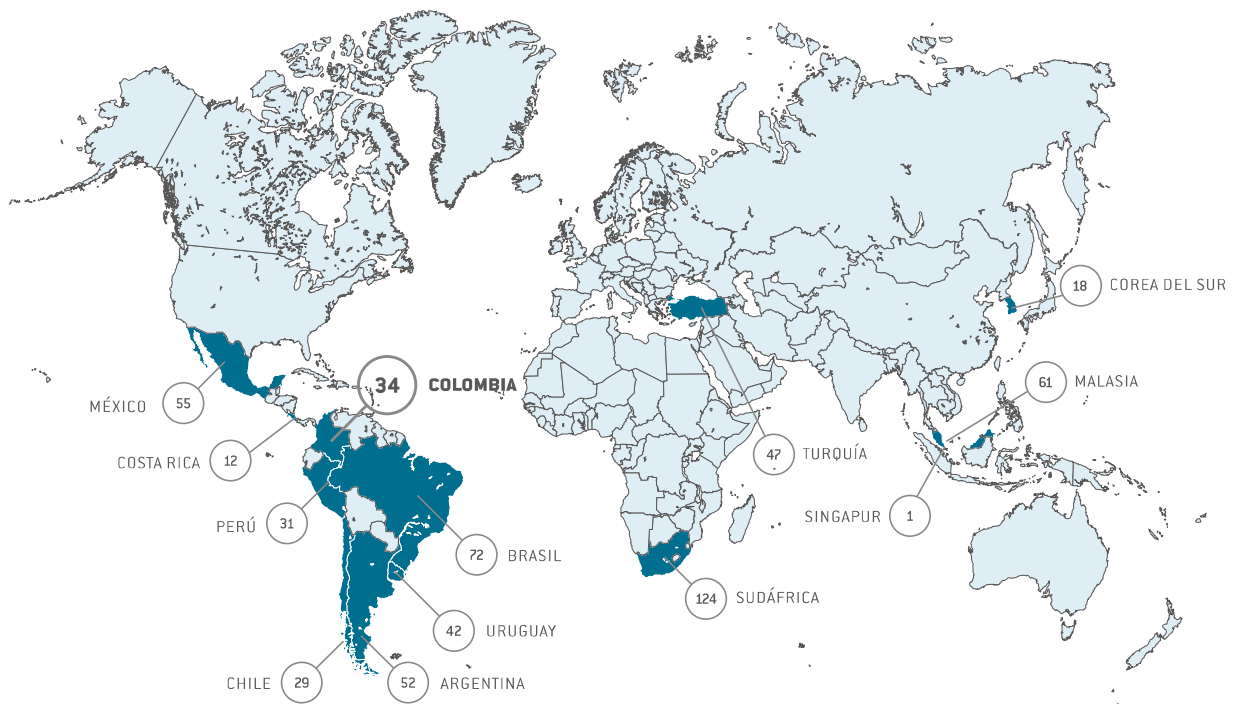




SALUD



Esperanza de vida saludable. Puesto entre 140 países (1 indica el país con mayor esperanza de vida ajustada por estado de salud).
Fuente: WEF (2018).



PERFIL DE COLOMBIA EN MATERIA DE SALUD

2018-2019

INFORME NACIONAL DE COMPETITIVIDAD

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD

Tema	Indicador	Valor Colombia 2018	Ranking en América Latina 2018	Mejor país en América Latina 2018 (valor)	Fuente
Salud y productividad	Impacto de los problemas de salud sobre las empresas (de 0 a 7, donde 7 representa menor impacto)	3,7	6 de 17	Chile (6,3)	Institute for Management Development
	Número de médicos (por 1.000 personas)	1,8	6 de 16 ¹	Argentina (3,9)	OMS
Calidad y acceso	Expectativa de vida al nacer (años)	74,4	12 de 18 ²	Costa Rica (79,8)	Banco Mundial
	Tasa de mortalidad infantil (muertes por 1.000 nacimientos)	13,1	8 de 18 ²	Chile (7,2)	Banco Mundial
	Tasa de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos)	64	8 de 18 ³	Uruguay (15)	Banco Mundial
	Infraestructura de salud (de 0 a 10, donde 10 representa un mejor desempeño)	2,5	5 de 7	Chile (4,8)	Institute for Management Development
Gasto en salud	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares)	15,4	1 de 18 ⁴	Colombia (15,4)	OMS

Nota: 1/ Dato más reciente disponible entre 2011 y 2015. 2/ Datos correspondientes al año 2016. 3/ Datos correspondientes al año 2015. 4/ Datos correspondientes al año 2014.



Un sistema de salud eficiente es una condición determinante para que Colombia logre la meta de ser uno de los tres países más competitivos de América Latina en 2032 debido a su impacto directo sobre la calidad del capital humano y la productividad laboral. Así lo ha demostrado la literatura económica al encontrar un efecto positivo y significativo de la salud de la población sobre el crecimiento económico de los países. Por ejemplo, Bloom, Canning y Sevilla (2001) estiman que mejorar un año la expectativa de vida contribuye a un incremento de 4 % en el producto de un país a través de su impacto sobre la productividad laboral. Así mismo, un reporte de la Comisión Lancet sobre inversión en salud estimó que aproximadamente el 11 % del crecimiento económico de los países de ingreso bajo y medio puede atribuirse a las reducciones en mortalidad (Jamison, 2013).

En Colombia, el sistema de salud ha conseguido logros muy importantes en materia de cobertura: mientras que en 1996 solo el 51 % de la población contaba con aseguramiento en salud, para 2018 la cobertura ascendió al 96 % (Base

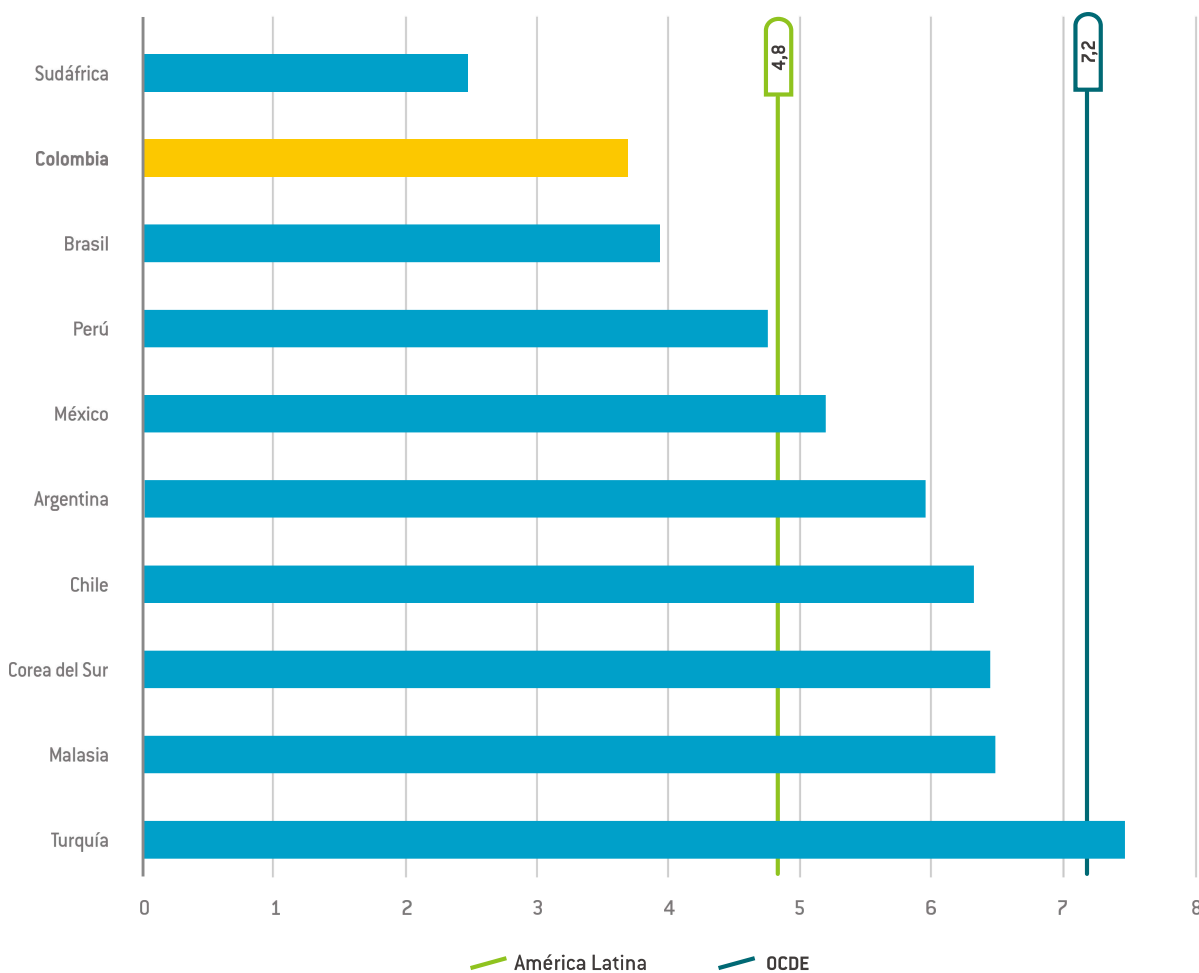
Única de Afiliados, Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES–). A pesar de este avance, en la práctica la población sigue enfrentando barreras de acceso al servicio y problemas de calidad y oportunidad en la atención, lo cual ha dado lugar a una pérdida de credibilidad del sistema. Así mismo, el país se enfrenta al reto de abordar las presiones sobre el gasto en salud producto del envejecimiento de la población y del surgimiento de nuevas tecnologías médicas con precios elevados que requieren una incorporación racional al plan de beneficios.

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 coordinación público-privada, que apuntan a consolidar un sistema de salud que contribuya a la competitividad del país.

La Encuesta de Opinión Empresarial del Institute for Management Development (IMD)¹ mide, entre otros, la percepción de los empresarios sobre el impacto que tienen los problemas de salud sobre las firmas. Sus más recientes resultados se presentan en la Gráfica 1, en la que se

observa que, en Colombia, el impacto que advierten los empresarios es alto en comparación con países de referencia. Así, por ejemplo, en el resto de países de América Latina los empresarios perciben un impacto menor de los problemas de salud.

Gráfica 1. Impacto de los problemas de salud sobre las empresas (de 0 a 10, donde 10 representa el menor impacto sobre las empresas). Colombia y países de referencia, 2016.

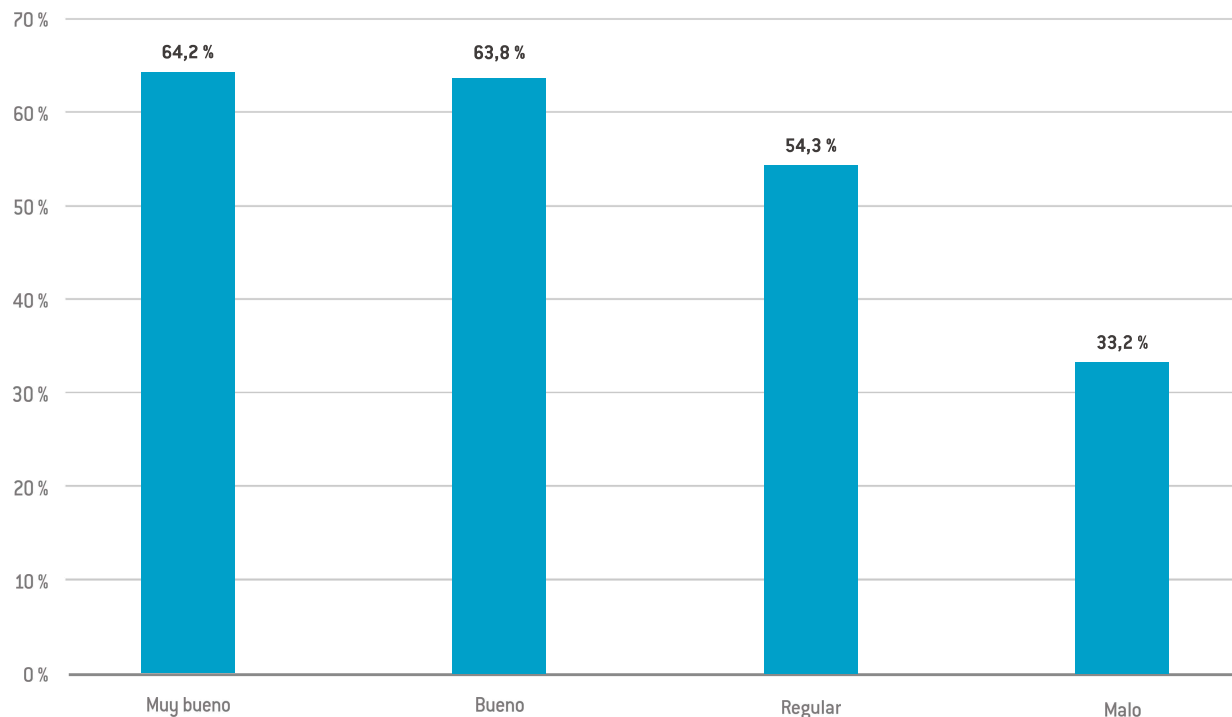


Fuente: Institute for Management Development.

La salud es un determinante fundamental de la oferta de trabajo, en particular, debido a que afecta la decisión de las personas de participar en el mercado laboral. Una menor participación trae consigo una pérdida de producción e ingresos, lo que a su vez afecta el desempeño económico (Iregui, 2014). En Colombia, el 64,2 % de las personas que percibía su estado

de salud como “muy bueno” decidió participar en el mercado laboral en 2017, y esta cifra se reducía a 33,2 % para las personas que habían reportado su estado de salud como “malo” (Gráfica 2). Esto muestra que la reducción en la participación laboral producto de las diferencias en el estado de salud de la población alcanza una magnitud importante.

Gráfica 2. Participación laboral según estado de salud. Colombia, 2017.



Fuente: Consejo Privado de Competitividad con base en Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2017).

RECOMENDACIONES

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.

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 y, por el contrario, pueden existir consecuencias negativas en términos de competencia para el sistema ya que la integración vertical: a) implica mayores costos para 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 & Buitrago, 2016; OCDE, 2015); y c) favorece la existencia de estructuras organizacionales complejas, dificultando la vigilancia y control del sistema.

Con el objetivo de contrarrestar los posibles efectos negativos, el Consejo Privado de Competitividad (CPC) considera fundamental verificar el cumplimiento de los límites que establece la Ley 1122 de 2007 en torno a la integración vertical en el sector salud. Esta ley señala 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, en la práctica no se ejerce un control efectivo y estricto sobre el

cumplimiento de este límite pues el valor de los contratos es una información reservada para las EPS (Bardey & Buitrago, 2016). Al respecto, es fundamental que la Superintendencia Nacional de Salud ejerza una labor efectiva de vigilancia sobre los límites máximos permitidos por la ley.

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, su capacidad de investigación 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.

También se requiere una mayor participación en la vigilancia del sector por parte de la Superintendencia Financiera

y la Superintendencia de Industria y Comercio, con el fin de monitorear los indicadores financieros de las EPS y el funcionamiento de la competencia en el sector.

Acción pública. Blindar las instituciones del sector contra el clientelismo.

Además de fortalecer las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, es necesario asegurar que el nombramiento del superintendente de Salud se aisle del ciclo político. En ese sentido, se recomienda establecer un periodo fijo para el superintendente, lo cual adquiere mayor relevancia luego de que el Decreto 1817 de 2015 introdujera 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.

Adicionalmente, es importante monitorear la calidad de la gerencia de los hospitales públicos luego de que la Ley 1797 de 2016 delegara 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.

El control sobre riesgos de clientelismo debe ser extendido también al resto de instituciones que conforman el sector, incluyendo el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y, en particular, la ADRES, dado su importante rol sobre el manejo financiero y de información del sistema de salud.

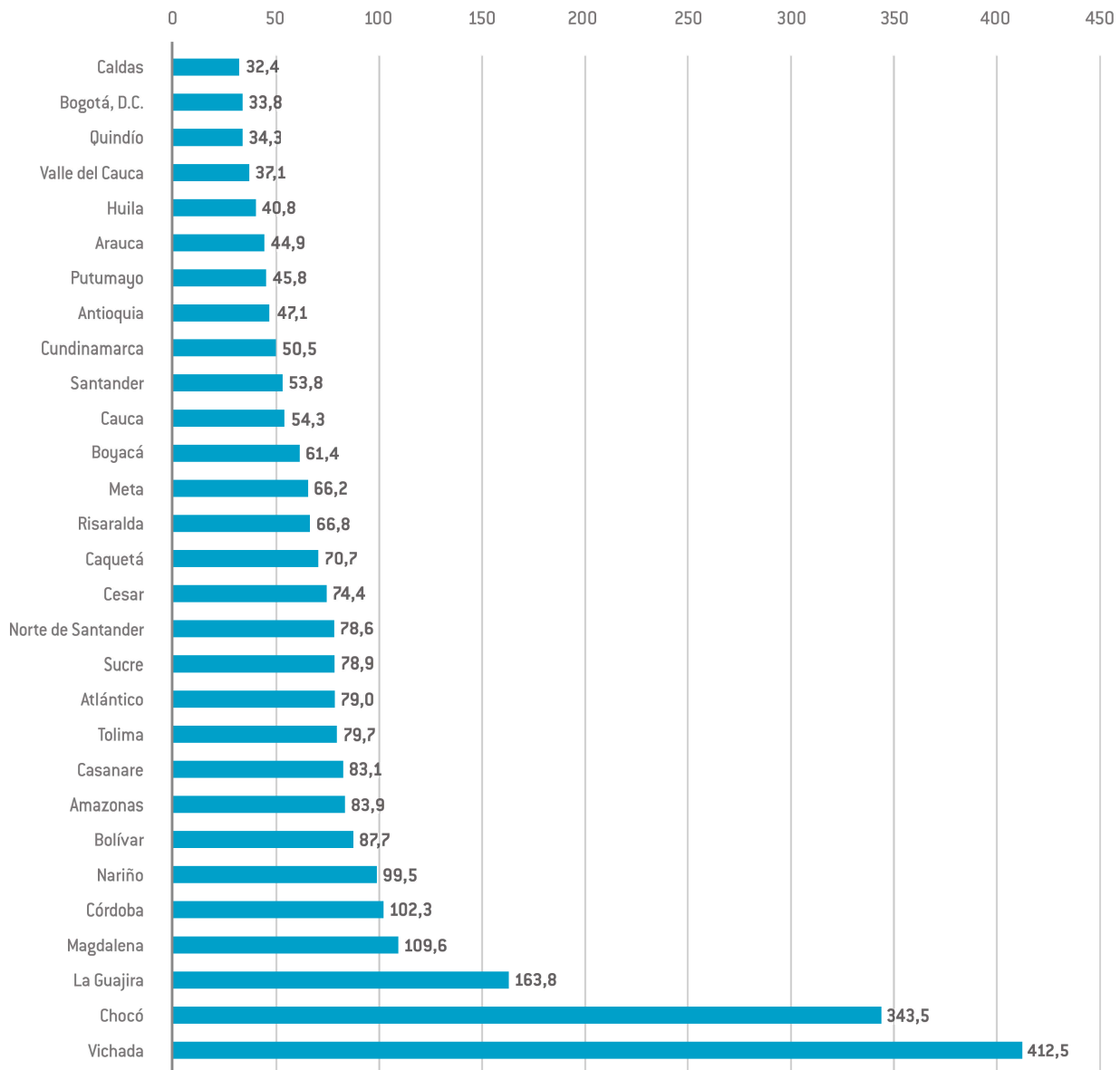


INDICADORES DE SALUD

Colombia ha conseguido mejoras notables en indicadores de salud como la expectativa de vida, que pasó de 68 años en 1990 a 74 años en 2016, y la mortalidad infantil, que se redujo más de la mitad al pasar de 28 muertes por cada 1.000 nacimientos a 13 en el mismo periodo. Sin embargo, el país enfrenta el reto de reducir la enorme heterogeneidad

en materia de resultados en salud. A manera de ejemplo, en la Gráfica 3 se observa que en departamentos como Caldas y Quindío la tasa de mortalidad materna es muy inferior a la media nacional (32,4 y 34,3 respectivamente), mientras que en Vichada este indicador asciende a 412,4 y en Chocó a 343,5 muertes por cada 100.000 nacimientos. Estas últimas cifras son comparables a las de países como Zimbabue y Uganda (443 y 343 muertes maternas respectivamente)².

Gráfica 3. Mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacimientos). Colombia, 2017.



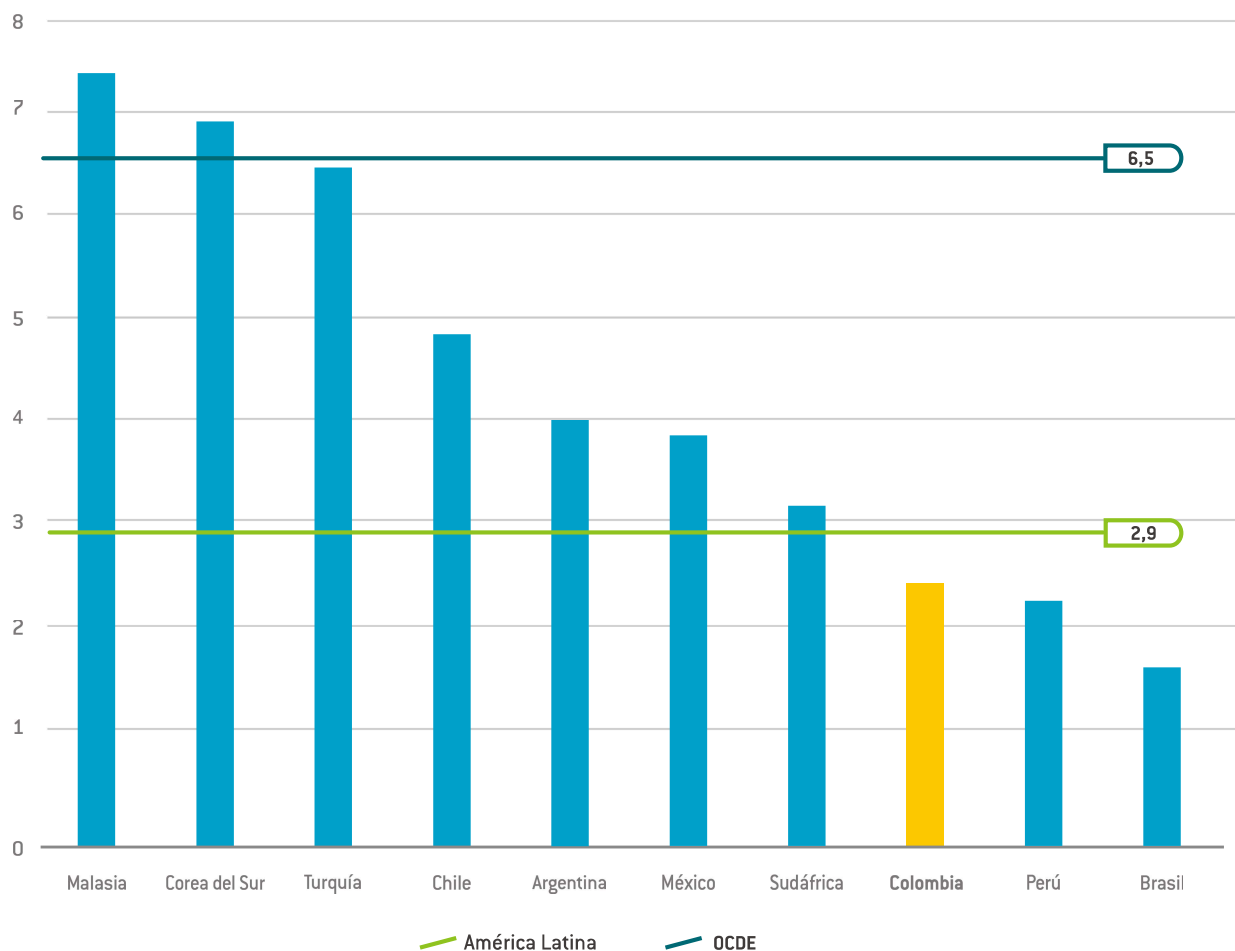
Fuente: DANE.

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 (Gráfica 4).

Gráfica 4. Infraestructura en salud (de 0 a 10, donde 10 representa un mejor desempeño). Colombia y países de referencia, 2017.



Fuente: Institute for Management Development.

ACCESO A SALUD

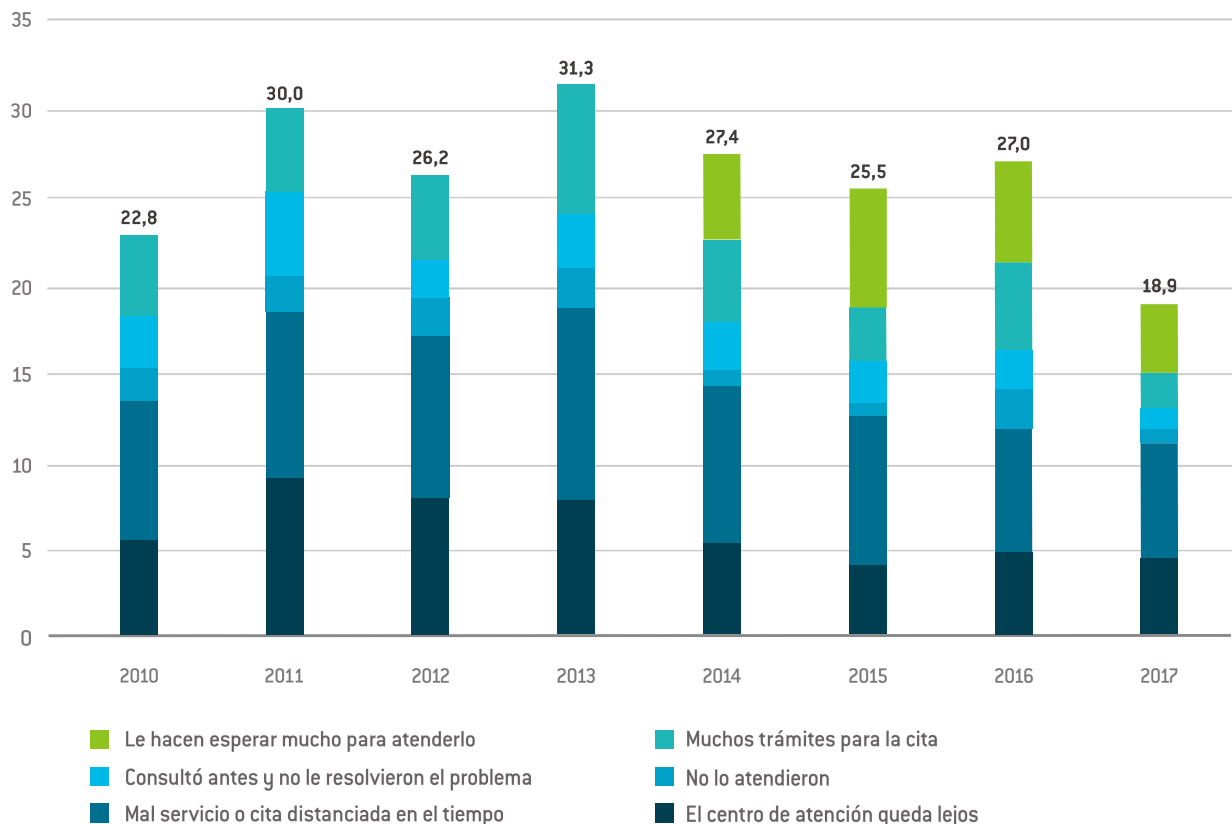
A pesar del aumento en cobertura, el acceso efectivo a los servicios continúa siendo uno de los principales retos del sistema de salud en Colombia. Las barreras que impiden que las personas soliciten o reciban atención médica pueden provenir de a) *factores de oferta*, es decir, aquellos atribui-

bles al prestador de los servicios; y b) *factores de demanda*, es decir, relacionados con condiciones de los usuarios. La Gráfica 5 muestra que, durante 2017, casi el 20 % de las personas no recibió atención médica debido a *factores de oferta*. Aunque esta cifra representa un descenso frente a los niveles registrados en años recientes, las barreras permanecen en niveles elevados.

CALIDAD Y ACCESO



Gráfica 5. Porcentaje de personas con problemas de salud que no solicita o no recibe atención médica debido a barreras de oferta. Colombia, 2010-2017.

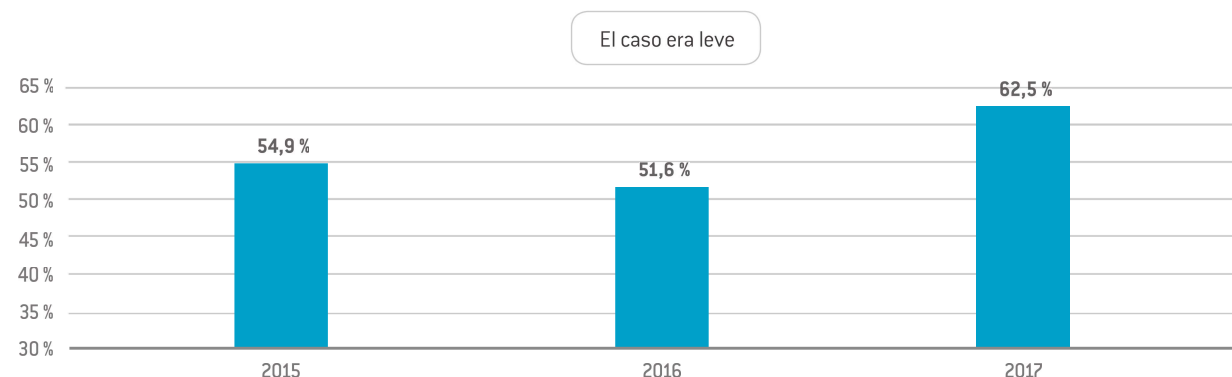


Fuente: CPC con base en Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2017).

El descenso del último año obedece sobre todo a un incremento en las *barreras de demanda*; en particular, a que una mayor proporción de las personas reportó que no consultaba el médico dado que su caso era leve

[Gráfica 6], lo que puede indicar que las barreras efectivamente están actuando como un disuasivo que las personas solo están dispuestas a enfrentar ante casos de cierta complejidad.

Gráfica 6. Barreras de demanda: ¿Cuál fue la principal razón por la que no solicitó o no recibió atención médica? Colombia, 2015-2017.



Fuente: CPC con base en Encuesta de Calidad de Vida (DANE, 2017).

RECOMENDACIONES

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

En Colombia, el sistema de salud requiere avanzar con urgencia en materia de calidad de los servicios, ya que el sistema está configurado para remunerar los procedimientos aislados pero no los resultados en salud. La remuneración actual de las EPS está dada por la unidad de pago por capitación (UPC) que reciben por cada uno de los afiliados al sistema de salud, el cual 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. Un esquema de pago por desempeño requiere de un sistema de indicadores de calidad, para lo cual podría tomarse como base el Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (ver siguiente recomendación).

Coordinación público-privada. Fortalecer y promover el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud.

Desde 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha el Observatorio de la Calidad de la Atención en

Salud para reunir diversos indicadores relacionados con la calidad de los servicios de salud. El CPC recomienda fortalecer el Observatorio, en particular para incluir información que permita monitorear las barreras de acceso al servicio de salud.

Adicionalmente, el Observatorio debería 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 promueva un 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 un 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.

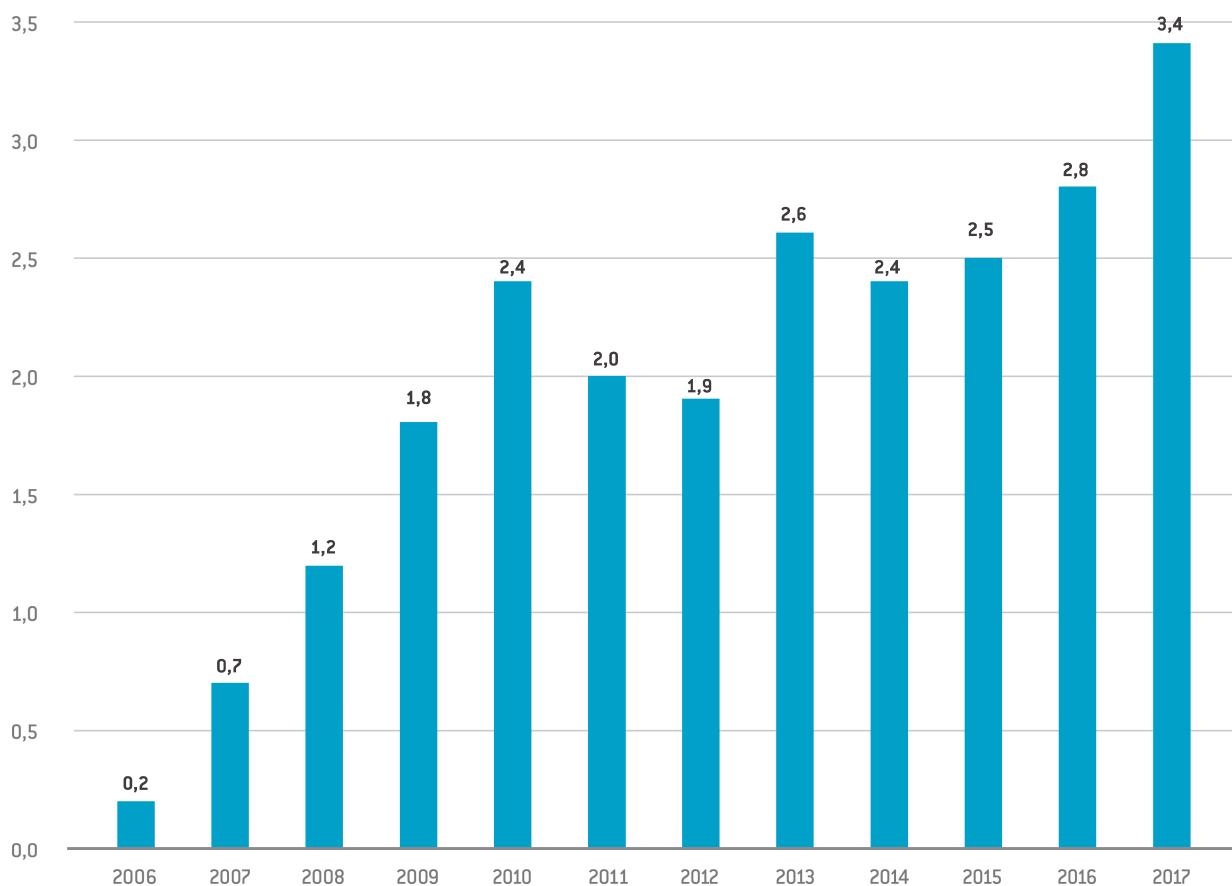
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA



La Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció la salud como un derecho fundamental y determinó que el plan de beneficios pasaría de estar determinado por una lista positiva de medicamentos y tecnologías a ser delimitado por la aplicación de exclusiones³. Sin embargo, su implementación no ha implicado cambios sustanciales en la manera en que opera el sistema de salud: existe un plan de beneficios básico (que

funciona como el POS vigente antes de la Ley Estatutaria), y el resto de los procedimientos y medicamentos (que equivalen a los anteriores recobros no POS) deben surtir una serie de acciones para ser aprobados en MIPRES⁴. El rubro correspondiente a estos gastos creció exponencialmente desde el año 2007 y se mantiene en niveles muy altos a pesar de la adopción de instrumentos de control de las prescripciones.

Gráfica 7. Recobros por gastos en procedimientos y medicamentos no incluidos en el plan básico de beneficios (billones de pesos). Colombia, 2006-2017.

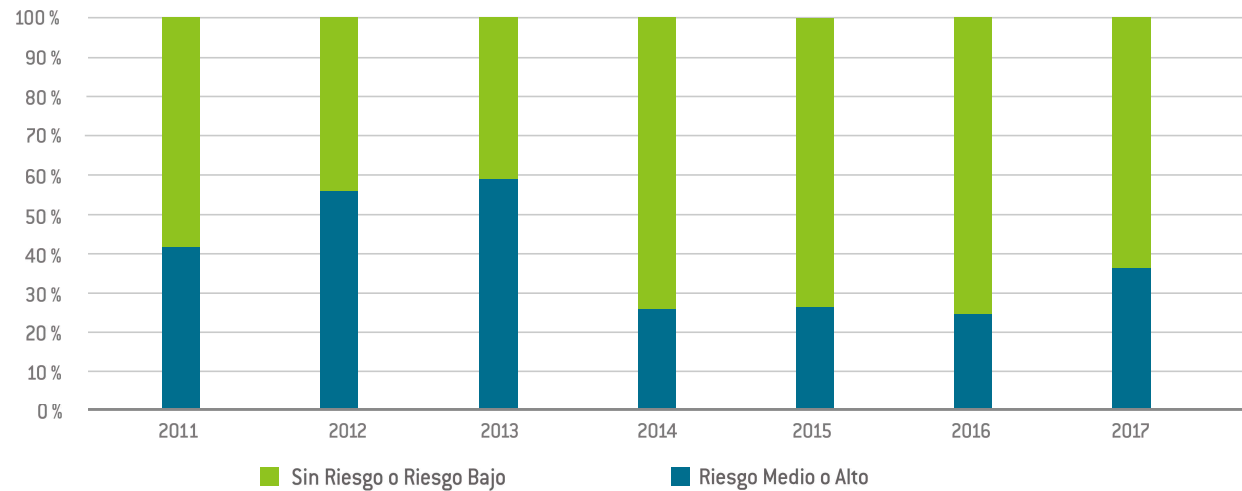


Fuente: Ministerio de Hacienda.

Una porción importante de los hospitales y centros de salud públicos (formalmente, empresas sociales del Estado⁵) viene enfrentando una situación financiera precaria como consecuencia de prácticas inapropiadas en las compras públicas, retrasos en los pagos por parte de las EPS y fallas en la supervisión del sistema. En respuesta a la situación de insostenibilidad financiera,

el Gobierno adoptó medidas de saneamiento, en particular a través del Decreto 2702 de 2014, que unificó condiciones de solvencia para las EPS como respaldo para cubrir las obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud. A pesar de esto, todavía el 40 % de los hospitales y centros de salud públicos presenta algún tipo de riesgo financiero.

Gráfica 8. Categorización de riesgo financiero de los hospitales y centros de salud públicos. Colombia, 2011-2017.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

RECOMENDACIONES

Acción pública. Robustecer las fuentes de financiación del sistema de salud.

Ante el amplio paquete de tecnologías y medicamentos que debe cubrir el sistema de salud luego de que la Ley Estatutaria definiera la salud como un derecho fundamental, uno de los principales retos que debe enfrentar el sistema colombiano es garantizar suficiente financiación. En este escenario, el CPC presenta las siguientes recomendaciones:

1. Desligar la financiación del sistema de salud 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. Es importante notar 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 (ver capítulo Sistema Tributario).

2. Considerar nuevas fuentes de financiación, en particular, a través de la introducción de impuestos a alimentos y bebidas no saludables. Este tipo de impuestos permiten que solo paguen aquellas personas que incurren en comportamientos no saludables y que potencialmente demandan más del sistema de salud. En el caso del tabaco y el alcohol, la introducción de impuestos ha demostrado ser una medida de política costo-efectiva (Vecino, Arroyo & García, 2016).

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

El sistema de salud colombiano se enfrenta a presiones de gasto provenientes, por un lado, de factores demográficos como el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida y, por otro, de las nuevas tecnologías médicas que tienen precios elevados.

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 debería ser adelantada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, para lo cual 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.

La política de regulación de precios que ha adoptado el Gobierno nacional ha conseguido una reducción promedio de 41,7 % en los precios de los productos regulados desde su implementación hasta la actualidad. Si bien es importante conseguir moderaciones en los precios, es fundamental que estas medidas se enmarquen en una política ordenada de precios de medicamentos, que incluya consideraciones de protección a la propiedad industrial. Este tipo de política se hace necesario para: a) controlar el rápido crecimiento de los precios de ciertos medicamentos 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. Esta política debe desarrollarse en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, la Superintendencia de Industria y Comercio y las empresas farmacéuticas.

Así mismo, es importante monitorear los posibles efectos secundarios negativos de estas medidas tales como el desabastecimiento y problemas de calidad de los medicamentos, así como la posibilidad de que se aumente el uso de

medicamentos sustitutos con precios elevados que puedan resultar en un aumento del gasto.

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

El flujo de recursos del sistema de salud colombiano es muy complejo e intervienen numerosos actores, lo cual configura una situación que favorece la captura de recursos por parte de grupos de interés y limita la transparencia en la asignación de estos [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. Es importante notar que medidas como el giro directo del Gobierno nacional a las IPS (sin que tengan que pasar por las entidades territoriales) han facilitado el traslado de recursos públicos, pero aún se requiere avanzar en esta simplificación.

Además de mejorar la transparencia, simplificar el flujo de recursos 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. En este aspecto, se espera que la ADRES, como administradora central de recursos, consiga mejorar y simplificar los procesos asociados al traslado de recursos y desempeñar así un rol crucial en conseguir un flujo de recursos más transparente y oportuno.

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. Si bien este 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 (ver capítulo Sistema Tributario).



SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

2018-2019

INFORME NACIONAL DE COMPETITIVIDAD

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD

Recomendación	Plazo	Avance 2018	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical	Corto		Superintendencia Nacional de Salud y Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud de Minsalud	Acción pública
Fortalecer las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud	Corto		Presidencia de la República y Superintendencia Nacional de Salud	Acción pública
Blindar las instituciones del sector contra el clientelismo	Mediano		Presidencia de la República, Superintendencia Nacional de Salud, Departamento Administrativo de la Función Pública y ADRES	Acción pública
Robustecer las fuentes de financiación del sistema de salud	Largo		Viceministerio de Protección Social de Minsalud y Minhacienda	Acción pública
Introducir un pago por desempeño para las EPS	Mediano		Viceministerio de Protección Social de Minsalud	Acción pública
Promover el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud	Mediano		Viceministerio de Protección Social de Minsalud y EPS	Coordinación público-privada

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES



SALUD

Recomendación	Plazo	Avance 2018	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Extender servicios de telesalud	Mediano		Viceministerio de Protección Social de Minsalud y MinTIC	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 Intersectorial de Propiedad Intelectual y Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos	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

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD

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 Dato para Zimbabue y Uganda correspondiente a 2015. Fuente: World Development Indicators (Banco Mundial).
- 3 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.
- 4 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, no necesita de aprobación por parte del comité técnico-científico.
- 5 El artículo 94 de la Ley 100 de 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”.
- 6 ANIF (2017b). *Desafíos del sector salud: Balance de la Ley 1797 de 2016*. Bogotá: Comentario Económico del Día - Mayo 24 de 2017.
- 7 Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico. Superintendencia Nacional de Salud*.
- 8 Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad No. 77, 231-262*.
- 9 BID. (2015). *Strengthening Governments' Capacity to Discern Value: The Need to Address Technological Pressure on Health Expenditure*. División de Salud y Protección Social. Banco Interamericano de Desarrollo.
- 10 Bloom, D. E. (2001). The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence. *NBER Working Paper No. 8587*.
- 11 Bonet, J. y Guzmán, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, Número 222, Agosto*.
- 12 Bonet, J., Guzmán, K., & Hahn, L. (. (2017). *La salud en Colombia: una perspectiva regional*. Bogotá: Banco de la República.
- 13 Congreso de la República. (1993). Ley 100. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: Diario Oficial de la República de Colombia.
- 14 Congreso de la República. (2015). Ley 1751. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: Diario Oficial de la República de Colombia.
- 15 Consejo Privado de Competitividad. (2016). *Informe Nacional de Competitividad 2016-2017*. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.
- 16 Consejo Privado de Competitividad. (2017). *Informe Nacional de Competitividad 2017-2018*. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.
- 17 Institute for Management Development. (2016). *IMD World Competitiveness Yearbook*. Lausana, Suiza: IMD World Competitiveness Center.
- 18 Iregui, et al. (2014). Estado de salud y participación laboral: Evidencia para Colombia. *Borradores de Economía. 851*.
- 19 Jamison, D. (2013). Global Health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet, 382, 1898-55*.
- 20 Ministerio de Salud. (2016). *Resolución 256. Monitoreo de la Calidad*. Bogotá.
- 21 OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing, Paris.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (s.f.). *Base Única de Afiliados 1994-2017*. Obtenido de <https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>
- 2 ANIF. (2015). *Costos no salariales en Colombia Pos-Ley 1607 de 2012*. Bogotá D.C.: Asociación Nacional de Instituciones Financieras.
- 3 ANIF. (2017). *Derechos y costos en patentes de medicamentos*. Bogotá: Comentario Económico del Día - Marzo 29 de 2017.
- 4 ANIF. (2017b). *Desafíos del sector salud: Balance de la Ley 1797 de 2016*. Bogotá: Comentario Económico del Día - Mayo 24 de 2017.
- 5 Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico. Superintendencia Nacional de Salud*.
- 6 Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad No. 77, 231-262*.
- 7 BID. (2015). *Strengthening Governments' Capacity to Discern Value: The Need to Address Technological Pressure on Health Expenditure*. División de Salud y Protección Social. Banco Interamericano de Desarrollo.
- 8 Bloom, D. E. (2001). The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence. *NBER Working Paper No. 8587*.
- 9 Bonet, J. y Guzmán, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, Número 222, Agosto*.
- 10 Bonet, J., Guzmán, K., & Hahn, L. (. (2017). *La salud en Colombia: una perspectiva regional*. Bogotá: Banco de la República.
- 11 Congreso de la República. (1993). Ley 100. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: Diario Oficial de la República de Colombia.
- 12 Congreso de la República. (2015). Ley 1751. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: Diario Oficial de la República de Colombia.
- 13 Consejo Privado de Competitividad. (2016). *Informe Nacional de Competitividad 2016-2017*. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.
- 14 Consejo Privado de Competitividad. (2017). *Informe Nacional de Competitividad 2017-2018*. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.
- 15 Institute for Management Development. (2016). *IMD World Competitiveness Yearbook*. Lausana, Suiza: IMD World Competitiveness Center.
- 16 Iregui, et al. (2014). Estado de salud y participación laboral: Evidencia para Colombia. *Borradores de Economía. 851*.
- 17 Jamison, D. (2013). Global Health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet, 382, 1898-55*.
- 18 Ministerio de Salud. (2016). *Resolución 256. Monitoreo de la Calidad*. Bogotá.
- 19 OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. Paris: OECD Publishing, Paris.



- 20 Porter, M. y. [2006]. *Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Publishing.
 - 21 Ruiz, F., Castaño, R. A., Ramírez, J., Vaca, C., Arango, C., Galán, A., ... Rueda, E. [2018]. *Agenda en salud 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100*. Bogotá: Universidad Javeriana, Universidad de Los Andes.
 - 22 Vecino, A., Arroyo, D., & García, D. L. [2016]. El impuesto a las bebidas azucaradas en Colombia. *Notas de Política No.27*. Universidad de Los Andes.
 - 23 World Economic Forum [2015]. *Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off*. Ginebra: World Economic Forum.
 - 24 World Economic Forum. [2017]. *The Global Competitiveness Report 2017–2018*. Ginebra: World Economic Forum.
-