



NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-02784

¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia

Catalina Gutiérrez
Santiago Palacio
Ursula Giedion
Marcella Distrutti

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2023



¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia

Catalina Gutiérrez
Santiago Palacio
Ursula Giedion
Marcella Distrutti

Banco Interamericano de Desarrollo
División de Protección Social y Salud

Septiembre 2023

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo

¿En qué gastan los países sus recursos en salud?: el caso de Colombia /
Catalina Gutiérrez, Santiago Palacio, Ursula Giedion, Marcella Distrutti.
p. cm. — (Nota técnica del BID ; 2784)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Medical policy-Colombia. 2. Medical care, Cost of-Colombia. 3. Medical
economics-Colombia. 4. Drugs-Prices-Colombia. I. Gutiérrez, Catalina. II.
Palacio, Santigo. III. Giedion, Ursula. IV. Distrutti, Marcella. V. Banco
Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. VI. Serie.
IDB-TN-2784

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una
licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y
condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que
surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la
OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse
amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones
Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al
reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y
requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan
el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection



Abstract

El gasto en salud está en aumento en todo el mundo debido al incremento de enfermedades crónicas, avances tecnológicos médicos costosos y un envejecimiento de la población. En América Latina y el Caribe, en las últimas dos décadas, el gasto en salud ha aumentado del 6.6% al 7.9% del Producto Interno Bruto (PIB), y se prevé que aumente aún más en los próximos años. Sin embargo, estudios señalan que al menos el 20% del gasto en salud no contribuye de manera significativa a mejorar la salud de la población. Esto significa que los gobiernos podrían gastar menos y, al mismo tiempo, mejorar la salud de la población mediante estrategias para hacer que el gasto en salud sea más eficiente. Este informe analiza cómo se están utilizando los recursos en salud en Colombia y compara ese gasto con el de otros países. El objetivo es identificar posibles ineficiencias en el gasto que pueden corregirse. Los resultados revelan que Colombia gasta una cantidad similar o incluso más alta que otros países de la región en salud, pero aún hay margen para mejorar la eficiencia. A pesar de niveles de gasto comparables, otros países logran una mayor esperanza de vida. Una de las razones es el gasto innecesario en áreas de alta complejidad, como las visitas a las salas de urgencias, que son más frecuentes en Colombia en comparación con otros países. También se observa una proporción de gasto significativa en hospitalizaciones evitables y en condiciones que se pueden prevenir controlando sus factores de riesgo. Además, Colombia destina una fracción más alta que otros países a medicamentos, —entre 4 y 7 puntos porcentuales por encima de la media de países de la OCDE. Una parte considerable de este gasto corresponde a medicamentos de alto costo. El informe también señala que se pueden lograr eficiencias en la atención médica para las cinco condiciones que representan la mitad del gasto en salud. Esto incluye mejorar y desarrollar modelos costo efectivos para su atención, incluyendo atención primaria efectiva para prevenir y detectar complicaciones médicas a tiempo. En resumen, los resultados destacan la importancia de evaluar y monitorear de manera continua la eficiencia del gasto en salud. También se sugiere la necesidad de estrategias para reducir los precios de los medicamentos, mejorar los modelos de atención para enfermedades crónicas y fortalecer la atención primaria de salud para evitar el uso innecesario de servicios de mayor complejidad.

Clasificación JEL: H10, H11, H21, H30, H51, H61, I1

Palabras clave: Gasto en salud, gasto en salud pública, medicamentos, precios, establecimiento de prioridades, políticas farmacéuticas, productos farmacéuticos, adquisiciones, políticas de adquisición, eficiencia, gasto, priorización, recursos, salud, medicamentos genéricos, vida saludable, costo-efectividad

¿EN QUÉ GASTAN LOS PAÍSES LOS RECURSOS DE SALUD?

El caso de Colombia

Catalina Gutiérrez • Santiago Palacio
Ursula Giedion • Marcella Distrutti

INTRODUCCIÓN



- » **El gasto en salud está creciendo en todo el mundo debido a cambios epidemiológicos y demográficos, a la aparición de nuevas tecnologías sanitarias más costosas, al incremento en la demanda de servicios por mayores ingresos y al envejecimiento de la población.** Durante las últimas dos décadas, en América Latina y el Caribe el gasto en salud aumentó de 6,6% a 7,9% del PIB, y se espera que hacia 2030 aumente hasta 2 puntos adicionales, y ello sin contar las nuevas responsabilidades que emergieron para los países a la luz de la pandemia, incluyendo las inversiones necesarias para estar preparados frente eventos similares en el futuro [1].
- » Para que este aumento del gasto se materialice en beneficios para la salud es importante que este crecimiento sea sostenible, que responda a las necesidades de la población y que no desplace a otras inversiones importantes. No es realista esperar que se detenga el crecimiento del gasto, pero los gobiernos sí pueden modularlo y mejorar la eficiencia para lograr el mayor beneficio posible en la salud. Hay evidencia sólida de que al menos 20% del gasto en salud no aporta o tiene una contribución mínima a mejorar los resultados en salud, de tal manera que los gobiernos podrían gastar significativamente menos y aún así mejorar la salud de la población [2]. Un estudio previo del BID sugiere los países Latinoamericanos y del Caribe podría aumentar la esperanza de vida en algo más de cuatro años usando más eficientemente los recursos que gastan [3].
- » Sin embargo, cuando los países se ven en la tarea de aumentar la eficiencia del gasto, con frecuencia se encuentran a ciegas por falta de información suficiente para identificar en donde actuar. Un primer punto de partida para diseñar mejores políticas es contar con la información necesaria para identificar en qué se están gastando los recursos en salud, y cómo compara este gasto con el de otros países o al interior del país entre diferentes regiones o prestadores. Grandes variaciones en algunos indicadores pueden sugerir un gasto en salud ineficiente, y posiblemente identificar los países o regiones con las mejores prácticas.
- » **Esta nota técnica forma parte de una serie que analiza políticas para mejorar la eficiencia del gasto en América Latina y el Caribe.** En el caso de esta nota se explora la composición reciente del gasto público en salud (GPS) en Colombia. El propósito es identificar los rubros que están absorbiendo una mayor proporción del gasto y posibles ineficiencias en la asignación de recursos comparando la estructura del gasto y otros indicadores con lo registrado en otros países. Esto con el fin de ofrecer recomendaciones de política. Adicionalmente, ofrece un primer tablero de indicadores que puede ser utilizado por otros países de la región, para analizar su gasto en salud.
- » **La nota se organiza en siete secciones.** La [primera sección](#) resalta los resultados más importantes en un resumen ejecutivo. La [segunda sección](#) describe brevemente el sistema de salud colombiano, [la tercera](#) presenta las fuentes de información colombianas usadas para este trabajo, y [la cuarta](#) las tendencias globales del gasto en Colombia en comparación a otros países. La [sección cinco](#) ahonda en la estructura del gasto por ámbito de atención, tipo de intervención y por condiciones de salud, y la [sección seis](#) profundiza en el gasto en medicamentos. La [sección siete](#) resume los resultados y presenta cinco áreas de acción para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos de salud en Colombia.

1. RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo analiza el gasto en salud en Colombia entre el 2016 y el 2020, con el propósito de identificar en dónde hay espacio para mejorar la eficiencia del gasto. Los resultados indican que:

- » **Hay espacio para mejorar la eficiencia del gasto.** Colombia tiene un gasto público como porcentaje del PIB similar a la media de los 42 países utilizados como punto de referencia para este estudio, con una contribución superior del gasto público al gasto total en salud. Los indicadores que miden la eficiencia del gasto agregado, es decir cuánta salud se compra por cada peso invertido, indican que, si bien Colombia no está lejos de la eficiencia promedio registrada por países de la OCDE, la eficiencia sí es menor. Más aún, si Colombia fuera tan eficiente como los países más eficientes lograría aumentar la esperanza de vida en 4 años.
- » **Se evidencia gasto innecesario y prevenible en ámbitos de mayor complejidad.** Al desagregar el gasto por ámbito de atención, tipo de gasto, condiciones de salud y en medicamentos se encuentran varias áreas en donde es posible mejorar la eficiencia del gasto en salud. Los resultados sugieren un sobre uso de servicios costosos, particularmente de urgencias. De igual manera, si bien no parece que Colombia registre una tasa de hospitalizaciones prevenibles superior a la de otros países de ALC, estas hospitalizaciones prevenibles generan un gasto de 1.6 billones de pesos, lo que equivale al 3% del gasto público en salud y 17% del gasto total en hospitalizaciones.
- » **Será necesario definir estrategias para lograr mayor eficiencia en la atención de algunas enfermedades crónicas.** Algunas condiciones de salud están absorbiendo una proporción importante del

gasto, entre estas la enfermedad cardiovascular, la enfermedad renal crónica, la enfermedad obstructiva crónica, la diabetes y algunos cánceres. Si bien la enfermedad cardiovascular en general absorbe una parte mayoritaria del gasto en varios países de la región, en Colombia responden por 30% del gasto en hospitalizaciones evitables, y 50% del gasto en condiciones con riesgos modificables. De manera similar, el 20% del gasto total se destina a la atención de condiciones que se pueden prevenir controlando cuatro factores de riesgo: tabaquismo, abuso de alcohol, falta de actividad física y de una alimentación adecuada.

- » **Es necesario virar hacia un modelo de atención primaria en salud y hacia modelos de atención de enfermedades crónicas más efectivos.** Mejorar la resolutividad, calidad y efectividad de la atención primaria en salud, y ampliar las horas de atención en horarios no laborales y fines de semana puede reducir el sobreuso de urgencias y disminuir a la vez las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en salud. Identificar las tecnologías y los modelos de atención más costo efectivos con un enfoque ampliado en gestión del riesgo para la atención de las cinco enfermedades de mayor gasto, puede propiciar ahorros y mejorar la salud de la población.
- » **El gasto en medicamentos presenta retos importantes.** El gasto en medicamentos (incluidos y no incluidos en el plan explícito) en Colombia absorbe un 19% del gasto total en salud, entre 4 y 7 puntos porcentuales por encima de la media de los países usado como referencia. La participación de los medicamentos biológicos en el gasto -actualmente entre 21% y 35%- y seguirá creciendo debido a la innovación y el aumento de las enfermedades no transmisibles. El sistema colombiano de cobertura de medicamentos es particularmente retador a la hora de racionalizar el gasto, pues los

pacientes tienen derecho a cualquier medicamento si un médico tratante lo ordena, sin consideración al costo o al beneficio. Será necesario adoptar y fortalecer un batería de políticas y estrategias para mejorar la eficiencia del gasto en medicamentos, como regulación de precios, compras centralizadas o mancomunadas con otros países, definición de precio atado al valor terapéutico, licitaciones competitivas por el mercado para un solo producto, y acuerdos de riesgo compartido con los laboratorios, entre otras. De igual manera, el país debe continuar profundizando la evaluación de tecnologías y su uso para las decisiones de cobertura de definición de precios.

- » **Se debe institucionalizar la evaluación y el monitoreo de la eficiencia del gasto.** Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable. Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección.



2. ELEMENTOS BÁSICOS DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO



La disponibilidad de información y las fuentes de datos están determinadas por la estructura del sistema de salud colombiano y los actores que recolectan y reportan información. Para facilitar la comprensión del resto del texto, esta sección describe brevemente el sistema de salud colombiano.

Colombia tiene un sistema de aseguramiento en salud conformado por dos regímenes uno contributivo y otro subsidiado para las personas sin capacidad de contribuir. Ambos regímenes se financian con las contribuciones de los ciudadanos y con recursos presupuestales adicionales, en la actualidad el 95% de la población se encuentra asegurada en alguno de los dos regímenes. Existen regímenes especiales para maestros, fuerzas armadas y la policía que afilian al 4% de la población. El 1% restante de la población no está asegurada. En los regímenes, subsidiado y contributivo, existen empresas administradoras del plan de beneficio (EAPB), que operan como aseguradores y pagadores, y administran y gestionan la prestación de servicios de salud para sus afiliados. Los ciudadanos escogen a que EAPB de su respectivo régimen desean afiliarse y cada EAPB recibe un monto de recursos por afiliado, equivalente a la una prima de aseguramiento. Esta prima se conoce como la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La UPC varía según la edad, el género y la región donde habita el afiliado. Con los recursos de la UPC las EAPB deben garantizar un plan de beneficios explícito (Plan de Beneficios en Salud, PBS) que cubre la mayor parte de las tecnologías disponibles en el país, incluidos medicamentos, insumos, servicios profesionales, servicios de diagnóstico y de atención, y los servicios de prevención y promoción que no son de carácter colectivo.

Los ciudadanos colombianos también pueden acceder a prestaciones no cubiertas por el plan de beneficios explícito a través de un mecanismo que requiere una solicitud especial por parte del médico tratante (o una orden judicial). Estas prestaciones son financiadas por medio de los así llamados “presupuestos máximos” –un monto asignado a las EAPB para pagar estas prestaciones. El grueso de estas prestaciones corresponde a medicamentos de alto costo, pero también cubre algunos insumos como lentes especiales, y servicios de soporte (acompañante, pañales, transporte alojamiento y suplemento nutricional, entre otros).

La ley permite un sistema de exclusiones explícitas, pero limita los criterios de exclusión a servicios con propósitos cosméticos; sin evidencia científica sobre efectividad, eficacia o seguridad; tratamientos experimentales; no autorizados por la agencia sanitaria; o prestados en el exterior.¹ Aún en estos casos la Corte ha otorgado excepciones, en tratamientos experimentales, provistos en el exterior, de carácter cosmético y que no hayan sido aprobados por la autoridad competente, con lo cual en la práctica existe acceso a todos los servicios y tecnologías, siempre y cuando sean ordenados por un médico tratante o un juez².

Los servicios de salud son prestados por profesionales de salud, y centros de diagnóstico, hospitales y clínicas que pueden ser públicos o privados. Las EAPB conforman una red de servicios con los prestadores existentes, y negocian el precio de los servicios con los miembros de su red.

Las EAPB en conjunto con las redes de atención, fuentes de financiación y regulación conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El SGSSS no incluye los regímenes especiales ni el gasto privado.

Las autoridades subnacionales (departamentos y municipios) están a cargo de las acciones colectivas de promoción y prevención tales como campañas de educación en salud, y de otros componentes no humanos del ambiente (i. e., saneamiento básico). Estas acciones en salud se financian mediante un sistema de transferencias del gobierno central a las autoridades subnacionales, y con recursos propios de las mismas.

El ministerio de salud, por su lado, opera como regulador del sistema y provee asistencia técnica a los departamentos y municipios. Adicionalmente, en coordinación con las autoridades locales está directamente a cargo de la prestación y financiación de algunos servicios de salud preventivos como son el sistema nacional de vacunación y el control de enfermedades transmitidas por vectores.



3. MEDICIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD Y FUENTES DE INFORMACIÓN



Estimar el gasto en público salud (GPS) en Colombia, presenta algunos retos debido a que múltiples instituciones son responsables de diferentes rubros y no hay un registro central de gastos.

Si bien hubo esfuerzos en el pasado de crear cuentas nacionales de salud que incorporaran la totalidad de los gastos, estas no se han hecho de manera sistemática, de tal manera que para tener una visión completa del gasto es necesario recurrir a diversas fuentes. En lo que sigue, se describen las fuentes utilizadas, que se resumen al final de la sección en la [Tabla 1](#).

La mayor parte del gasto se canaliza a través del sistema de seguridad social en salud (SGSSS), que cubre todas las prestaciones incluidas en el plan de beneficios (PB). La información sobre el gasto canalizado a través del sistema de seguridad social en salud es contabilizada en las **Cuentas Satélites de Salud (CSS)**. Las Cuentas Satélites de Salud diferencian el gasto administrativo y el de prestaciones sanitarias, y dentro de las prestaciones sanitarias el gasto en promoción y prevención del gasto en servicios curativos y paliativos³.

Además de las fuentes anteriores, las empresas administradoras del plan de beneficios (EAPB), deben reportar al Ministerio de Salud y Protección Social todas las prestaciones individuales y los gastos asociados. Esta información es la base sobre la cual el Ministerio de Salud determina anualmente la unidad de pago por capitación (UPC). Esta información se consigna en una base de datos conocida como **“la base de suficiencia de la UPC”**. Las EAPB que no cumplen con los requisitos de calidad de la información para el cálculo de la UPC son eliminadas de la muestra. Es por ello por lo que la base de suficiencia solo captura un porcentaje de todas las prestaciones: para 2017 y 2019, la base de suficiencia depurada capturaba entre 72% y 77% de las prestaciones otorgadas en el régimen contributivo, y entre 31% y 26% de las prestaciones en el régimen subsidiado⁴. Cabe mencionar que, dado

que cada año varía el número de EAPB incluidas en el cálculo, no es posible realizar comparaciones de valores absolutos en el tiempo. Aún cuando no se captura la totalidad del gasto en seguridad social, la base sí permite estudiar la distribución del gasto entre diferentes rubros de gasto, incluido entre condiciones de salud y ámbitos de prestación, entre otros. Es importante aclarar que la base de suficiencia solo abarca las prestaciones incluidas en el plan explícito de beneficios y no incluye los gastos excluidos del plan, los cuales se pagan a través de otros mecanismos. Para capturar los gastos no incluidos en el plan explícito es necesario completar la información con otras fuentes de información.

Cómo se explicó, los ciudadanos colombianos también pueden acceder a prestaciones no cubiertas por el plan explícito de beneficios a través de mecanismos especiales. Estas prestaciones son financiadas por medio de los presupuestos máximos y su información se captura en la **“base de datos de presupuesto máximos”**. Los presupuestos máximos se establecieron a partir del año 2020. Antes de 2020 estas prestaciones se pagaban directamente del presupuesto nacional a través de un sistema conocido como “recobros” y cuyos montos se consignaban en la **“base de datos de recobros”**.

El gasto en servicios de salud pública a cargo de los municipios y departamentos no se consolida en una fuente única de información. Existen varias fuentes que no siempre coinciden entre sí (ver Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).⁵ Para este trabajo se usó la información del **SICODIS**, que registra las transferencias del gobierno central a los gobiernos subnacionales con destinación a salud, incluidas las transferencias para salud pública⁶. Esta fuente captura 77% del gasto total en salud pública de las entidades territoriales [4]. El otro 23% se financia con recursos propios de las entidades territoriales, pero no se registra en una base consolidada de consulta. Este gasto no se compiló para este trabajo, sino que el gasto en salud pública se expandió un 23%, para dar cuenta de estos recursos.

Además de las fuentes de información ya mencionadas, Colombia cuenta con el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), que registra todas las cantidades vendidas y compradas por los diferentes actores del sistema de salud con los precios respectivos.

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tiene gastos de funcionamiento, inversión y algunas prestaciones de salud pública que se administran y se financian de manera centralizada, incluido el programa de inmunización. La información se encuentra consignada por categoría funcional en los informes de ejecución presupuestal del ministerio. Está más allá de las posibilidades de este trabajo desmenuzar qué actividades del presupuesto del ministerio constituyen gasto en salud pública, en administración o en prestaciones; por lo tanto, este gasto no se contabiliza para los fines de este trabajo.

La [cuarta sección](#), donde se analiza el gasto total según si es administrativo, de salud pública o en prestaciones, se basa en los datos de las Cuentas Satélites de Salud y en la información consignada en el sistema de seguimiento de las transferencias a entidades territoriales (SICODIS). El análisis de la estructura del gasto en el sistema de seguridad social en salud (SGSSS) que se presenta en la [quinta sección](#) se basa en los datos de la base de suficiencia entre 2017 y 2019. La [sexta sección](#) se concentra en el gasto en medicamentos y utiliza diferentes fuentes de información: para el gasto en el SGSSS se usa la base de suficiencia, mientras que el gasto en medicamentos no incluidos en el PBS se calcula a partir de la información contenida en la base de presupuestos máximos. Para esta sección también se usa la base de SISMED. La Tabla 1 resume las fuentes de información usadas para cada tipo de gasto.

TABLA 1

Fuentes de información por tipo de gastos y sección en la que se analiza cada tipo de gasto

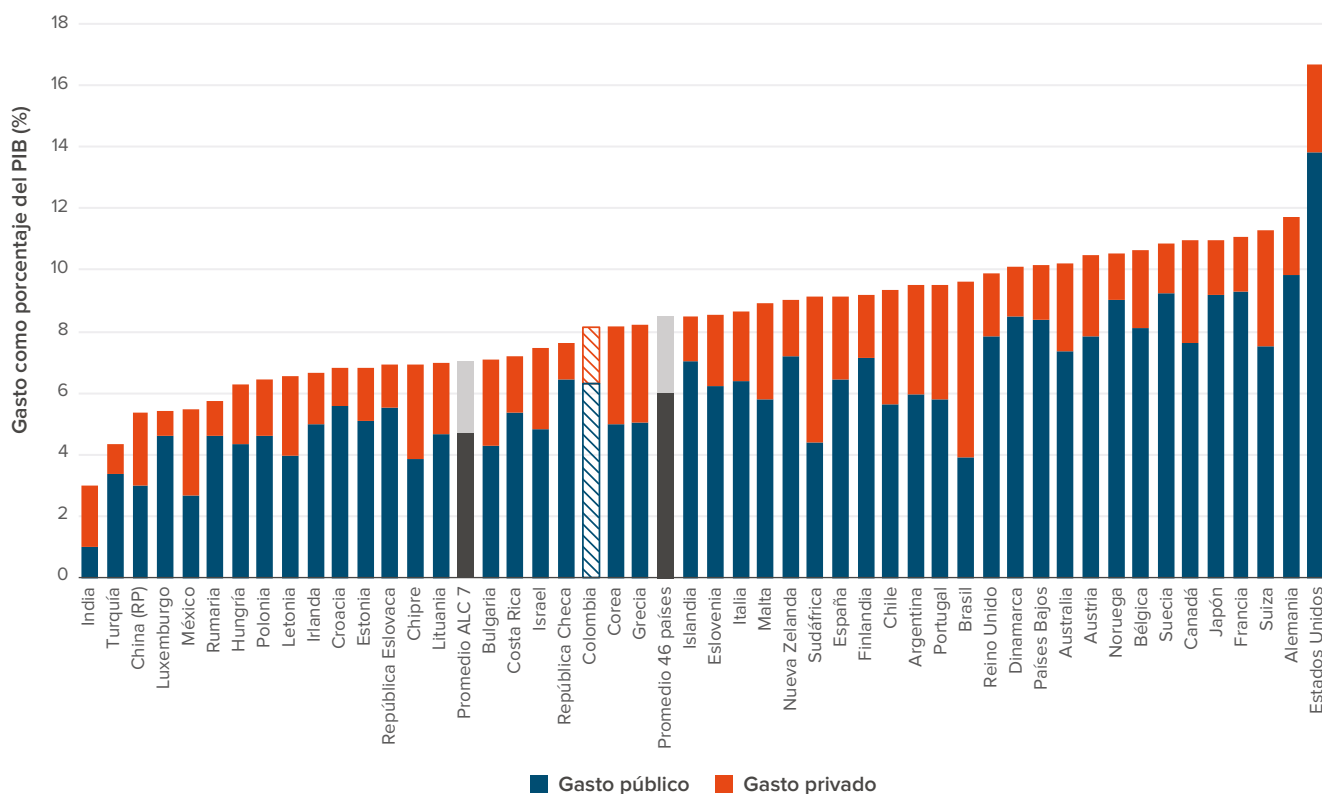
Tipo de gasto	Sección del documento	Fuente de información usada	Notas
Gasto total en salud pública (totales y porcentajes)	Sección 4	SICODIS	Captura el 77% del gasto en salud pública.
Gasto total en servicios curativos, paliativos y de promoción y prevención individual (incluidos en el PBS explícito y no incluidos en el PBS)	Sección 4	Cuentas satélites en salud	Corresponde solo a los gastos de las EAPB por estos conceptos, no incluye gasto privado, gasto público de las entidades territoriales o gasto directo del ministerio de salud o sus entidades adscritas.
Gasto total en administración	Sección 4	Cuentas satélites en salud	Incluye solo la administración del aseguramiento. No incluye gasto de funcionamiento del MSPS o de las entidades territoriales.
Estructura del gasto en prestaciones incluidas en el plan de beneficios explícito	Sección 5	Base de suficiencia para el análisis de la estructura Cuentas satélites en salud para el gasto total	La base de suficiencia solo se usa para estudiar la estructura del gasto del PBS. Por ser una muestra que varía en el tiempo no permite el cálculo total del gasto ni comparaciones en el tiempo.
Gasto total en medicamentos y su estructura	Sección 6	SISMED, Base de Suficiencia, Cuentas Satélites en Salud, presupuesto máximos	Solo lo correspondiente a gasto pagado con recursos de la SGSSS.
Gasto en medicamentos de alto costo	Sección 6	SISMED Base de presupuestos máximos	Solo lo correspondiente a gasto pagado con recursos de la SGSSS.

Fuente: los autores.

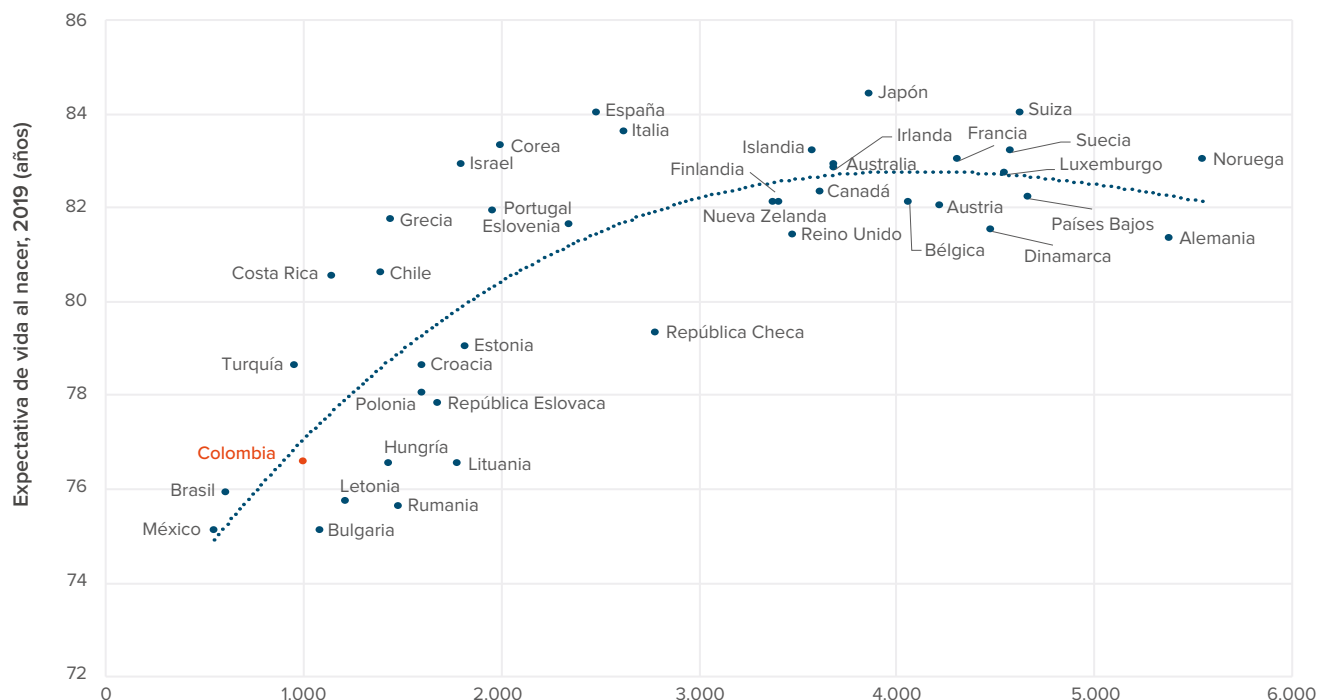
4. TENDENCIAS GLOBALES DEL GASTO EN SALUD EN COLOMBIA Y COMPARACIÓN INTERNACIONAL

FIGURA 1

Gasto corriente en salud total, público y privado como porcentaje del PIB, 2019



Fuente: cálculos de los autores sobre la base de las Health Statistics de la OCDE.

FIGURA 2**Gasto per cápita en salud y esperanza de vida al nacer, 2019**

Fuente: cálculos de los autores sobre la base de las *Health Statistics* de la OCDE.

Colombia gasta en salud 8% del PIB, incluyendo al gasto privado; igual al promedio de los países estudiados, por debajo de países como Argentina, Chile y Brasil, y superior a la media de los 7 países de ALC incluidos en la base de datos de la OCDE (Figura 1). De este porcentaje, el gasto público explica 6 puntos porcentuales, mayor a la contribución promedio de los 47 países estudiados y por encima del 5% del PIB que registran los 7 países de ALC, en promedio.

Si bien la expectativa de vida responde a múltiples factores, como las condiciones socioeconómicas, la relación entre esta y el gasto en salud se usa con frecuencia como una aproximación a la efectividad del gasto. En esta línea, la Figura 2 sugiere que Colombia compra un poco menos salud por cada peso gastado por persona que el promedio de los países estudiados por la OCDE, ya que se encuentra por debajo de la línea punteada; Colombia obtiene una menor expectativa de vida que países con similar nivel de gasto en la base de datos, como Costa Rica, Grecia y Turquía. Pinto, Moreno-Sierra *et. al.* (2018) [3] encuentran un resultado similar mediante un análisis de frontera de eficiencia, usando varios indicadores de resultado además de la expectativa de vida⁷. En este estudio, los autores encuentran que Colombia está en el puesto 10 entre 25 países de Latinoamérica y el Caribe, en el ordenamiento de mayor a menor eficiencia del

sistema de salud, y de 48 entre 69 cuando se incluyen los países de la OCDE. Si Colombia incrementara la eficiencia del gasto podría ganar 4.5 años adicionales en la esperanza de vida al nacer. Estos resultados sugieren que Colombia puede mejorar la eficiencia en la asignación de recursos de salud. Las siguientes secciones analizan algunas áreas que podrían orientar este esfuerzo.

El gasto público total en salud para el 2020 fue de 59 billones de pesos corrientes (17 mil millones de dólares).⁸

La Tabla 2 muestra el gasto público total en salud en Colombia por categorías funcionales. En promedio, el 89,8% del gasto se invierte en servicios de salud curativa y paliativa provistos por la seguridad social, el 5,4% se dedica a gastos administrativos, el 2,4% se dedica a servicios preventivos individuales y el 2,5% restante a salud pública.

Las Cuentas Satélites en Salud siguen en la medida de lo posible la metodología estándar de la OMS. Aún así existen importantes limitaciones a la hora de comparar la estructura del gasto en salud con la de otros países, aún con aquellos que también usan la metodología de la

TABLA 2
Distribución del gasto público en salud por categorías funcionales, 2017-2020 (%)

	2017	2018	2019	2020	Crecimiento real del gasto 2017-2020
	Participación (%)	Participación (%)	Participación (%)	Participación (%)	Tasa (%)
Gasto administrativo	5,5	5,3	5,3	5,4	15,7
Gasto en servicios de salud	89,7	90,0	90,1	89,0	15,9
Gasto en servicios preventivos de carácter individual	2,3	2,2	2,1	2,8	45,7
Gasto en salud pública	2,5	2,5	2,4	2,8	31,2
Gasto Total	100,0	100,0	100,0	100,0	18,8

Fuente: cálculos propios sobre la base de DANE – Cuentas Satélites en Salud y DNP – SICODIS. Excluye gastos del Ministerio de Salud y Protección Social y entidades adscritas diferente a transferencias para el régimen subsidiado y entidades territoriales.

OMS, debido a diferencias internacionales en las definiciones y las agregaciones disponibles. Aún así, y teniendo en cuenta esta advertencia, la comparación entre países sí puede ofrecer un punto de partida para identificar comportamientos atípicos.

La [Figura 3](#) muestra la distribución del gasto en Colombia entre las diferentes funciones de salud y las compara con el promedio de 42 países con registros en la base de estadísticas de salud de la OCDE. Las barras horizontales muestran las proporciones máximas y mínimas observadas entre los países analizados.

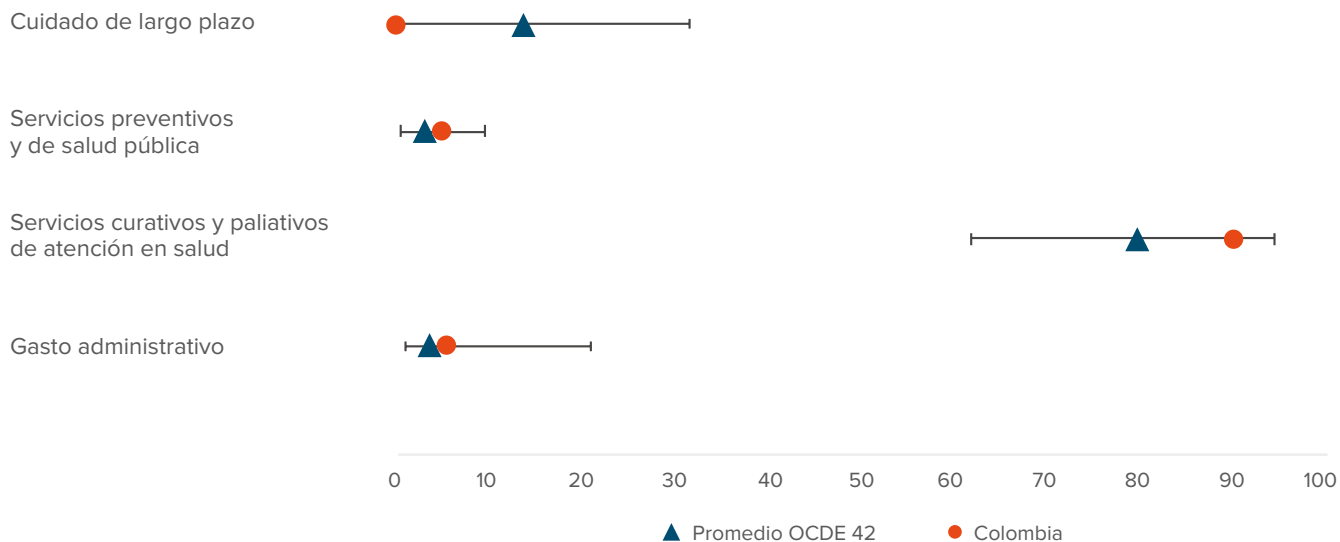
Colombia gasta 4,8% del gasto total en salud en servicios preventivos de carácter individual y colectivo, por encima del promedio de los países incluidos en la base de datos de la OCDE (3,0%). Existe un amplio consenso en que los servicios de salud pública y de atención preventiva son altamente costo-efectivos. Adicionalmente, y como se verá más adelante, la inversión en estos servicios se traduce en menores gasto por enfermedades prevenibles. Vale la pena aclarar que la comparabilidad de las cifras de gasto en promoción y prevención es particularmente problemática, aun cuando se sigue la metodología de Cuentas en Salud (ver Gmeinder, Morgan et al 2017 [5]).⁹

La información de la OCDE no desagrega el gasto en sus componentes de salud pública y acciones de carácter individual. Sin embargo, Gmeinder, Morgan et al [5] desagregan la distribución del gasto en promoción y prevención de algunos países miembros de la OCDE entre acciones colectivas y acciones individuales y encuentran que el 40% del gasto en promoción y prevención corresponde a servicios colectivos de salud, es decir el

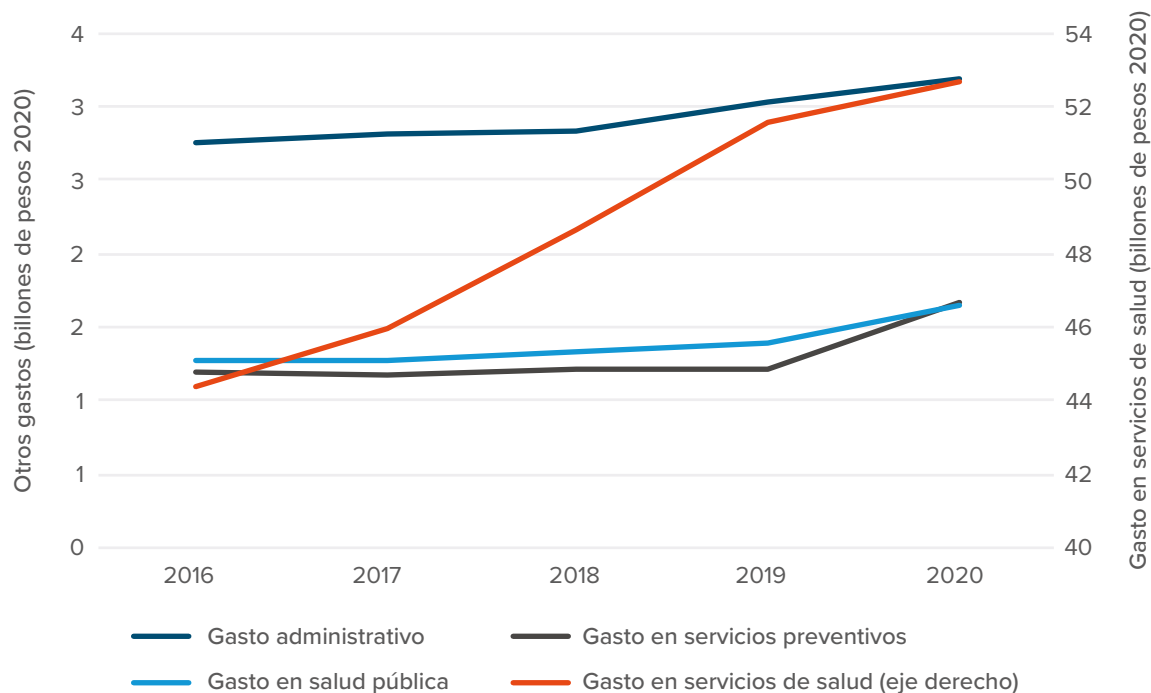
1.2% del gasto total en salud. En Colombia la proporción del gasto destinado a acciones de salud pública colectiva es del 2,5%. Esta mayor participación del gasto en salud pública en Colombia puede explicarse por un perfil de morbilidad con mayor peso de las enfermedades infecciosas.

Por otro lado, el gasto administrativo excesivo puede reflejar ineficiencias en la gestión o en la gobernanza del sistema, por ejemplo, por duplicación de funciones. El gasto administrativo de la muestra de la OCDE, en promedio entre 2017 y 2019, fue de 3,5% del gasto total, muy por debajo del 5,4% registrado en las Cuentas Satélites de Salud para Colombia.¹⁰ La [Figura 3](#) muestra además una amplia dispersión del gasto administrativo: 20,7% (Chile) y 0,9% (Finlandia). El porcentaje de gasto en administración y gobernanza registrado para Chile es inusualmente alto, el país que tiene el segundo gasto administrativo más alto es Costa Rica, con 11,6%. Resulta interesante que los dos países cuentan con sistemas muy distintos donde el primero tiene una multiplicidad de pagadores privados mientras que el segundo tiene un pagador único público.

El gasto total en salud ha crecido de manera acelerada – 4% real anual – algo mas de 1 punto porcentual anual por encima del crecimiento promedio del PIB. El rubro que ha jalonado este gasto ha sido el de servicios de salud; el gasto en prevención se ha mantenido relativamente constante salvo por el año 2020, que puede reflejar los efectos de la pandemia (ver [Figura 4](#)). El gasto administrativo y el gasto en salud pública han crecido en términos reales también, pero venían perdiendo participación antes de la pandemia.

FIGURA 3**Participación del gasto por funciones en el gasto público total. Porcentaje promedio 2017-2019**

Fuente: cálculos propios con base en Cuentas satélites de salud DANE y OCDE Health Expenditure Indicators [6] y OCDE (2020) [7].
 Nota: Los servicios paliativos y de atención en salud, incluyen los rubros de medicamentos e insumos y en la categoría de complementarios.

FIGURA 4**Crecimiento del gasto público en salud, 2016-2020 (billones de pesos del 2020)**

Fuente: cálculos propios con base en datos de DANE, Cuentas Satélite de Salud.

Este crecimiento en el gasto no es despreciable. Para que este gasto sea sostenible y que los beneficios en salud se materialicen es necesario asegurar que la asignación sea eficiente y que no desplace al gasto en intervenciones altamente costo-efectivas; esto es especialmente importante al recordar que en Colombia aún existen brechas de cobertura en servicios esenciales, particularmente en zonas rurales.

Mensajes principales de esta sección:

- » **Colombia no registra un gasto en salud muy alto o insuficiente**, comparado con el de otros países, y la participación del gasto público en el gasto total se encuentra también dentro del promedio.
- » **A nivel agregado no se observan ineficiencias significativas** en la asignación del gasto en comparación con otros países, pero si hay espacio para mejorar. Los resultados de esta sección estiman que el país podría aumentar en 6 meses la esperanza de vida si la eficiencia de su gasto fuera al menos igual al *promedio* de los países analizados. Los resultados corroboran los de estudios anteriores, que indican que, si los recursos se usaran con la misma eficiencia que lo hacen los países *más eficientes*, se podría incrementar la esperanza de vida en 4 años.

- » **El gasto en promoción y prevención** (individual y colectivo) absorbe como mínimo el 2,3% del GPS (si no se incluye el gasto de entidades territoriales) y como máximo 4,8% del gasto total (incluyéndolo), superior al promedio de países registrados en las estadísticas de la OCDE, aunque es posible que el resultado se explique parcialmente por asuntos de comparabilidad de la información.
- » **El gasto administrativo es similar al de los países estudiados**, pero ha sido el segundo rubro con mayor crecimiento (hasta antes de la pandemia). Esto amerita un análisis detallado para identificar posibles mejoras de eficiencia.
- » **El crecimiento del gasto en servicios curativos y paliativos ha sido acelerado**, absorbiendo una fracción creciente de los recursos de salud. No hay información para identificar si este aumento se ha traducido en mayor salud para la población, por lo que conviene estudiar las fuentes de este crecimiento y su impacto en la salud.



5. ESTRUCTURA DEL GASTO EN SALUD EN COLOMBIA 2017-2019

En la medida en que algunos ámbitos atienden prestaciones más costosas, y la efectividad de estos varía, la distribución de la atención entre ámbitos (hospitalarios, ambulatorio, etc.), condiciones de salud y tipo de intervención (medicamentos, insumos, consultas), determina el costo total y la efectividad con la cual el gasto se traduce en resultados en salud. Esta sección analiza la distribución del gasto por ámbito de atención, por tipo de prestación y por condición de salud. Adicionalmente, se analiza el impacto sobre el gasto de evitar atenciones que se podrían prevenir con atención primaria oportuna y con prevención.

La información usada proviene de la base de suficiencia para los años 2017, 2018 y 2019. Dado que la base de suficiencia no cubre la totalidad de las prestaciones otorgadas en el ámbito del SGSSS, y que el porcentaje de cobertura de la base de datos varía de año a año, no es posible hacer comparaciones sobre valores totales en el tiempo. Adicionalmente, y dadas las variaciones en las EPS incluidas en la muestra en cada año, particularmente en el régimen subsidiado, se optó por utilizar el período completo de tres años para calcular los indicadores como promedios anuales. Los valores están en pesos de 2018.

Ahora bien, a diferencia de las Cuentas Satélite en Salud, la clasificación de la base de suficiencia no sigue los principios metodológicos de Cuentas en Salud. Para comparar la estructura del gasto con la de otros países, se realizó una correspondencia entre los rubros de suficiencia y los de las Cuentas en Salud. Esta homologación se explica en el [Anexo](#).

USO POR ÁMBITO DE ATENCIÓN

Los hospitales y centros de urgencias proveen servicios indispensables de alta complejidad que no pueden ser provistos en el nivel primario. Sin embargo, los hospitales y centros de urgencia son costosos de operar y generan una alta demanda de recursos humanos y técnicos de alto costo; por lo tanto, es fundamental usarlos de manera racional y priorizada para garantizar una asignación eficiente de recursos. El sobreuso hospitalario y de urgencias para condiciones que deberían ser atendidas en niveles de menor complejidad está ampliamente documentado a nivel mundial[2]. Este sobreuso no solo encarece innecesariamente la atención, sino que desvía recursos humanos escasos hacia atenciones que no lo requieren.

La [Figura 5](#) y la [Figura 6](#) muestran la distribución del gasto por ámbito de atención. En promedio, entre 2017 y 2019 las atenciones ambulatorias y domiciliarias absorbieron 60% del gasto en el régimen contributivo y 62% en el régimen subsidiado, mientras que las atenciones hospitalarias y de urgencias absorbieron 40% y 38% respectivamente. Esta distribución del gasto por ámbito de atención se ha mantenido relativamente estable en los últimos 5 años. Además se observa que la estructura es muy parecida en los dos regímenes lo que podría indicar que los afiliados de ambos regímenes tienen perfiles de morbilidad similares, sin diferencias importantes en el acceso por ámbito de atención.

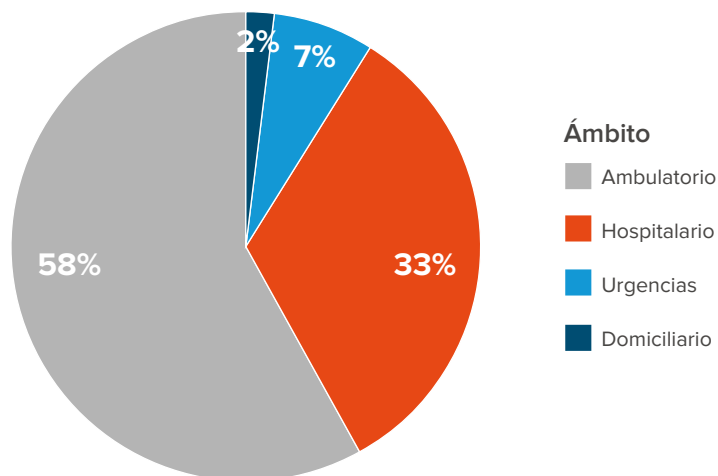
El reporte de OCDE de salud 2021, permite homologar más fácilmente las categorías de la base de suficiencia y realizar algunas comparaciones sobre la distribución de servicios por ámbito de atención y propósito¹¹. Usando esta información se puede ver que Colombia muestra el porcentaje más alto del gasto en la atención ambulatoria, y se encuentra en la media de medicamentos e insumos.

Los países de la OCDE, por otro lado, dedican más de 10% de su gasto a cuidado de largo plazo -apoyo con actividades diarias en hospicio u hogar- que no se cubren el sistema de salud colombiano.¹²

Con esta diferenciación por atención y propósito, se encuentra que las atenciones hospitalarias absorben una proporción del gasto similar que el promedio de países analizados (28%).

FIGURA 5

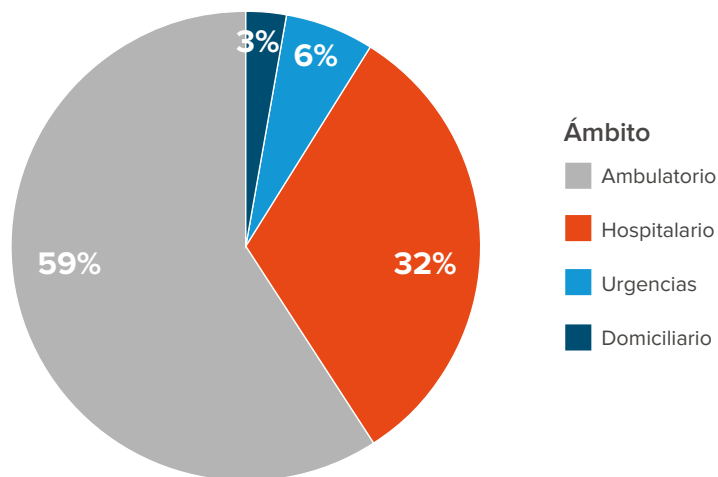
Participación en el gasto por ámbito de atención en el régimen contributivo, 2017-2019



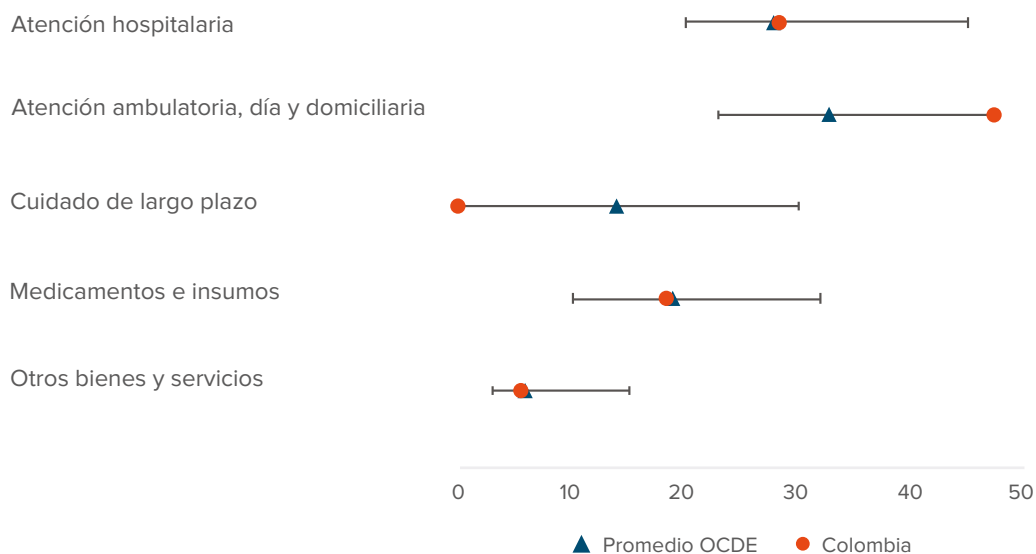
Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 6

Participación en el gasto por ámbito de atención en el régimen subsidiado, 2017-2019



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 7**Comparación de la distribución del gasto total por funciones y ámbitos de atención. Porcentaje promedio 2017-2019**

Fuente: cálculos propios con Base en OECD (2021), DANE Cuentas Satélites de Salud y base de suficiencia.
 Nota: otros incluye bienes colectivos, administración y otras prácticas no clasificables.

La metodología usada por OCDE no diferencia las urgencias del gasto hospitalario o ambulatorio, sin embargo, Brechet (2015) [8] encuentra que en la OCDE el promedio es de 31 visitas a urgencias por cada 100 habitantes. **En Colombia la tasa estimada de uso de urgencias con la base de suficiencia es de 58 por cada 100 afiliados.** Esta diferencia puede estar explicada por un menor poder resolutivo en el primer nivel o por diferencias en las definiciones usadas. En todo caso, la tasa de uso de urgencias parece ser casi el doble de la de los países miembros de la OECD.

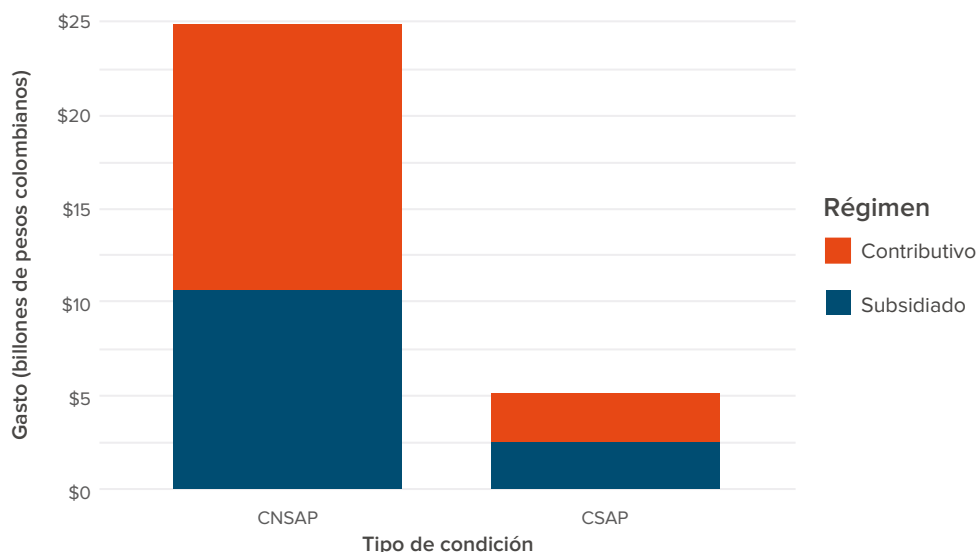
GASTO EN CONDICIONES PREVENIBLES

Algunas atenciones de urgencias y hospitalizaciones pueden ser prevenidas con una atención primaria adecuada y oportuna o con esquemas efectivos de prevención de enfermedades. Las atenciones por condiciones sensibles a la atención primaria en salud (CSAP) son condiciones que pueden ser atendidas en los servicios de baja complejidad que, de prestarse de manera efectiva y oportuna, pueden prevenir hospitalizaciones futuras o evitar complicaciones médicas. Rodríguez-García [9] encontró que, para el año 2009, 21% de los egresos hospitalarios en el régimen contributivo se dieron por condiciones sensibles a la atención primaria, la tasa más alta entre seis países de la región, según

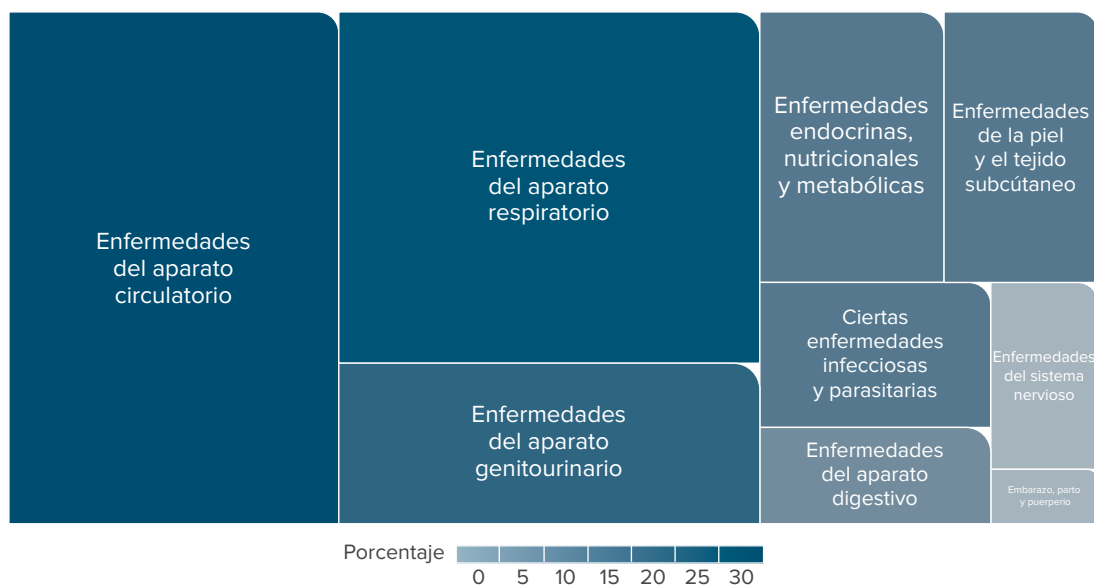
un estudio de Guanais *et. al* [10]. Para el régimen subsidiado, 12% de las hospitalizaciones se debieron a CSAP. Un estudio más reciente, compara las hospitalizaciones evitables en el 2017 para 5 condiciones en 6 países de ALC y encuentra que solo para enfermedad obstructiva crónica los egresos hospitalarios en Colombia presentan una tasa más alta que el promedio de ALC [7].

Usando el listado de CSAP definido en el trabajo de Rodríguez-García, se calculó el gasto asociado a hospitalizaciones por CSAP. La [Figura 8](#) muestra los resultados de 2017 a 2019: 17% del gasto en hospitalizaciones se generó por condiciones sensibles a la atención primaria. Usando la muestra de la base de suficiencia se encuentra un gasto total de 1,7 billones de pesos al año en condiciones sensibles a la atención primaria, equivalente al 3% del gasto en GPS.

Una mirada más detallada permite ver cuáles condiciones de salud son las responsables de este gasto prevenible con atención primaria. Las enfermedades del aparato circulatorio —enfermedad cardiovascular, enfermedad isquémica del corazón, hipertensión y accidente cerebrovascular— absorben 30% del gasto en ambos regímenes; a ellas le siguen las enfermedades asociadas al aparato respiratorio (26%); las del aparato genitourinario (12%), destacándose la enfermedad renal crónica; y las endocrinas, nutricionales y metabólicas (9%), destacándose la diabetes ([Figura 9](#)).

FIGURA 8**Gasto en hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria (CSAP) y no sensibles (CNSAP), 2017 a 2019**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 9**Condiciones de mayor participación en el gasto por hospitalizaciones prevenibles con atención primaria, 2017-2019**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Si el país lograra controlar mejor la hipertensión arterial, el colesterol, el tabaquismo, la obesidad y demás condiciones precursoras de la enfermedad del corazón y la enfermedad renal crónica podría mejorar la eficiencia de al menos 1.7 billones gasto en salud (3% del GPS total) y la salud de la población.

Las acciones colectivas de prevención y promoción y las acciones de salud pública también pueden prevenir enfermedades, muchas de estas intervenciones pueden inclusive ser costo ahorradoras, y reducir el gasto¹³.

La OMS ha identificado cuatro condiciones de alta prevalencia cuya incidencia puede ser reducida atacando factores de riesgo ambientales y de estilo de vida: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y cáncer.

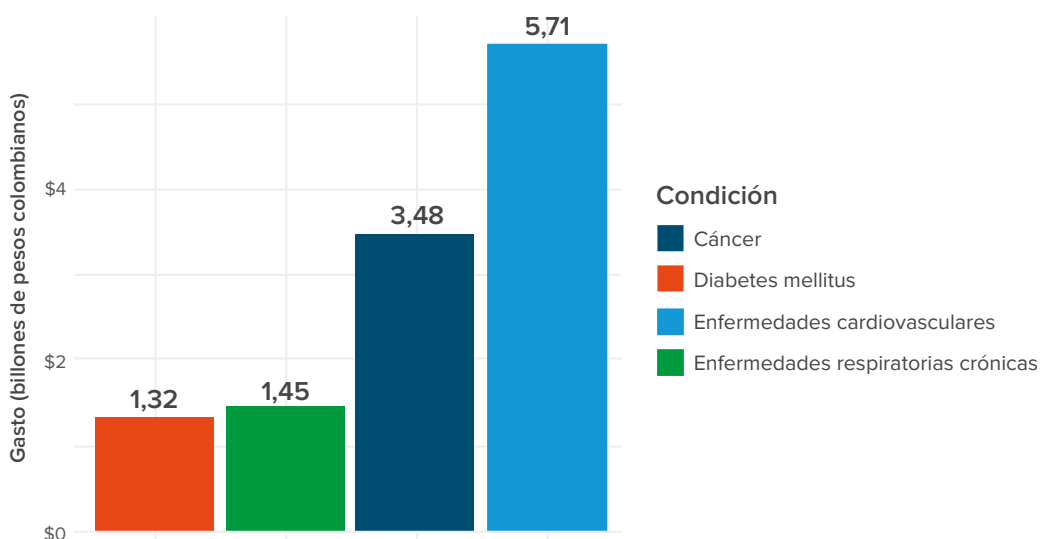
La OMS estima que en el mundo el tabaco es responsable por más de 8 millones de muertes cada año y la ingesta excesiva de sal (sodio) por 1,8 millones de

mueres más. Las enfermedades no transmisibles relacionadas con el consumo de alcohol explican más de la mitad de los 3 millones de muertes anuales en el mundo atribuibles al alcohol. De manera similar, 830.000 muertes anuales pueden atribuirse a una insuficiente actividad física [11].

La Figura 10 y la Figura 11 muestran el gasto atribuible a esas condiciones en Colombia entre 2017 y 2019¹⁴.

FIGURA 10

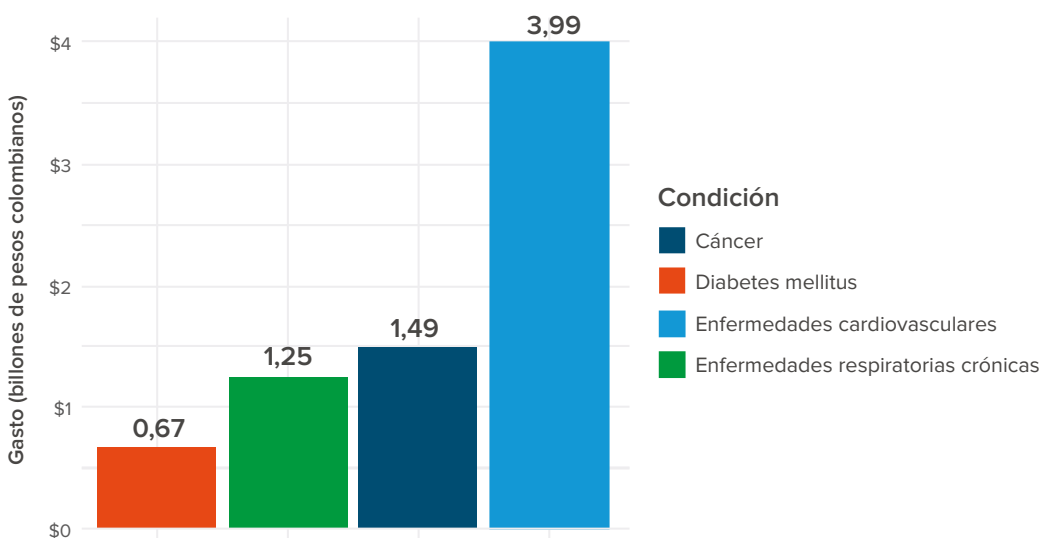
Gasto total por enfermedades no transmisibles con riesgos modificables en el régimen contributivo, 2017-2019



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 11

Gasto total por enfermedades no transmisibles con riesgos modificables en el régimen subsidiado, 2017-2019



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

En total, para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) incluidas en la base de suficiencia, el gasto por estas condiciones asciende a 19 billones de pesos (promedio de 6,4 billones por año) y 21% del gasto público total en salud. La enfermedad cardiovascular absorbe 50% del gasto total en condiciones con riesgos modificables (ambos regímenes), seguida por el cáncer, que absorbe 26%. La diabetes y la enfermedad respiratoria crónica responden por el 10% y 14% respectivamente.

Rao et.al [1] modela el crecimiento esperado del gasto en salud en América Latina y el impacto de algunas políticas de control de costos, incluyendo la reducción de la prevalencia de factores de riesgo. Los resultados para Colombia muestran que una reducción de 10% en la incidencia de los factores de riesgo de estas condiciones (tabaco, hipertensión, niveles altos de glucosa en sangre y alcohol) disminuye el gasto proyectado entre 2020 y 2050 en casi 2%. Por su parte, la OMS identifica las 88 acciones en salud de mayor costo-efectividad para reducir estos factores de riesgo y sostiene que con menos de un dólar por persona por año se pueden lograr reducciones sustanciales en morbilidad por las cuatro causas estudiadas, con una ganancia económica de 7 dólares por dólar invertido [12].

GASTO POR CONDICIÓN DE SALUD

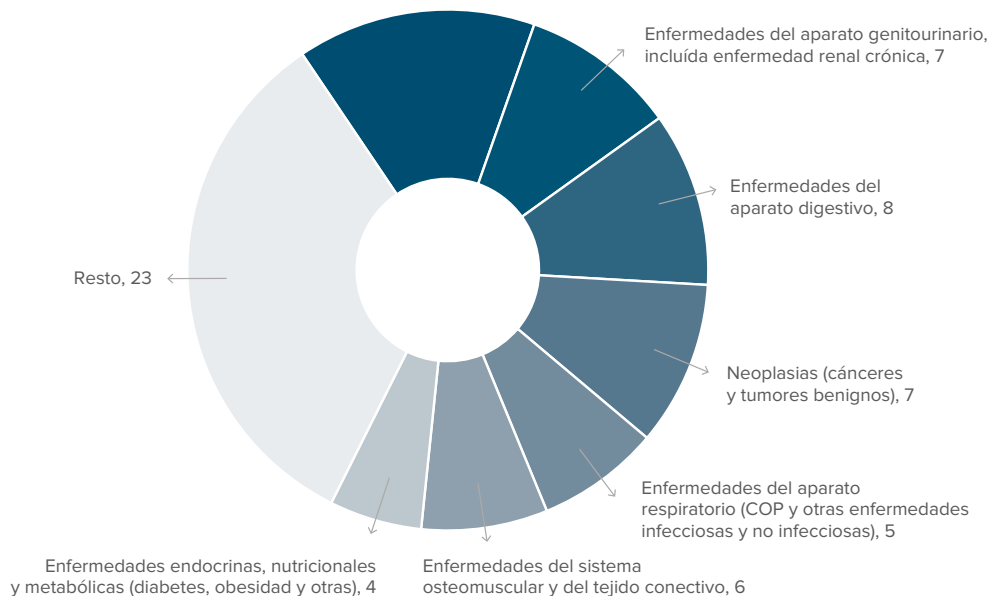
Para diseñar estrategias que mejoren la eficiencia en la asignación de recursos es útil identificar cuáles son las condiciones de salud que generan un mayor gasto. Con esta información se puede definir estrategias para disminuir la incidencia de estas enfermedades y atenderlas de manera costo-efectiva y oportuna. Por ejemplo, el diseño de modelos de prestación de servicios que gestionen el riesgo en salud y prevengan complicaciones, la adopción de mecanismos de pago por resultado, o una priorización de servicios y tecnologías en salud que privilegie a las prestaciones de mayor efectividad por dólar invertido para la atención de estas. En algunos países, como Uruguay, la prestación de servicios para condiciones de mediana y alta complejidad está a cargo de prestadores especializados, y el monitoreo y financiación a cargo de una entidad creada a tal efecto (el Fondo Nacional de Recursos). En Colombia, algunas condiciones definidas como de alto costo son monitoreadas por la cuenta de alto costo (CAC). La función principal de esta cuenta es manejar el sistema de ajuste de riesgo ex-post para garantizar que las EAPB reciban los recursos suficientes para la atención de los pacientes con condiciones que generan mayores costos y así evitar la negación y el

descreme de pacientes. Además, a través de la CAC también se monitorean indicadores de resultado, se divulgan guías de atención y se promueve la gestión del riesgo en salud y, desde hace algunos años, se está implementando el pago por resultados. La CAC sin embargo, es una entidad privada de ajuste de riesgo, y la información tiene dos años de rezago. Conviene que el ministerio de salud adopte o coordine con la CAC el monitoreo de condiciones de interés con mecanismos ágiles de procesamiento de la información para reducir el rezago de la esta.

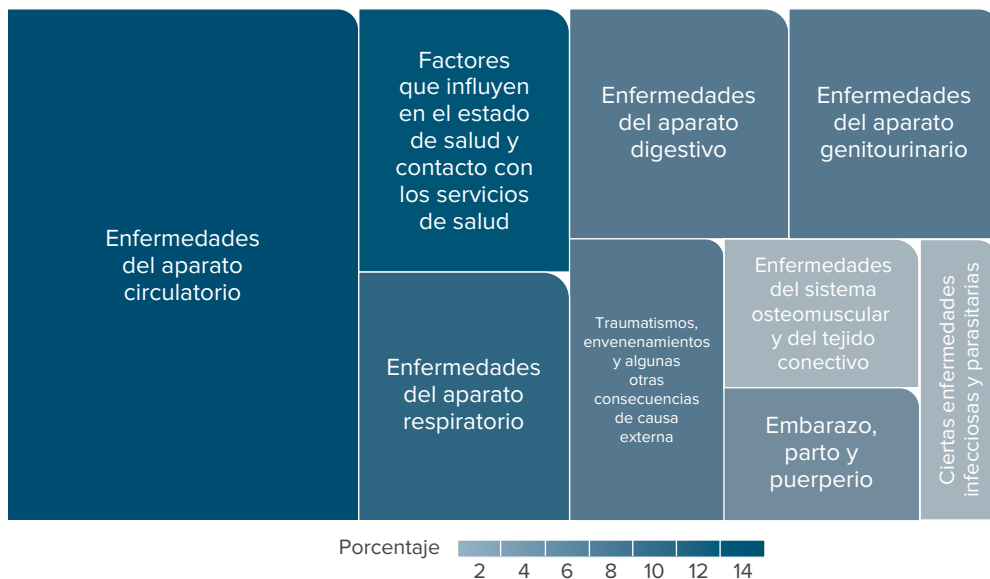
La [Figura 12](#) presenta el gasto por capítulos de salud. Las enfermedades del aparato circulatorio (principalmente, enfermedad isquémica del corazón, accidente cerebrovascular e hipertensión arterial), absorben –como en la mayoría de los países del mundo– la mayor proporción del gasto, ascendiendo a 10% en Colombia. Las neoplasias absorben 7% del gasto, seguidas por las enfermedades del aparato genitourinario (incluyendo a la enfermedad renal crónica) y las enfermedades del aparato digestivo, con 7% y 8% del gasto respectivamente. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (que incluye artritis reumatoide) responden por 5%, y las enfermedades del aparato respiratorio por otro 5%. Estos seis grupos de enfermedades absorben 44% del gasto.

Se espera que el gasto en estas condiciones siga creciendo. Rao, et.al [1] estiman que las neoplasias, la enfermedad circulatoria, las enfermedades genitourinarias y las osteomusculares y del tejido conectivo registrarán en Colombia un crecimiento de 4% en los próximos 30 años.

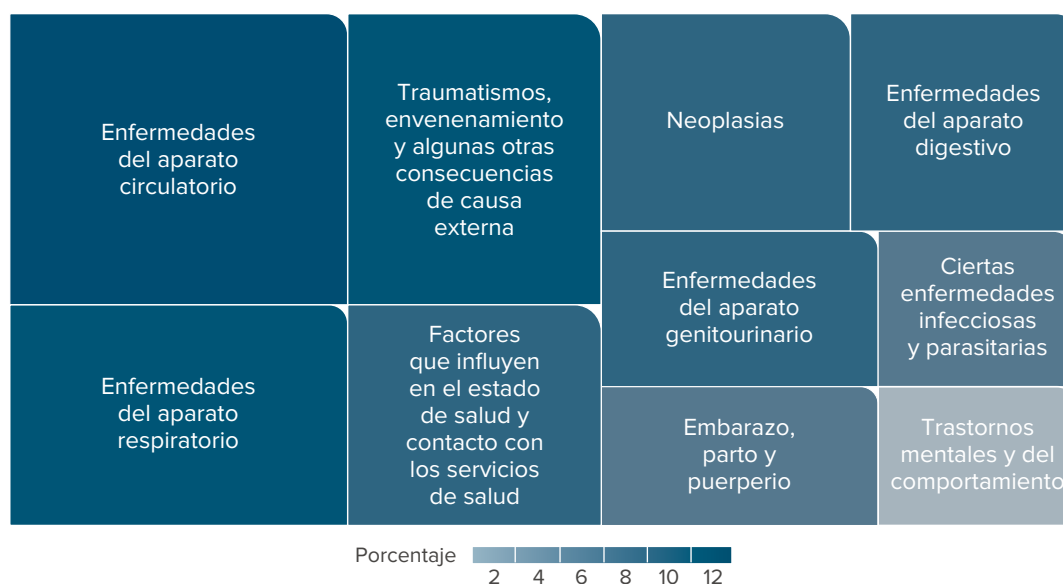
Algunas de estas condiciones también absorben un porcentaje importante del gasto hospitalario (ver [Figura 13](#) y [Figura 14](#)). Las enfermedades del aparato circulatorio explican el 13% de este gasto hospitalario en ambos regímenes y las enfermedades del aparato respiratorio entre 8% y 9%. Las principales razones de hospitalización dan cuenta de algunas diferencias en el perfil epidemiológico entre los afiliados del régimen contributivo y del subsidiado. Las neoplasias representan 12% del gasto en hospitalizaciones en el régimen contributivo, pero solo 7% en el subsidiado. De igual forma, las enfermedades infecciosas y parasitarias y los trastornos mentales y del comportamiento, que no aparecen dentro de las principales causas del gasto en el régimen contributivo, sí están dentro de las 10 condiciones que más gasto por hospitalizaciones generan en el régimen subsidiado. **Estas diferencias pueden sugerir un menor acceso de los afiliados del régimen subsidiado a consultas psiquiátricas en atención primaria o ambulatoria, lo que estaría resultando en mayores hospitalizaciones por las complicaciones de condiciones no atendidas a tiempo¹⁵.**

FIGURA 12**Gasto por condiciones de salud CIE-10, 2017-2019.
Participación porcentual en el gasto total (%)**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 13**Diez diagnósticos de mayor gasto hospitalario
en el régimen contributivo, 2017-2019**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 14**Diez diagnósticos de mayor gasto hospitalario en el régimen subsidiado, 2017-2019**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio Salud y Protección Social, 2022.

Al interior de los seis capítulos con mayor participación en el gasto hospitalario, once condiciones explican 50% de este gasto, la mayoría de ellas son de naturaleza cardiovascular (Tabla 3).

Analizar el gasto en estas patologías, revisar como se pueden prevenir, e identificar las tecnologías y modelos de servicios más costo efectivas para su atención, es un primer punto de partida para optimizar la eficiencia del gasto, evitar hospitalizaciones prevenibles y mejorar la salud de la población.

TABLA 3
(1 de 2)**Once condiciones que absorben 50% del gasto hospitalario en los seis capítulos CIE-10 de mayor gasto. Participación en el gasto total de los seis capítulos (%)**

Capítulo CIE-10	Subcapítulo/condición	Participación (%)	Gasto acumulado (%)
Aparato circulatorio	Enfermedad hipertensiva	9,5	9,5
Aparato genitourinario	Falla renal	7,6	17,1
Aparato digestivo	Enfermedades de la cavidad oral, glándulas salivales y mandíbulas	7,2	24,3
Aparato circulatorio	Cardiopatía isquémica	4,3	28,5
Enfermedades del aparato circulatorio	Otras formas de enfermedad cardíaca	3,8	32,3
Aparato genitourinario	Otras enfermedades del sistema urinario	3,5	35,8
Aparato respiratorio	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3,5	39,4
Aparato circulatorio	Enfermedades cerebrovasculares	3,1	42,4

TABLA 3
(2 de 2)

Once condiciones que absorben 50% del gasto hospitalario en los seis capítulos CIE-10 de mayor gasto. Participación en el gasto total de los seis capítulos (%)

Capítulo CIE-10	Subcapítulo/condición	Participación (%)	Gasto acumulado (%)
Neoplasias	Neoplasias malignas, declaradas o presuntamente primarias, de tejido linfoide, hematopoyético y relacionado	2,9	45,3
Sistema osteomuscular y del tejido conectivo	Otras dorsopatías	2,7	48,1
Neoplasias	Cáncer de seno	2,7	50,7

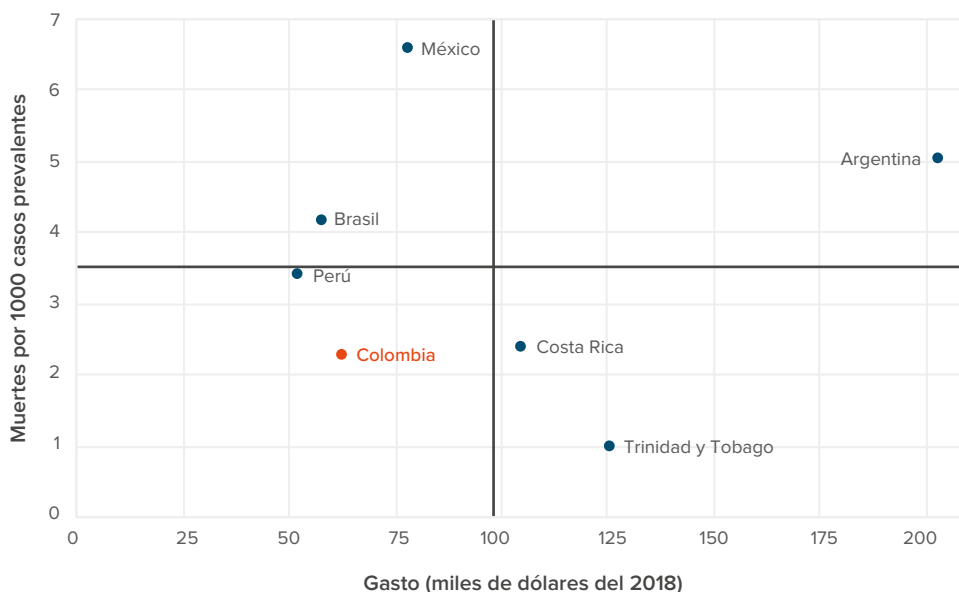
Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

La Figura 15 y la Figura 16 comparan el nivel de gasto con los resultados en salud, como una aproximación a la eficiencia en el uso de recursos, para enfermedad circulatoria y para enfermedad renal y diabetes, en 7 países para los cuales se dispone de información de gasto por capítulos¹⁶. En el cuadrante inferior izquierdo están los países que tiene un gasto y muertes inferiores al

promedio, estos son los países relativamente más eficientes. **Bajo esta métrica, Colombia tiene el gasto más eficiente en enfermedad circulatoria, pero no en enfermedad renal y diabetes.** Para estas últimas Colombia gasta más que por ejemplo Perú, pero tienen un número de muertes más alto.

FIGURA 15

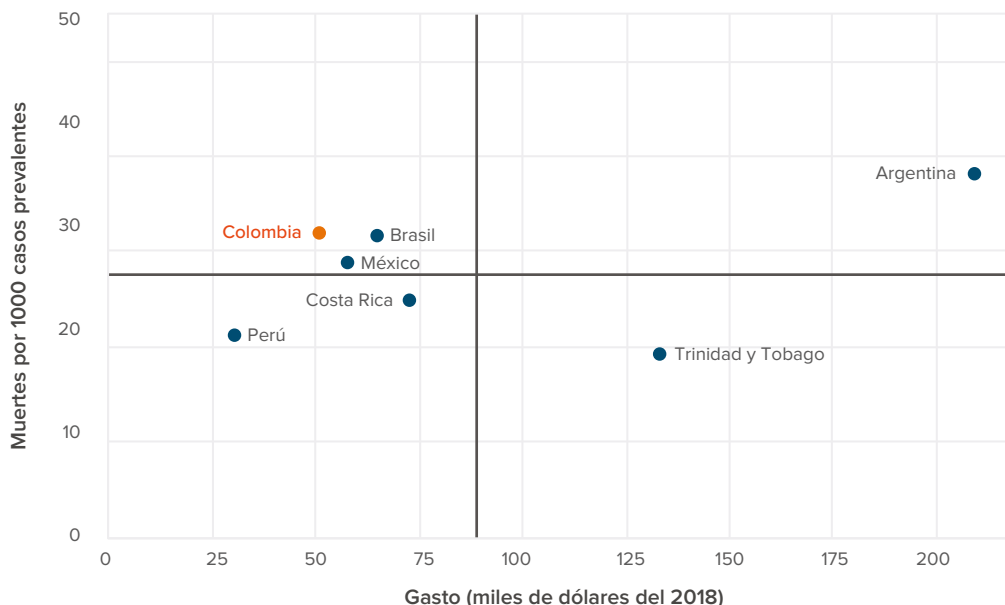
Enfermedad circulatoria. Gasto y muertes por 1000 casos prevalentes, 2019



Fuente: los autores con base en datos de gasto compilados por Rao et al. (2021) y disponible en <https://healthtrends.netlify.app/arg/results>, y datos de prevalencia y muertes del Institute of Health Metrics Evaluation, Global Burden of Diseases 2019.

FIGURA 16

Enfermedad renal y diabetes. Gasto y muertes por 1000 casos prevalentes, 2019



Fuente: los autores con base en datos de gasto compilados por Rao et al. (2021) y disponible en <https://healthtrends.netlify.app/arg/results>, y datos de prevalencia y muertes del Institute of Health Metrics Evaluation, Global Burden of Diseases 2019.

COMPOSICIÓN DE LA ATENCIÓN POR TIPO DE INTERVENCIÓN

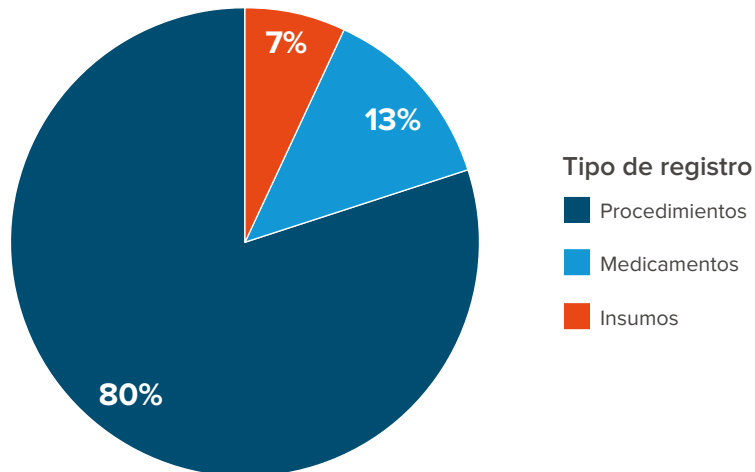
El gasto en salud también se puede clasificar según el tipo de intervención: procedimientos (como consultas externas, exámenes de laboratorio o cirugías), insumos (como stents cardíacos o aparatos auditivos) y medicamentos. Los procedimientos absorben entre 74% y 80% del gasto en servicios de salud, siendo menor la participación en el régimen contributivo; nuevamente, esto puede reflejar un acceso diferencial, sobre todo al ver que hay una diferencia importante no explicada en el consumo de insumos. Los medicamentos absorben 13% del gasto de la seguridad social financiado con la UPC en ambos regímenes. Cabe notar, sin embargo, que aquí solo miramos lo consignado en la base de Suficiencia,

que no incluye el gasto no incluido en el PBS que se financia por los otros esquemas mencionados, y esencialmente que corresponde a medicamentos.

Los procedimientos que más gasto absorben son en general ambulatorios y de medicina general y odontología, pero urgencias y procedimientos como hemodiálisis también tienen una alta participación (ver [Figura 17](#) y [Figura 18](#)). En promedio, la población afiliada tiene un promedio de dos y media consultas al año en medicina general de primera vez, y una consulta de primera vez por especialista. La tasa de consulta anual por cualquier profesional médico es de casi 4 consultas al año por afiliado. Esto contrasta con una tasa de 6 consultas por persona, para el promedio de 34 países con información en la base de datos de la OCDE¹⁷. En todo caso esta cifra está por encima de la reportada para los países de ALC incluidos en la base (Chile 3, México 2 y Costa Rica 3).

FIGURA 17

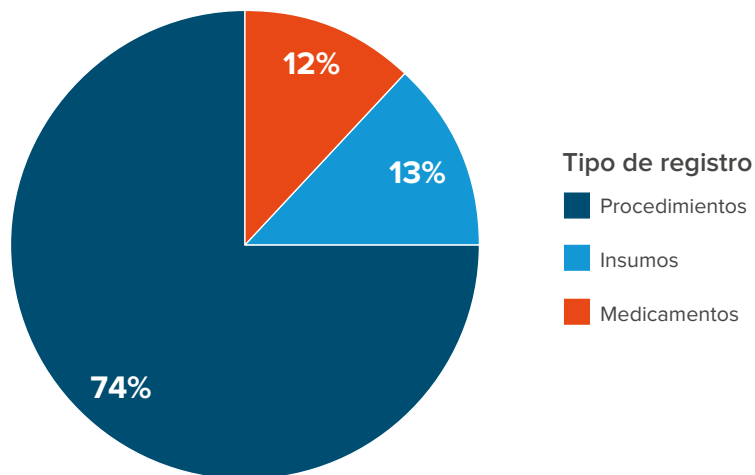
Participación en el gasto por tipo de registro en el régimen **contributivo**, 2017-2019



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 18

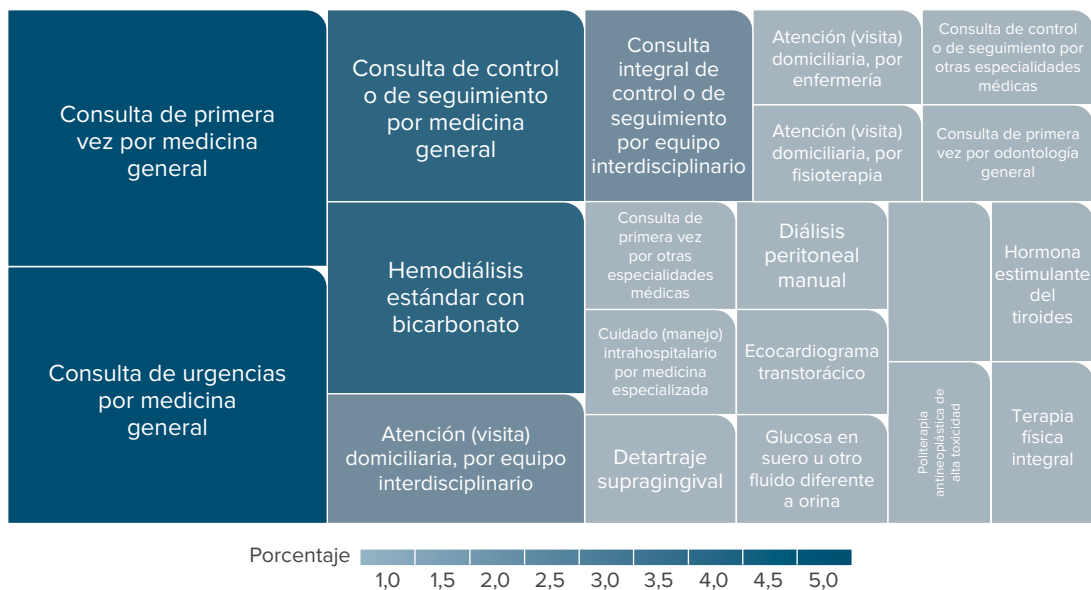
Participación del gasto por tipo de intervención en el régimen **subsidiado**, 2017-2019



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 19

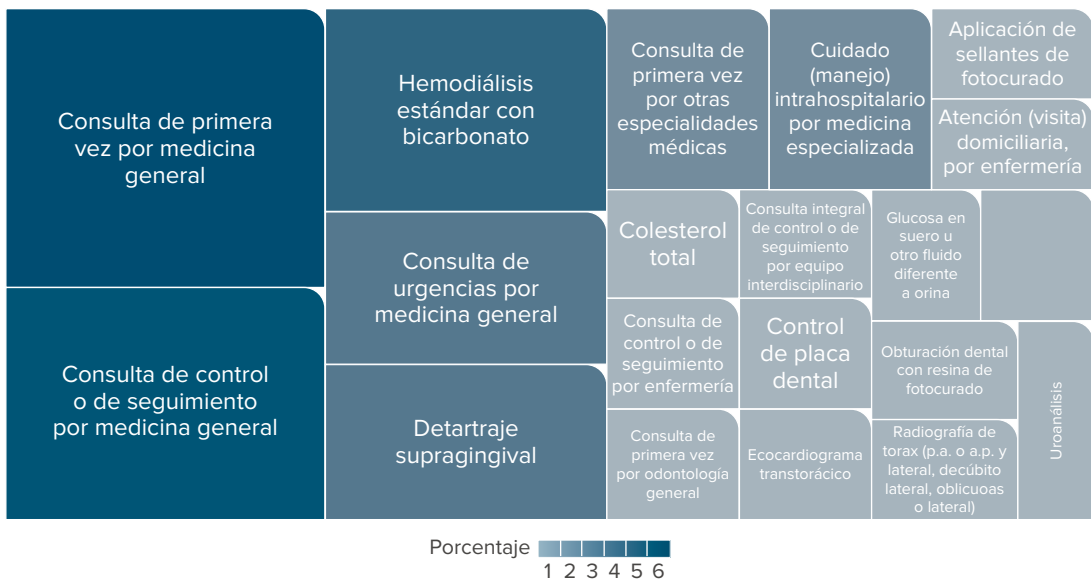
Procedimientos con mayor proporción en el gasto en el régimen **contributivo, 2017-2019**



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 20

Procedimientos con mayor proporción en el gasto en el régimen **subsidiado, 2017-2019**



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Mensajes principales de esta sección:

Salvo por un gasto ambulatorio que absorbe una proporción sustancialmente más alta, la estructura del gasto por ámbito de atención es similar a la registrada por los países de la OCDE.

- » La tasa de uso de urgencias es casi el doble de la encontrada por los países de la OCDE, en el estudio de Brechet[8]. En Colombia no hay mecanismos de monitoreo del uso de urgencias y ni de las causas de consulta o el tipo de egresos que genera (hospitalización o egreso a casa). Conviene tener mecanismos de monitoreo de uso de urgencias, para poder determinar sus causas y reasignar la atención de manera más eficiente, de ser el caso.
- » El gasto en condiciones sensibles en atención primaria es de 1.6 billones de pesos anuales entre el 2017 y el 2019. Esto equivale al 3% del gasto total en salud. Si bien la tasa de egresos hospitalarios en el 2009 por condiciones sensibles a la atención primaria fue la más alta entre 6 países de la región en el estudio de Guanais *et. al*[10], información más reciente indica que, en el 2017, salvo por enfermedad obstructiva crónica, Colombia presenta las tasas más bajas de hospitalización evitables en 5

condiciones estudiadas entre 6 países del ALC[7]. Es posible que Colombia registró una disminución importante en la tasa de hospitalizaciones prevenibles, pero las diferencias también pueden explicarse por el mayor número de condiciones incluidas en el cálculo realizado por Guanais *et. al*. En todo caso, un gasto de 1.6 billones no es despreciable, e indica que hay espacio para mejorar la efectividad de la inversión en atención primaria en salud, salud pública, y promoción y prevención. Incluyendo el control de los factores de riesgo responsables por las enfermedades crónicas no transmisibles: consumo de tabaco, alcohol, alta ingesta de sodio e inactividad física.

- » No hay suficiente información en ALC para comparar la eficiencia del gasto por condiciones de salud. La información disponible para 7 países muestra que Colombia es relativamente más eficiente que los otros países del ALC en la atención de enfermedad circulatoria, pero menos eficiente en el control de la diabetes y la enfermedad renal. En todo caso, y a pesar de lo anterior, las enfermedades del aparato circulatorio responden por 30% del gasto en hospitalizaciones evitables, el 58% del gasto total en hospitalizaciones y el 10% del gasto público en salud, con lo cual merece especial atención. De igual forma conviene poner la lupa sobre el gasto que se está dando por enfermedad renal crónica y diabetes.

6. GASTO EN MEDICAMENTOS

El gasto en medicamentos absorbe una proporción significativa del gasto en salud a nivel mundial y es el rubro de mayor crecimiento del gasto público en salud[2]. Mejorar su eficiencia puede tener un impacto significativo sobre los presupuestos públicos y la salud de la población.

Para dirigir la política en medicamentos es necesario entender, cuánto se está gastando, cuáles medicamentos o líneas terapéuticas absorben la mayor proporción del gasto, y si se está obteniendo un precio justo, acorde con las ganancias en salud.

Esta sección intenta responder estas preguntas y presentan una serie de indicadores para monitorearlas y resalta vacíos de información.

La Tabla 4 presenta el gasto total en medicamentos, usando dos fuentes de información, SISMED que registra las ventas en el primer eslabón de la cadena de distribución, y un cálculo usando la base de suficiencia, las CSS

y la base de presupuestos máximos¹⁸. El gasto público total en medicamentos para el año 2020 fue de 11 billones de pesos, equivalente al 19% del gasto total en salud y a un 1.1% del PIB.

Los medicamentos no incluidos en el plan explícito, muchos de los cuales son de alto costo, absorben el 47% del gasto en medicamentos, y los medicamentos con cargo a la UPC el 53%. La fuente de SISMED se encuentran ventas en el primer eslabón de la cadena de comercialización por 9 billones de pesos lo cual sugiere un margen de comercialización de 20%.

El gasto calculado en la Tabla 4 no es estrictamente comparable con el publicado por la OCDE, el cual no incluye el gasto hospitalario en medicamentos e incluye medicamentos sin prescripción (over-the-counter). Sin embargo, usando los datos disponibles, para el 2021, en promedio para los países de la OCDE, el gasto público en medicamentos estaría alrededor del 12%-15% del gasto público en salud; 7 a 4 puntos porcentuales por debajo de la cifra colombiana¹⁹.

TABLA 4

Gasto en medicamentos. Miles de millones de pesos, 2020

	Fuente Suficiencia y Presupuestos máximos		Fuente SISMED		Diferencia
	Gasto	Participación (%)	Gasto	Participación (%)	
Gasto público total en salud	58.821	100	58.821	-	-
Gasto en medicamentos	11.185	19	9.303	16	20%
Incluido en el plan explícito	5.949	53	4.962	53	20%
No incluido en el plan explícito	5.236	47	4.342	47	21%

Fuente: cálculo de los autores con base en CSS del DANE, base de presupuesto máximos para el 2020, base de suficiencia 2019, e información de la Comisión de Regulación de Precios de Medicamentos. La información incluye solo gasto público tanto para uso ambulatorio como hospitalario.

GASTO EN MEDICAMENTOS POR CLASE TERAPÉUTICA Y POR TIPO DE MOLÉCULA

Identificar las áreas terapéuticas que absorben la mayor parte del gasto puede ser un primer paso para racionalizarlo, por ejemplo, promoviendo entrada y la prescripción de genéricos y biosimilares para estas condiciones, estableciendo mecanismos de pago para estas condiciones que fomenten el uso racional o/y favoreciendo la generación y el uso de evaluaciones de tecnología para visibilizar la relación costo-beneficio de diferentes terapias farmacológicas, entre otros.

Los medicamentos del plan de beneficios que absorben la mayor proporción del gasto en el régimen contributivo son los agentes inmunosupresores (etanercept, adalimumab, abatacept, fingolimod) con 12% del gasto; los agentes antineoplásicos (trastazumab, rituximab,

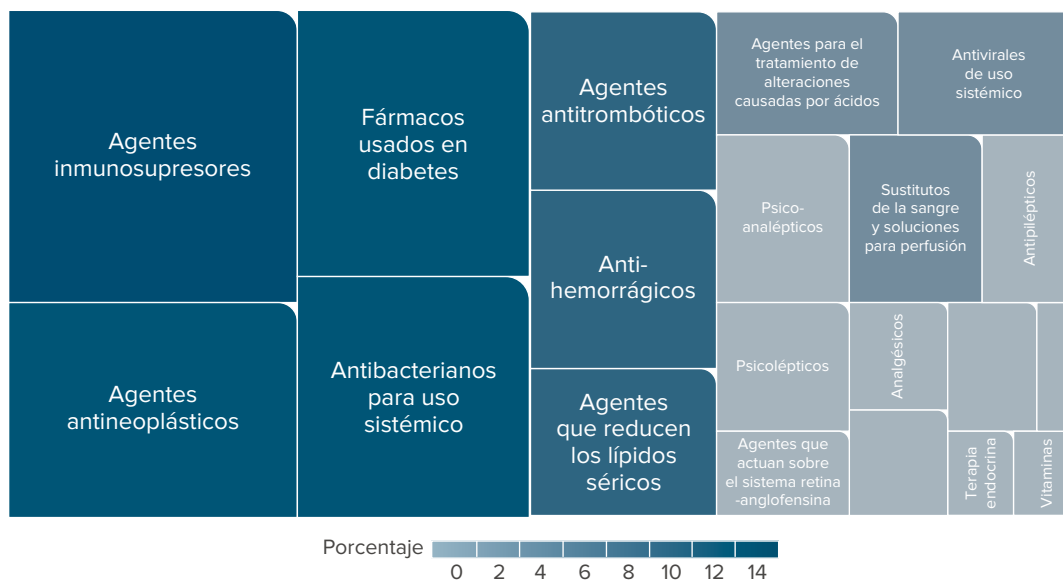
bevacizumab, trastuzumab, trastacomulis), que absorben 8%; y dos insulinas usadas para diabetes (insulina glarina e insulina glu-sina), que absorben cerca de 8%. (ver Figura 21).

Esto es consistente con lo observado globalmente. IQ-VIA[13] encuentra que los medicamentos oncológicos, los inmunológicos y los antidiabéticos son las áreas terapéuticas con mayor proporción en el gasto (alrededor de 20%, 18% y 10% respectivamente) para 11 países de la OCDE. También son las áreas con mayor crecimiento en los últimos 20 años[13]. Si Colombia sigue las tendencias de crecimiento de la OCDE, se esperaría que en los próximos años el gasto en medicamentos en estas áreas terapéuticas continúe creciendo.

Al revisar el gasto en medicamentos del régimen subsidiado, estos grupos farmacológicos también están entre los 7 que mayor gasto absorben. Sin embargo, en el régimen subsidiado los antibacterianos de uso sistémico, los analgésicos y los antihipertensivos están entre los agentes con mayor participación, más no así en el contributivo. (ver Figura 22)

FIGURA 21

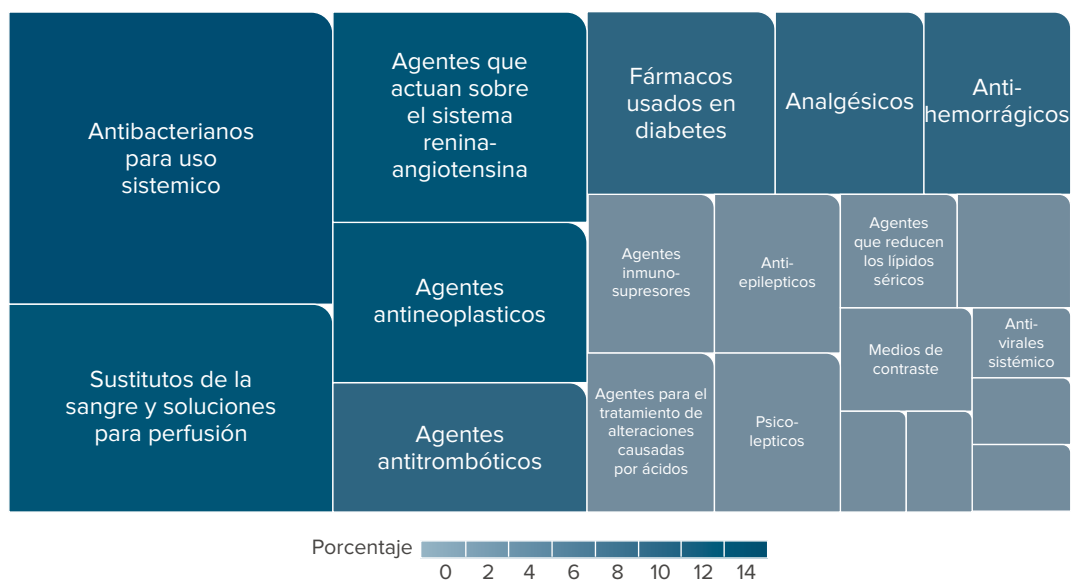
Participación en el gasto de medicamentos por grupos farmacológicos más representativos en el régimen contributivo, 2017-2019



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 22

Participación en el gasto de medicamentos por grupos farmacológicos más representativos en el régimen subsidiado, 2017-2019



Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

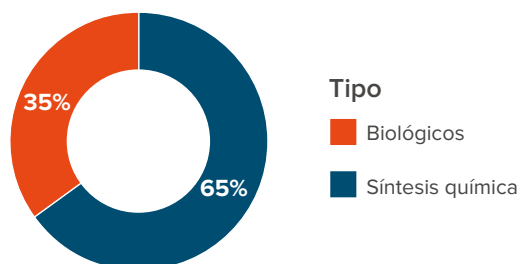
GASTO EN MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO

Los medicamentos tradicionales son de síntesis química y se componen de una única sustancia o molécula pequeña. Los medicamentos biológicos son productos compuestos por moléculas complejas que se derivan de fuentes y procesos biológicos y que no es posible sintetizar químicamente. La complejidad de la molécula y el hecho que muchos son parecidos a sustancias producidas naturalmente por el organismo permiten el tratamiento eficaz de condiciones que no podían atenderse con los medicamentos tradicionales. Debido a su complejidad, los medicamentos biológicos son productos costosos; por ello es de gran importancia usarlos racionalmente y lograr precios adecuados y accesibles.

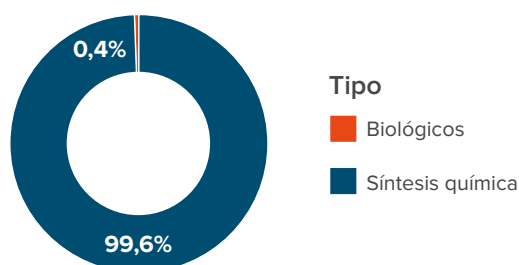
Las figuras 23 a 26 presentan la participación de los medicamentos biológicos en el gasto total en medicamentos y en el total de unidades dispensadas dentro de los medicamentos cubiertos por el plan explícito de beneficios. Entre 2017 y 2019 los biológicos absorbieron 35% y 21% del gasto en medicamentos del régimen contributivo y del subsidiado, respectivamente, aunque representaron apenas 1% o menos de las unidades dispensadas. Esta gran discrepancia entre el valor y el volumen dispensando evidencia su alto precio unitario y sugiere que un reducido número de pacientes se benefician de ellos.

Se espera que el mercado de biológicos crezca un 3.9% en los próximos 5 años, debido principalmente a los avances tecnológicos y al aumento de las enfermedades crónicas.

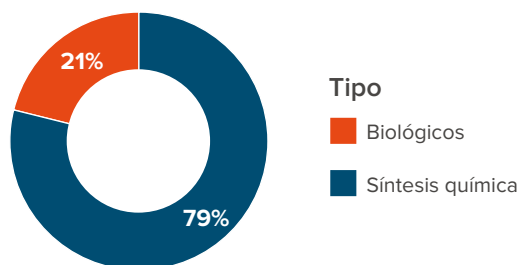
Dado el alto nivel de gasto en estos medicamentos, para poder monitorear la eficiencia de este gasto es indispensable entender cuánta salud se está obteniendo con este gasto, si es costo efectivo, y cual es el costo de oportunidad en términos de salud perdida si es que para financiarlos se están desplazando otras inversiones. Para ello es indispensable contar con evaluaciones de tecnología que aporten esta información, e igual de importante, establecer mecanismos para incorporar esta información en la toma de decisiones. En Colombia hay un progreso naciente en la evaluación de tecnologías – el IETS ha realizado desde el 2016, 24 evaluaciones económicas y un amplio número de guías de práctica clínica- está información aún no se usa de manera sistemática en las decisiones de cobertura²⁰. Además de lo anterior, será necesario favorecer la entrada rápida de biosimilares a mejores precios.

FIGURA 23**Participación en el gasto en medicamentos por tipo en el régimen **contributivo**, 2017-2019**

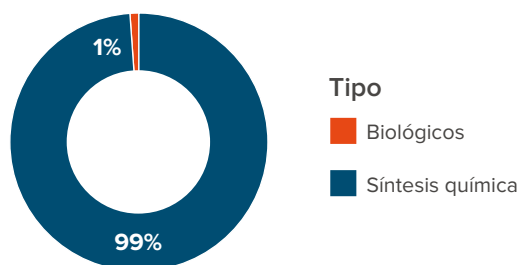
Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 24**Porcentaje de unidades dispensadas de medicamentos por tipo en el régimen **contributivo**, 2017-2019**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 25**Participación en el gasto en medicamentos por tipo en el régimen **subsidiado**, 2017-2019**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

FIGURA 26**Porcentaje de unidades dispensadas de medicamentos por tipo en el régimen **subsidiado**, 2017-2019**

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022.

Como se mencionó anteriormente, la base de suficiencia solo captura el gasto por servicios incluidos en el plan de beneficios con cargo a la prima de aseguramiento (UPC). Sin embargo, los ciudadanos colombianos tienen acceso a todas las tecnologías sanitarias que no hayan sido explícitamente excluidas del plan siempre y cuando las ordene un médico tratante.

Gran parte del gasto en tecnologías no incluidas en el plan de beneficios corresponde a medicamentos de alto costo. Estos medicamentos atienden en su mayoría enfermedades huérfanas, cáncer, enfermedades autoinmunes, diabetes y hemofilia. El gasto en estos medicamentos fue en un promedio de 1,2 billones de pesos por año,

lo que equivale a 11% del gasto total en medicamentos (incluidos y no incluidos en el PBS) y a 21% de los medicamentos no incluidos en el plan explícito²¹.

La Tabla 5 muestra los quince medicamentos de mayor costo por paciente año y/o mayor participación en el presupuesto. Los medicamentos listados en la tabla cumplen una o ambas de estas características²².

Todos se encuentran bajo regulación de precios, pero algunos cuentan también con sustitutos genéricos y biosimilares en el mercado, con lo cual vale la pena explorar oportunidades para conseguir precios aún más bajos y lograr ahorros adicionales a los logrados con la

TABLA 5 Gasto en quince medicamentos de alto costo, 2020

	Número de biosimilares o genéricos	Promedio de pacientes por año	Gasto prom. anual (Col\$ mill)	Gasto prom. anual (US\$ mill)	Gasto por paciente por año (Col\$ mill)	Gasto por paciente por año (US\$ mill)
ECULIZUMAB	1	379	\$174.286	53,66	460	141,6
PEMBROLIZUMAB	-	1.221	\$162.780	50,12	133	41,0
ELOSULFASA ALFA	-	175	\$136.355	41,98	781	240,6
LENALIDOMIDA	2	2.869	\$123.685	38,08	43	13,3
NIVOLUMAB	-	1.812	\$110.007	33,87	61	18,7
COAGULACION FACTORES VIII RECOMBINANTE	6	1.983	\$94.429	29,07	48	14,7
IBRUTINIB	1	963	\$84.415	25,99	88	27,0
LIRAGLUTIDA	-	39.001	\$82.267	25,33	2	0,6
ADALIMUMAB	10	7.440	\$65.514	20,17	9	2,7
IMIGLUCERASA	-	220	\$64.033	19,71	291	89,6
IDURSULFASA	-	62	\$31.476	9,69	512	157,6
COAGULACION FACTORES VIII PLASMATICO/HUMANO	8	672	\$30.132	9,28	45	13,8
NUSINERSEN	-	35	\$22.245	6,85	645	198,5
GALSULFASA	-	44	\$21.138	6,51	486	149,6
ALGLUCOSIDASA ALFA	-	51	\$20.944	6,45	411	126,4
Total		56.924	\$1.223.705	376,76	21	6,6

Fuente: cálculo de los autores a partir de la base de datos del Estudio de Suficiencia de la UPC – Ministerio de Salud y Protección Social, 2022 y SISMED. Para la existencia de genéricos o biosimilares Invima, Drugbank y Generics and Biosimilars Initiative.

Nota: El número de competidores es independiente de si el genérico o biosimilar ha sido aprobado en Colombia. Solo se contaron biosimilares que cumplen los criterios establecidos por WHO.

regulación de precios²³. Por ejemplo, los países europeos han negociado precios más bajos para la competencia biosimilar, y a cambio hacen obligatoria la sustitución del innovador por el biosimilar. En otros casos hay tratamientos alternativos efectivos, con lo cual conviene estudiar la relación de beneficio-costos entre las diferentes alternativas terapéuticas, para informar las decisiones de cobertura.

Mensajes principales de esta sección:

- » Si bien existen retos de comparabilidad, la información disponible parece indicar que Colombia gasta entre 4 y 7 puntos porcentuales más en medicamentos como porcentaje del GPS que el promedio de países de la OCDE.
 - » La información disponible sugiere una **diferencia de 20% entre el precio de compra** en el laboratorio mayorista y el precio que paga el sistema de salud.
 - » Los grupos farmacológicos con mayor participación en el gasto de medicamentos -tanto los incluidos en el plan de beneficios implícito como los que no lo están- son los medicamentos para la diabetes, anti-neoplásicos, los antitrombóticos, los inmunosupresores, y los antibacterianos de uso sistémico. Conviene revisar las opciones terapéuticas y proveer información sobre la relación costo-beneficio entre las diferentes alternativas para informar la toma de decisiones, y promover su uso racional.
- » Los medicamentos de alto costo, biológicos en su mayoría, que responden por una fracción inferior al 1% en las unidades dispensadas, están absorbiendo entre el 21% y el 35% del gasto en el plan de beneficios explícito. Un gran número de los medicamentos ya cuentan con biosimilares en Colombia o en otros países. Será necesario estudiar mecanismos de adquisición que fomenten la competencia para lograr mejores precios.
 - » Los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios, la gran mayoría de alto costo, están absorbiendo el 47% del gasto total en medicamentos, con unos pocos medicamentos concentrando un 20% del gasto de lo no incluido en el plan explícito. Algunos de estos medicamentos también cuentan con biosimilares en Colombia o en otros países.
 - » Los medicamentos biológicos que aún no cuentan con competencia o alternativas terapéuticas de eficacia comparable y aquellos que atienden condiciones que no tienen ninguna otra opción terapéutica, presentan retos particulares para la racionalización del gasto. En estos casos la compra centralizada, con esquemas de riesgo compartido en los cuales el laboratorio se compromete a asumir el gasto que supere cierto nivel, pueden dar mayor poder de negociación para conseguir mejores precios y control del gasto.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

LIMITACIONES Y FUTUROS AVANCES

Esta nota técnica identifica algunas áreas en donde se evidencia ineficiencia en el gasto público en salud en Colombia.

No es de ninguna manera una lista exhaustiva, más bien busca ofrecer una primera aproximación partiendo de los rubros más agregados de gasto: distribución del gasto por funciones, ámbito de atención, tipo de gasto, condiciones de salud y gasto en medicamentos. El trabajo ofrece un primer tablero de control, para monitorear la eficiencia del gasto, al nivel más agregado.

Para identificar ineficiencias a este nivel de agregación es necesario usar comparaciones internacionales y ver si el país de interés está dentro de rangos razonables, pues no hay referentes absolutos que definan si un gasto es ineficiente o no. En este sentido, resulta indispensable contar con información suficiente y comparable para diferentes países. Para este trabajo se usó la información de la OCDE, aun cuando hay limitaciones de comparabilidad. Desafortunadamente no se contó con información sistematizada para varios de los indicadores para otros países de ALC, que tienen perfiles epidemiológicos y niveles de desarrollo más comparables con los colombianos.

A futuro, la región se beneficiaría de participar en un esfuerzo conjunto para monitorear y recolectar información comparable de algunos rubros de gasto como los analizados en esta nota, con el fin de monitorear la eficiencia en el uso de los recursos. Agencias como la OMS, IQVIA, y OCDE ya recolectan alguna información lo cual facilita su compilación y monitoreo sistemático.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de los resultados este trabajo se señalan 5 áreas que evidencian ineficiencia en el gasto en salud, y ofrece algunos lineamientos para abordarlas.

- 1. Si bien el nivel de gasto como porcentaje del PIB es similar al promedio de los países analizados, hay espacio para mejorar la eficiencia:** Colombia gasta 8% de su PIB en salud, similar al promedio de los países de la OCDE (8,5%) y por encima de los países de ALC (7%). La participación del gasto público en el total (6,3%), es mayor que el promedio de OCDE (6,1%) y de ALC (4,7%). La relación entre esperanza de vida y gasto per cápita -que se usa como una aproximación a la efectividad del gasto- indica que Colombia registra una eficiencia similar al promedio de países analizados, pero hay variaciones que sugieren que es posible aumentar entre 6 meses y 4 años la esperanza de vida con una mejor asignación del gasto actual. La administración del aseguramiento absorbe un monto de recursos relativamente alto, en comparación a los países analizados, y conviene revisar el tema en mayor profundidad.
- 2. Colombia debe trabajar en mejorar la resolutivez y calidad de la atención primaria en salud (APS) y evitar prestar atenciones en instancias intensivas en recursos cuando no es necesario.** Si bien la proporción de gasto que va a servicios hospitalarios es similar a los países de la OCDE (19%), Colombia registra una tasa de uso de urgencias sustancialmente mayor a la media de los países de

la OCDE (58 contra 30 por cada 100 habitantes). Esto puede indicar un uso innecesario de urgencias por condiciones que podrían ser atendidas en establecimientos de menor complejidad y a menor costo. El mayor uso de urgencias puede deberse a una baja capacidad resolutive del primer nivel de atención; insuficiencia de prestadores en ciertas áreas, horarios o fines de semana; a que exista poca confianza de los usuarios en estos niveles de atención; o a servicios de prevención insuficientes o deficientes que desencadenan complicaciones que terminan siendo atendidas en urgencias. La evidencia disponible indica que uso excesivo de urgencias está inversamente asociado al número de días que toma obtener una consulta con un médico general. De igual forma, los países que no cuentan con atención prioritaria por médicos generales o de especialidades básicas fuera de horas hábiles tienen un mayor uso de urgencias[2, 8]. El estudio de APS del BID encontró que el 49% de los usuarios entrevistados enfrentaron dificultades para acceder a servicios de salud fuera de horas regulares, sin tener que recurrir a los servicios de urgencias.

El número de hospitalizaciones evitables con atención primaria corrobora la necesidad de mejorar la APS esta percepción: 17% del gasto en hospitalizaciones corresponde a hospitalizaciones evitables con una atención primaria oportuna y adecuada.

Este estudio además encuentra que **el 20% del gasto total se destina a la atención de condiciones que se pueden prevenir** controlando cuatro factores de riesgo: tabaquismo, abuso de alcohol y falta de actividad física y de una alimentación adecuada.

Entre las acciones que podrían explorarse están:

- Establecer un mecanismo de monitoreo de uso de urgencias inapropiadas y sus causas, para diseñar políticas que puedan reducir el uso innecesario, como por ejemplo ampliar el acceso a los servicios en horas y días, no hábiles.
- Conviene también estudiar si los mecanismos de pago actuales incentivan el uso innecesario de urgencias.
- El esquema de competencia regulada, con múltiples pagadores junto con la distribución de funciones de prevención y promoción entre las entidades territoriales (acciones colectivas)

y las EAPB (acciones individuales) presenta retos de coordinación y financiación a la hora de implementar un modelo de atención primaria efectivo. Pero países con sistemas similares tienen modelos de atención primaria y promoción y prevención ejemplares, que pueden ofrecer enseñanzas útiles para Colombia. El país también tiene experiencias exitosas de APS en algunas ciudades del país. El fortalecimiento de los modelos de APS en Colombia es una tarea que no puede esperar, especialmente para zonas apartadas y áreas rurales.

3. El país debe intensificar la gestión del riesgo para mejorar la eficiencia del gasto en 5 condiciones prioritarias: la enfermedad cardiovascular, enfermedad renal, la enfermedad respiratoria crónica, la diabetes y algunos cánceres.

Si bien el país parece ser mas eficiente en su gasto en enfermedad cardiovascular que los 7 países de ALC analizados, las enfermedades cardiovasculares, responden por 30% del gasto en hospitalizaciones evitables, 50% del gasto en condiciones con riesgos modificables, 13% del gasto total en hospitalizaciones y el 10% del gasto en salud. Dentro de este capítulo, se debe atender con prioridad la hipertensión arterial, la enfermedad isquémica -que además es la principal causa de muerte en mujeres y hombres en Colombia-, otras causas de enfermedad cardíaca, y el accidente cerebrovascular. Las cardiopatías isquémicas son la segunda causa de muerte y discapacidad, y aportan en relación con otros países de la región una proporción mas alta de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad²⁴.

La diabetes, es una enfermedad cuya incidencia es modificable actuando sobre sus factores de riesgo. Un seguimiento y un tratamiento efectivos evitan complicaciones y hospitalizaciones. En la actualidad la diabetes absorbe 2.1% del gasto en salud y responde por el 10% del gasto en condiciones con riesgos modificables. La diabetes es la cuarta causa de muerte y discapacidad (años de vida ajustados por discapacidad, AVAD) en Colombia²⁵. La comparación con otros países de la región sugiere que Colombia es menos eficiente gestionando este gasto, junto con la enfermedad renal crónica. La enfermedad renal por su lado explica el 3% del gasto total.

La enfermedad respiratoria responde por el 26% del gasto en hospitalizaciones sensibles a la atención primaria, dentro de este capítulo, la

enfermedad respiratoria crónica explica el 14% del gasto en condiciones con factores modificables y el 3% del gasto total en salud.

Finalmente, **el cáncer absorbe el 7% del gasto total y el 26% del gasto con condiciones de riesgo modificables.** El cáncer de seno -la primera causa de muerte por cáncer en mujeres- genera el 16% del gasto por neoplasias, mientras que los cánceres de la sangre aportan el 18% (alrededor de 1% del gasto total).

En conjunto estas enfermedades responden por cerca al **18% del gasto total y el 22% de la carga de enfermedad de los años perdidos ajustados por discapacidad.**

Algunas de las acciones que podrían explorarse son:

- **Atender los factores de riesgo asociados a las cinco condiciones** prevenibles (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, enfermedad renal y cáncer) reduciendo el consumo de alcohol y del tabaco y promoviendo una dieta saludable (incluyendo el control del sodio y de los azúcares) y la actividad física. La OMS identifica 88 intervenciones costo-efectivas con evidencia sólida que permitirían reducir la carga de enfermedad por estas condiciones. Entre ellas se encuentran incrementar los impuestos sobre el tabaco y el alcohol, campañas educativas, etiquetado de alimentos y provisión de medicamentos para control de la hipertensión y la diabetes, y campañas de promoción, prevención y educación. La OMS estima que cada dólar invertido en estas intervenciones produciría un retorno de 7 dólares en beneficios económicos.
- **Profundizar la gestión de riesgo de las enfermedades de alto costo**, atando el pago al desempeño con consecuencias tangibles para las empresas administradoras del plan de beneficios que no cumplan con las metas acordadas. Se destaca la importancia de la captación temprana de hipertensos, personas con riesgo cardiovascular y personas con enfermedad renal en estadios tempranos.
- **Identificar las tecnologías y modelos de servicios más costo efectivos para su atención, incluidos los medicamentos.** Esto requiere reorganizar la atención, establecer mecanismos de pago alineados con metas explícitas de eficiencia del gasto y resultados en salud.
- **Mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria en salud** y promover el uso de los servicios de prevención. Ello requiere reorganizar los servicios de salud y modificar la distribución y administración de los recursos humanos en salud hacia el nivel primario.

4. Colombia debe continuar trabajando para asegurar que el gasto en medicamentos sea sostenible tenga una buena relación precio-valor, y que el país pague precios justos. El gasto en medicamentos (incluidos y no incluidos en el plan explícito) en Colombia absorbe un 19% del gasto total en salud, entre 4 y 7 puntos porcentuales por encima de la media de los países analizados. La participación de los medicamentos biológicos en el gasto -actualmente entre 21% y 35%- y seguirá creciendo debido a la innovación y el aumento de las enfermedades no transmisibles. Si bien Colombia ha logrado ahorros importantes mediante los esquemas de control de precios, existe evidencia de que otros países acceden a los mismos medicamentos por un menor precio. Para garantizar que el gasto en medicamentos es sostenible y no desplaza otras inversiones prioritarias será necesario explorar y adoptar nuevos mecanismos de control del gasto y de los precios.

Entre las acciones que se pueden adoptar están:

- **Hay un sinnúmero de estrategias para mejorar la relación precio-valor** de los medicamentos y será necesario adoptar una combinación de estas: regulación de precios, compras centralizadas o mancomunadas con otros países, definición de precio atado al valor terapéutico, licitaciones competitivas por el mercado para un solo producto, y acuerdos de riesgo compartido con los laboratorios, entre otras. Todas estas estrategias tienen el potencial de generar importantes ahorros. Sin desestimar los retos políticos y técnicos, la región de ALC se beneficiaría de mecanismos de compra

mancomunada, particularmente para medicamentos innovadores y de alto costo, y debe caminar en esa dirección. Un mercado más grande otorga un mayor poder de negociación y mejores precios, además facilita atraer competencia genérica y biosimilar.

- **El sistema colombiano de cobertura de medicamentos es particularmente retador** a la hora de racionalizar el gasto, pues los pacientes tienen derecho a cualquier medicamento si un médico tratante lo ordena, sin consideración al costo o al beneficio. El sistema de compras atomizadas, con cada EAPB negociando el precio del medicamento juega a favor del monopolio del medicamento. Visibilizar la relación costo-beneficio en términos de salud perdida o brechas de servicios esenciales no cubiertos, puede ser una herramienta para movilizar a los actores del sistema hacia un uso más racional. Colombia cuenta con un sistema naciente de evaluación de tecnologías, pero aún hay mucho camino por recorrer. En este sentido conviene evaluar cuales son las mejores estrategias para continuar promoviendo la evaluación de tecnologías sanitarias, y mecanismos explícitos para que sean tenidas en cuenta para las decisiones de cobertura de medicamentos, las decisiones clínicas, y la definición de precios.
- **El manejo de los medicamentos de alto costo puede ser dispensado en prestadores especializados registrados, como se hace**

por ejemplo en Uruguay, y el sistema de adquisición y suministro debe ser revisado para garantizar los precios más justos. Fomentar la práctica clínica con reglas claras para inicio y finalización del tratamiento, con apoyo de las comunidades científicas, también es indispensable. El país cuenta con un sistema de registro de formulación de medicamentos no incluidos en el PBS, pero no existe un mecanismo explícito para utilizar esta información en mejorar la eficiencia del gasto, por ejemplo, visibilizando ante las comunidades científicas los costos de oportunidad y las desviaciones de la práctica media.

- **Finalmente, conviene revisar los márgenes a lo largo de la cadena de distribución** con el fin de identificar en donde es posible lograr eficiencias en los márgenes de comercialización.

5. **Un requisito indispensable para diseñar políticas que aborden el gasto ineficiente es contar con información confiable y usable.** Colombia debe establecer un tablero de indicadores para monitorear el desperdicio y usar la información para actuar sobre las ineficiencias. Si bien Colombia cuenta con información que permite identificar áreas potenciales de ineficiencia, no cuenta con una estrategia institucionalizada para monitorear y actuar ante el desperdicio. El país debe avanzar en esta dirección.



TABLA A1
(1 de 2)

Homologación de fuentes de información de gasto en Colombia con el Sistema de Cuentas en Salud-Revisión 11 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Fuentes de información y rubros en bases de datos de Colombia		Homologación a nomenclatura del Sistema de Cuentas en Salud (OMS)	
Rubro en Información Colomb.	Fuente	Código	Rubro
Administración	Cuentas Satélites de Salud	HC.7	Administración
Prestación	Cuentas Satélites de Salud		
UPC			
Procedimientos	Base de datos de Suficiencia	HC.1, HC.2 y HC.4	Cuidado curativo y rehabilitación
Ambulatorio	Base de datos de Suficiencia	.1.2, .2.2, .4.2	Ambulatorio
Hospitalario	Base de datos de Suficiencia	.1.1, .2.1, .4.1	Hospitalario
Urgencias	Base de datos de Suficiencia		No hay partida en CNS, se distribuye entre ambulatorio y hospitalario
Día	No se reporta, no hay	1.2, 2.2, 4.2	Día
Domiciliarios	Base de datos de Suficiencia	1.4, 2.4, 3.4	Domiciliario
Cuidado de largo plazo	No se reporta, no hay	HC.3	Cuidado de largo plazo
Insumos	Base de datos de Suficiencia	HC.5	Medicamentos e insumos
Medicamentos	Base de datos de Suficiencia	HC.5	Medicamentos e insumos
NO UPC			
Procedimientos	Presupuestos máximos	HC.5	Medicamentos e insumos
Insumos	Presupuestos máximos	HC.5	Medicamentos e insumos
Medicamentos	Presupuestos máximos	HC.5	Medicamentos e insumos
Suplemento alimenticio	Presupuestos máximos	HC.5	Medicamentos e insumos
Soporte (transporte, acompañamiento, etc.)	Presupuestos máximos	HC.5	Medicamentos e insumos

TABLA A1
(2 de 2)**Homologación de fuentes de información de gasto en Colombia con el Sistema de Cuentas en Salud-Revisión 11 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**

Fuentes de información y rubros en bases de datos de Colombia		Homologación a nomenclatura del Sistema de Cuentas en Salud (OMS)	
Rubro en Información Colomb.	Fuente	Código	Rubro
Prevención individual	CSS	HC.6	Cuidado preventivo
Salud pública	CSS	HC.6	Cuidado preventivo

Estructura de CNS (OMS): HC.1 Cuidado Curativo, HC.2 Servicios de rehabilitación, HC.3 Cuidado de largo plazo, HC.4 Servicios ancilares, HC.5 Bienes médicos (medicamentos e insumos), HC.6 Cuidado preventivo; HC.7 Gastos de gobernanza y administración, HC.9 Otros servicios de salud





GLOSARIO

PIB	Producto Interno Bruto
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAC	Cuenta de Alto Costo
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10
CNSAP	Condiciones No Sensibles a la Atención Primaria
CSAP	Condiciones Sensibles a la Atención Primaria
CSS	Cuentas Satélites de Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
GPS	Gasto Público en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE/	Organización de Cooperación para el
OECD	Desarrollo Económico/Organization for Economic Cooperation and Development
OMS/	Organización Mundial de la Salud
WHO	
PB	Plan de Beneficios
PyP	Promoción y Prevención
SICODIS	El Sistema de Información y Consulta de Distribuciones de Recursos Territoriales
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
SGSSS	Sistema de Seguridad Social en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación

⁶ Esta fuente deja por fuera el gasto que hacen las entidades territoriales con recursos propios; esta información se recoge a través del formulario único territorial pero no se encuentra consolidada para el nivel nacional ni se audita para verificar su calidad o veracidad.

⁷ La frontera de eficiencia se mide, para cualquier nivel dado de insumos, como la producción de un país en relación con una frontera de eficiencia que establece el límite superior de la producción de los países. Por lo tanto, los países en la frontera de la eficiencia son considerados los más eficientes por su nivel de gasto en salud (Pinto Moreno-Sierra, 2018).

⁸ TRM Banco de la República a 12/31/2020, 1US\$=Col\$3.432.

⁹ En la base de datos del OCDE para Colombia sólo se reportan los servicios preventivos de carácter individual, no incluye el gasto realizado por el gobierno central ni las entidades territoriales de carácter colectivo, que según la metodología de Cuentas en Salud (versión 11) que utiliza la OCDE, forma parte de este rubro. Desafortunadamente, el rubro “gasto en salud pública” de la [Tabla 2](#) incluye entre las atenciones colectivas de salud pública acciones sobre los determinantes de salud que no forman parte de la partida de promoción y prevención según la metodología SSA. Por lo anterior podemos solo dar los límites superior e inferior del gasto en servicios de PyP: entre el 2,3% si no se incluye el gasto de las entidades territoriales y el 4,8% si este se cuenta.

¹⁰ Si bien los datos pueden no ser estrictamente comparables, la OCDE registra para el 2017 (único año disponible) un gasto administrativo en Colombia de 4,3%, no muy lejos del registrado en las Cuentas Satélites de Salud, y también muy por encima del promedio para la OECD.

¹¹ La base de datos de la OCDE “*Health Indicators*” no define las urgencias como un ámbito independiente, sino que las urgencias que terminan en una hospitalización se clasifican en atención hospitalaria y las urgencias que no generan una hospitalización se clasifican atención ambulatoria. Por esta razón se usa otra fuente para este análisis. Ver la nota metodológica que acompaña esta serie para detalles.

¹² Si la estimación se hace excluyendo el cuidado de largo plazo de la comparación, la posición relativa de Colombia no cambia significativamente.

¹³ Si bien existe un consenso en torno a la costo-efectividad de las intervenciones de promoción y prevención en la gran mayoría de los casos, no ocurre lo mismo con su carácter costo-ahorrador: la capacidad de liberar o generar recursos más allá de lo invertido (ver por ejemplo [NYT 2018](#), para evidencia de que no son ahorradoras y McDaid, D. (2018) para evidencia sobre lo contrario). Parte de la razón para este desacuerdo es que los resultados son, a diferencia de la evaluación de intervenciones de procedimientos o de medicamentos, muy sensibles al contexto. Por ejemplo, se ha comprobado que el tamizaje para consumo riesgoso de alcohol, seguida de una breve intervención por medio del sistema de salud, ahorra costes en 14 países de la UE y es muy costo-efectiva en otros 10; sin embargo, estas intervenciones no fueron costo-efectivas en cuatro países. Los resultados también dependen de si la perspectiva de análisis es el sistema de salud o el país, con mayor probabilidad de resultar costo-ahorradoras si se toma esta última perspectiva. Esto resalta la importancia de fortalecer y promover la evaluación económica de las acciones de promoción y prevención, en los contextos en donde serán aplicadas.



NOTAS

¹ Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud.

² Aguirre C. (2019) Tendencias de la jurisprudencia constitucional colombiana sobre exclusiones del plan de beneficios en salud Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. ISSN: 2390-0016 (En línea) / Vol. 49 / No. 130 / PP. 102 - 124 enero - junio 2019 / Universidad CES, Medellín, Colombia.

³ Las Cuentas Satélites de Salud (CSS) no incluyen el gasto en regímenes de aseguramiento especial, como fuerzas armadas y magisterio de profesores, entre otros, que representan menos de 1% del gasto. Las CSS sí incluyen el gasto no POS, incluido el otorgado por fallos de tutela y comités técnico-científicos.

⁴ La base de suficiencia captura 80% de los afiliados en el régimen contributivo y 40% de los del régimen subsidiado.

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social (2018). “Estructura del gasto en Salud Pública en Colombia”, Papeles en Salud, No. 17, noviembre de 2018. Documento en línea ISSN: 2500-8366.

¹⁴ Los capítulos CIE-10 incluidos son: I00-I99, J30-J98, E10-E14 y C00-C97.

¹⁵ Nota: el gasto hospitalario de las [figuras 12 y 13](#) no incluye el capítulo R en el CIE-10 “Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte”, que recoge con frecuencia problemas de clasificación o no reporte y que cubre el 12% del gasto hospitalario.

¹⁶ El gasto en diabetes y en enfermedad renal corresponde al gasto de todo el capítulo, que en su mayoría responde a estas dos enfermedades. Rao *et al.* (Op. Cit) estiman el gasto de aquellos países para los cuales no se contó con información observada. En las figuras solo se ilustran los países para los cuales existe información de gasto observado.

¹⁷ Fuente Health at a Glance: OECD indicators online <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b088de1d-en/index.html?itemId=/content/component/b088de1d-en>. La tasa para Colombia se calculó con información de la base de suficiencia, se excluye consulta por profesionales no médicos (terapias alternativas, odontología, optometría, enfermería, terapia física, fonoaudiología, ocupacional, psicología) y consultas por urgencias. Incluye consulta de primera vez, consulta de control y seguimiento e interconsulta. La OCDE registra para Colombia una tasa de 2.6 consultas por persona, con lo cual estaría por debajo de Chile y por encima de Costa Rica y de México, entre los países de ALC que cuentan con información.

¹⁸ En Colombia hay dos fuentes de información para estimar el gasto público en medicamentos. El SISMED que permite extraer todas las ventas de medicamentos realizadas en el país a agentes del sistema de salud por parte de los laboratorios. El SISMED solo registra el primer eslabón en la cadena de comercialización y no necesariamente incorpora los márgenes de comercialización en el resto de la cadena. La Base de Suficiencia, por otro lado, registra el gasto y las cantidades de medicamentos consumidos con cargo a la prima de aseguramiento. Finalmente, la base de presupuestos máximos captura la información de los medicamentos no incluidos en el plan explícito de beneficios explícito. Ver nota metodológica para construcción del gasto en medicamentos a partir de las fuentes mencionadas y la homologación de la información colombiana con las partidas del Sistema Internacional de Cuentas en Salud.

¹⁹ El gasto en medicamentos e insumos al que se hace referencia en la [sección 5](#), por ámbito de atención en la OCDE es alrededor de 19%, pero incluye insumos además de medicamentos. Si se excluyen insumos, el gasto está entre el 12% y el 15%.

²⁰ Fuente: IETS <https://www.iets.org.co/evaluaciones-economicas> consultado el 6 de febrero del 2022. El número de evaluaciones incluye 8 apreciaciones críticas de otros estudios.

²¹ La tabla resulta de la aplicación de un algoritmo de selección que parte de los diez medicamentos de mayor precio por paciente por año; a los diez medicamentos con costo por tratamiento moderado que son consumidos por un número significativo de pacientes y que por lo tanto están entre los diez de mayor impacto presupuestal; y a aquellos que cumplen con ambas condiciones. El gasto total en medicamentos se obtuvo de SISMED; los pacientes y el gasto por año de los quince medicamentos listados se obtuvo de la base de presupuestos máximos y de la base de suficiencia. Algunos de estos medicamentos fueron incluidos en el 2021 en el plan explícito.

²² Se excluyeron medicamentos de muy bajo costo unitario como los vendidos sin receta pero que por su alto nivel de consumo están entre los que mayor presupuesto absorben como paracetamol (acetaminofén), ibuprofeno, ácido acetilsalicílico (aspirina), etc.

²³ Palacio *et. al* encuentran que tras a incorporación de 1.877 medicamentos al régimen de control directo, que a nivel de ventas corresponden al 23% del total de ventas de medicamentos en el canal institucional; se dio un ahorro estimado de COP 5,5 billones en los últimos seis años. En particular, desde la expedición de la Circular 03 de 2013, los precios del universo de medicamentos que se encuentran regulados bajo la metodología de la Circular presentaron una disminución anual del 0,3% de acuerdo con el índice de Fisher.

²⁴ Institute of Health Metrics Evaluation (IHME) data, disponible en <https://www.healthdata.org/colombia?language=149>.

²⁵ IHME, Op. Cit.



BIBLIOGRAFÍA

1. Rao, K., et al., *Future Health Spending in Latin America and the Caribbean – Health Expenditure Projections & Scenario Analysis 2021*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and IADB.
2. OECD, *Tackling Wasteful Spending on Health*. 2017, Paris: OECD Publishing.
3. Pinto, D., et al., *Efficient Spending for Healthier Lives*. Inter-American Development Bank, Flagship Report, 2018.
4. Ministerio de Salud y Protección Social *Estructura del gasto en salud pública en Colombia*. Papeles en Salud, 2018.
5. Gmeinder, M., D. Morgan, and M. Mueller, *How much do OECD countries spend on prevention?* 2017.
6. OECD, *Health expenditure indicators*. 2014.
7. OCDE, International Bank of Reconstruction and Development, and World Bank, *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*. 2020.
8. Berchet, c. *Emergency Care Services. Trends Drivers and Interventions to manage the demand*. OECD Health Working Papers, 2015. No. 83.
9. Rodríguez-García, J., *Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria en salud: El caso de Colombia*. 2012, Banco Interamericano de Desarrollo.
10. Guanais, F.C., R. Gómez-Suárez, and L. Pinzón, *Series of Avoidable Hospitalizations and Strengthening Primary Health Care. Primary Care Effectiveness and the Extent of Avoidable Hospitalizations in Latin America and the Caribbean*, 2012.
11. World Health Organization, *Enfermedades no transmisibles*, WHO, Editor. 2022.
12. World Health Organization, *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. 2017, World Health Organization: Geneva.
13. IQVIA, *Drug expenditure dynamics 1995-2020: Understanding medicine spending in context*. 2021.



<https://criteria.iadb.org/es>

