



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1803

**FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS**

1944

GES

Grupo de Economía
de la Salud

Impacto de la Ley Estatutaria en el sistema de salud: perspectiva económica

Jairo Humberto Restrepo Zea
Profesor titular
Coordinador, Grupo de Economía de la Salud



Contenido de la presentación

1. Introducción
2. Antecedentes
3. Situación actual
4. Implicaciones económicas de la Ley Estatutaria de Salud
5. Conclusiones



Preámbulo

1. ¿Qué ganan los colombianos con la Ley Estatutaria?

- Mejores garantías para el acceso a los servicios de salud
- Ampliación del plan de beneficios (plan integral)
- Posicionamiento del derecho a la salud en la agenda de las políticas públicas (ciudadanía y gobierno)
- Fortalecimiento de la política farmacéutica nacional (regulación de precios)

2. ¿Cómo garantizar el derecho fundamental a la salud con sostenibilidad financiera del sistema? Los grandes temas:

- Diálogo continuo sobre “Medicina, Ética y Economía”
- Dar legitimidad a instancia de priorización: ¿Quién toma las decisiones difíciles?
- Evaluación del sistema de salud a la luz del goce efectivo del derecho fundamental
- Progresividad en el acceso y aumento gradual de recursos
- Autorregulación y mecanismos efectivos para mayor transparencia
- Las responsabilidades del Estado, los derechos y los deberes de las personas



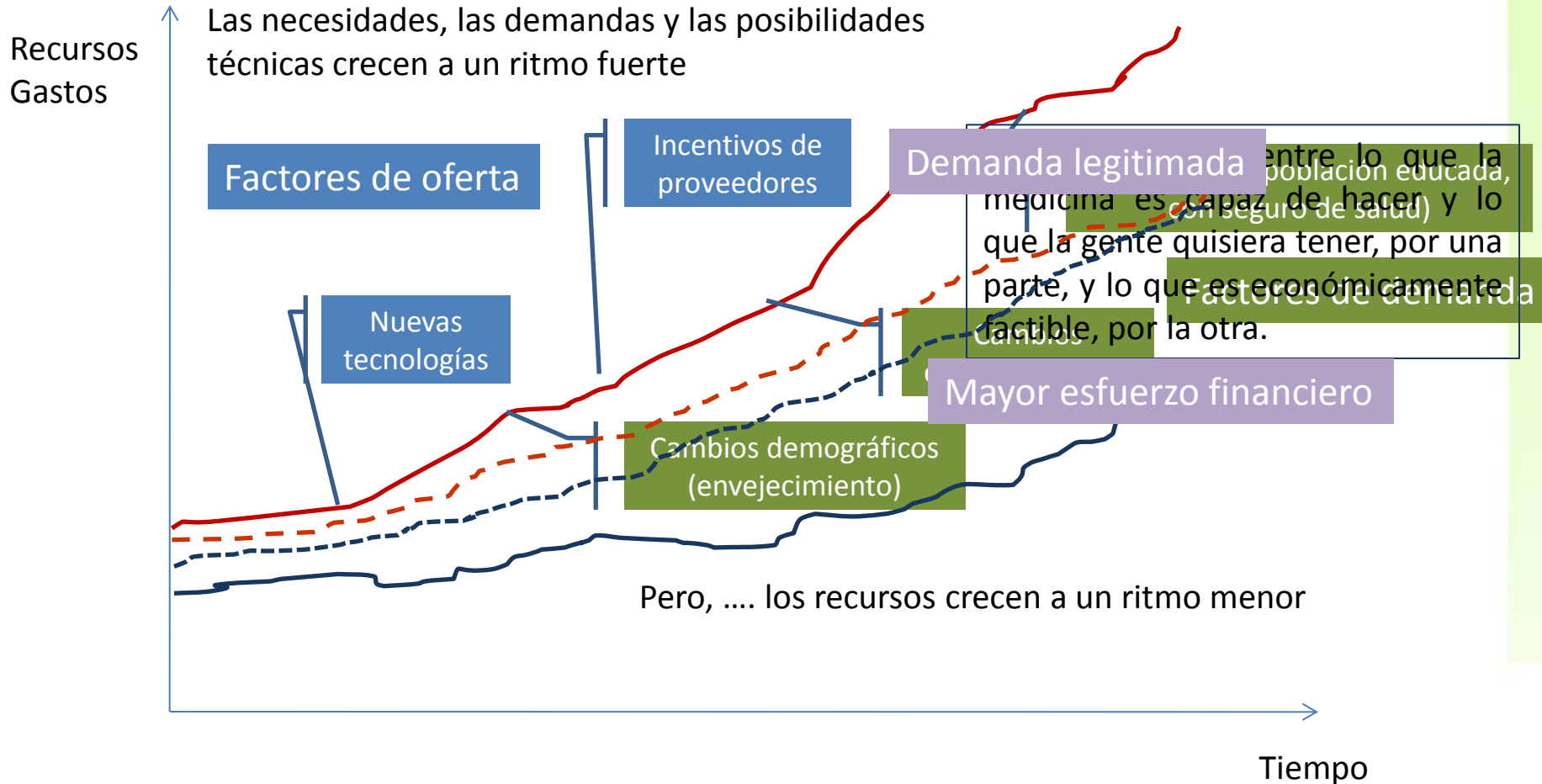
1. Introducción

“<...> La cuestión no estriba en la posibilidad de vivir eternamente —bendita sea—, sino en la posibilidad de vivir realmente mucho tiempo (sin morir en la flor de la vida) y de disfrutar de una buena vida a lo largo de la existencia (en lugar de vivir en la miseria y sin libertades), cosas ambas que casi todos nosotros valoramos y deseamos intensamente.” (Amartya Sen. “La salud en el desarrollo”. OMS, 2000).

“La libertad clínica era el derecho (algunos parecían creer que divino) de los médicos a hacer cualquier cosa que en su opinión fue lo mejor para sus pacientes <...> Si carecemos de los recursos para hacer todo lo que es técnicamente posible, la asistencia médica debe limitarse a lo que es de probada utilidad, y la profesión médica tendrá que dejar la opinión de lado <...> la libertad clínica era un mito que obstaculizaba el verdadero progreso” (John Hampton, BMJ, 1983; citado por Alan Williams en “Economía sanitaria: ¿El fin de la libertad clínica? BMJ, 1989).



El debate continuo entre derecho y economía



Elaboración del autor (Jairo H. Restrepo)



Y ¿Qué puede decirse desde la ética?

Durante muchos años los médicos hemos sido educados en la ignorancia de la economía y de que cualquier consideración económica ante un paciente era casi un sacrilegio, algo **moralmente condenable**. Los médicos hemos sido resistentes a considerar los recursos económicos en torno a nuestro ejercicio profesional, pero **la realidad social, sanitaria, política y económica deben hacernos reconsiderar la cuestión del valor de la salud y sus implicaciones económicas.**

El papel de la economía de la salud no es gastar menos en ello, sino **gastar mejor**, es decir, obtener los mayores beneficios sociales con menores costes.

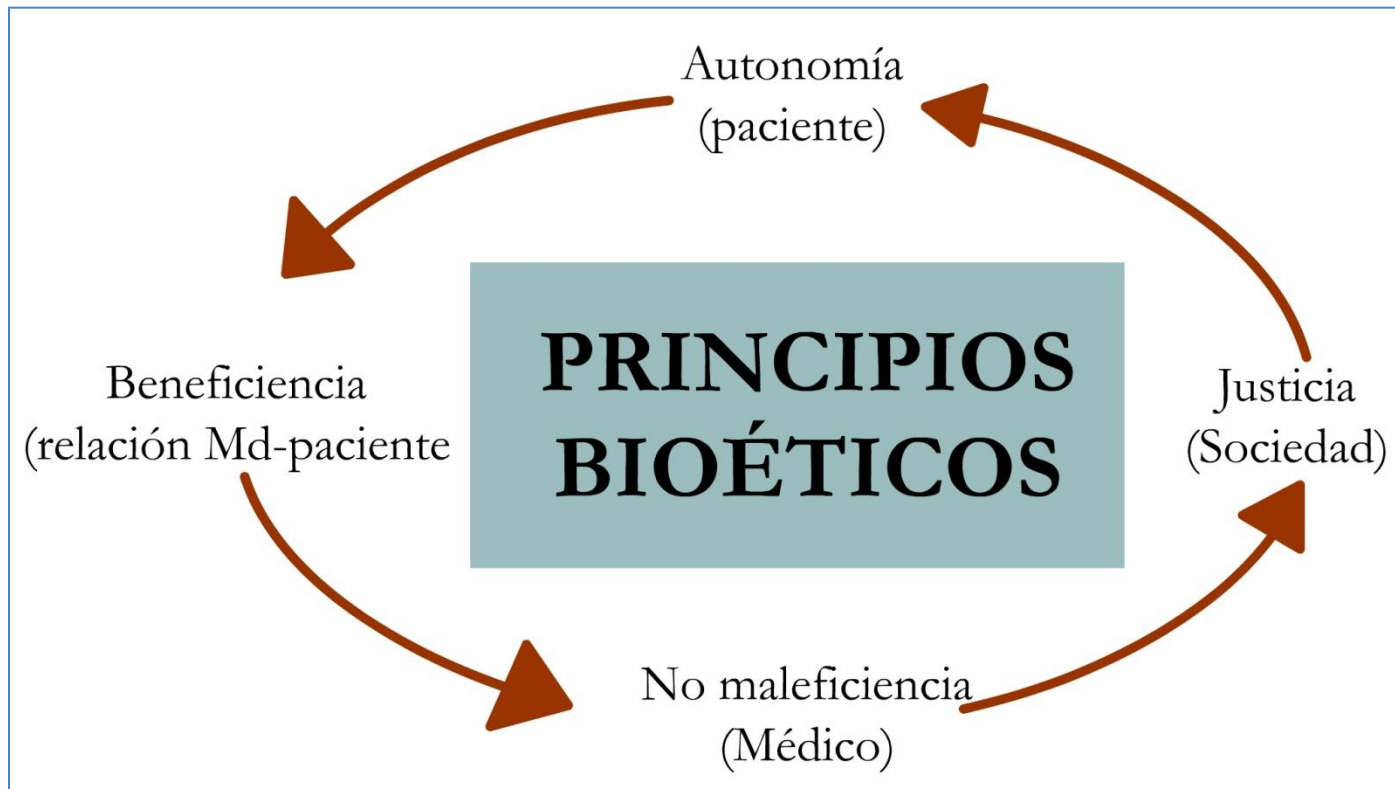
No obstante, la ética y la economía no son la panacea para resolver los problemas de los sistemas de salud, pero bien entendidas pueden **orientar y ayudar a clasificar el uso apropiado de los recursos**, no sólo sin contradicciones mutuas, sino de forma complementaria.

Antonio J García Ruiz

*Director Cátedra Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento,
Facultad de Medicina. Universidad de Málaga*



Bioética: Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales (Encyclopaedia of Bioethics, 1978).



Tomado de: Álvarez y Matiella. Los principios fundamentales de la Bioética. En; <http://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>



El principio bioético de Justicia tiene en economía de la salud una doble vertiente: equidad al acceso de los servicios sanitarios y la obligación de contención de gasto (ofrecer lo más efectivo al menor precio).

Si se quiere tener medicamentos eficaces, debe ser a cuenta de acometer gastos en investigación y si se quieren financiar medicamentos eficaces y seguros que mejoren la salud de la población, implica priorizar la obligación de ajustar el gasto para preservar los servicios de más valor y necesidad inescapable.

Tenemos herramientas, como las evaluaciones económicas, para medir la eficiencia de los tratamientos y las tecnologías sanitarias, que deberíamos aplicarlas y usarlas en la toma de decisiones, aunque no deben ser criterio único para la decisión final.

Hay que evolucionar rápidamente hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE

CIENCIAS ECONÓMICAS

1944

Grupo de Economía de la Salud

GES



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

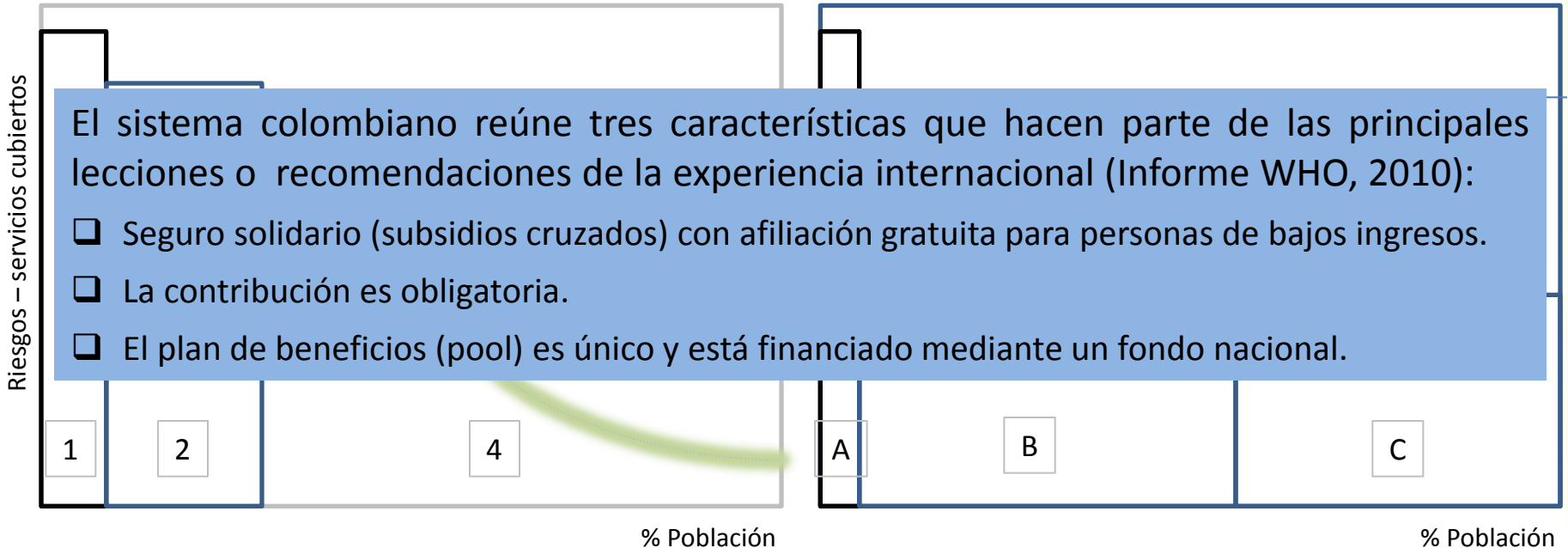
distintas a salud, la sociedad se enfrenta a la definición de prioridades o límites, lo cual implica establecer el conjunto de garantías o atenciones a ser cubiertas



Objetivos de cobertura universal

Cobertura de servicios de salud en 1994

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



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

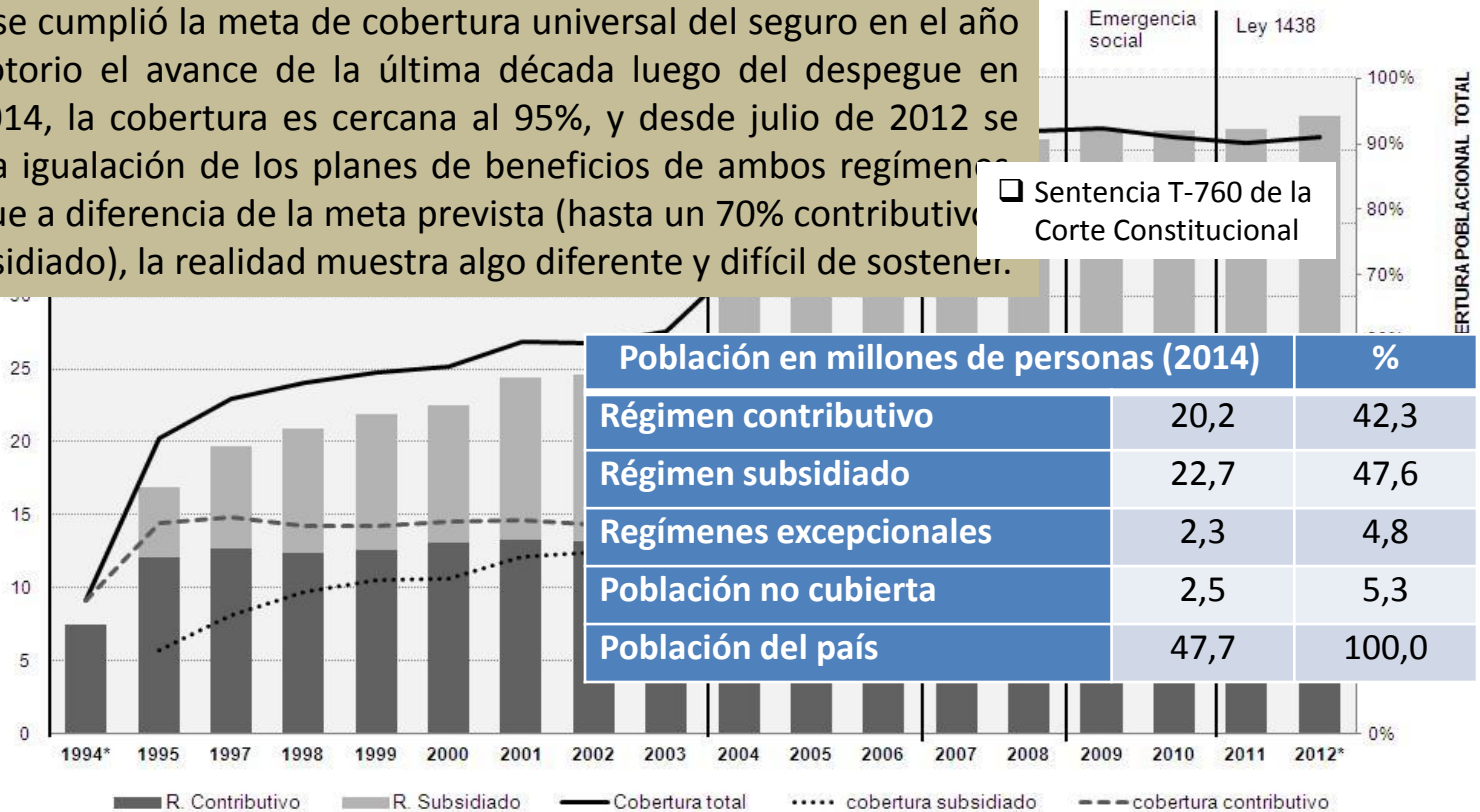
- A: Regímenes excepcionales (5%)
- B: Población afiliada al régimen contributivo, EPS(60%)
- C: Población afiliada al régimen subsidiado, ARS (35%)



Avances en cobertura del seguro

Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1994-2012

Aunque no se cumplió la meta de cobertura universal del seguro en el año 2000, es notorio el avance de la última década luego del despegue en 1996. En 2014, la cobertura es cercana al 95%, y desde julio de 2012 se estableció la igualación de los planes de beneficios de ambos regímenes. Preocupa que a diferencia de la meta prevista (hasta un 70% contributivo y un 30% subsidiado), la realidad muestra algo diferente y difícil de sostener.



Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Informes anuales 1996 – 2004; Ministerio de Salud y Protección Social, Informes de Actividades, 2006-2012, 2010-2014. Dane, proyecciones de población. Cálculos propios.



3. Situación actual

Medellín, diciembre de 2012 AÑO 12 N° 25
ISSN 1657 - 5415



Observatorio de la
seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD ~ GES

Implicaciones económicas y fiscales
de la cobertura universal en salud

La cobertura universal de la atención en salud ha sido una constante preocupación en las sociedades modernas. Al contar con más y mejores posibilidades para promover

personas accedan a los servicios de salud y no se enfrenten a dificultades financieras para pagarlos.

- Cobertura universal y ampliación
- Acceso: déficit y dificultades
- Finanzas: cobertura

rtura
lidad

da (o
Hay

de la



¿Qué podemos decir sobre el acceso?

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Cuadro 2. Colombia: Acceso y razones para no utilizar los servicios de salud, 2012

Barreras al Acceso	Régimen Subsidiado	Población no afiliada	Régimen Contributivo
Población (millones de personas)	21,9	4,3	18,8
Personas con necesidad de atención(% Población) (*)	10,52	8,16	10,27
Personas que no acceden al servicio (% Personas con necesidad) (**)	25,48	48,43	15,96
I. Barreras de oferta(% personas que no acceden)	19,04	11,07	11,26
a) A la entrada (cercanía)	7,28	3,44	4,56
b) Al interior	9,22	6,67	5,53
c) Continuidad	2,55	0,96	1,18
II. Barreras de demanda(% personas que no acceden)	80,96	88,93	88,74
d) Predisposición	20,31	9,98	19,90
e) Dotación (falta de ingresos)	8,76	38,82	2,54
f) Necesidad percibida	51,89	40,13	66,30

El seguro facilita el acceso



Medellin, junio de 2014 Año 14 N° 28
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la
seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano,
medición y perspectiva de actores en Medellín

La falta de ingresos no es un gran limitante para los afiliados

Predomina el NO acceso por "necesidad percibida"

Fuente: MSPS, DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012. Cálculos del GES.

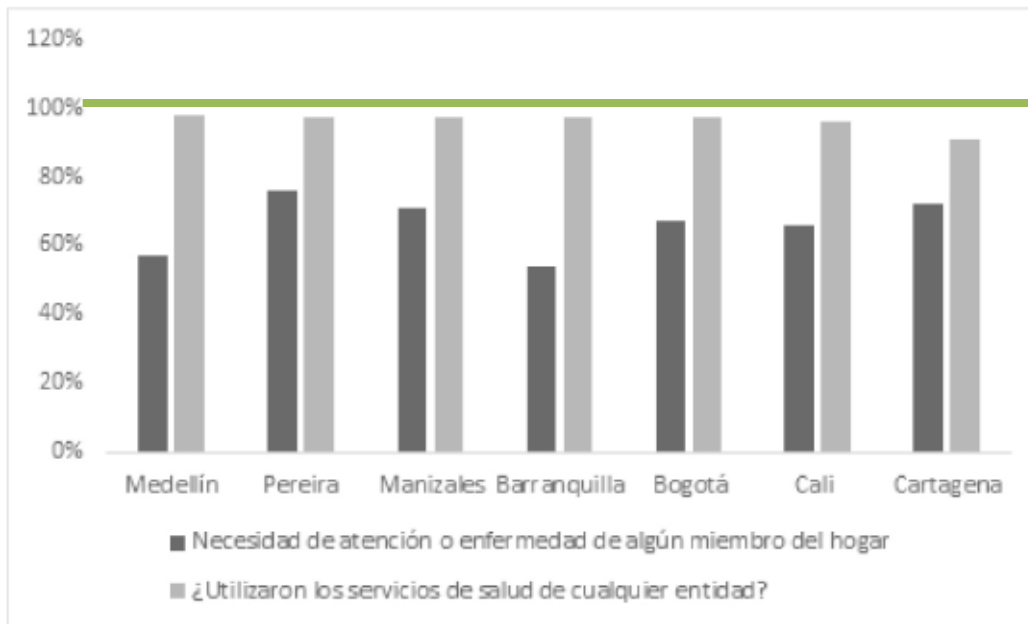
Notas: Clasificación de las barreras: a) El centro de atención es lejos; b) No le atendieron, muchos trámites; c) Ha consultado antes y no le han resuelto el problema; d) No tuvo tiempo, el servicio es malo, no confía en los médicos; e) Falta de dinero; f) El caso era leve.

(*): Personas que en los últimos 30 días anteriores a la encuesta tuvieron algún problema de salud que no haya implicado hospitalización.

(**): Personas que habiendo respondido afirmativamente lo anterior, no fueron al sistema de salud o a un servicio con un profesional de la salud independiente o particular.



Gráfica 2. Colombia. Necesidad de atención y utilización de servicios de salud para algunas ciudades colombianas 2012.



Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana (EPC) de los programas Cómo Vamos 2012.

Tomado de: Observatorio de la Seguridad Social No. 28.

El uso de servicios en caso de necesidad es cercano al 100% en grandes ciudades.

Entre 2008-2012, el indicador de barreras de acceso tuvo una evolución positiva: un menor porcentaje de ciudadanos con obstáculos para recibir atención médica.

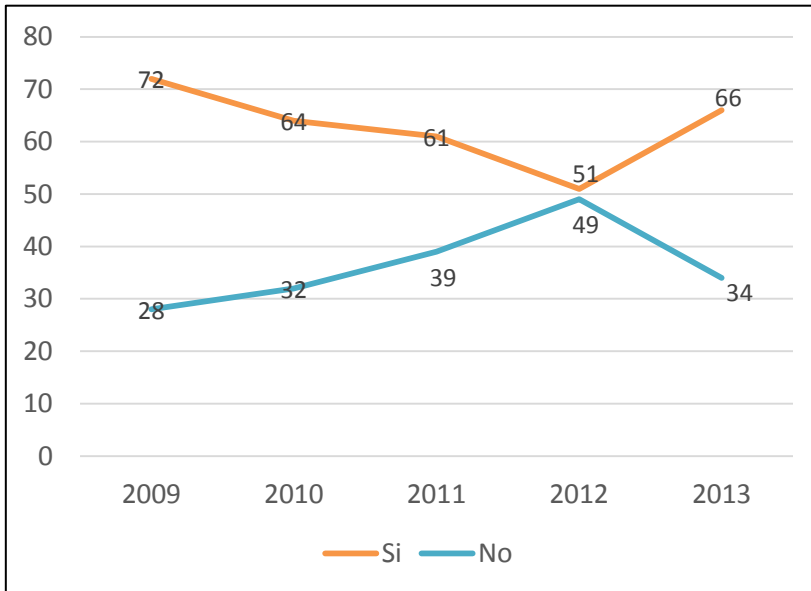
No obstante, se evidenció un incremento del tiempo de espera para una cita, una reducción en el porcentaje de personas satisfechas con el servicio, y diferencias en la evolución de la satisfacción entre estratos socioeconómicos.

Reina, Y. (2014). "Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012)". Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, Banco de la República de Cartagena. Núm. 200, Marzo, 2014.



Satisfacción y barreras al acceso: el caso de Medellín

Jefes de hogar (%) que consideran que se les está garantizando el derecho a la salud, 2009-2013



Pregunta de la encuesta: ¿Siente que en Medellín se le está garantizando el derecho a la salud?

Fuente: Encuesta de Percepción Ciudadana, Medellín Cómo Vamos.

Facilidad del acceso a los servicios de salud, 2010-2012
(% por estrato socioeconómico)

		Estrato					
		1	2	3	4	5	6
2010	Muy mala	7.97	7.79	5.70	3.83	2.54	2.49
	Mala	17.13	13.45	12.35	7.98	7.89	5.12
	Aceptable	38.20	37.33	35.22	31.29	27.22	25.12
	Buena	30.90	34.46	38.68	44.49	46.44	42.21
	Muy buena	5.81	6.97	8.05	12.41	15.91	25.06
2011	Muy mala	7.99	6.18	4.81	5.31	5.58	4.31
	Mala	21.57	20.16	20.19	16.39	15.7	9.42
	Aceptable	34.82	34.24	31.85	30.59	26.35	27.87
	Buena	33.61	36.52	38.61	41.27	44.99	48.37
	Muy buena	2	2.9	4.53	6.44	7.38	10.03
2012	Muy mala	13.52	11.14	11.34	8.09	8.73	6.33
	Mala	22.89	23.44	21.87	19.99	17.61	17.12
	Aceptable	32.65	36.24	32.66	33.18	28.76	24.82
	Buena	27.27	26.07	29.97	33.08	37.78	41.26
	Muy buena	2.73	2.51	3.01	3.97	5.85	8.21

Pregunta de la encuesta: ¿Cómo calificaría, en una escala de 1 (peor) a 5 (mejor), la facilidad de acceso al servicio de salud en la ciudad?

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, Medellín. Cálculos del GES.



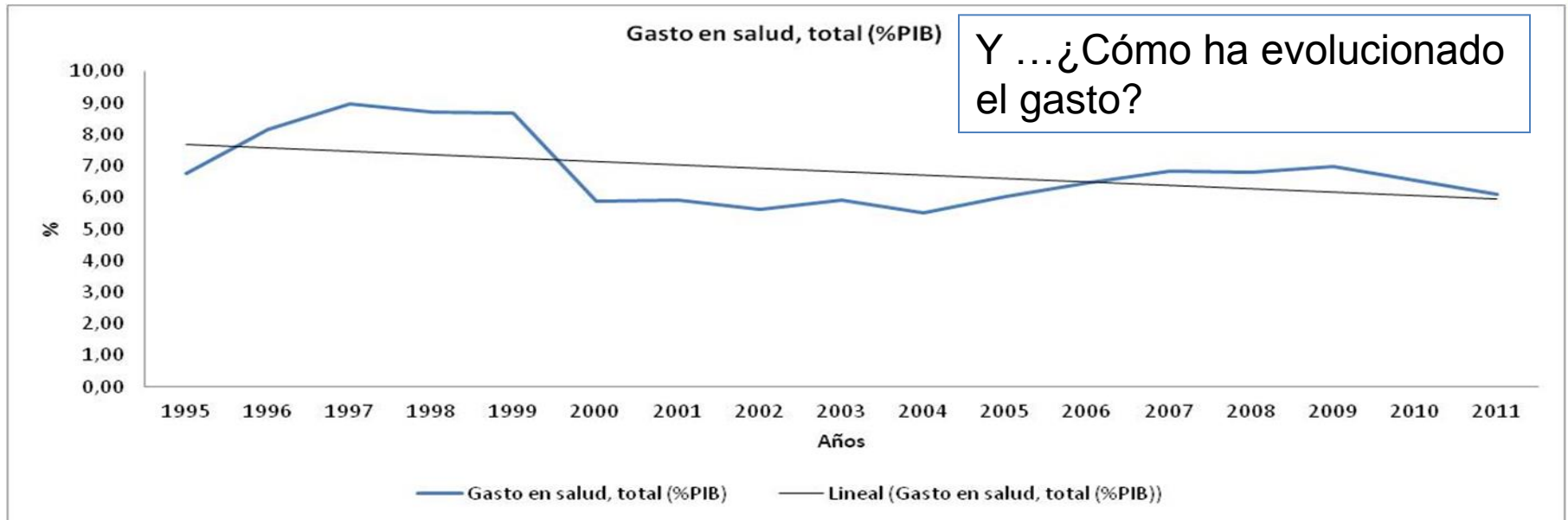
UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONOMICAS

Gasto en salud, total (% PIB) para Colombia

Concepto	2007	2008	2009	2010	2011
Crecimiento de la población (% anual)	1,49	1,46	1,43	1,39	1,36
Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)	\$ 320,26	\$ 368,58	\$ 360,97	\$ 407,20	\$ 431,95
Gasto en salud per cápita (En pesos actuales)	\$ 604.652,52	\$ 695.885,69	\$ 681.518,77	\$ 768.801,57	\$ 815.529,73
Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)	64,8	68,1	72,8	74,6	74,8
Gasto en salud, total (% PIB)	6,85	6,79	6,99	6,53	6,12
Gasto de salud desembolso por paciente (% gasto privado en salud)	80,4	76,7	71,0	67,7	67,7
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso)	76,3	76,7	77,2	77,7	78,1
Mejora de las instalaciones sanitarias (% de la población con acceso)	81,7	81,9	82	82,2	82,3
Crecimiento económico (% PIB)	6,90	3,55	1,65	3,97	6,65





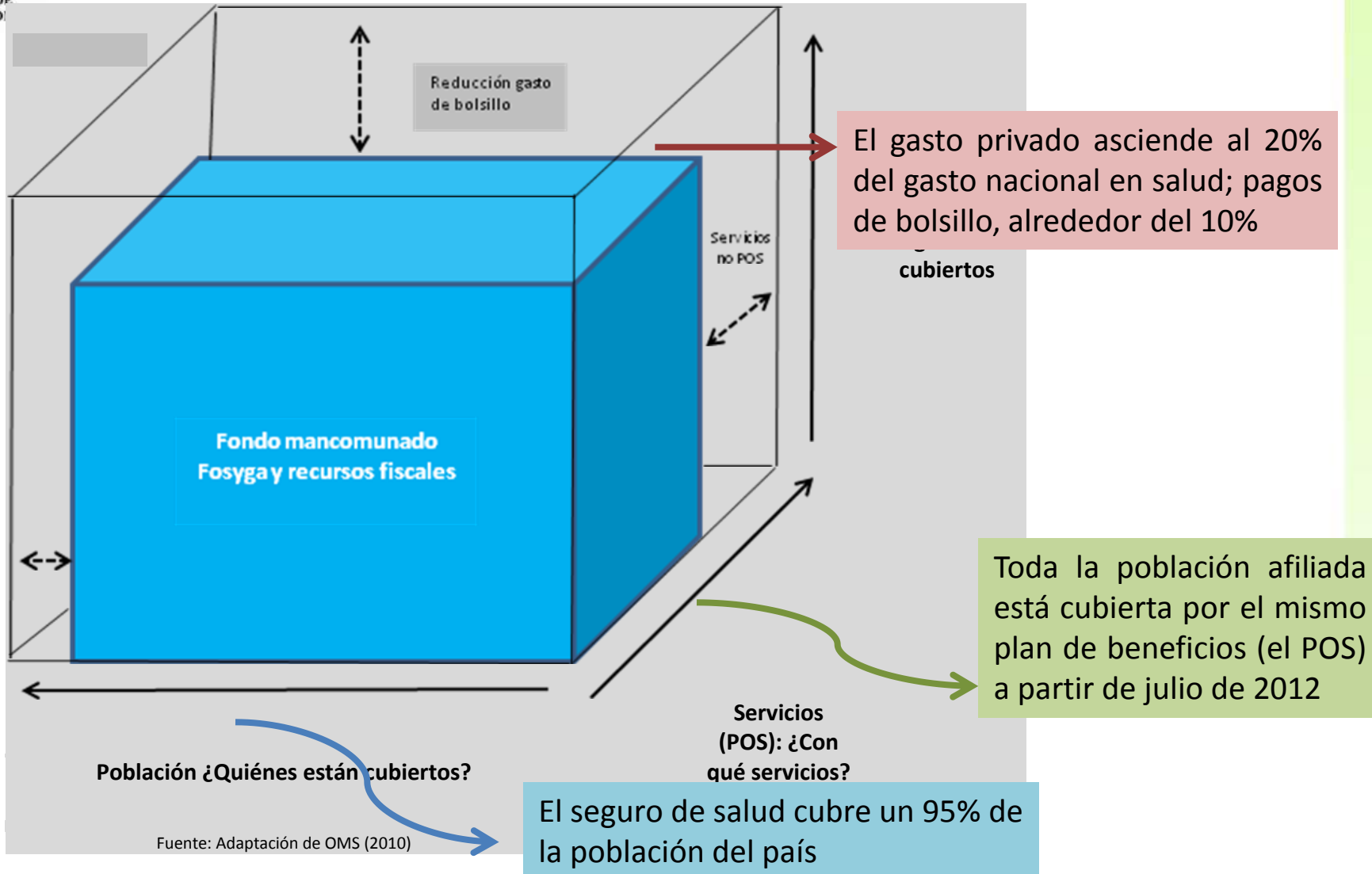
Porcentaje de Gasto Público en Salud sobre el Gasto Total en Salud*

Country Name	Country Code	1995	2000	2005	2010	2011
América Latina y el Caribe	LAC	48,1%	48,1%	46,3%	51,1%	50,3%
Asia oriental y el Pacífico	EAP	48,2%	40,4%	39,8%	53,2%	54,3%
Australia	AUS	65,8%	66,8%	66,9%	68,5%	68,5%
Brasil	BRA	43,0%	40,3%	40,1%	47,0%	45,7%
Canadá	CAN	71,2%	70,4%	70,2%	71,1%	70,4%
Chile	CHL	38,5%	43,7%	40,0%	47,2%	47,0%
China	CHN	50,5%	38,3%	38,8%	54,3%	55,9%
Colombia	COL	55,1%	79,3%	69,7%	74,6%	74,8%
Cuba	CUB	90,2%	90,8%	92,0%	95,2%	94,7%
El mundo árabe	ARB	53,9%	56,2%	59,6%	60,5%	62,5%
Estados pequeños del Caribe	CSS	52,4%	52,8%	52,4%	55,2%	55,0%
Estados Unidos	USA	44,9%	43,2%	44,2%	48,2%	45,9%
Europa y Asia central	ECA	69,3%	62,4%	65,7%	67,2%	66,1%
Ingreso alto	HIC	63,5%	59,3%	60,0%	62,6%	61,4%
Ingreso bajo	LIC	42,6%	36,9%	37,7%	37,1%	37,6%
Ingreso mediano	MIC	47,1%	44,8%	44,4%	51,6%	51,9%
Ingreso mediano alto	UMC	50,3%	47,1%	47,3%	54,8%	54,9%
Japón	JPN	82,3%	80,8%	81,6%	80,3%	80,0%
Mundo	WLD	62,0%	57,8%	58,3%	60,7%	59,7%
Oriente Medio y Norte de África	MNA	46,7%	42,5%	45,0%	50,0%	50,7%
Unión Europea	EUU	78,2%	76,7%	76,4%	77,4%	77,1%
Venezuela	VEN	42,6%	41,5%	43,3%	38,8%	36,7%
Viet Nam	VNM	33,9%	30,9%	26,4%	37,1%	40,4%
Zona del Euro	EMU	77,1%	75,9%	75,2%	76,3%	76,0%

*Gasto en salud, sector público (% del gasto total en salud)

Colombia: destacado en el mundo, pero... ¿Cómo hablar de estas realidades que no son tan fácilmente aceptadas?

Las tres dimensiones de la cobertura universal en Colombia





Recursos del sistema, 2009-2013

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

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

(Millones de pesos constantes, 2013=100)

Fuentes	2012	2013
Cotizaciones	16.593.468	18.932.048
Otros Ingresos Incluye Rendimientos Financieros	1.124.576	456.029
Cajas de Compensación Familiar	361.616	561.711
Sistema General de Participaciones	6.097.472	6.371.988
Rentas Cedidas y recursos territoriales (Ley 1393 de 2010)	1.404.888	1.437.112
Subcuenta ECAT (SOAT) - FOSYGA	907.687	927.636
Subcuenta de Garantías para la Salud (Ley 1438 de 2011)	131.785	292.565

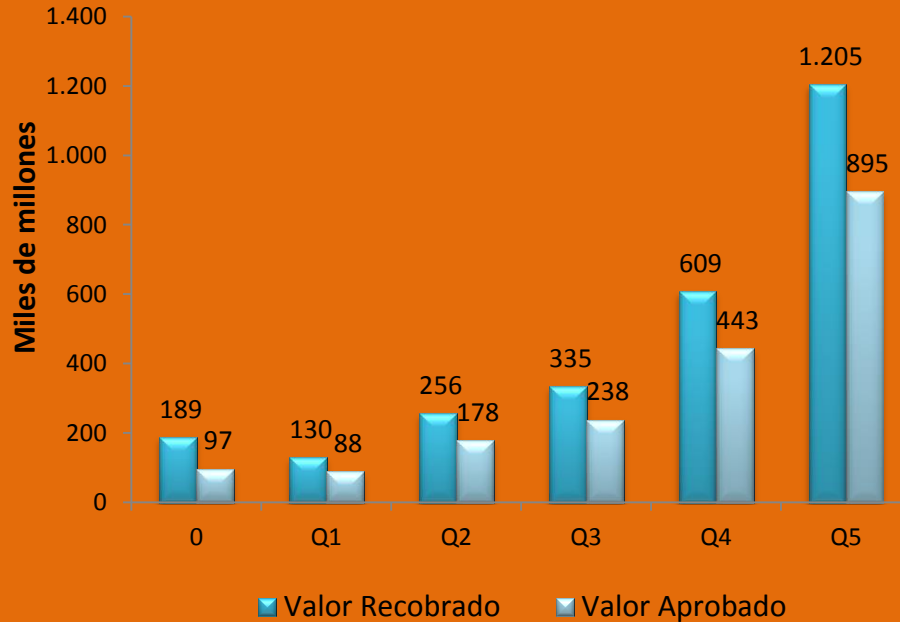
Gracias al buen desempeño de la economía (mayores cotizaciones) y al aumento de impuestos para salud (licores, cerveza, loterías y tabaco), en los últimos años se ha dado un aumento importante de los recursos. Para el gobierno, “el sistema es sostenible en el mediano y largo plazo.”

Compensación de Regalías		
Total fuentes del SGSSS	32.294.974	35.447.604

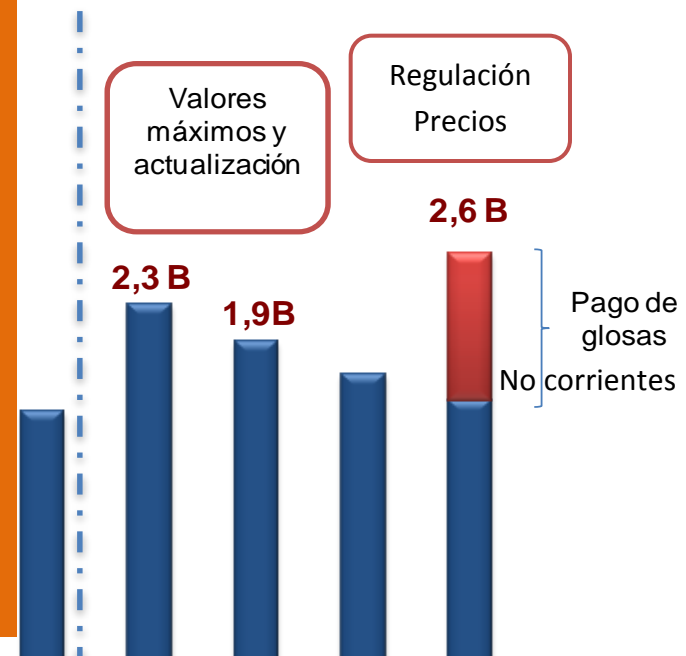
Tomado de: Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Informe de actividades al Congreso, 2011-2012.



Valores recobrados y aprobados por quintil de ingreso



NO POS



Los recursos y las prestaciones de carácter extraordinario (No POS) han beneficiado en mayor medida a las clases altas y medias, a la industria de medicamentos e insumos médicos, y a

Con la fijación de valores máximos de recobro y la expedición de Circulares de la Comisión de Precios de Medicamentos, se rompió la tendencia exponencial de los gastos por prestaciones asistenciales no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud



COLOMBIA: RECOBROS DE LA LITIGACIÓN DE SALUD, POR QUINTILES DE INGRESO DE COTIZACIÓN, JULIO 2011-JUNIO 2012

Quintiles	IBC* Promedio	Personas	%	Recobros	%	Valor Recobrado (millones de pesos)	%	Valor Aprobado (millones de pesos)	%
1	\$ 508 380,7	119 147	15%	806 483	16%	\$ 398 554	15%	\$ 284 192,06	15%
2	\$ 572 772,0	15 895	2%	107 368	2%	\$ 51 789	2%	\$ 38 349,14	2%
3	\$ 783 747,1	82 838	11%	568 325	11%	\$ 295 178	11%	\$ 207 448,78	11%
4	\$ 1 114 159,6	193 032	25%	1 282 744	25%	\$ 627 668	23%	\$ 461 174,41	24%
5	\$ 3 946 805,9	319 503	41%	2 165 955	42%	\$ 1 162 340	43%	\$ 851 137,21	44%
No identificado		48 966	6%	272 139	5%	\$ 188 522	7%	\$ 96 597,90	5%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Calidad (2012b), *Presentación Análisis de los Recobros Jul/2011 – Jun/2012*, Bogotá.

* El ingreso base de cotización (IBC) es el ingreso sobre el cual se contribuye a la seguridad social (salud, pensiones y riesgos laborales).

Tomado de: Uprimny, R. y Durán, J. (2014). "Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia". Serie Políticas Sociales 197, CEPAL.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE

CIENCIAS ECONÓMICAS

1944

4. Implicaciones económicas de la Ley Estatutaria de Salud



Objeto de la Ley:

Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, sin menoscabo de la acción de tutela.

Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud:

Derecho autónomo e irrenunciable. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, para preservar, mejorar y promover la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar trato igual y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Prestación del servicio bajo la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Elementos del derecho fundamental a la salud:

Disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, y calidad e idoneidad profesional.



Evaluación anual del goce efectivo del derecho a la salud:

El Ministerio de Salud y Protección Social divulgará evaluaciones anuales, a todos los agentes del sistema, en función de los elementos del derecho y buscando “diseñar e implementar políticas públicas para mejorar las condiciones de salud de la población”.

Integralidad:

Los servicios y tecnologías deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad.

Determinantes sociales de la salud:

Es deber del Estado adoptar políticas públicas para la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud.



Derechos y deberes en la prestación del servicio de salud

1. Derechos:

- a) Acceso a una atención integral, oportuna y de alta calidad
- b) Atención de urgencias requerida, con oportunidad sin documento o pago previo
- c) Comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional tratante;
- d) Información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional tratante
- e) Recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley
- f) Recibir trato digno, respetando sus creencias y costumbres
- g) Manejo confidencial y reservado de la historia clínica
- h) Asistencia de calidad por trabajadores debidamente capacitados y autorizados
- i) Provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos
- j) Recibir servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a intimidad
- k) Confidencialidad de toda la información suministrada por el paciente
- l) Recibir información sobre canales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias
- m) Solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas sobre costos por tratamientos
- n) Respetar la voluntad de aceptación o negación de la donación de órganos
- o) No ser sometido a tratos crueles o inhumanos ni ser obligado a soportar sufrimiento evitable, ni padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento
- p) No se le trasladen cargas administrativas y burocráticas que le corresponde al servicio
- q) Agotar posibilidades de tratamiento para superar enfermedad



Derechos y deberes en la prestación del servicio de salud

1. Deberes:

- a) Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad
- b) Atender oportunamente las recomendaciones de programas de promoción y prevención
- c) Actuar de manera solidaria ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas y los recursos del sistema
- f) Cumplir las normas del sistema de salud
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago

Los efectos del incumplimiento de estos deberes solo podrán ser determinados por el legislador y su incumplimiento no podrá invocarse para impedir o restringir el acceso. El Estado definirá las políticas para promover el cumplimiento de los deberes.



Sujetos de especial protección:

Niños, niñas y adolescentes; mujeres en embarazo; desplazados, víctimas de la violencia; población adulta mayor; personas que sufren de enfermedades huérfanas; personas con discapacidades.

Participación en las decisiones del sistema de salud:

Formulación de política; deliberación, veeduría y seguimiento; programas de promoción y prevención; inclusión o exclusión de tecnologías, definición de prioridades en salud, evaluación de resultados.

Redes de servicios.

Sistema organizado en redes integrales, que podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Prohibición de la negación de prestación de servicios:

El caso de la atención de urgencias.



Prestaciones de salud:

Prestación de servicios y tecnologías, estructurados con una concepción integral. Criterios de exclusión: no podrán destinarse recursos públicos a servicios o tecnologías en los que:

- a) Tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario.
- b) No exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.
- c) No exista evidencia científica sobre sus efectividad clínica.
- d) Su uso no se haya autorizado por autoridad competente.
- e) Se encuentre en fase de experimentación.
- f) Se presten en el exterior.

Implicación: De un plan explícito (el POS) a un plan implícito. Plazo de dos años para este propósito.



Autonomía profesional:

Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, en el marco de: autorregulación, ética, racionalidad, evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción.

Política para el manejo de la información en salud

Política pública en salud

Divulgación de información sobre progresos científicos

Políticas de innovación, ciencia y tecnología en salud

Política farmacéutica nacional (regulación de precios).



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE
CIENCIAS ECONÓMICAS

1944

Aspectos claves de la Ley Estatutaria

Ley Estatutaria de Salud

Objetivo: Garantizar y regular el derecho fundamental a la salud.

- Plan integral de beneficios, con exclusiones explícitas.
- Evaluación anual de indicadores: accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.
- Garantizar atención de urgencias sin necesidad de autorizaciones.
- Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad.
- Proveer servicios y tecnologías de salud que se requieran con necesidad, sin dilaciones.
- Control de precios de medicamentos.

Fuente: Elaboración del GES a partir de la lectura de las leyes.



Medellín, junio de 2014 Año 14 N° 28
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la
seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD ~ GES

Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano,
medición y perspectiva de actores en Medellín

¿Cuánto cuesta tener un plan implícito para el régimen contributivo y subsidiado?

**Gasto Adicional Proyectado en Medicamentos en el escenario del Plan de Beneficios Integral
(Billones de pesos constantes 2011)**

Rubro	Proyección 1	Proyección 2
POS Régimen Contributivo	1,05	1,05
POS Régimen Subsidiado	0,95	0,95
NOPOS Régimen Contributivo	1,44**	2,24 [†]
NOPOS Régimen Subsidiado*	0,5**	0,8 [†]
Total	3,94	5,04
Proyección con aumento de 11%	4,37	5,59
Recursos adicional requeridos	0,43	0,55
Proyección con aumento de 17,8% (con margen de error, cota superior)	4,64	5,94
Recursos adicionales requeridos para cubrir el incremento	0,70	2,00 ^a
Porcentaje de incremento frente al gasto total en salud para régimen contributivo y subsidiado	2,8%	8,3%



En conclusión:

- ❑ Aunque hay avances y distinciones, el sistema de salud no garantiza plenamente el goce efectivo del derecho a la salud. Se reproducen inequidades y las expectativas desbordan capacidad y disponibilidad.
- ❑ La Ley Estatutaria parece estar pensada en el ciudadano: facilidades para el acceso, garantía del derecho fundamental a la salud. Sin embargo, adopta (o consolida) un racionamiento implícito.
- ❑ Para mantener la cobertura universal y adoptar un plan implícito, se enfrentan serios retos en materia de sostenibilidad. Además, puede agravarse la situación de cartera en EPS y en IPS.
- ❑ Aunque se puedan necesitar nuevas leyes y normas, es crucial un diálogo nacional por el sistema de salud que queremos y podemos tener en Colombia. El Post Conflicto puede ser una buena excusa!
- ❑ Uno de los grandes retos de la Ley Estatutaria: ¿Cómo ejercer la autonomía profesional?



La Ley Estatutaria y la Economía de la Salud

- ❑ Proceso social, político y jurídico que continúa su marcha. Deberá garantizarse el acceso universal y efectivo a un plan de beneficios que sea creciente en el tiempo, pero debe acordarse derrotero para su puesta en marcha, coherente con los recursos disponibles y con los esfuerzos para mejorar la eficiencia en el uso de los mismos.
- ❑ La Ley Estatutaria trae varios aspectos positivos, con potenciales ganancias para los ciudadanos. Se destacan: el posicionamiento del derecho fundamental a la salud en la agenda de las políticas públicas y el establecimiento de indicadores para dar cuenta de los avances sobre el particular; el ejercicio de la autonomía profesional; las garantías para el acceso integral, como en los servicios de urgencias, y en general para ofrecer un plan que contemple la atención integral de cualquier patología, y la política de regulación de precios que puede ayudar al mejor uso de los recursos y a evitar el abuso de poder de mercado.
- ❑ No obstante, no es posible satisfacer plenamente las aspiraciones o demandas que pueden desprenderse de la Ley Estatutaria, en especial el deseo de contar con un plan de salud que comprenda todas las tecnologías disponibles. Es imprescindible contar con mecanismos de priorización para emplear los recursos públicos en procura de alcanzar el mayor impacto social posible.



La Ley Estatutaria y la Economía de la Salud

- ❑ Es un imperativo para la sociedad colombiana avanzar en la discusión pública sobre el sistema de salud que queremos y podemos tener en el país, y es fundamental generar mecanismos para promover y garantizar un diálogo con participación ciudadana, orientado a generar acuerdos legítimos sobre los criterios para definir y actualizar el plan de beneficios.
- ❑ Entre los temas a discutir, con una perspectiva de futuro, se destacan: el ejercicio de la autonomía profesional, la metodología para definir las exclusiones, los derechos y deberes de los ciudadanos, las políticas de regulación de precios, y la coherencia entre el sistema de seguridad social en salud y los retos que impone la Ley Estatutaria. En esta discusión deben participar los ciudadanos y profesionales del derecho, la medicina, la ética y la economía

Declaración de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud –ACOES-

Cali, febrero de 2015



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE

CIENCIAS ECONÓMICAS

1944

Gracias!

