugar a un proceso distinto, generando las bases generales para el rediseño de otro sistema de salud.

Con motivo de los diez años del Observatorio de la Seguridad Social, órgano de difusión académica e investigativa del Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia, esta observación está dedicada a seguir contribuyendo al debate actual sobre el futuro del SGSSS, con base en algunos análisis e hipótesis acerca de sus avances, limitaciones y retos. En esta oportunidad se proponen cuatro temáticas clave sobre las cuales el área de la Economía de la Salud ha realizado juiciosos aportes desde las primeras etapas del proceso de implementación de la Ley 100: la función de regulación, la cobertura del seguro de salud y acceso a los servicios de salud, el financiamiento y la organización industrial.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Edición

No.24



Medellín, junio de 2012 AÑO 11 N° 24
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Economía de las enfermedades crónicas no transmisibles Implicaciones para Colombia

Vivir más y vivir mejor es un deseo generalizado entre las personas y constituye un propósito fundamental de las políticas de salud. Sin embargo, para su realización se enfrentan dificultades por la ocurrencia de enfermedades que como el cáncer o la diabetes evolucionan lentamente, son de larga duración y no se transmiten entre personas. Se trata de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Ha existido la creencia de que estas enfermedades son típicas del desarrollo pues están asociadas a una mayor esperanza de vida y a niveles más elevados de bienestar. Es así como se habla de la transición epidemiológica, consistente en una reducción de las enfermedades infecciosas o transmisibles, gracias a lo cual ha sido posible elevar el promedio de vida de las personas; de este modo, el reto para la sociedad consiste en tratar las enfermedades crónicas, que afectan principalmente a la población de más edad.

Esta creencia tiene una implicación política para los países de ingresos medios y bajos y para las personas pobres de los países desarrollados, ya que habría lugar a pensar que en estos casos las ECNT no constituyen una prioridad. Sin embargo, contrario a esta creencia, dichas enfermedades significan una alta proporción de muertes prematuras en el mundo y la población más afectada está justamente en esos países.

Ahora bien, puede admitirse que estas enfermedades constituyen una paradoja del desarrollo ya que una mayor esperanza de vida efectivamente exige más atención médica. No obstante, también se acepta que existen estrategias para prevenir dichas enfermedades y tratarlas con costos razonables. El reto es grande pues entre los factores de riesgo se destacan actitudes individuales, algunas de las cuales pueden ser influenciadas por la industria, como sucede con el consumo de alcohol y de tabaco, la dieta alimenticia o la actividad física.

En esta Observación se presenta un panorama general de la ECNT, con énfasis en una perspectiva económica y reconociendo cuatro grupos de enfermedades: cerebro cardiovasculares, diabetes, cáncer y respiratorias. Se hace una lectura de la problemática de estas enfermedades a la luz de la teoría económica, indicando las fallas de mercado subyacentes y la justificación de la intervención del Estado en procura de su prevención y tratamiento; se muestran algunas evidencias sobre su impacto macroeconómico; se presenta una revisión para Colombia de evaluaciones económicas que consideran estas enfermedades, y se plantean unas conclusiones para animar la discusión sobre las implicaciones para nuestro país.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS



servatorio de la
seguridad social

UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803
FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS
DEPARTAMENTO DE
ECONOMÍA

Seminario académico

ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA
REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA

Dirigido a:

Estudiantes, profesores y egresados de las áreas Económicas, profesionales del sector salud y público en general.

Horario

8:00 a 1:00 p.m.
Acreditación a partir de las 7:30 a.m.

Entrada libre

Prevía inscripción en:
<http://reune.udea.edu.co>

Mayores informes

comunicacionesfce@economicas.udea.edu.co
Tel: 219 88 05- 219 58 10

CONVOCAN:



Facultad de
Ciencias Económicas
Departamento de
Economía



Ministerio de
Salud

ORGANIZA: Grupo de Economía de la Salud
GES



25 DE ABRIL DE 2013

Universidad de Antioquia
Auditorio principal/Edificio de Extensión

En el encuentro se analizarán los **aspectos macroeconómicos de la Reforma**, tales como el gobierno del sistema, su financiamiento y el cambio del POS a Mi Plan, y los **aspectos microeconómicos**, tales como el futuro del aseguramiento frente al cambio de EPS a GSS, las áreas de gestión y las redes integradas. Participe además en un espacio de discusión sobre el Proyecto de Ley 210.

Con la participación de:

- Fernando Ruiz Gómez, Viceministro de Salud
- Carlos Alberto Medina Durango, Banco de la República
- Juan Pablo Uribe Restrepo, Fundación Santa Fe de Bogotá
- Diego Fernando Gómez Sánchez, ECSIM
- Mauricio Vélez Cadavid, Medicare
- Juan Eduardo Guerrero Espinel, Facultad de Salud Pública UdeA
- Jairo Humberto Restrepo Zea, Universidad de Antioquia
- Jorge Barrientos Marín, Universidad de Antioquia
- Juan Guillermo Barrientos Gómez, Universidad Pontificia Bolivariana
- Sergio Andrés Tobón Ospina, Centro de Pensamiento Social