

Retos para la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano*



Jairo Humberto Restrepo-Zea

Economista y magíster en Gobierno y Asuntos Públicos.

Profesor titular, coordinador del Grupo de Economía de la Salud, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia

Introducción

Una de las principales preocupaciones de las políticas públicas es la salud, tanto en la formulación como en el seguimiento y la evaluación. En el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los países miembros de las Naciones Unidas aprobaron en 2015 los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de los cuales el no. 3 se refiere a “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (PNUD, 2020) para lograr la construcción de sociedades prósperas. Sin embargo la salud no es asunto de un solo Objetivo, ya que varios de los demás ODS están asociados con la salud, por cuanto constituyen determinantes suyos, como en el caso de la protección del medio ambiente, la reducción de la pobreza y la eliminación del hambre.

Un buen resumen de los propósitos cubiertos en las 13 metas del ODS relativo a salud y bienestar se encuentra en la expresión sugerida por Amartya Sen (2000) respecto a la relación entre salud y desarrollo: “conscientes de la imposibilidad de alcanzar la inmortalidad y de la necesidad de evitar la muerte temprana, el anhelo de toda persona y de la sociedad en su conjunto consiste en vivir más y vivir mejor”. Es así como las metas adoptadas a 2030 en los ODS se refieren de manera general a la reducción de tasas de mortalidad y morbilidad por causas que se pueden prevenir o controlar y, en consecuencia, es posible aumentar la esperanza de vida y aminorar la carga de la enfermedad. Entre las metas en salud se destacan: reducir la mortalidad materna e infantil hasta menos de 70 por cada 100.000 nacimientos, eliminar la mortalidad evitable en neonatos, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis y la malaria, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, lograr la cobertura universal en salud (CUS) y aumentar sustancialmente la financiación de la salud.

El alcance de los ODS demanda ante todo voluntad política, pero también requiere de capacidades y recursos para invertir en diversos frentes. En el caso de la salud es necesario disponer de mayores recursos, especialmente entre los países de ingreso medio y bajo para que así se pueda avanzar hacia la cobertura



universal. Con razón una de las metas de los ODS es precisamente aumentar la financiación. Es posible por tanto que se acentúe la tendencia creciente del gasto en salud, la cual ha sido atribuida especialmente a la innovación tecnológica, a la inflación en salud y a factores demográficos como el envejecimiento (Appleby, 2013), de modo que muchos países enfrentarán grandes retos para garantizar la sostenibilidad financiera de sus sistemas de salud.

En el caso colombiano, después de avanzar significativamente hacia la cobertura universal en cuanto al aseguramiento y la protección financiera de la población, la sostenibilidad financiera se encuentra entre los principales asuntos a resolver, junto con la corrupción y las barreras al acceso. Por eso en este artículo se presenta un panorama general sobre la problemática relativa a la sostenibilidad financiera, haciendo énfasis en los requerimientos mínimos o aspectos institucionales, y se exponen los principales retos que debería enfrentar el país en esta materia.

1. Financiamiento de los sistemas de salud

Un sistema de salud comprende las organizaciones, las instituciones y los recursos que están destinados a producir acciones de salud con el propósito fundamental de mejorar la salud de las personas (Mills, 2011). Según esta concepción, el sistema de salud puede ser complementario o incluso sustituto del mercado, pues aunque este último desarrolla nuevas tecnologías y modelos de atención que favorecen la salud de los pacientes, su alcance resulta limitado especialmente porque la incertidumbre financiera no permite que todas las personas puedan asumir los gastos de atención (Restrepo, 2004). Es por ello que los sistemas de salud se trazan como objetivo fundamental la cobertura universal y la protección financiera de la población, buscando que esta no se exponga a gastos que afecten su ingreso de manera desproporcionada (WHO, 2010).

En el diseño y la organización de los sistemas de salud se consideran cuatro funciones primordiales (WHO, 2000): la rectoría, el financiamiento, la generación de recursos –referida de manera especial a la suficiencia y calidad de los recursos humanos– y la prestación de servicios. En este marco, el financiamiento se refiere a la disponibilidad de fondos para cubrir la prestación de servicios, incluyendo los incentivos que se puedan dar a los prestadores, y se concreta a su vez en tres funciones que pueden dar características especiales al sistema de salud según su organización: la recaudación de ingresos, su acopio o mancomunación y administración, y la asignación y compra de servicios. En procura de contribuir a la cobertura universal se ha acogido la meta de alcanzar un gasto público en salud de al menos el 6 % del producto interno bruto (PIB) (PAHO, 2009). A continuación se da un poco de detalle sobre cada una de estas funciones en el marco de los propósitos de la CUS:

- **Recaudación de recursos:** la dependencia de fuentes públicas de ingresos y la previsibilidad y estabilidad de fondos son condiciones primordiales para alcanzar la cobertura universal y garantizar la sostenibilidad financiera. Aunque se reconocen dos sistemas diferentes en cuanto a la fuente de ingresos, uno centrado en las cotizaciones o contribuciones derivadas especialmente del salario (el sistema de seguridad social propuesto por Bismarck en Alemania a finales del siglo XX), y otro basado en impuestos generales (el sistema nacional de salud instaurado por Beveridge en Inglaterra después de la Segunda Guerra Mundial), y si bien existen países en los que predomina uno u otro sistema o fuente de ingresos, en la práctica se tiene



una mezcla de ambos y la tendencia reciente es a darle más fuerza a los impuestos debido a los cambios en el mercado laboral que no aconsejan mantener las contribuciones, ya que estas pueden incluso constituir una barrera para la generación de empleo (GES, 2015).

- **Mancomunación de fondos:** la mancomunación se refiere a la agrupación y centralización de los fondos del sistema, lo cual facilita el control y el seguimiento, y significa reunir en un fondo único los ingresos que se recaudan para distribuirlos en función del riesgo o de las necesidades de la población, distinto a tener varios fondos a agrupaciones menores que en conjunto dan lugar a ineficiencias. Se logra así una consistencia con la idea de brindar cobertura con equidad y solidaridad, teniendo como propósito crucial la protección financiera.
- **Compra estratégica de servicios:** consiste en planear la asignación de recursos para los proveedores según las necesidades de salud, el desempeño del proveedor y la mejora del estado de salud de la población atendida. Juega un rol importante en la inclusión de incentivos y la reducción de comportamientos perversos en los prestadores. De esta manera, el gasto se hace más eficiente y se garantiza una mayor viabilidad de la sostenibilidad.

En la figura 1 se ilustran las funciones relativas al financiamiento del sistema de salud, incluyendo también el diseño de planes de beneficios que conecta con la función de prestación en la medida en que se refiere al conjunto de servicios a que tienen derecho las personas cubiertas. La figura ilustra además las dos perspectivas desde las cuales se puede analizar la sostenibilidad financiera, es decir a partir del ingreso y la administración de los recursos, y del gasto y la eficiencia. Además, como elemento transversal y esencial para un buen desempeño del sistema, se hace explícita la gobernanza y el propósito de fortalecer las instituciones.



Figura 1. Caja de herramientas para la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Fuente: GES, 2017.



En cuanto a cifras, las tendencias sobre el financiamiento de los sistemas de salud son varias, en particular sobre el gasto. En primer lugar, existe una relación directa entre salud y desarrollo que se manifiesta de manera especial con un crecimiento del gasto en salud que resulta superior al del PIB. En todo el mundo, el gasto per cápita en salud ajustado por paridad pasó de 609 a 1.279 dólares entre 1995 y 2014, con un crecimiento real de 5,3 % anual. Se espera que en 2030 el gasto per cápita sea de 2.521 dólares en promedio, y en 2040 de 3.539. Como porcentaje del PIB, el gasto pasó de 8,5 % en 1995 a 9,9 % en 2014, corroborando que los países destinan un mayor porcentaje de sus recursos para financiar la salud. En la tabla 1 se muestra que los mayores niveles de gasto corresponden a los países de ingreso alto y la proporción se hace menor a medida que el ingreso es más bajo. No obstante, si se considera el incremento, se destacan los países de ingresos bajos, que pudieran igualar o superar a los países de ingreso medio y medio-alto. En este contexto Colombia aparece en una buena posición, superando el promedio del grupo de países de ingreso medio-alto del que forma parte (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2017; 2017a).

Países por nivel de ingresos	1995 (%)	2014 (%)	2030 (%)	2040 (%)
Alto	9,2	11,7	12,5	13,1
Medio-alto	4,9	5,9	6,4	6,9
Medio-bajo	3,5	4,3	4,7	5,0
Bajo	4,1	5,9	6,6	6,7
Colombia	6,8	7,2	7,8	8,5

Tabla 1. Gasto en salud como % del PIB, 1995, 2014, 2030 y 2040 (Grupos de países por nivel de ingresos y Colombia)

Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM. Tomado de: GES, 2017.

En segundo lugar, el gasto público en salud crece con el nivel de ingresos de los países. La información disponible permite señalar que a mayor PIB per cápita mayor puede ser la participación del gasto público en salud, y por lo tanto la participación privada se reduce. Esto puede esperarse por cuanto un mayor crecimiento económico permite obtener mayores recursos fiscales para financiar el gasto en salud, aunque también se debe tener en cuenta la decisión política sobre cuánto gastar en salud con fuentes públicas y cómo organizar y financiar el sistema de salud.

En tercer lugar, el gasto público garantiza mayor protección financiera. Al contar con una mayor proporción del gasto financiado con recursos públicos se tiene mayor capacidad de cubrir el riesgo financiero de la población, por lo cual se reduce la participación del gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud. Esto constituye un buen indicador de protección financiera, pues se evita que las personas incurran en gasto catastrófico o empobrecedor. Según la OMS, el gasto de bolsillo que tenía una proporción importante en 1995 se ha reducido con el tiempo, aunque ello no sucede en los países de ingreso bajo, que



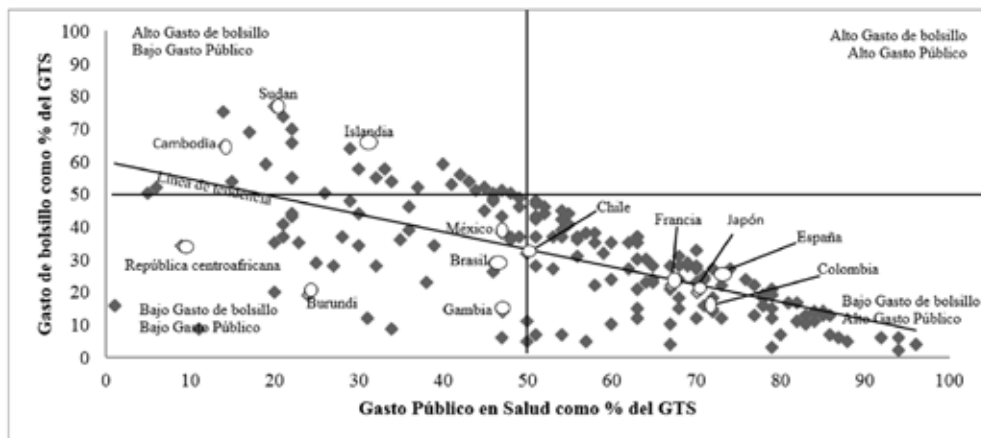
es donde presenta la mayor proporción (WHO, 2017).

Es importante tener en cuenta que si el interés descansa sobre la protección financiera, como de hecho es un objetivo fundamental de los sistemas de salud, la relación propuesta se podría formular de una manera más general indicando la relación entre gasto prepago o mancomunación de recursos, por una parte, y el gasto de bolsillo, por la otra. En ese sentido, algunos países pueden tener un gasto público en salud bajo o medio y aun así el gasto de bolsillo como proporción del gasto de total es bajo, lo cual indica que en el gasto privado predominan los seguros de salud. Es el caso de los Estados Unidos, cuya composición del gasto en salud corresponde a 48 % público y 52 % privado, y pese al alto gasto privado los gastos de bolsillo representan el 12 % del total, un nivel similar o incluso inferior al de muchos países en los que predomina el financiamiento público. No obstante, en la discusión sobre cómo alcanzar la protección financiera, si mediante financiamiento público o privado, es importante tener en cuenta una diferencia crucial en términos de eficiencia, pues en general mientras mayor sea la proporción del gasto público, menor será el gasto total como porcentaje del PIB (WHO, 2015).

2. Sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: requerimientos mínimos

Colombia ha presentado un crecimiento del gasto en salud con un ritmo superior, en particular entre los países de ingreso medio-alto, lo que ha significado que el país se ubique por encima de promedios mundiales. Si se compara con países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que hayan registrado en cualquier momento un ingreso per cápita similar al colombiano entre 1990 y 2016, el país ha registrado un gasto superior al promedio, y en los últimos años se habría ubicado entre los más altos. Por ejemplo, el ingreso per cápita colombiano entre 2011 y 2016 fue similar al que tuvieron Dinamarca, Alemania, Francia o Bélgica entre 1980 y 1989, y a Brasil, Chile, Lituania o México entre 2000 y 2009. En el periodo 2011-2016, el gasto en salud de Colombia fue del 6,9 % del PIB, ubicándose en el cuartil superior de la distribución, superando el que en su momento alcanzaron Italia, Chile, Finlandia, Países Bajos y Noruega, y superado por Francia, Brasil, Dinamarca, Alemania y Sudáfrica (GES, 2017).

Por otra parte, Colombia se caracteriza por tener un sistema de salud financiado con recursos públicos –a partir de una mezcla de impuestos y cotizaciones–, reunir los recursos en un fondo único, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), y garantizar un plan de beneficios único para toda la población, el cual es administrado por las entidades promotoras de salud (EPS). Es así como, pese a las dificultades y debilidades que exhibe el sistema, el país ha avanzado significativamente hacia la cobertura universal y la protección financiera (OECD, 2015). El porcentaje de personas cubiertas se encuentra por encima del 95 %, y el gasto de bolsillo es el del orden del 15 %, ubicándose entre los más bajos del mundo y el tercero más bajo de América Latina después de Cuba y Argentina (OCDE/The World Bank, 2020) (ver gráfico 1).



Nota metodológica: se toman datos del gasto de bolsillo y gasto per cápita en salud para cada uno de los países. Se define un cuadrante según media geométrica por nivel de gasto de bolsillo y gasto per cápita en salud. La tendencia de Colombia en relación con los demás países es negativa.

Gráfico 1. Gasto público en salud (% del gasto total en salud -GTS) y Gasto de bolsillo (% del GTS) 184 países según niveles de ingreso, 2014.

Fuente: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, WHO & BM. Tomado de: GES, 2017.

En Colombia la participación pública en el gasto total en salud (GTS) se ubica alrededor del 75 %, y el 25 % restante es privada. El gasto público en salud asciende a un 5,4 % del PIB, una cifra cercana al 6 % que se recomienda o se espera en el mundo para ser consistente con la CUS, y entre las más altas de América Latina (OCDE/The World Bank, 2020). Los recursos necesarios para mantener la cobertura de la población afiliada, sin incluir la salud pública ni los denominados regímenes especiales, ascienden a \$55 billones en 2020. Este gasto se cubre mediante cotizaciones a la seguridad (40 %), impuestos generales asignados en el Presupuesto General de la Nación (36 %), impuestos generales aginados mediante el Sistema General de Participaciones o las transferencias para municipios y departamentos (15 %), impuestos territoriales (4 %), y otros recursos (5 %).

Como consecuencia de la reforma de 1993 (Ley 100), más del 50 % el gasto público en salud estuvo liderado, al menos hasta 2014, por los fondos de seguridad social. Dada la sustitución de recursos, ordenada mediante la reforma tributaria de 2012 (Ley 1607), desde entonces se tiene una mayor participación de los impuestos generales, que se asignan directamente al sistema o mediante transferencias regionales. Otras políticas o medidas que han impactado las fuentes de financiación y el gasto se refieren especialmente a: la Ley 1122 de 2007, que aumentó la cotización del 12 al 12,5 % del ingreso base de cotización y estableció varias medidas para ampliar la cobertura; la sentencia T-760 de 2008, que dictó órdenes en procura de garantizar la cobertura universal y hacer efectivo el goce del derecho a la salud; la Ley 1393 de 2010, que aumentó los impuestos a las cervezas y al cigarrillo y el tabaco para financiar la cobertura en salud; la Ley 1438 de 2011, que dio prioridad al acceso a los servicios y puso al usuario como núcleo central, dando lugar a medidas como la unificación del plan de beneficios; la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud), concentrada en hacer valer la regulación del derecho fundamental a la salud, y la reforma tributaria de 2016 (Ley 1819), que ordenó destinar 0,5 puntos porcentuales del IVA para financiar



la cobertura del sistema e incrementó el impuesto al consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.

Con el propósito de establecer los requerimientos para garantizar la sostenibilidad financiera, más allá de la búsqueda del equilibrio en la ecuación entre ingresos y gastos, el Grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia adelantó un consenso de expertos (GES, 2017). Se partió de una revisión en la literatura y en la experiencia internacional, de modo que la discusión se orientó a establecer el estado y los retos frente a varios aspectos o temas relevantes para el país. Un primer aspecto se refirió al concepto mismo de la sostenibilidad financiera, buscando construir una definición comprehensiva para compartir con el público. Fue así como se llegó a la siguiente definición:

“La sostenibilidad financiera es el equilibrio en el tiempo entre los recursos y las necesidades de la población o los objetivos del sistema de salud, de tal forma que el gasto esperado en el futuro guarde correspondencia con los ingresos disponibles de las próximas generaciones”.

En cuanto a los requerimientos para alcanzar la sostenibilidad financiera se consideraron de manera especial los siguientes:

- **Estrategia de financiamiento y cuentas de salud.** Aunque se reconocen avances y esfuerzos en los últimos años, existen carencias y debilidades importantes. El país requiere un plan de financiamiento con un horizonte de mediano y largo plazo. Respecto a los sistemas de información, existe un grado de avance aunque aún no se registra un sistema disponible para hacer seguimiento a la sostenibilidad. Por otro lado, el país va en camino a la institucionalización de las Cuentas Nacionales en Salud (metodología SHA 2011), de forma lenta pero segura. Se resalta la importancia de construir sistemas robustos y transparentes.
- **Recaudación de recursos.** El país requiere aumentar los recursos mediante una mayor tributación, pero no hay consenso sobre las fuentes más apropiadas. Es el caso de los impuestos saludables como fuente adicional de financiación, que no logró su aprobación en el Congreso en 2016.
- **Mancomunación de fondos.** La entrada en operación de la Adres en 2017 constituye una mejora en el manejo de los fondos mancomunados. Se considera que puede facilitar el control y el seguimiento al flujo de los recursos, lo que se ha extendido al régimen subsidiado al trasladar la competencia del pago de servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud (PBS), de los departamentos a la Adres. En resumen, mediante la Adres se puede consolidar un seguro público unificado que garantice la aplicación del principio de igualdad y la superación de la segmentación de los regímenes.
- **Compra estratégica de servicios.** El país necesita avanzar de manera más efectiva y transparente en la asignación de recursos a los proveedores según las necesidades de salud, el desempeño del proveedor y la mejora del estado de salud de la población atendida. Se requieren esfuerzos sistemáticos por diseñar o implementar mecanismos de pago basados en resultados, sumados a la necesidad de contar con un sistema de información unificado y la integración de historias clínicas. La disposición emanada del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (DNP, 2019), en cuanto al establecimiento de presupuestos máximos para el reconocimiento de tecnologías no cubiertas por el PBS, pudiera contribuir a dar pasos en esta dirección.
- **El plan de beneficios está desfinanciado y la equidad se encuentra comprometida ante las barreras de**



acceso. La unidad de pago por capitación (UPC) no es un reflejo real del gasto y no hay claridad sobre las exclusiones, pues se abrió la puerta a los usos no incluidos en el registro sanitario y no se han gestionado las barreras para los medicamentos considerados vitales no disponibles (sin registro sanitario, se pagan a cualquier precio y se autorizan sin ninguna restricción).

- **Gobernanza de las funciones relativas a la financiación.** En el país no existe una agencia o mecanismo de dirección y de supervisión que regule la selección adversa, que reglamente el ajuste del riesgo, que reporte el desempeño y uso de los fondos y que mejore la coherencia entre los diferentes aspectos de la financiación. Además se considera necesario restituir la autonomía económica y financiera de los agentes, al tiempo que se fortalezca la supervisión a nivel micro (EPS-IPS), lo cual sería importante para un sistema sostenible teniendo en cuenta que es allí donde se define el gasto.

En este contexto, las medidas para la sostenibilidad financiera se agrupan en dos perspectivas principales: la referida al ingreso y la administración de recursos, y la enmarcada en los retos del incremento del gasto y una mayor eficiencia. Desde la primera perspectiva se resalta el hecho de hacer sostenibles los ingresos que resulten de nuevas fuentes y que su administración sea efectiva. Es necesario evaluar la factibilidad de dichos ingresos: tener presente cuánto costaría recaudarlos, cuál es su nivel de estabilidad en el tiempo, qué tan equitativos son para la sociedad, y si podrían tener efectos distorsionadores en el mercado. Además, se llama la atención en que algunos países europeos están aportando parte de sus recursos en salud a partir de seguros voluntarios en casos en que la carga fiscal del país ya no los soporta.

En cuanto a los retos del gasto en salud, más allá de garantizar mayores niveles de gasto para el sistema es necesario mejorar su gestión. Dicha gestión está relacionada especialmente con la priorización y la eficiencia técnica y económica. La Ley Estatutaria crea una presión sobre el equilibrio del sistema y hace que los prestadores no logren administrar el riesgo (desregulación del riesgo), ante lo cual se sugiere definir incentivos financieros y de resultados claros (compras estratégicas y mecanismos de priorización) que permitan hacer sostenible la gestión del gasto.

Como parte de la mirada técnica sobre la sostenibilidad financiera, aún están vigentes las recomendaciones de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública de 2017. La Comisión concluye que durante el último cuarto de siglo se ha logrado un aumento sustancial en la cobertura del sistema de aseguramiento, en la cual los mayores aumentos benefician a los segmentos más pobres de la población. Aunque se considera que el sistema es relativamente eficaz, evaluado por las mejoras en los indicadores en salud, persiste una serie de retos especialmente en la relación entre los ingresos y los gastos (Comisión del Gasto y la Inversión Pública, 2017). En la tabla 2 se pueden observar las recomendaciones para enfrentar los problemas más graves del sector salud desde la visión de los ingresos y los gastos.



Ingresos: Identificar nuevas fuentes de financiamiento	Gastos: Coherencia entre beneficios y flujo del gasto
<ul style="list-style-type: none">▪ Ampliar el uso de mecanismos como copagos y cuotas moderadoras.▪ Avanzar en el proceso de formalización laboral.▪ Utilizar mecanismos que coadyuven a la cotización por parte de beneficiarios con capacidad de pago que hoy aparecen como dependientes en el régimen contributivo.▪ Avanzar en la identificación de fuentes de recursos para que los entes territoriales puedan cubrir una parte creciente del sistema de salud, como los impuestos a las bebidas azucaradas.▪ Aumentar la utilización de recursos de Regalías y del Sistema General de Participaciones.	<ul style="list-style-type: none">▪ Aclarar los límites de lo que se les puede ofrecer a los afiliados al sistema con los recursos disponibles.▪ Revisar el valor de la UPC para que refleje el costo de los servicios y medicamentos que deben cubrirse con esos recursos por parte de las EPS.▪ Definir un esquema sancionatorio y un sistema de identificación formal de los excesos y de las conductas indebidas y sistemáticas que se puedan detectar a través del Mipres.▪ Limitar los controles de precios de los medicamentos en términos de las características monopolísticas de los mercados correspondientes, buscando en lo posible medidas alternativas para promover el acceso a precios más competitivos.

Tabla 2. Colombia: Recomendaciones de la Comisión del gasto público referente al sector salud, 2017

Fuente: Informe de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública. Tomado de: GES, 2017.

3. Retos para la sostenibilidad financiera: el ejercicio de Ideatón

Considerando la perspectiva planteada en la sección anterior, el GES de la Universidad de Antioquia y la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo (Afidro, 2020) se dieron a la tarea de organizar un ejercicio de ideación para plantear y resolver retos cruciales frente a la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Para la estructuración de los retos, con la participación de actores del sistema de salud en calidad de expertos o directivos de entidades o asociaciones diversas, se definieron cuatro ejes temáticos que recogen aspectos esenciales de la caja de herramientas vista en la primera sección. A continuación se exponen los ejes y los retos planteados en cada uno, los cuales constituyen la provocación para que quienes participen como solucionadores propongan y perfeccionen ideas de solución (Afidro).

● **Fortalecimiento de la salud pública.** Para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud es necesario contar con programas y acciones de salud pública robustos, que ofrezcan mejores rendimientos, a partir de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que puede ayudar a un gasto más eficiente en el futuro. Es el caso del desarrollo de modelos de vigilancia epidemiológica y programas de detección y control que hagan un mayor uso de tecnologías, incluida la inteligencia artificial. Esto implica pensar en temas como la atención primaria en salud (APS), ciencia ciudadana y gobernanza para la salud. Los retos planteados en este reto son: i) ¿Qué estrategias se podrían implementar para fortalecer las acciones territoriales de la APS para la salud pública en Colombia? y ii) ¿Cómo fortalecer la respuesta social organizada en acciones de vigilancia en salud pública?



- **Recaudación.** El sistema de salud necesita nuevas fuentes de recursos o la ideación de nuevas formas de recaudo, lo que en su conjunto permitirá contar con unos ingresos que puedan responder a las mayores necesidades de financiamiento. Por tanto, los retos estarán orientados a pensar en nuevas fuentes de recursos para fortalecer la financiación del sistema de salud y a mejorar la eficiencia en el recaudo: i) ¿Cómo contribuir a la integración y el mejoramiento de la información del sistema de salud para la toma de decisiones y la buena gestión respecto al recaudo de recursos? y ii) ¿Cómo incrementar los recursos para financiar el sistema de salud mediante nuevas fuentes de ingresos o un mejoramiento en el recaudo de las fuentes existentes?
- **Gestión eficiente del gasto.** El país requiere diferentes estrategias que permitan una mayor eficiencia del gasto en salud, entre otras: regulación de nuevas tecnologías, compras estratégicas, desarrollo de modalidades de contrato, innovación en gestión de riesgo y Big Data. Este asunto propone retos en cuanto a capacidad de gestión a nivel micro, gobernanza a nivel macro, monitoreo, regulación y control, mayor autonomía financiera para los proveedores y uso avanzado e integrado de tecnologías de información, de manera que se puedan encontrar soluciones innovadoras de negociación y contratación en la asignación de recursos a los proveedores, enfocándose en las necesidades y los resultados en salud y su desempeño, junto con herramientas que se puedan utilizar para alinear los beneficios prometidos tanto con las expectativas de la sociedad como con los mecanismos de pago hacia el proveedor. Los retos planteados en este reto son: i) ¿Qué herramientas innovadoras se podrían implementar para gestionar el riesgo en salud de la población colombiana, buscando mejorar la calidad de vida del paciente y la eficiencia del gasto en salud? y ii) ¿Cómo lograr una gestión más eficiente del gasto en el sistema de salud colombiano?
- **Eficiencia en la prestación de servicios.** Similar a lo que sucede en otros países, el sistema de salud colombiano se enfrenta al gran reto de garantizar la atención en salud con criterios de eficiencia, por lo que caben alternativas de innovación en torno a: uso de las TIC en la prestación de servicios, desarrollo de modelos de atención, fortalecimiento de la telemedicina y otras prácticas basadas en tecnología: i) ¿Cómo establecer un modelo de gestión programático, con acciones de promoción de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, centrado en el paciente y con medidas claras de resultados según las condiciones específicas de salud? y ii) ¿Qué estrategias se podrían implementar para reducir desperdicios o ineficiencias en la prestación de servicios de salud?

4. Conclusiones

En Colombia se mantiene vigente la necesidad de adelantar un debate amplio y bien documentado para reconocer la problemática sobre la sostenibilidad financiera del sistema de salud y encontrar soluciones con participación del público. Predomina una presión a mayores gastos, procedente especialmente de actores sociales y gremiales que expresan sus expectativas amparados en el derecho fundamental a la salud, mientras el problema de los ingresos y el equilibrio financiero suele confinarse a la tecnocracia. Resulta crucial cerrar brechas de conocimiento, poner el tema al alcance de los actores del sistema y no solo de los técnicos, propiciando la formación de opinión a partir de la evidencia y la sistematización de información que debería ser de dominio público.



En cuanto al tamaño y la evolución del gasto colombiano, es importante resaltar que este ha sido creciente y resulta superior al promedio de países de niveles de desarrollo similar. Es más, el gasto del país es más alto en términos relativos a partir de la reforma de 1993. Aun así, es importante ilustrar la posición de Colombia en el contexto internacional y matizar las comparaciones que se hacen, buscando que ellas guarden correspondencia con el desarrollo de los países.

Es importante destacar que la sostenibilidad no es solo un asunto de números o de dinero. Por ello, se cuenta con una lista de requerimientos que debería cumplir el país para gestionar y facilitar la sostenibilidad. Un primer requerimiento se refiere a varias cuestiones estratégicas, como contar con un plan explícito de financiamiento en salud de manera integrada al Plan Nacional de Desarrollo o al Plan Nacional de Salud, y un buen sistema de información integrado.

En cuanto a los retos del gasto en salud, más allá de garantizar mayores niveles es necesario mejorar su gestión, especialmente en cuanto a la priorización y a la eficiencia. Sobre lo primero, la Ley Estatutaria de Salud crea una presión sobre el equilibrio del sistema y hace que los prestadores no logren administrar el riesgo, ante lo cual se sugiere definir incentivos financieros y de resultados claros, impulsando las compras estratégicas. En cuanto a la eficiencia, teniendo en cuenta por ejemplo que los costos de nuevas tecnologías explican tres cuartos del problema, bien vale la pena impulsar la innovación para desarrollar modelos de atención oportunos, atados a los resultados en salud, pues esto lleva a un mejor uso de los recursos, mejorando la eficiencia del gasto.

Respecto a la perspectiva de los ingresos, se resalta el hecho de que los que resulten de nuevas fuentes deben ser sostenibles y hacer que su administración sea efectiva. Es necesario evaluar con criterios más amplios la factibilidad de dichos ingresos: tener presente cuánto costaría recaudarlos, cuál es su nivel de estabilidad en el tiempo, qué tan equitativos son para la sociedad y si podrían tener efectos distorsionadores en el mercado. En línea con lo anterior, se coincide en que los ingresos del sistema están migrando de basarse en cotizaciones hacia los impuestos generales (CREE) y específicos (impuestos al consumo de bienes nocivos para la salud), lo cual se debe tomar con responsabilidad a futuro, debido a los retos que se pueden presentar con el proceso de sustitución de fuentes de financiación y de posible rivalidad con la destinación a otros sectores.

La ideación por la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano es una oportunidad para renovar y fortalecer el proceso de discusión sobre esta problemática, al tiempo que se fomenta la generación de soluciones.



Referencias

Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo (Afidro). Ideatón por la sostenibilidad del sistema de salud colombiano. Recuperado de <https://afidro.org/2020/09/24/ideaton-por-la-sostenibilidad-financiera-del-sistema-de-salud-colombiano/>

Appleby, John. (2013). Spending on health and social care over the next 50 years. Why think long term?

Comisión del Gasto y la Inversión Pública. (2017). Resumen ejecutivo del Informe de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública presentado al Gobierno. Diciembre 22 de 2017. Recuperado de https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/resumenejecutivo605pm221217lm_0.pdf

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2019). Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: Pacto por Colombia, pacto por la equidad. Bogotá, DNP. Recuperado de <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Paginas/Bases-del-Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>

Grupo de Economía de la Salud (GES). (2015). El gasto y la prioridad de la salud en Colombia. Observatorio de la Seguridad Social, 31, 1-13.

Grupo de Economía de la Salud (GES). (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: alternativas y lecciones para Colombia. Observatorio de la Seguridad Social, 35, 1-21.

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 389(10083), 1981-2004.

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (2017a). Future and potential spending on health 2015– 40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*, 389(10083), 2005-2030.

Mills, A. (2011). Health systems in low -and middle- income countries. En: *The Oxford Handbook of Health Economics* (pp. 30-57). Oxford: Oxford University Press.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)-The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, OECD Publishing. Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing.

Pan American Health Organization (PAHO). (2009). A subject for the Political Agenda: Toward more inclusive, equitable, and healthy societies. En: O. Organization of American States, ed. *Towards the Fifth Summit of the Americas: Regional Challenges*. Washington, D.C.: s.n., pp. 38-50.



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Restrepo, J.H. (2004). ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? *Rev Gerenc Polít Salud*, 3(6): 8-34.

Sen, Amartya. (2000). La salud en el desarrollo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud: la revista internacional de salud pública: recopilación de artículos 2000*; 2: 16-21 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/57579>

World Health Organization (WHO). (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, Washington.

World Health Organization (WHO). (2017). *New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage. Global report 2017*.

World Health Organization (WHO). (2010). *Health systems financing: the path to universal coverage. World health report*, World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2015). *Improving health system efficiency. Reforms for improving the efficiency of health systems: lessons from 10 country cases. Health Systems Governance & Financing*, World Health Organization.