



SALUD



Salud y educación primaria. Puesto entre 137 países [1 indica el país con mejor desempeño en salud y educación primaria].

Nota: El pilar de salud y educación primaria incluye 10 indicadores, de los cuales 8 corresponden a indicadores relacionados con salud.

Fuente: WEF [2017].



PERFIL DE COLOMBIA EN MATERIA DE SALUD

2017-2018

INFORME NACIONAL DE COMPETITIVIDAD

Tema	Indicador	Valor Colombia 2017	Ranking en América Latina 2017	Mejor país en América Latina 2017 (valor)	Fuente
Salud y productividad	Impacto de los problemas de salud sobre las empresas ¹	3,7	6 de 7	Chile (6,3)	IMD
	Número de médicos (por cada 1.000 personas) ²	1,6	8 de 15	Argentina (3,8)	Organización Mundial de la Salud
Calidad y acceso	Expectativa de vida al nacer (años) ³	74,2	12 de 18	Chile (81,8)	Banco Mundial
	Tasa de mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacimientos) ³	14	8 de 18	Chile (7)	Banco Mundial
	Tasa de mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacimientos)	64	8 de 18	Uruguay (15)	Banco Mundial
	Infraestructura de salud ⁴	2,4	5 de 7	Argentina (4,9)	IMD
Gasto en salud	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares) ⁵	15,4 %	1 de 18	Colombia (15,4 %)	Organización Mundial de la Salud

Nota: 1/ Entre 0 y 10, donde 10 representa el menor impacto. 2/ Información más reciente disponible entre 2011 y 2014. 3/ Información correspondiente al año 2015. 4/ Entre 0 y 10, donde 10 representa el mejor desempeño. 5/ Información correspondiente al año 2014.

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD



La eficiencia del sistema de salud es una de las condiciones básicas para la competitividad de un país. Por un lado, la salud de la población es un determinante de la productividad del capital humano y, por ende, tiene un efecto central sobre el desempeño económico. Por otro, los gastos asociados al sistema de salud pueden impactar considerablemente el crecimiento de los países ya que representan una proporción importante del producto interno bruto (PIB). Así por ejemplo, en Colombia el gasto en salud representó el 7,2 % del PIB en 2014 –un porcentaje similar al del promedio de América Latina–. También en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) el gasto en salud ha alcanzado una magnitud elevada, de tal manera que el crecimiento del gasto sanitario ha excedido el crecimiento de la economía durante los últimos cincuenta años (Foro Económico Mundial, 2015).

En Colombia, los últimos veinte años han traído cambios fundamentales al sistema de salud: se consiguió un incremento extraordinario en la cobertura del servi-

cio, pues mientras veinte años atrás solo el 51 % de la población contaba con aseguramiento en salud, para 2016 la cobertura ascendió al 96 % (Fosyga). Sin embargo, el sistema no ha avanzado a la par en materia de calidad y acceso, por lo cual, en la práctica, el uso de los servicios médicos se ve restringido y se genera pérdida de confianza por parte de los usuarios. Adicionalmente, la conjunción de factores como la presión demográfica, la complejidad del flujo de recursos y la ausencia de un adecuado ejercicio de las labores de vigilancia y control, ponen en peligro la sostenibilidad financiera del sistema.

En este contexto, el presente capítulo analiza el sistema de salud colombiano en tres dimensiones: impacto de la salud sobre la productividad de las empresas, calidad y acceso a la salud y sostenibilidad financiera del sistema. Para cada una de estas dimensiones se hacen recomendaciones puntuales en términos de acciones públicas, privadas, regulatorias y de coordinación público-privada, que se dirigen a consolidar un sistema de salud que contribuya a la competitividad del país.

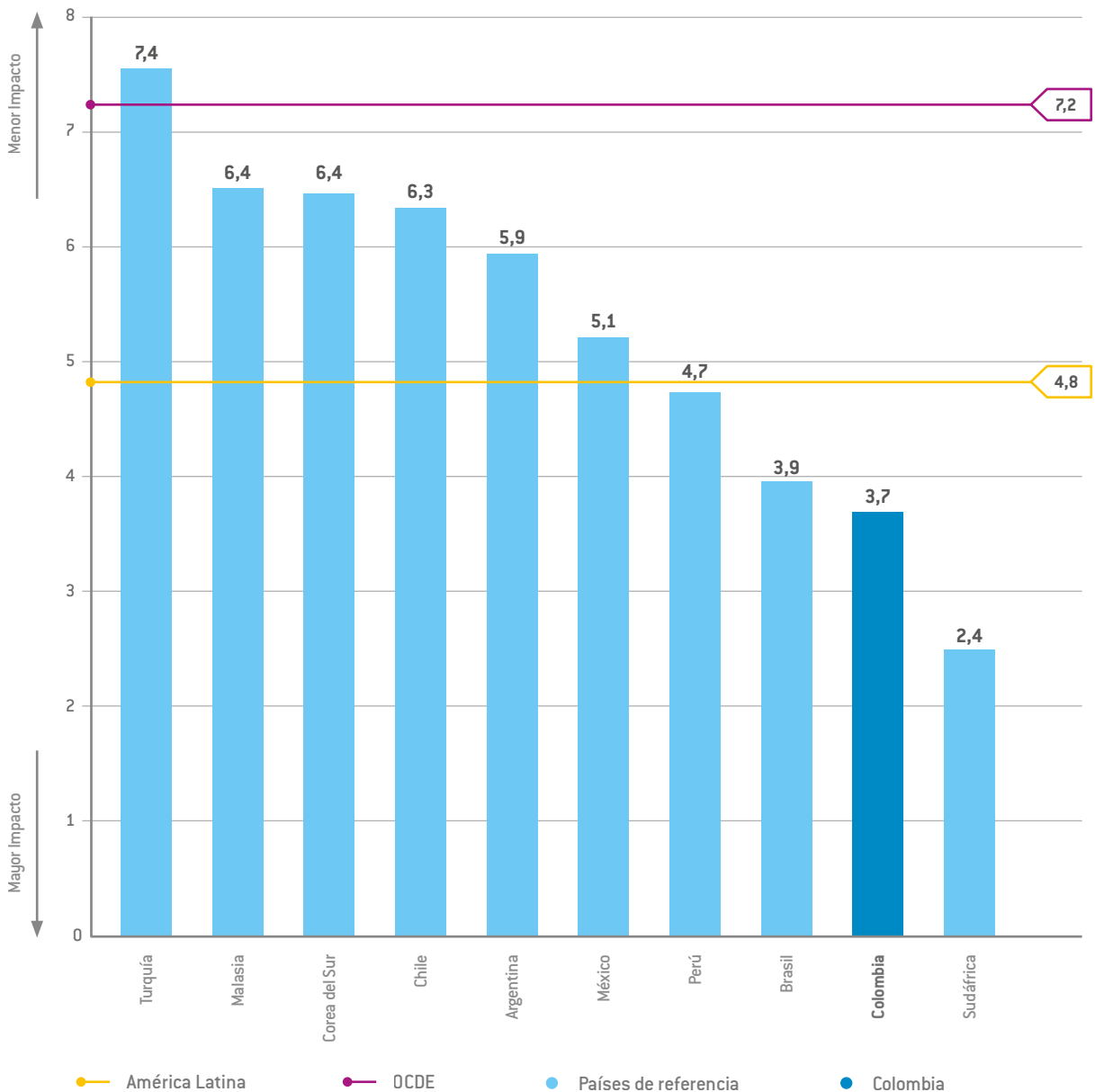


SALUD Y PRODUCTIVIDAD

En Colombia, los empresarios perciben que los problemas de salud tienen un alto impacto sobre las firmas, según se desprende de los resultados de la Encuesta de Opinión Empresarial del *Institute for Management Development* (IMD)¹.

Al comparar la misma percepción con países de referencia, se observa que en el resto de América Latina y países como Turquía y Malasia el impacto que advierten los empresarios es considerablemente menor, como lo muestra el Gráfico 1.

Gráfico 1. Impacto de los problemas de salud sobre las empresas. Colombia y países de referencia, 2016



Nota: Entre 0 y 10, donde 10 representa un impacto poco significativo sobre las empresas.

Fuente: *Institute for Management Development*.

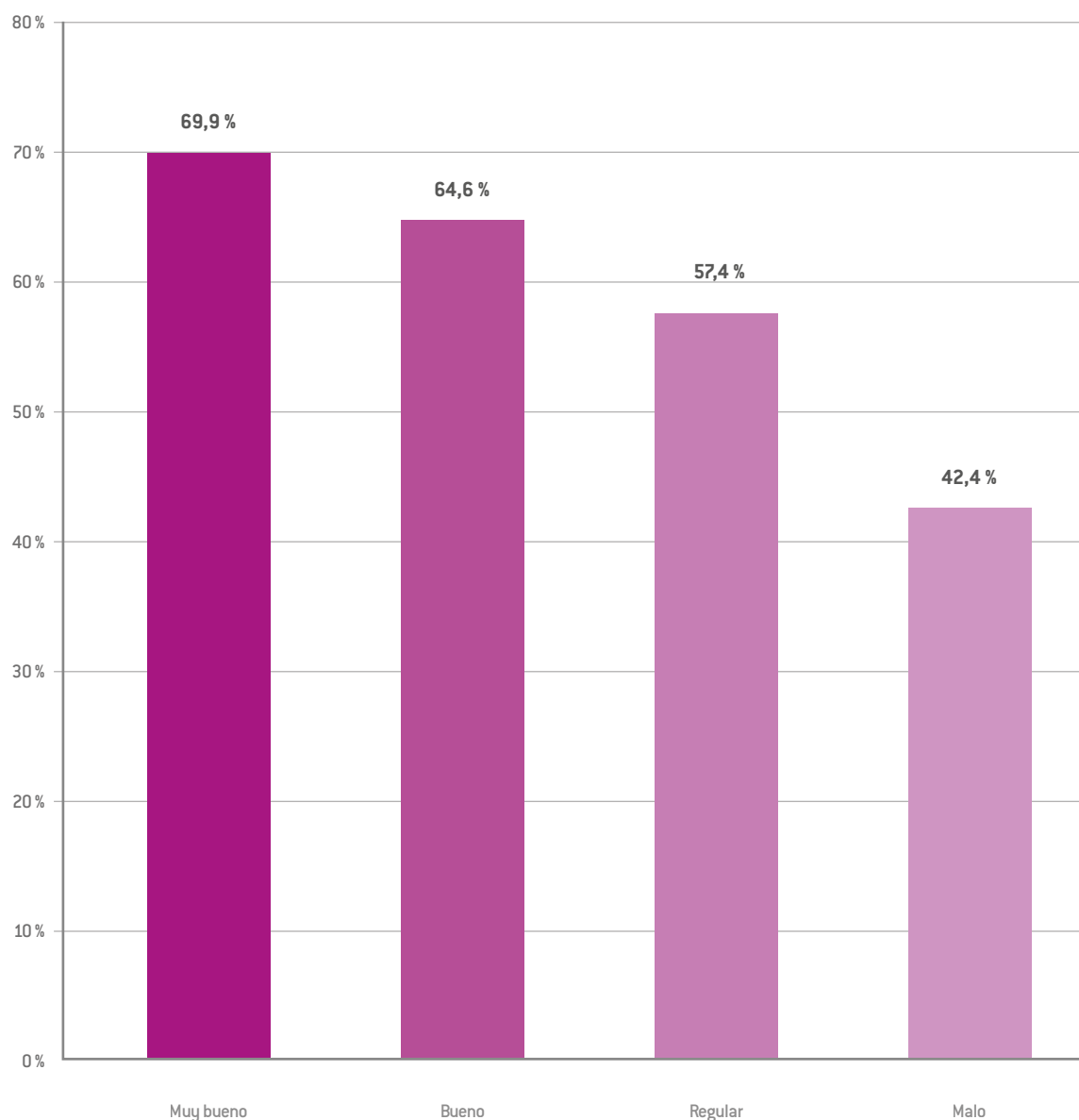
SALUD Y PRODUCTIVIDAD



La reducción en la participación laboral es uno de los canales a través de los cuales una situación deficiente de salud afecta el desempeño económico. Para el caso colombiano, la Encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE muestra que, durante 2016, siete de cada diez personas

reportadas en la categoría 'estado de salud muy bueno' decidieron trabajar o buscar trabajo. En el otro extremo, si las personas se reportaban en la categoría 'estado de salud malo', esta cifra se reducía a solo cuatro de cada diez personas (Gráfico 2).

Gráfico 2. Participación laboral según estado de salud. Colombia, 2016



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2016). Cálculos: Consejo Privado de Competitividad.

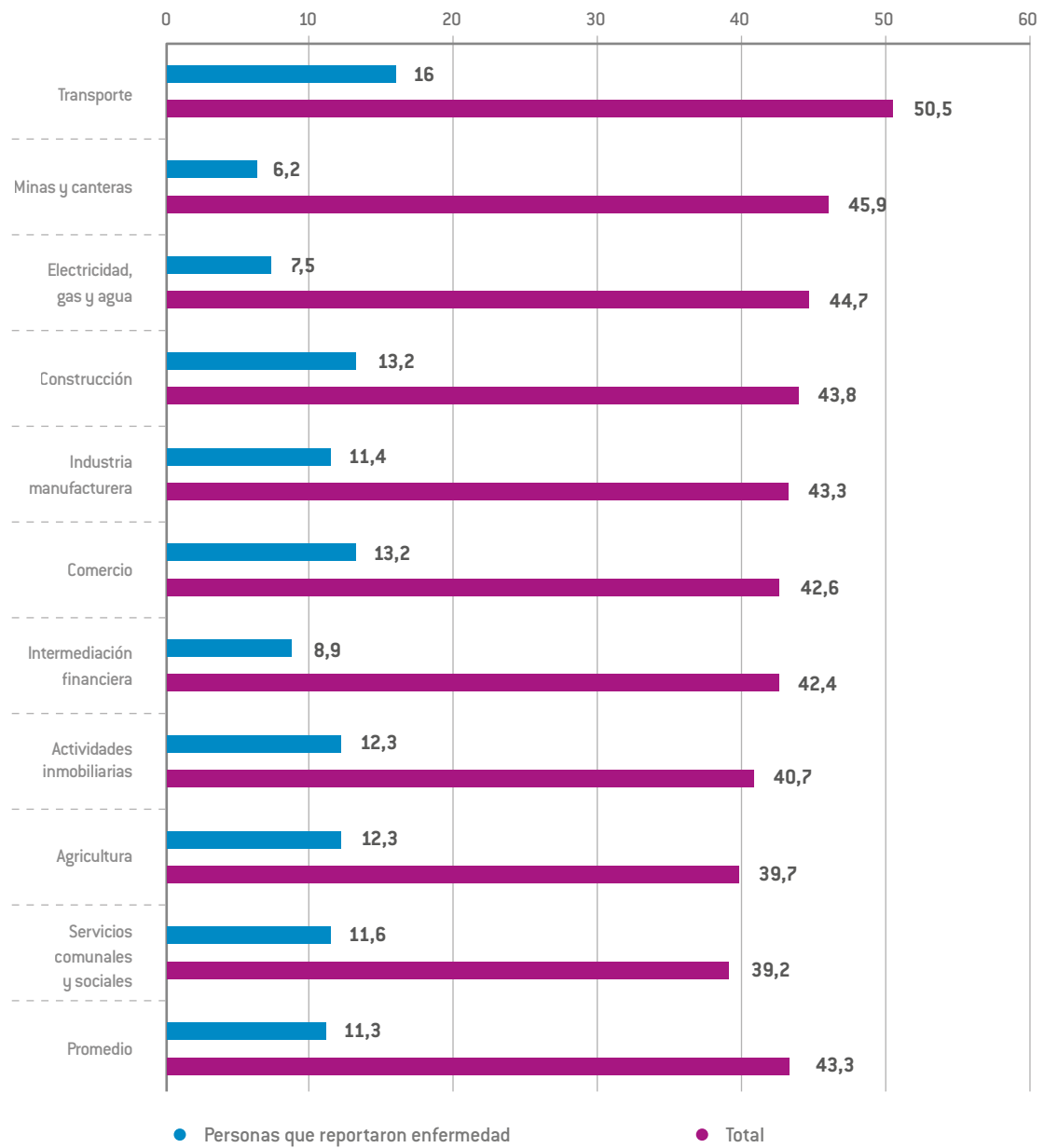


SALUD Y PRODUCTIVIDAD

Además de ver afectada su participación en el mercado laboral, las personas que declaran problemas de salud evidencian una disminución significativa en el número de horas trabajadas. En 2016, aquellos que manifestaron estar enfermos trabajaron aproximadamente una cuarta parte de la cantidad de horas

trabajadas en promedio [11,2 horas a la semana en promedio vs. 43,3 horas de aquellos que no reportaron enfermedad]. Si se supone que la producción de cada trabajador es igual a su salario, la reducción en el número de horas trabajadas se puede valorar en \$392 mil millones por mes o 0,5 % del PIB².

Gráfico 3. Horas trabajadas por rama de actividad (promedio semanal). Colombia, 2016



Fuente: Gran Encuesta Integrada de Hogares. Cálculos: Consejo Privado de Competitividad.



RECOMENDACIONES

El diagnóstico anterior muestra algunos de los impactos de los problemas de salud sobre el desempeño de las empresas y, por ende, que afectan la competitividad. A continuación, se ofrecen algunas recomendaciones que apuntan a conseguir un sistema de salud más eficiente y efectivo, que pueda mitigar los efectos negativos de los problemas de salud sobre la productividad y la competitividad del país. Debido a su relación directa con la calidad del capital humano, un sistema adecuado de salud es clave para lograr la meta de ser uno de los tres países más competitivos de América Latina en 2032.

Acción regulatoria. Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical.

La integración vertical entre aseguradores (entidades promotoras de salud, EPS) y prestadores de salud puede traer consigo efectos positivos como la reducción de los costos en las transacciones y la mayor capacidad de negociar precios, ya que las EPS integradas tienen mayor conocimiento sobre los costos de los prestadores de salud integrados y pueden obtener menores precios. Sin embargo, estas ventajas no necesariamente se trasladan a los usuarios de los servicios de salud. Por el contrario, dicha integración puede traer consecuencias negativas en términos de competencia para el sistema ya que: a) incrementa los costos de los competidores que no adoptan este modelo; b) permite la existencia de contratos de exclusividad entre EPS y prestadores, lo cual desincentiva mejoras en calidad y amplía el poder de mercado de los actores que llevan a cabo esta práctica [Bardey y Buitrago, 2016; OCDE, 2015]; y c) favorece la existencia de estructuras organizacionales complejas, lo que dificulta la vigilancia y control del sistema.

El límite vigente lo fijó la Ley 1122/2007 que establece que las EPS no pueden contratar más del 30 % del valor del gasto en salud con sus propias instituciones prestadoras de salud (IPS) (directamente o a través de terceros). Sin embargo, verificar este límite se hace casi imposible, ya que el valor de los contratos es una información reservada para las EPS [Bardey y Buitrago, 2016].

Acción pública. Fortalecer las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.

La complejidad del flujo de recursos del sistema de salud hace que la tarea de vigilancia sea especialmente importante. Esto requiere dotar a la Superintendencia Nacional de Salud de capacidades técnicas, financieras y sancionatorias suficientes, de manera que se convierta en un ente efectivo de control. Actualmente, la capacidad de investigar se restringe por la limitada capacidad técnica, la insuficiente facultad para imponer medidas sancionatorias y la cantidad de entes sujetos de vigilancia y control (la Superintendencia ejerce estas labores sobre todas las EPS, las IPS habilitadas y las entidades territoriales).

Así mismo, es necesario delimitar sus funciones de vigilancia, pues en muchos casos estas se superponen con las de las entidades territoriales, lo cual va en detrimento de su autonomía. En los últimos años, se han logrado avances parciales con la expedición de los Decretos 2462 y 2463 de 2013 que buscaron mejorar organizacionalmente la Superintendencia, pero aún falta fortalecer las capacidades sancionatorias y de capital humano de la entidad, de modo que las labores de vigilancia y control tengan los efectos deseados.

Acción regulatoria. Establecer un periodo fijo para el superintendente de Salud.

En línea con la recomendación anterior, fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud también requiere blindar la entidad contra el clientelismo, para lo cual es clave asegurar que el nombramiento del superintendente de Salud se aísle del ciclo político. En ese sentido, se recomienda establecer un periodo fijo para el superintendente, en especial luego de que el Decreto 1817/2015 implantara un periodo fijo para el superintendente de Industria y Comercio, el superintendente Financiero y el superintendente de Sociedades, pero no incluyera al superintendente de Salud. El establecimiento de un periodo fijo no solo establecería las mismas reglas para todas las superintendencias, sino que seguiría las recomendaciones de la OCDE al respecto.



SALUD Y PRODUCTIVIDAD

2017-2018

INFORME NACIONAL DE COMPETITIVIDAD

Además, es importante monitorear la calidad de la gerencia de los hospitales públicos en vista de que la Ley 1797/2016 delegó su nombramiento a los alcaldes y gobernadores. Aunque la medida se tomó en respuesta a casos de corrupción registrados en el proceso de nombramiento previamente en vigencia, esta situación introduce un riesgo de clientelismo que debe ser monitoreado.

Acción pública. Reemplazar los aportes a la nómina como fuente de financiación del sistema de salud.

Se considera importante desligar la financiación del sistema de los ingresos laborales, ya que los elevados niveles de informalidad hacen que la proporción de población que contribuye a través de su salario sea limitada. Así mismo, el envejecimiento de la población implica que la población trabajadora será cada vez menor, al tiempo que los costos asociados a una población mayor se incrementan. Además, es conveniente minimizar las distorsiones asociadas a las cargas a la nómina, en particular, los incentivos a la informalidad laboral.

Debe tenerse en cuenta que la reforma tributaria de 2012 avanzó en este sentido, eliminando parcialmente los aportes que realizan los empleadores por concepto de

salud e impuestos parafiscales (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje) a los trabajadores con salarios inferiores a diez SMMLV. La reforma tributaria de 2016 también dispuso la destinación específica para la salud de 0,5 puntos del recaudo del IVA, así como de la totalidad del recaudo por concepto del monotributo (véase capítulo Sistema tributario).

Es importante notar que una reducción de los impuestos a la nómina traería consigo un desajuste fiscal, y para mitigar este efecto sería necesario reemplazar tales impuestos. El monto que se requeriría reemplazar corresponde a los recursos provenientes de las cotizaciones salariales del Régimen Contributivo, que actualmente ascienden a \$MM 12.387, lo que equivale al 35 % del total de recursos que financian el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Además de estos costos no salariales, es necesario continuar moderando el impacto generado por otros rubros como las incapacidades laborales que generan cargas para las empresas. Al respecto, la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF) estimó que los costos por incapacidades pueden ascender al 0,1 % de la nómina (ANIF, 2015).

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD



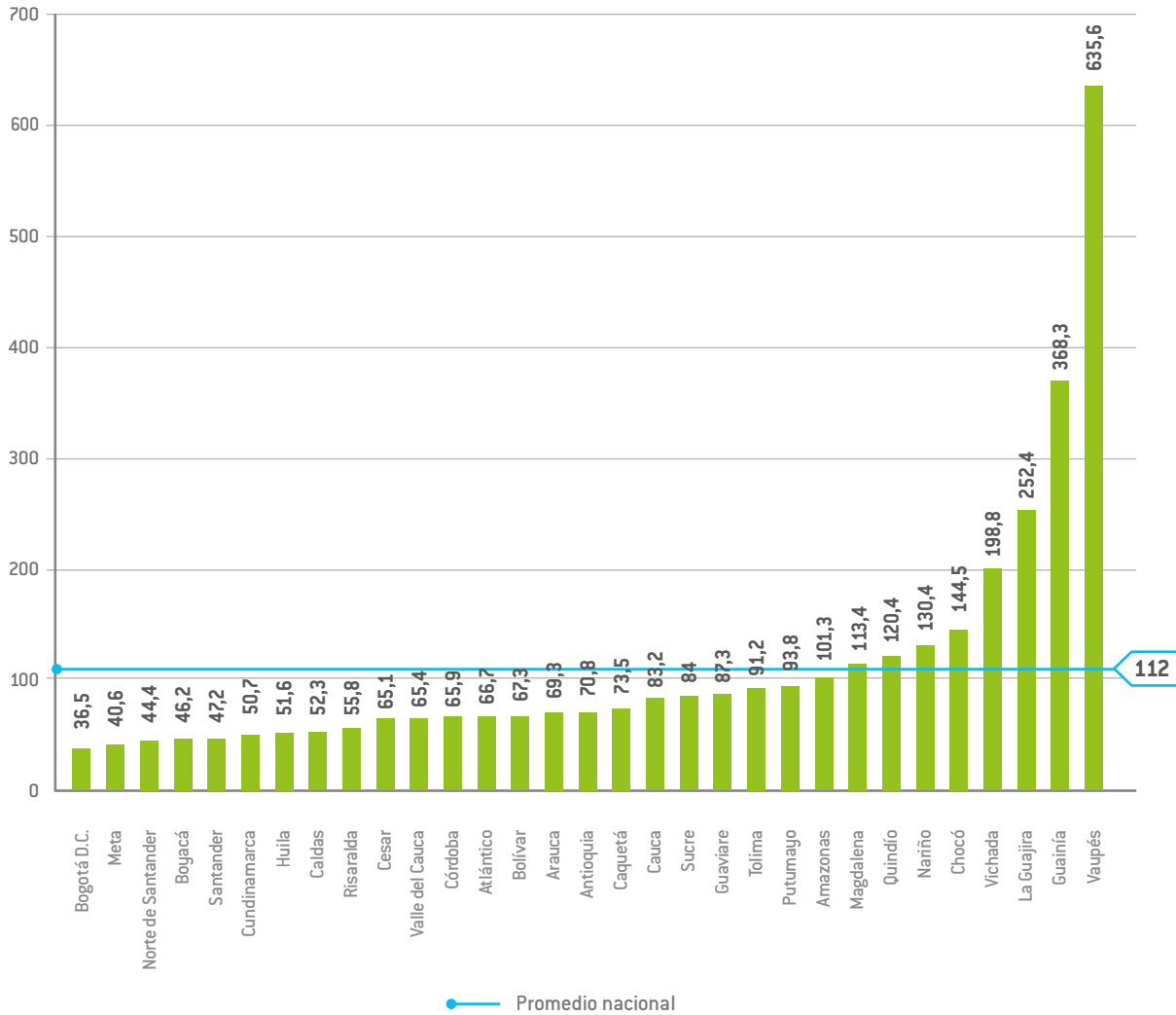
CALIDAD Y ACCESO

INDICADORES DE SALUD

El aumento en cobertura que se presentó desde comienzos de los años noventa estuvo acompañado de mejoras en los indicadores de salud. Así, en los últimos 25 años la expectativa de vida al nacer se incrementó 6 años (al pasar de 68 años en 1990 a 74,2 años en 2015), al tiempo que la tasa de mortalidad infantil se redujo a la mitad (pasando de 28 a 14 muertes por cada 1.000 nacimientos). Sin embargo, existe una gran heterogeneidad regional en materia de resultados

en salud. A manera de ejemplo, en el Gráfico 4 se observa que en departamentos como Meta y Norte de Santander la tasa de mortalidad materna es muy inferior a la media nacional (40,6 y 44,4 respectivamente), mientras en Guainía este indicador asciende a 368,3 y en Vaupés a 635,6 muertes por cada 100.000 nacimientos. Estas últimas cifras son comparables a las de países como Kenia y Zimbabue (362 y 651 muertes maternas respectivamente)³.

Gráfico 4. Mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacimientos). Colombia, 2016



Fuente: DANE.



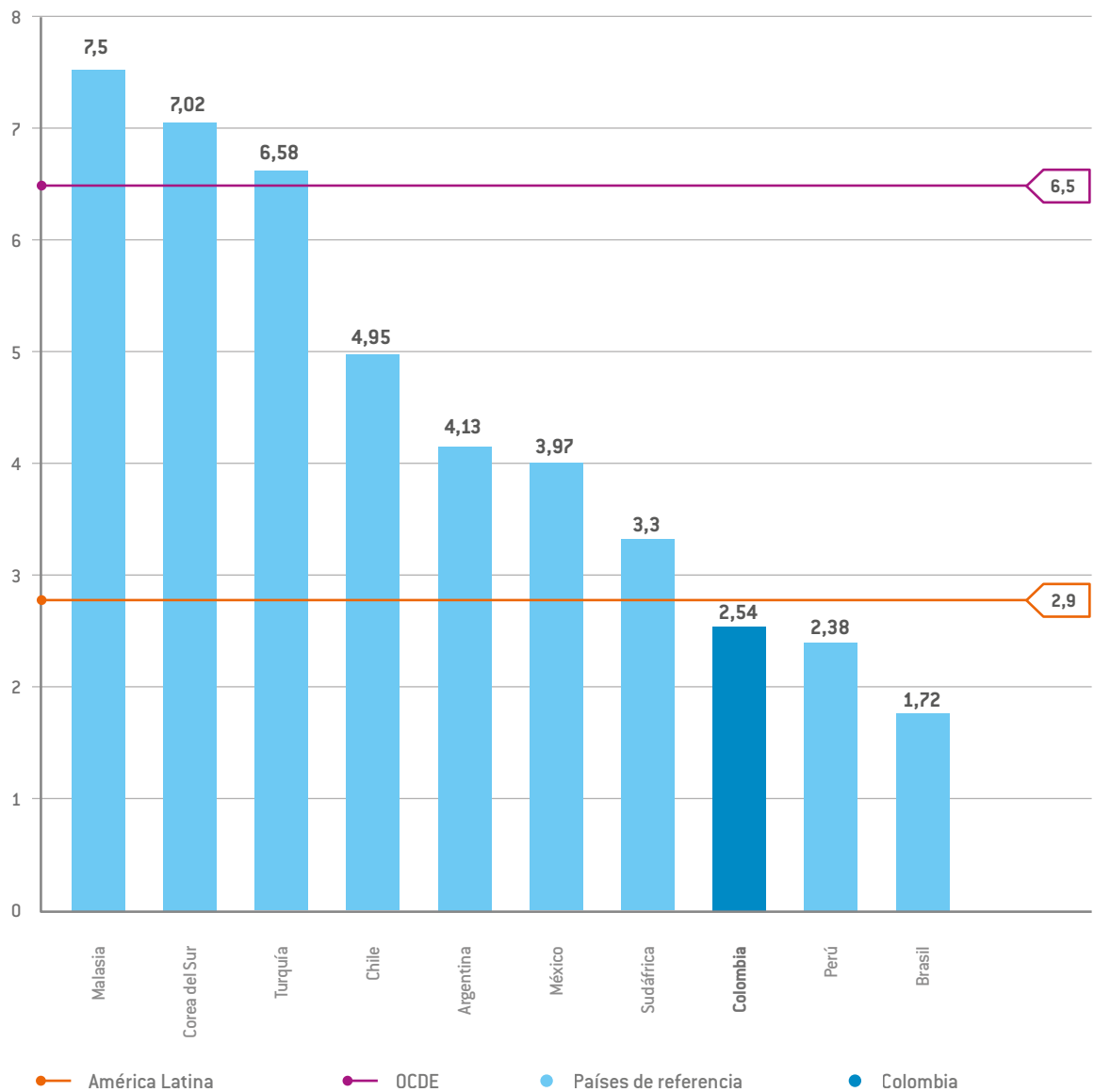
CALIDAD Y ACCESO

INFRAESTRUCTURA EN SALUD

Los líderes empresariales del país consideran que la calidad de la infraestructura en salud es insuficiente para cubrir las necesidades de la sociedad, como se evidencia en la Encuesta de Opinión Empresarial del IMD. En este

aspecto Colombia no solo se sitúa por debajo del promedio latinoamericano, sino que también es superado ampliamente por países de referencia como Chile, Argentina y México (Gráfico 5).

Gráfico 5. Infraestructura en salud. Colombia y países de referencia, 2016



Nota: Entre 0 y 10, donde 10 representa el mejor desempeño.

Fuente: Institute for Management Development.

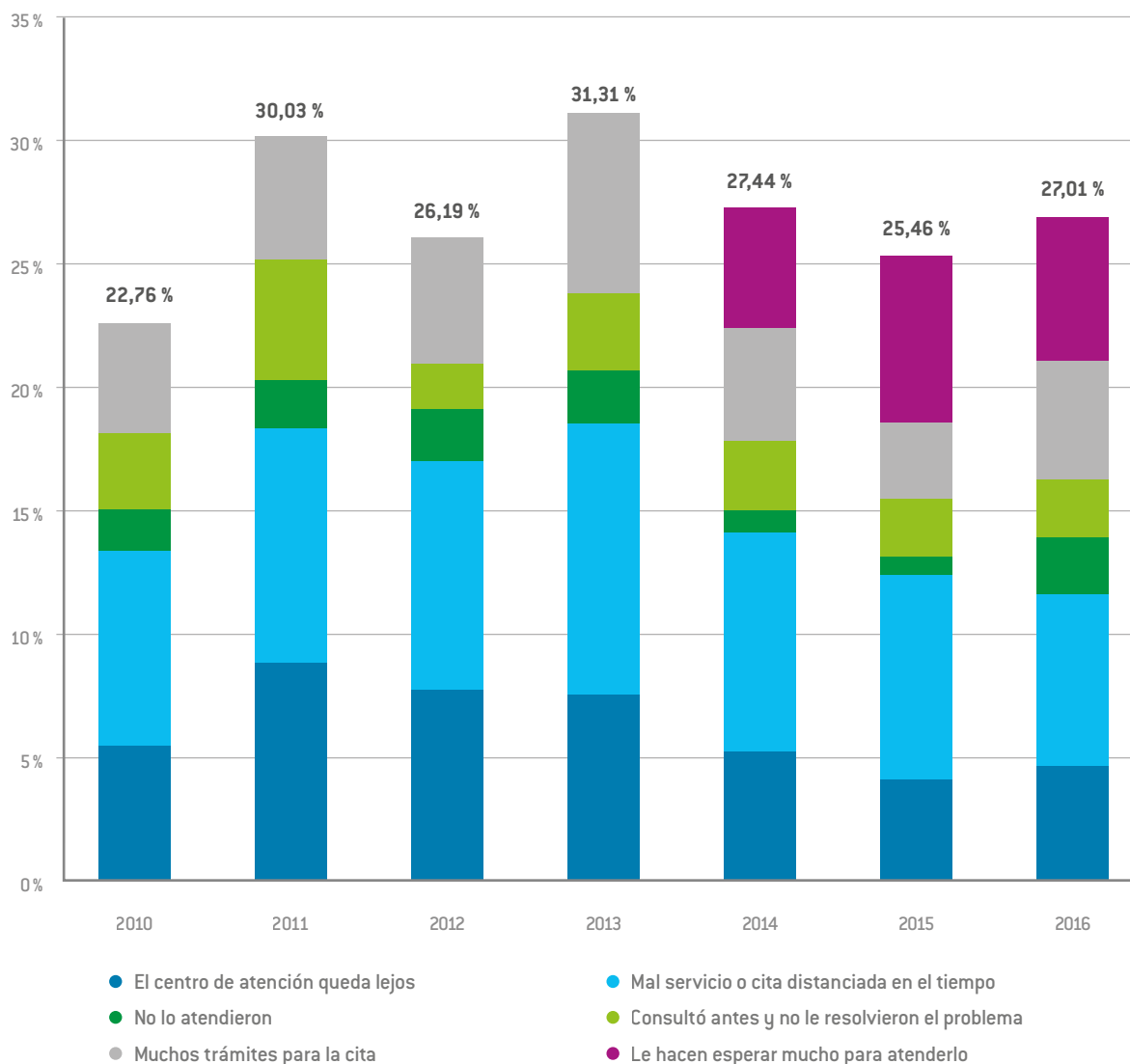


ACCESO A SALUD

Uno de los principales retos del sistema de salud es garantizar el acceso efectivo a los servicios, ya que las barreras que impiden su uso siguen siendo muy altas en la práctica. Las barreras de oferta, es decir, aquellas atribuibles al prestador de los servicios y no a los usuarios, permanecen en niveles

elevados. Como muestra el Gráfico 6, durante el año 2016 el 27 % de las personas con problemas de salud no recibió atención médica debido a este tipo de obstáculos. Las razones más prevalentes son las citas distanciadas en el tiempo, los trámites excesivos y los tiempos de espera para la atención.

Gráfico 6. Porcentaje de personas con problemas de salud que no solicita o no recibe atención médica debido a barreras de oferta. Colombia, 2010–2016



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2016). Cálculos: Consejo Privado de Competitividad.



CALIDAD Y ACCESO

RECOMENDACIONES

Acción pública. Introducir un pago por desempeño para las EPS.

La remuneración actual de las EPS está dada por la Unidad de Pago por Capitación, valor anual que paga el Estado por cada uno de los afiliados al sistema de salud. Este pago no incluye consideraciones de calidad o desempeño. La ausencia de incentivos al desempeño de las EPS puede incluso estar desestimulando los avances en calidad, pues conseguir mejoras en esta materia puede implicar un aumento en los gastos y, por lo tanto, una reducción en el margen de ganancia por afiliado [Bardey, 2015].

Al respecto, se recomienda introducir un pago de dos componentes para las EPS: un componente fijo por afiliado y un componente variable que dependería del cumplimiento de indicadores de calidad. Estos indicadores de calidad podrían tomar como base el nuevo Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (véase siguiente recomendación).

Coordinación público-privada. Promover el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud.

El Consejo Privado de Competitividad [CPC] recomendó en informes anteriores el establecimiento de un sistema de indicadores de desempeño para las EPS que incluya métricas de desempeño para las barreras de acceso identificadas, en particular, para aquellas más prevalentes como los tiempos de espera o la oportunidad de las citas. En línea con esta recomendación, el Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha en 2016 el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud, una herramienta que reúne diversos indicadores relacionados con la calidad de los servicios de salud.

El Observatorio contiene información extensa en áreas como efectividad, experiencia de la atención y seguridad; y pre-

senta información desagregada para el ámbito regional, por lo cual tiene un enorme potencial en la medición de los resultados de calidad de las EPS y los prestadores de los servicios de salud. Es importante reconocer este instrumento como un progreso significativo para la promoción de servicios de calidad, y por eso el CPC considera fundamental difundir la existencia del Observatorio y fomentar su uso entre los usuarios.

Un paso adicional que podría dar el Observatorio sería incluir una serie de indicadores de promoción y prevención, de manera que se visibilice la relevancia de estas áreas en el desempeño y sostenibilidad del sistema, y se comience a incentivar al mismo para que modifique su servicio más allá del enfoque asistencial que prevalece actualmente. La medición de la calidad y de las estrategias de promoción y prevención puede ser una forma efectiva de que las EPS asuman con fuerza su rol de aseguradoras en el sistema de salud.

Acción pública. Extender servicios de telesalud.

La provisión de servicios de salud a distancia a través del uso de tecnologías de la información y la comunicación conlleva beneficios importantes: a) para el paciente, al evitar desplazamientos y garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos; b) para el médico, ya que la utilización de tecnologías de la información mejora la toma de decisiones y disminuye la variabilidad en el diagnóstico; y c) para las instituciones, pues se favorece una mayor cobertura y oportunidad en el servicio y se reducen los costos. El CPC recomienda extender esta herramienta de prestación de servicios de salud, con especial énfasis en las zonas geográficamente apartadas o en aquellas con limitada oferta. La extensión de los servicios de telesalud requiere la simplificación de los requerimientos regulatorios para facilitar su establecimiento.

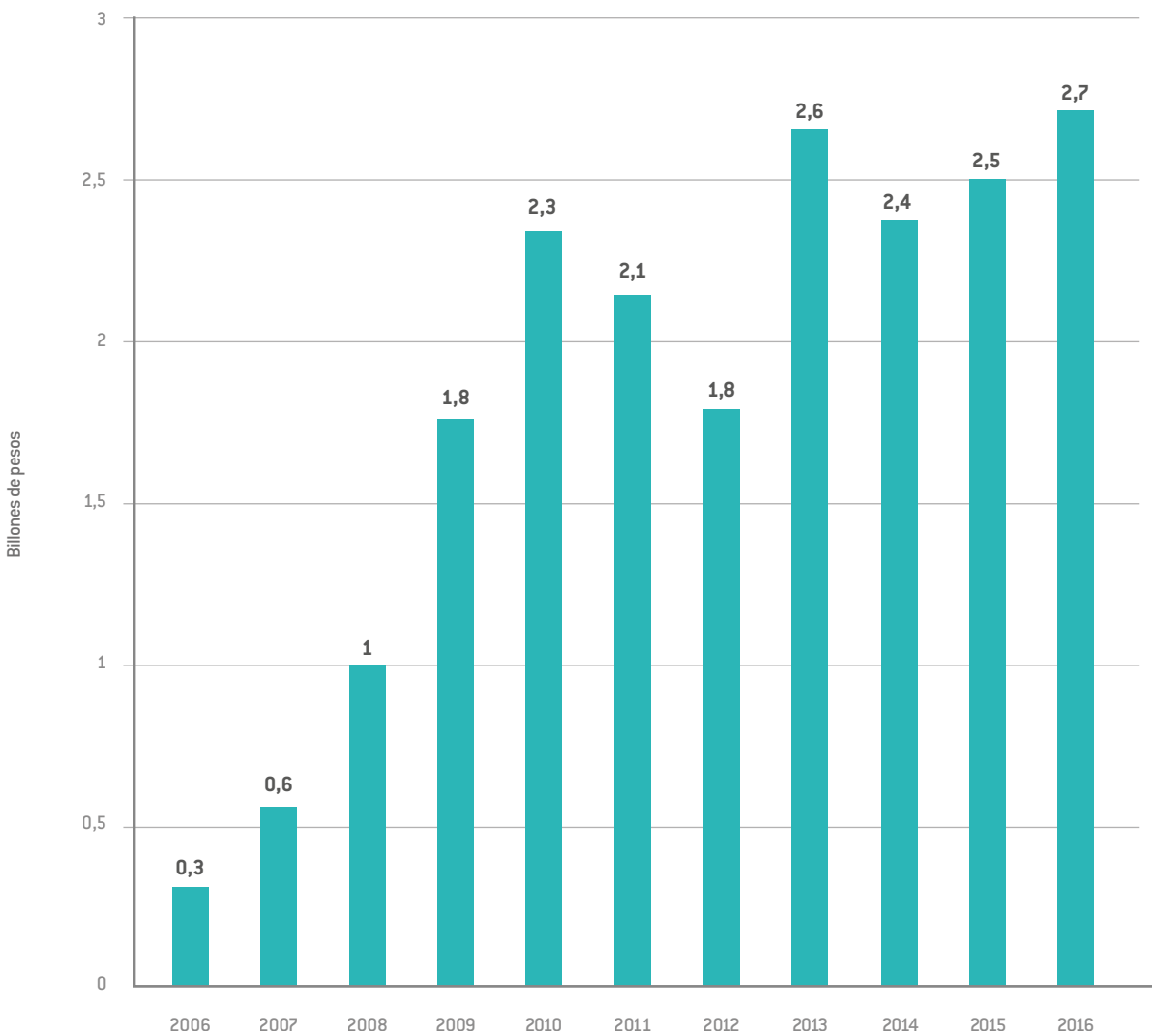


SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Hasta la entrada en vigor de la Ley Estatutaria de Salud⁴, el plan de beneficios estaba delimitado por una lista explícita de procedimientos y medicamentos, aunque en la práctica se había visto ampliado implícitamente a través de acciones de tutela y decisiones de los comités técnico-científicos. El rubro correspondiente a estos gastos creció exponencialmente a partir del año 2007 hasta convertirse en un factor

de riesgo para la sostenibilidad del sistema. Dado que la Ley Estatutaria de Salud contempla un plan de beneficios amplio en el que solo determinadas exclusiones aplican⁵, se espera que la figura de los recobros desaparezca, si bien el sistema de salud continúa financiando estos gastos mediante la herramienta Mipres⁶ de acuerdo con lo que establece la Ley Estatutaria que señala la salud como un derecho fundamental⁷.

Gráfico 7. Recobros por gastos en procedimientos y medicamentos no incluidos en el plan obligatorio de salud (billones de pesos). Colombia, 2006–2016



Fuente: Minhacienda con información de Fosyga.

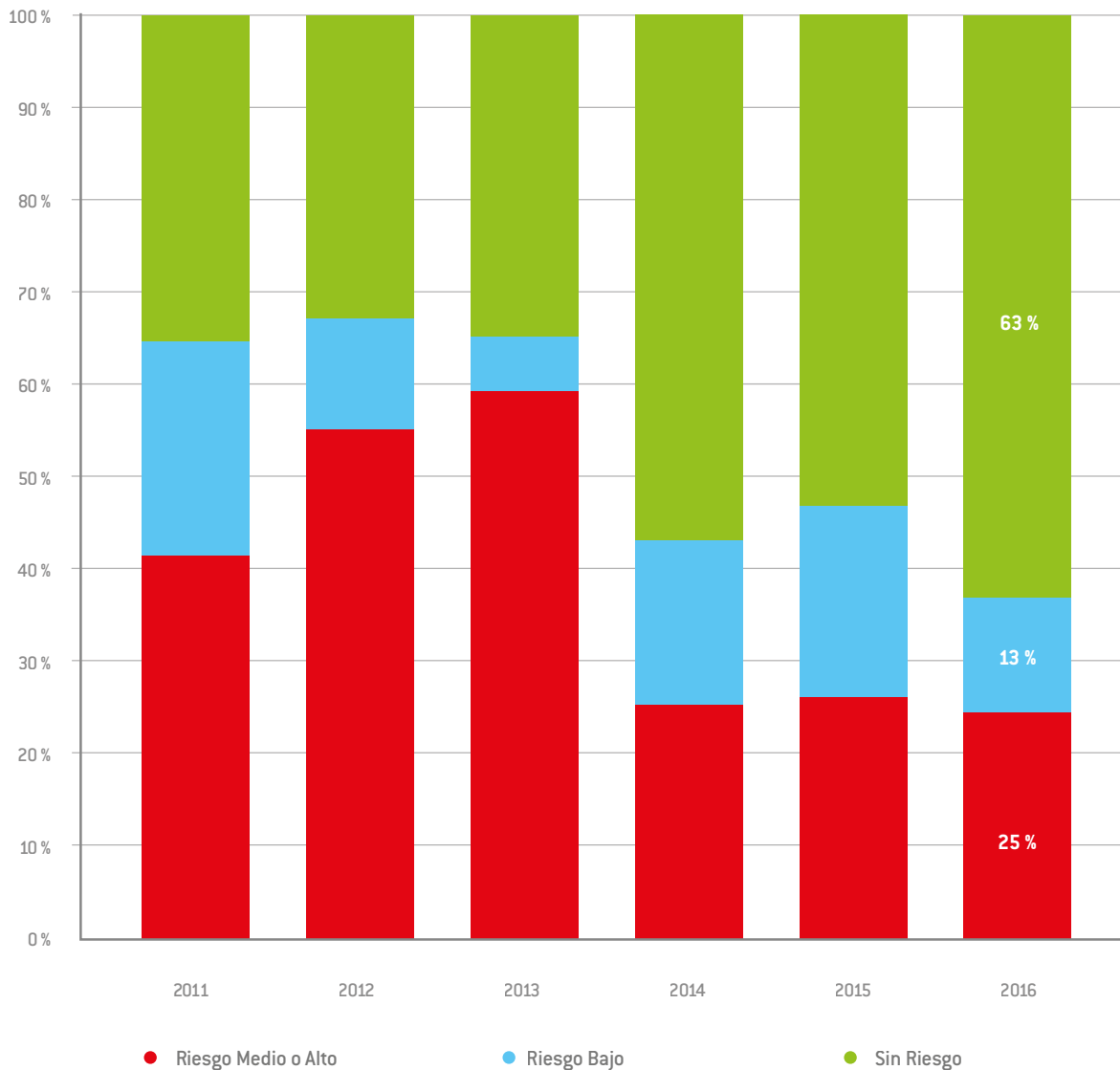


SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

Una de las manifestaciones más evidentes del estrés financiero sobre el sistema de salud en Colombia es el precario balance financiero de algunos hospitales y centros de salud públicos (formalmente, empresas sociales del Estado)⁸. La ausencia de un adecuado régimen de solvencia para estas entidades sumada a fallas de supervisión en el sistema, favoreció el clientelismo, las prácticas inapropiadas en las compras públicas y los

retrasos en los pagos por parte de las EPS. Aunque el Gobierno nacional ha adoptado medidas de saneamiento para contener la situación (en particular, el Decreto 2702/2014 que unificó condiciones de solvencia para las EPS como respaldo para cubrir las obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud), el 38 % de los hospitales y centros de salud públicos aún presenta algún tipo de riesgo financiero.

Gráfico 8. Categorización de riesgo financiero de los hospitales y centros de salud públicos. Colombia, 2011–2016



Fuente: Minsalud.



RECOMENDACIONES

Acción pública. Definir una estrategia de gestión de la presión tecnológica para controlar y focalizar el gasto en salud.

En el mundo las presiones sobre el gasto en salud vienen en alza como consecuencia de factores demográficos como el envejecimiento de la población o el aumento de la esperanza de vida, pero también, de la presencia de nuevas tecnologías médicas con precios elevados. En Colombia, estos factores se suman al reto financiero que implica la Ley Estatutaria de Salud, ya que al definir la salud como derecho fundamental y ordenar el establecimiento de un plan de beneficios basado en exclusiones, se extiende significativamente el conjunto de tecnologías susceptibles de ser financiadas con recursos públicos.

En este contexto, la utilización racional de nuevas tecnologías cobra mayor importancia. En años recientes, la incorporación de distintos tipos de tecnologías por la vía de las tutelas produjo un crecimiento acelerado e insostenible del gasto en salud. Para abordar este reto, el CPC recomienda evaluar de manera periódica la relación costo-efectividad de las tecnologías, de modo que se puedan priorizar aquellas tecnologías que ofrecen mayor efectividad terapéutica a un menor costo.

El objetivo de esta estrategia no es excluir automáticamente tecnologías, sino comparar alternativas mediante la relación entre los costos de cada una y los resultados terapéuticos que estas brinden para determinar qué alternativa genera los mejores resultados con los recursos públicos disponibles. Esta tarea puede adelantarla el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, aunque es necesario fortalecer esta entidad y dar mayor apoyo técnico, financiero y político a su labor.

Coordinación público-privada. Desarrollar una agenda de control de precios que permita balancear los costos del sistema y los incentivos a la innovación y la inversión farmacéutica.

De manera paralela a una gestión organizada de la presión tecnológica, es indispensable diseñar una política pública que guíe las decisiones de control de precios de medicamentos que incluya consideraciones de protección a la propiedad industrial. Este tipo de política se hace necesaria para: a) controlar el rápido crecimiento de los precios de ciertos me-

dicamentos en casos en que se evidencie concentración de mercado o desviaciones importantes del precio internacional de referencia; y b) ofrecer certidumbre y seguridad jurídica a los inversionistas cuando se deba interferir en el mercado, haciendo explícitas las condiciones y los mecanismos de control de precio. Es importante que esta política se desarrolle en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, la Superintendencia de Sociedades y las empresas farmacéuticas.

Acción pública. Reducir las instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS.

Aunque medidas como el giro directo del Gobierno nacional a las IPS (sin que tengan que pasar por las entidades territoriales) simplifican el traslado de recursos públicos, el proceso aún es muy complejo e intervienen numerosas instancias. La complejidad del flujo de recursos del sistema de salud favorece la captura por parte de grupos de interés y limita la transparencia en la asignación de los mismos [Bonet, 2015]. Por esta razón, el CPC considera fundamental reducir el número de instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS. Además de mejorar la transparencia, la simplificación del flujo permitiría agilizar los pagos de las EPS a las IPS, contribuyendo a mejorar la situación financiera que enfrentan por cuenta de las excesivas demoras y complejidad de los trámites.

Acción pública. Mejorar la gestión de los esfuerzos por disminuir la evasión y elusión en el sistema de salud.

La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales viene adelantando un trabajo de control de la evasión y la elusión de los aportes que deben realizarse al sistema de salud, y si bien es un paso en la dirección correcta, es primordial asegurar que su labor se enfoque en extender la base de contribuyentes para minimizar la evasión. Para complementar estos esfuerzos y asegurar que surtan resultados de largo plazo, el CPC considera de la mayor importancia contar con una autoridad tributaria fuerte, por lo cual se recomienda fortalecer y dotar a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de herramientas y talento técnico para su tarea de fiscalización (véase capítulo Sistema tributario).



CUADRO SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

2017-2018

INFORME NACIONAL DE COMPETITIVIDAD

Recomendación	Plazo	Avance 2017	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Reglamentar la Ley Estatutaria de Salud	Corto		Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de Minsalud	Acción pública
Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical	Corto		Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud de Minsalud, y Superintendencia Nacional de Salud	Acción regulatoria
Fortalecer las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud	Corto		Presidencia de la República, Superintendencia Nacional de Salud	Acción pública
Establecer un periodo fijo para el superintendente de Salud	Corto		Presidencia de la República, Superintendencia Nacional de Salud y Departamento Administrativo de la Función Pública	Acción regulatoria
Reemplazar los aportes a la nómina como fuente de financiación del sistema de salud	Largo		Minhacienda y Viceministerio de Protección Social de Minsalud	Acción pública
Introducir un pago por desempeño para las EPS	Mediano		Viceministerio de Protección Social de Minsalud	Acción pública

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD

Plazo + ● - Avance × ● ✓

CUADRO SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES



Recomendación	Plazo	Avance 2017	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Promover el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud	Mediano		EPS y Viceministerio de Protección Social de Minsalud	Coordinación público-privada
Extender servicios de telesalud	Mediano		MinTIC y Viceministerio de Protección Social de Minsalud	Acción pública
Definir una estrategia de gestión de la presión tecnológica para controlar y focalizar el gasto en salud	Corto		Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de Minsalud, e Instituto Nacional de Salud	Acción pública
Desarrollar una agenda de control de precios que permita balancear los costos del sistema y los incentivos a la innovación y la inversión farmacéutica	Mediano		Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y Comisión Intersectorial de Propiedad Intelectual	Coordinación público-privada
Reducir las instancias que intervienen en el proceso de traslado de recursos públicos a las IPS	Corto		Dirección de Operación del Aseguramiento en Salud de Minsalud	Acción pública
Mejorar la gestión de los esfuerzos por disminuir la evasión y elusión en el sistema de salud	Mediano		Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales	Acción pública

Plazo    Avance   



NOTAS

- 1 La Encuesta de Opinión Empresarial recoge las percepciones de líderes empresariales de 61 países sobre variables que afectan la competitividad y que son difíciles de medir (prácticas corporativas, relaciones laborales, corrupción, factores ambientales y pertinencia de la infraestructura).
- 2 La brecha promedio semanal de horas trabajadas es de 32: 43,3 horas trabajadas en promedio a la semana vs. 11,3 horas trabajadas en promedio a la semana por personas que reportaron enfermedad. Con los datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares se calculó el salario promedio por hora en Colombia (\$6.719,1), y esta cifra se usó para valorar la brecha de horas trabajadas: \$6.719,1 por 32; posteriormente, se multiplicó este número por el de personas que reportaron enfermedad en 2016.
- 3 Dato para Kenia correspondiente a 2014 y para Zimbabue correspondiente a 2015. Fuente: World Development Indicators (Banco Mundial).
- 4 Ley Estatutaria 1751, del 16 de febrero de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- 5 El artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud decreta que los recursos públicos destinados a salud no podrán ser asignados a financiar tecnologías con fines cosméticos, sin evidencia científica sobre su seguridad y efectividad clínica, sin autorización de la autoridad competente, en fase de experimentación o que se presten en el exterior.
- 6 Mipres (mi prescripción) es una herramienta tecnológica diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios. Los profesionales de la salud, de manera obligatoria, tienen que prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios a través de este instrumento desde el primero de diciembre de 2016. Dado que la prescripción se hace directamente, esta no necesita de aprobación por parte del comité técnico-científico.
- 7 Esto en concordancia con fallos de la Corte Constitucional que venían señalando la salud como un derecho desde 2008 aproximadamente.

- 8 El artículo 94 de la Ley 100/1993 dispone que “la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o las entidades territoriales se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado”.



REFERENCIAS

- 1 Asociación Nacional de Instituciones Financieras. (2015). *Costos no salariales en Colombia pos-ley 1607* de 2012. Bogotá: Asociación Nacional de Instituciones Financieras.
- 2 Asociación Nacional de Instituciones Financieras. (2017a). *Derechos y costos en patentes de medicamentos*. Bogotá: Comentario Económico del Día, marzo 29 de 2017.
- 3 Asociación Nacional de Instituciones Financieras. (2017b). *Desafíos del sector salud: balance de la Ley 1797 de 2016*. Bogotá: Comentario Económico del Día - mayo 24 de 2017.
- 4 Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). *Strengthening Government's Capacity to Discern Value: the Need to Address Technological Pressure on Health Expenditure*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
- 5 Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico. Superintendencia Nacional de Salud*, 7, 4-7.
- 6 Bardey, D. & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 77, 231-262.
- 7 Bonet, J. Y. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*, 222.
- 8 Consejo Privado de Competitividad. (2015). *Informe Nacional de Competitividad 2015-2016*. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.



- 9** Consejo Privado de Competitividad. (2016). *Informe Nacional de Competitividad 2016-2017*. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.
- 10** Fondo de Solidaridad y Garantía. *Base única de afiliados 1994-2017*.
- 11** Foro Económico Mundial. (2015). *Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off*. Ginebra: Foro Económico Mundial.
- 12** Foro Económico Mundial. (2016). *The Global Competitiveness Report 2015-2016*. Ginebra: Foro Económico Mundial.
- 13** Institute for Management Development. (2016). *IMD World Competitiveness Yearbook*. Lausana: IMD World Competitiveness Center.
- 14** Iregui, E. A. (2014). *Estado de salud y participación laboral: evidencia para Colombia*. Borradores de Economía, 851.
- 15** Jamison, D. (2013). *Global health 2035: a World Converging Within a Generation*. The Lancet, 382, 1898-1955.
- 16** Ley 100. (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- 17** Ley 1751. (2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- 18** Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Avances en la implementación de la Ley Estatutaria en el marco de la sostenibilidad del sistema de salud*. Presentación de la Viceministra de Protección Social en el 24a Foro Farmacéutico de la ANDI. Cartagena.
- 19** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2015). *Colombia: policy priorities for inclusive development*. París: OCDE.
- 20** Resolución 256. (2016). Monitoreo de la calidad. Bogotá. Ministerio de Salud y Protección Social.