

SALUD



Esperanza de vida saludable. Puesto entre 141 países.

Fuente: WEF (2019).

DATOS DESTACADOS*

1. Calidad y acceso

- Colombia ha logrado ampliar notablemente la cobertura del sistema de salud: mientras que en **1999** solo el **57,8 %** de la población estaba cubierto, ese porcentaje ascendió a **95 %** en **2019**.
- Existe una enorme heterogeneidad regional en materia de indicadores en salud. Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna en Caldas es de **32,4** por cada **100.000 nacimientos**, mientras que en Vichada asciende a **412,4**.
- En Colombia existen apenas **1,7** camas hospitalarias por cada **1.000 habitantes**, cifra que ubica al país en el promedio de América Latina.
- Durante **2018**, barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites para acceder a los servicios impidieron que el **21 %** de las personas con problemas de salud recibiera o solicitara atención médica.

2. Sostenibilidad financiera

- Los recobros correspondientes a servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios siguen en aumento y alcanzaron un máximo histórico de **COP 3,1 billones** en **2018**, constituyendo un factor de riesgo para la sostenibilidad del sistema de salud.
- El **22 %** de los hospitales y centros de salud públicos están categorizados como entidades con riesgo financiero medio o alto.
- **1** de cada **3** tutelas interpuestas en el país invoca el derecho a la salud. En **2018**, se interpusieron **207.734** tutelas invocando este derecho.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

1. Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical.
2. Fortalecer las capacidades técnicas de la Superintendencia Nacional de Salud.
3. Introducir un pago por desempeño para las EPS.
4. Extender servicios de telesalud.
5. Robustecer fuentes de financiación del sistema de salud.
6. Reducir las instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS.
7. Mejorar esfuerzos por disminuir la evasión y elusión en el sistema de salud.

*Las fuentes de los datos seleccionados en esta sección se encuentran a lo largo del capítulo.



PERFIL DE COLOMBIA EN MATERIA DE SALUD

Tema	Indicador	Valor Colombia 2019	Ranking en América Latina 2019	Mejor país en América Latina 2019 (valor)	Fuente
Calidad y Acceso	Número de médicos (por 1.000 personas)	1,8 ¹	5 de 13	Argentina (3,9)	Banco Mundial
	Camas hospitalarias (por 1.000 personas)	1,7 ²	6 de 16	Argentina (5)	Ministerio de Salud y Banco Mundial
	Expectativa de vida al nacer (años)	74,6 ³	12 de 17	Costa Rica (80)	Banco Mundial
	Tasa de mortalidad infantil (muertes por 1.000 nacimientos)	12,7 ³	9 de 17	Chile (6,3)	Banco Mundial
	Tasa de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos)	64 ⁴	8 de 18	Uruguay (15)	Banco Mundial
	Infraestructura de salud (de 0 a 10)	3,1	4 de 7	Chile (4,2)	IMD
Sostenibilidad	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares)	20,2 ⁵	3 de 17	Argentina (15,8)	Banco Mundial

Nota: 1. Dato más reciente disponible entre 2010 y 2015. 2. Dato para Colombia correspondiente al año 2018. Para los demás países, se usó el dato más reciente disponible entre 2013 y 2015. 3. Datos correspondientes al año 2017. 4. Datos correspondientes al año 2015. 5. Datos correspondientes al año 2016.



La calidad del sistema de salud es un determinante de la competitividad de un país debido a su impacto directo sobre la calidad de vida de la población y la productividad laboral. La evidencia empírica muestra que individuos más sanos incrementan la productividad laboral y generan mayores ingresos, lo cual influye directamente sobre el crecimiento económico de un país (Sachs, 2001). De la misma manera, 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).

Desde comienzos de los años noventa Colombia ha logrado mejoras sustanciales en la cobertura del sistema de salud. Mientras que hace 20 años la cobertura era de 57,8 %, la cifra asciende a 90,2 % en 2019⁶, lo que sitúa al país cerca de la cobertura universal. Ahora, si bien esta ampliación en la cobertura ha significado un aumento en la calidad de vida de la población, persisten barreras de acceso al servicio que li-

mitan su uso efectivo, entre ellas los trámites excesivos y la oportunidad de las citas. Por otra parte, el sistema de salud se enfrenta a presiones sobre el gasto derivadas de la transición demográfica, de la existencia de un plan de beneficios amplio definido a partir de la Ley Estatutaria de 2015 y de la complejidad del flujo de recursos que dificulta las labores de vigilancia y control.

En este contexto, el presente capítulo analiza el sistema de salud colombiano en dos dimensiones: (1) calidad y acceso a la salud y (2) sostenibilidad financiera del sistema. Para cada una de estas dimensiones se hacen recomendaciones que se dirigen a consolidar un sistema de salud que contribuya a la competitividad del país. En la versión 2018 de este capítulo se hicieron once recomendaciones. Al cierre de la edición actual, tres fueron acogidas, de las cuales dos están en proceso de implementación. Además de estas dos, la presente versión insiste en ocho recomendaciones cuya adopción sigue pendiente, para un total de diez recomendaciones.

6. Dato a mayo de 2019. Fuente: Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (BDUA-SGSSS).

CALIDAD Y ACCESO

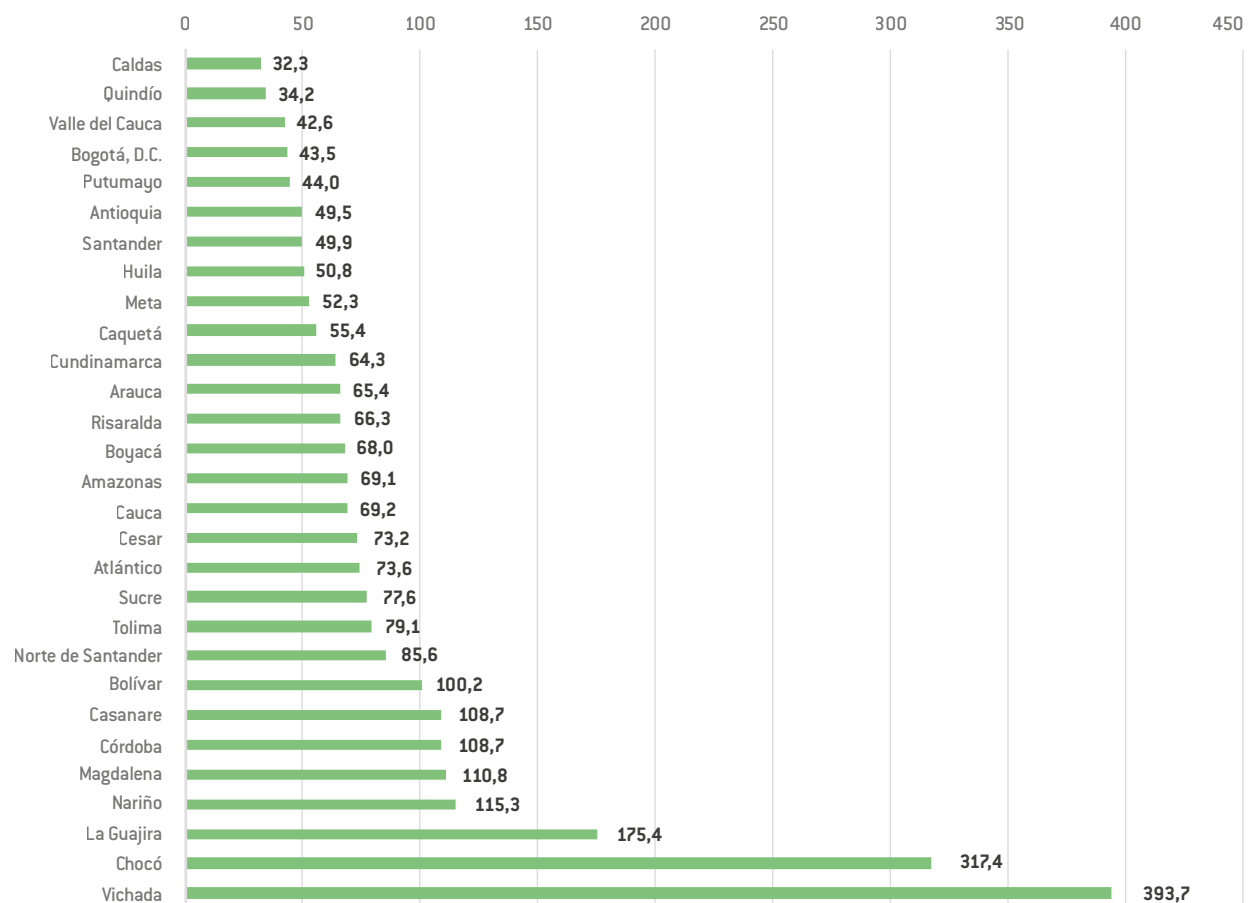
INDICADORES DE SALUD

Además de un sustancial aumento de la cobertura en el servicio, Colombia ha logrado mejorar varios de sus indicadores en salud a nivel nacional desde comienzos de los años noventa. Por ejemplo, la expectativa de vida pasó de 68 años en 1990 a 74,6 años en 2017, y la mortalidad infantil se redujo de 28 a 12,7 muertes por cada 1.000 nacimientos en el mismo periodo.

Aun así, los resultados presentan una enorme disparidad regional. La Gráfica 1 muestra la tasa de mortalidad materna por departamentos y permite evidenciar la heterogeneidad en este indicador en el país. Mientras que departamentos como Caldas y Quindío tienen tasas de 32,3 y 34,2, el indicador asciende a 393,7 y 317,4 en el caso de Vichada y Chocó respectivamente. La brecha entre el departamento con la menor tasa (Caldas) y aquel con la mayor tasa (Vichada) equivale a la existente entre la tasa nacional de Argentina y la de Zambia⁷.

Gráfica 1. Mortalidad materna (muertes por cada 100.000 nacimientos). Colombia, 2017.

Colombia ha logrado mejorar varios de sus indicadores en salud a nivel nacional, pero persiste una enorme disparidad regional.



Fuente: DANE.

7. Dato para Argentina correspondiente a 2013 y para Zambia correspondiente a 2014. Datos más recientes disponibles. Fuente: World Development Indicators (Banco Mundial).

INFRAESTRUCTURA EN SALUD

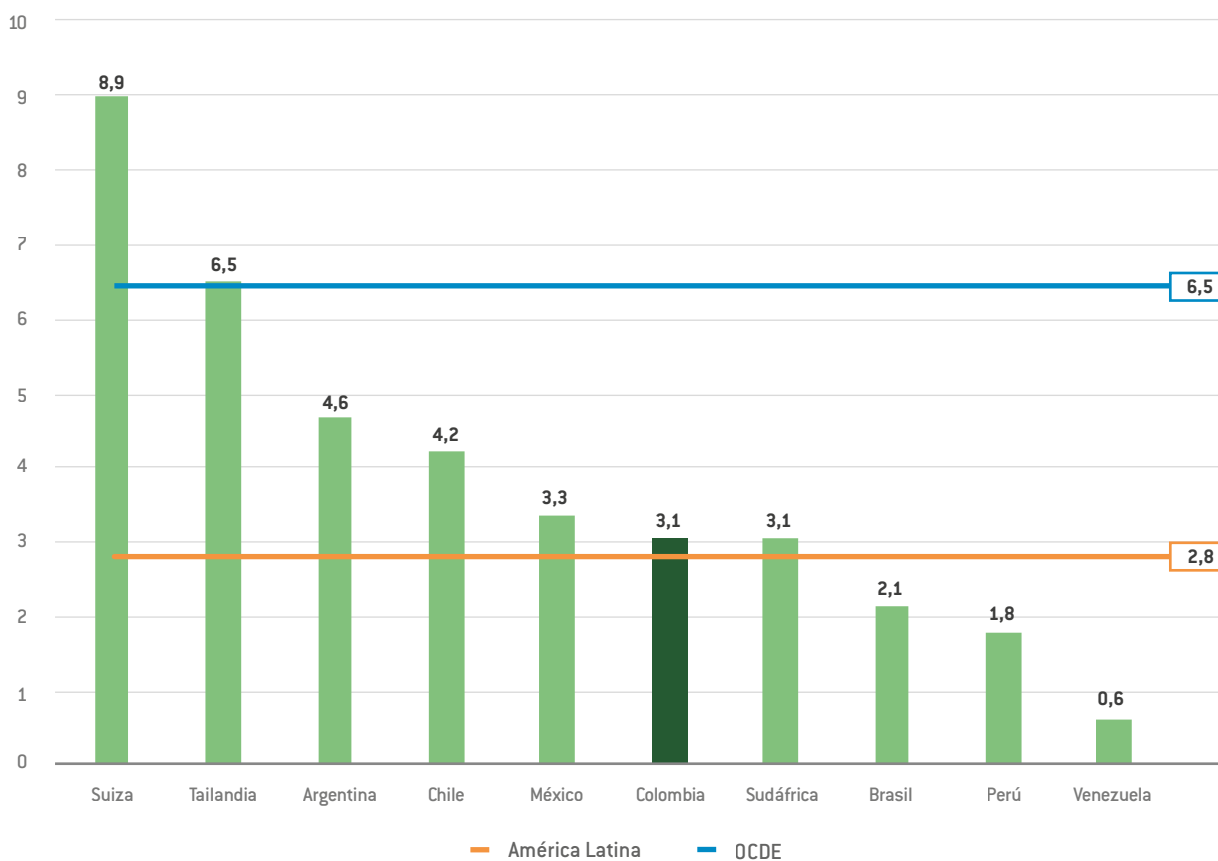
En Colombia los empresarios perciben que la infraestructura de salud es insuficiente para cubrir las necesidades de la sociedad, según se desprende de los resultados de la Encuesta de Opinión Empresarial del Institute for Management Development (IMD). Esta encuesta recoge las percepciones de líderes empresariales de 63 países sobre variables que afectan la competitividad y que son difíciles de medir, como prácticas corporativas, relaciones laborales, corrupción, factores ambientales y pertinencia de la infraestructura. Al comparar la percepción de pertinencia de la infraestructura de salud con países de referencia, se observa que Colombia se sitúa casi al nivel promedio de la

región, pero es superado por países como México, Chile y Argentina (Gráfica 2).

Conseguir mejoras en la infraestructura de salud requiere aumentar la inversión, particularmente en los hospitales públicos ya que son estos los de mayor rezago. Guzmán (2015) mostró que la inversión que realizaron los hospitales públicos entre 2003 y 2011 fue apenas necesaria para garantizar su funcionamiento, pero insuficiente para mejorar su infraestructura tecnológica. El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 incluye el Programa Acción Integral en Hospitales Públicos – Ai Hospital, con el objetivo de fortalecer la infraestructura y la dotación de la red básica de los hospitales públicos. Será fundamental monitorear el avance de esta estrategia.

Gráfica 2. Infraestructura en salud (de 0 a 10, donde 10 representa un mejor desempeño). Colombia y países de referencia, 2019.

En Colombia, los empresarios perciben que la infraestructura de salud es insuficiente para cubrir las necesidades de la sociedad.



Fuente: Institute for Management Development.

CALIDAD Y ACCESO

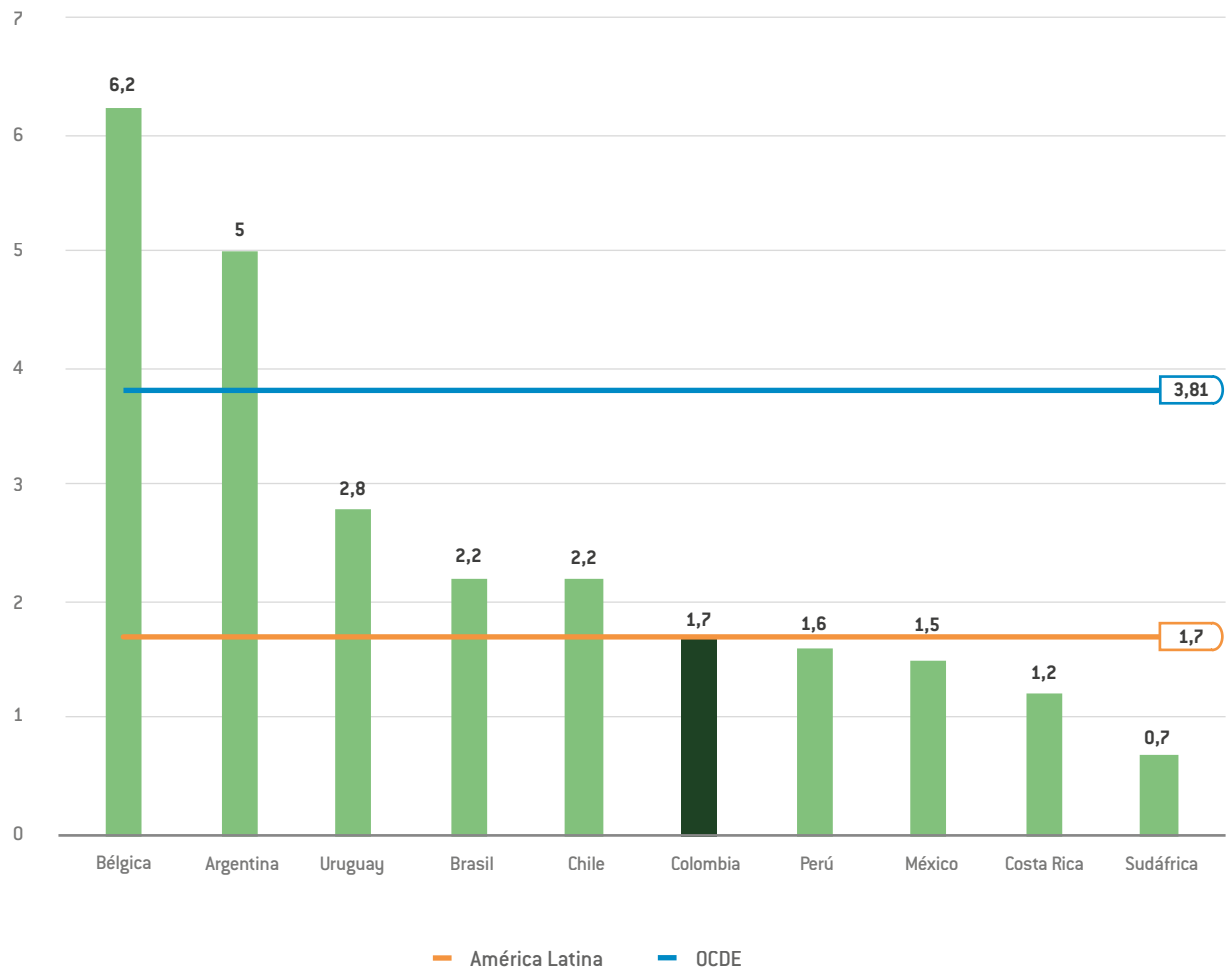
La percepción de insuficiencia proveniente de la Encuesta de Opinión Empresarial del IMD es corroborada por indicadores “duros” de infraestructura del sector. En Colombia existen apenas 1,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra que ubica al país en el promedio de América Latina, como se observa en la Gráfica 3.

Como se citó anteriormente, la deficiencia de infraestructura del país en materia de salud está relacionada con la baja inversión en el sector. De acuerdo con Guzmán

(2015), existe un rezago importante en la inversión de una muestra de hospitales considerados en su estudio y, en la mayoría de los casos, la inversión corresponde a criterios financieros y no a la búsqueda de una mejor infraestructura o calidad en los servicios. Así mismo, Bonet y Guzmán (2015) señalan que la inversión privada ha estado muy concentrada en las grandes ciudades, lo que tiende a agravar las diferencias regionales en materia de infraestructura y calidad.

Gráfica 3. Camas hospitalarias (por 1.000 personas). Colombia y países de referencia⁸.

El reducido número de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes refleja las deficiencias en la infraestructura de salud en Colombia.



Fuente: Banco Mundial.

8. Dato para Colombia correspondiente al año 2018. Para los demás países, se usó el dato más reciente disponible entre 2013 y 2015.



CALIDAD Y ACCESO

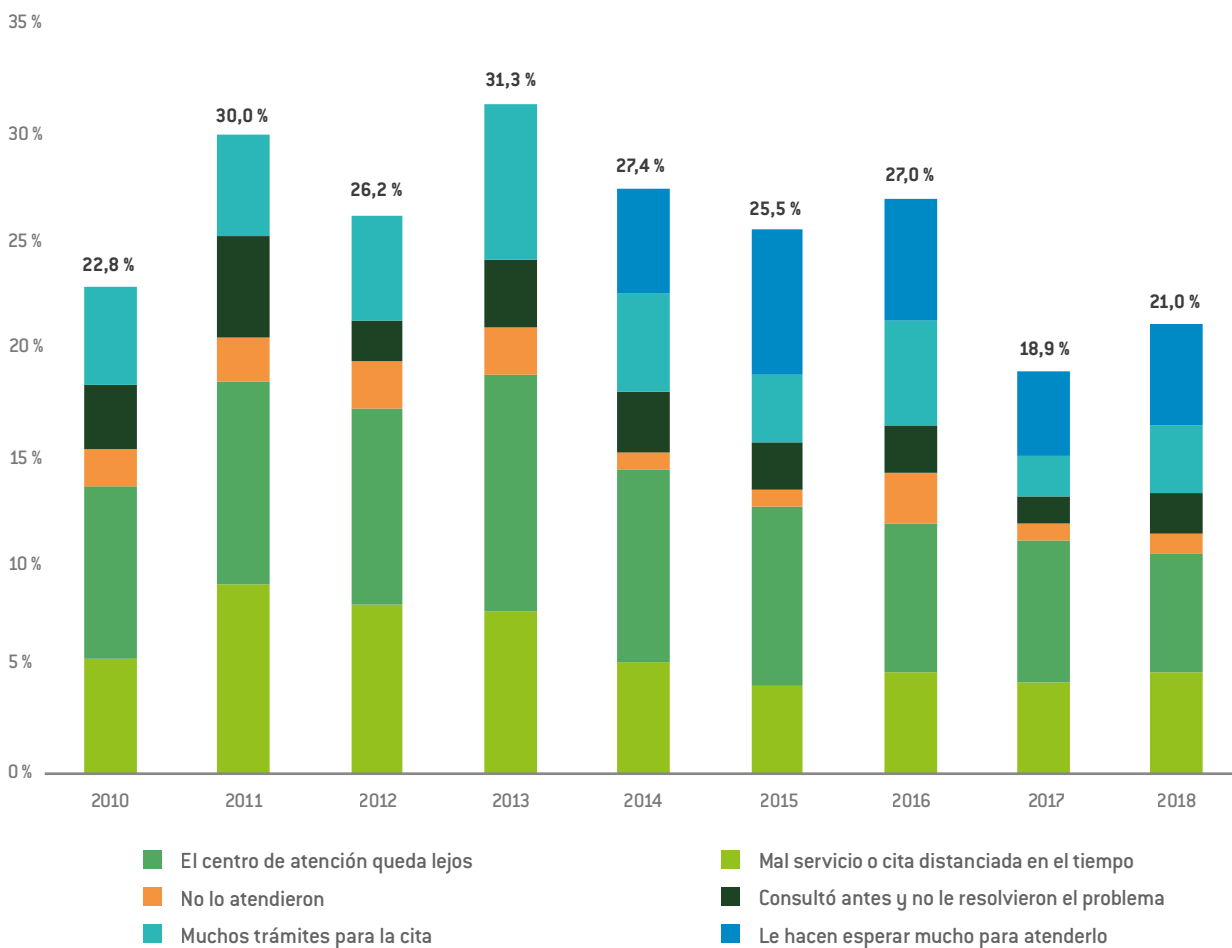
ACCESO A SALUD

La ampliación de la cobertura constituye uno de los principales logros del sistema de salud en el país. A pesar de esto, el acceso efectivo y oportuno a los servicios continúa siendo uno de los principales retos del sistema. Las barreras que impiden que las personas soliciten o reciban atención médica pueden provenir de (1) factores de oferta, es decir, aquellos atribuibles al prestador de los servicios, y (2) factores de demanda, que corresponden a aquellos relacionados con las condiciones del usuario.

La Gráfica 4 muestra las barreras de oferta a las que se enfrentan los usuarios de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, incluyendo factores como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites para acceder a los servicios. Durante 2018 este tipo de barreras se mantuvo en niveles muy elevados, ya que más del 20 % de las personas con problemas de salud no recibió o no solicitó atención médica citando estas razones.

Gráfica 4. Porcentaje de personas con problemas de salud que no solicita o no recibe atención médica debido a barreras de oferta. Colombia, 2010-2018.

Durante 2018, las barreras de oferta impidieron que el 21 % de las personas con problemas de salud recibiera o solicitara atención médica.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida (DANE). Cálculos: CPC.

RECOMENDACIONES

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

La Ley 1122 de 2007 fijó un límite a la integración vertical entre aseguradores y prestadores de salud como respuesta al crecimiento acelerado de las redes de prestadores propios por parte de las entidades prestadoras de salud (EPS)⁹. Recientemente, también se ha hecho evidente la integración entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de las cajas de compensación familiar y sus propias EPS. El límite impuesto establece que las EPS no pueden contratar más del 30 % del valor del gasto en salud con sus propias IPS, directamente o a través de terceros.

Si bien la integración vertical en general puede traer efectos positivos como la reducción de los costos de transacción y la mayor capacidad de negociación de precios, el límite busca contrarrestar los posibles efectos negativos de dicha práctica en el sector salud. En particular, se busca evitar eventuales restricciones sobre la competencia en detrimento del bienestar del usuario, ya que la integración vertical: (1) favorece la imposición de barreras para los usuarios, limitando los servicios que ofrecen prestadores no pertenecientes a la estructura del asegurador, lo que puede obstaculizar el acceso efectivo al derecho fundamental de la salud; (2) permite la existencia de contratos de exclusividad entre EPS y prestadores, lo cual desincentiva mejoras en calidad (Bardey y Buitrago, 2016; OECD, 2015), y (3) favorece la existencia de estructuras organizacionales complejas, dificultando la vigilancia y control del sistema.

Por estas razones, el Consejo Privado de Competitividad (CPC) recomienda ejercer un control efectivo y estricto sobre el cumplimiento de este límite. Al respecto, se hace fundamental la labor de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud (ver siguiente recomendación).

Acción pública. Fortalecer las capacidades técnicas de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las labores de vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud son fundamentales dada la complejidad del flujo de recursos y la cantidad de entes sujetos de vigilancia (la Superintendencia ejerce estas labores sobre todas las EPS, las IPS habilitadas y las entidades territoriales).

En línea con las recomendaciones de informes anteriores del CPC, la Ley 1949 de 2019 fortaleció las capacidades sancionatorias de la Superintendencia, aumentando la multa máxima que puede ser impuesta a entidades bajo su control de 2.500 SMMLV a 8.000 SMMLV, al tiempo que estableció la posibilidad de imponer sanciones sucesivas a entidades que fallen en el cumplimiento de sus órdenes de hasta 3.000 SMMLV. Las sanciones además podrán ser impuestas sobre personas naturales que sean responsables de cumplir las órdenes de la Superintendencia, incluyendo representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud, jefes de presupuesto, revisores fiscales y tesoreros, entre otros. Adicionalmente, la ley amplió a cinco años el periodo en el cual la Superintendencia puede imponer sanciones para evitar la prescripción de los hechos en caso de que no se haya completado el proceso sancionatorio. Estos avances se suman a lo logrado con la expedición de los Decretos 2462 y 2463 de 2013, que buscaron mejorar organizacionalmente la entidad.

De la misma manera, a través de la Ley 1966 de 2019 se adoptan medidas que favorecen la vigilancia y control del uso de los recursos financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para tal fin, promueve la unificación de sistemas de información y su publicación para favorecer la rendición de cuentas de los agentes del sector.

Es aún fundamental fortalecer las capacidades técnicas de la entidad, de manera que pueda ejercer efectivamente las nuevas facultades sancionatorias otorgadas por la ley. Así mismo, se recomienda delimitar sus funciones de vigilancia, pues en muchos casos estas se superponen con las

9. La integración vertical es el proceso mediante el cual dos eslabones de una cadena productiva se integran en una sola empresa. En este capítulo se hace referencia a la integración entre aseguradores y prestadores del servicio de salud (Bardey y Buitrago, 2016).

de las entidades territoriales, lo cual va en detrimento de su autonomía.

Acción pública. Establecer un periodo fijo para el superintendente de salud.

De manera paralela al fortalecimiento de las facultades de la Superintendencia Nacional de Salud, es fundamental controlar los riesgos de clientelismo en esta entidad y las demás 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), dado su importante rol sobre el manejo financiero y de información del sistema de salud.

Específicamente, se recomienda establecer un periodo fijo para el superintendente de salud, con el objetivo de asegurar que su nombramiento se aísle del ciclo político. El Decreto 1817 de 2015 introdujo un periodo fijo para el superintendente de industria y comercio, el superintendente financiero y el superintendente de sociedades, pero no incluyó 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 que hasta entonces estaba en vigencia, esta situación introduce un riesgo de clientelismo que debe ser monitoreado.

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

Uno de los retos más importantes del sector tiene que ver con la calidad de los servicios. En Colombia, las EPS reciben un pago fijo por cada usuario afiliado (la unidad de pago por capitación) que no incluye consideraciones de calidad o desempeño. La ausencia de incentivos a la calidad puede incluso desestimular los avances en esta materia, ya que

conseguir una mejor calidad puede implicar un aumento en los gastos y, por lo tanto, una reducción en el margen de ganancia por afiliado [Bardey, 2015].

Con el objetivo de incentivar una mayor calidad en la prestación de servicios, se recomienda introducir un pago de dos componentes para las EPS: un componente fijo por afiliado, y un componente variable que dependa del cumplimiento de indicadores de calidad.

La ley del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022¹⁰ (PND) incluyó el artículo 241, “Incentivos a la calidad y los resultados en salud”, que avanza en este sentido al establecer que “el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud”. Se recomienda definir su implementación lo antes posible y evaluar sus efectos sobre la calidad de la prestación de servicios de salud.

Poner en marcha este tipo de incentivos requiere de un sistema de indicadores de calidad que permita diseñar su funcionamiento y monitorear el avance. Así lo reconoce el artículo mencionado anteriormente, notando que el diseño e implementación de este mecanismo de pago tendrá “como mínimo un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores”. Para este efecto, se recomienda el uso del 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.

El Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud, creado en 2016 por el Ministerio de Salud y Protección Social, reúne diversos indicadores relacionados con la calidad de los servicios de salud. La información del Observatorio puede servir a objetivos de política claves para el sector salud, como la identificación y monitoreo de las barreras de acceso al servicio, la medición de variables de promoción y prevención, y la implementación del pago por desempeño para las EPS, por lo cual se recomienda promover su uso entre los diferentes actores del sistema.

10. Ley 1955 de 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”.

Como se vio en el diagnóstico, las barreras de oferta impiden que el 21 % de la población solicite o acceda efectivamente a los servicios de salud, lo que hace fundamental el seguimiento a variables como el tiempo de espera para citas o la calidad del servicio. Por su parte, el Observatorio debería servir para visibilizar variables en materia de promoción y prevención, dada su importancia para adoptar un enfoque diferente al asistencial que prevalece en la actualidad. De esa manera, además de promover su uso como fuente de información del sector salud, se recomienda fortalecerlo en las áreas de promoción y prevención.

Acción pública. Extender servicios de telesalud.

Aunque Colombia ha avanzado en la mayoría de los resultados en salud en la última década, existe una heterogeneidad importante entre los resultados observados en las diferentes

regiones del país, lo que pone de manifiesto la necesidad de avanzar en la provisión de servicios a zonas con limitada oferta.

Una alternativa costo-eficiente para extender la provisión de servicios a zonas alejadas o de difícil acceso es la telesalud. La provisión de servicios de salud a distancia a través del uso de tecnologías conlleva beneficios importantes: (1) para el paciente, al evitar desplazamientos y garantizar un diagnóstico y un tratamiento oportunos; (2) 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 (3) para las instituciones, pues se favorece una mayor cobertura y oportunidad en el servicio y se reducen los costos. Dados estos beneficios, el CPC mantiene su recomendación de extender los servicios de telesalud, para lo cual se requiere simplificar los requerimientos regulatorios que rigen la prestación de salud a distancia en la actualidad.

SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

La definición de límites adecuados al plan de beneficios es uno de los mayores desafíos en materia de sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia. En el país existe un plan de beneficios que se financia con recursos fiscales y parafiscales administrados por la Adres a través del pago de una prima de aseguramiento a las EPS¹¹. Los procedimientos y medicamentos que no se encuentran incluidos en el plan de beneficios pero que se han reconocido por profesionales en salud y jueces son luego recobrados a la Adres y, de ser aprobados, son pagados con recursos públicos.

Como se observa en la Gráfica 5, los recobros correspondientes a este rubro siguen en aumento y alcanzaron un máximo histórico de COP 3,1 billones en 2018. La magnitud y la tendencia creciente de estos recobros son un factor de riesgo para la sostenibilidad del sistema de salud.

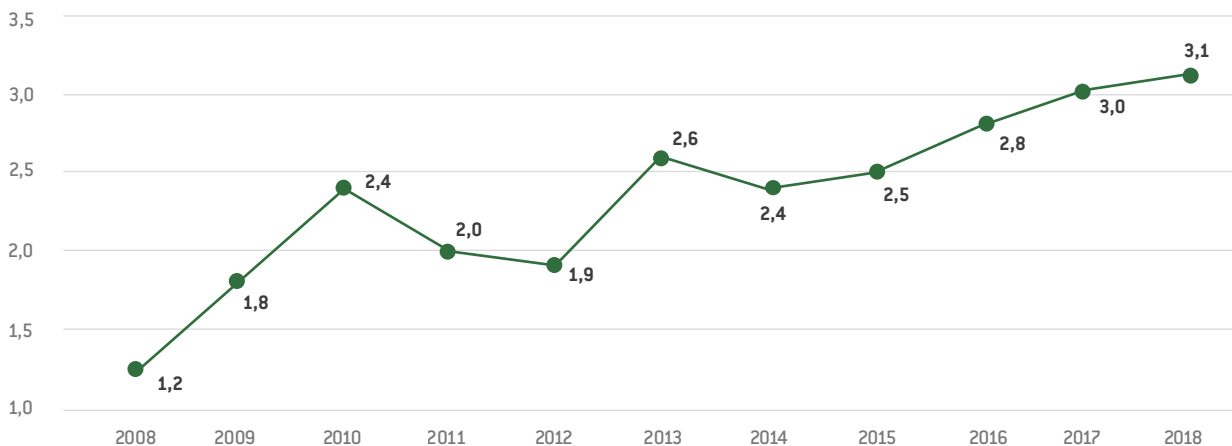
Con el fin de sanear las deudas por recobros, el Ministerio de Salud dio inicio en 2019 al llamado Acuerdo de Punto Final, previsto en los artículos 237 y 238 de la ley del PND 2018-2022. El principio básico del acuerdo es el reconocimiento como deuda pública de los recobros por servicios y

tecnologías no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) que las entidades recobrantes mantienen en sus estados financieros pero que no han sido reconocidos o pagados por el Gobierno Nacional o por las entidades territoriales. Lo anterior implica que la deuda es respaldada por el Ministerio de Hacienda, lo cual le otorga fortaleza institucional al acuerdo. Según lo dispuesto por el PND, la Adres y las entidades territoriales suscribirán acuerdos de pago con las EPS para garantizar el cierre definitivo de las deudas, y de estas a su vez con las IPS. Esto es importante para que el saneamiento se refleje en los prestadores, en los cuales las deficiencias de atención al usuario se hacen evidentes.

Además de estas medidas de saneamiento, el acuerdo contempla estrategias adicionales para evitar una nueva situación de crecimiento insostenible de deudas en el sector. Entre ellas, se fijaron valores máximos de recobro, de manera que el Gobierno pague un máximo valor por una misma tecnología, y se transfirió a la Nación la obligación de reconocer y pagar las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios para el régimen subsidiado a partir del 1 de enero de 2020 (que estaba a cargo de las entidades territoriales).

Gráfica 5. Recobros por gastos en procedimientos y medicamentos no incluidos en el plan básico de beneficios (billones de pesos). Colombia, 2008-2018.

Los recobros por gastos en procedimientos no incluidos en el plan de beneficios han crecido de manera constante. En 2018, este rubro alcanzó un máximo histórico de COP 3,1 billones.



Fuente: Adres.

11. Unidad de pago por capitación.

SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El estrés financiero del sistema de salud en Colombia durante los últimos años, sumado a deficiencias en las labores de vigilancia y control y retrasos en los pagos por parte de las EPS, ha generado una situación de riesgo financiero para los hospitales y centros de salud públicos, formalmente denominados empresas sociales del Estado (ESE). Los datos más recientes muestran que en 2018 el 22 % de las ESE estaban categorizadas como entidades con riesgo financiero medio o alto (Gráfica 6).

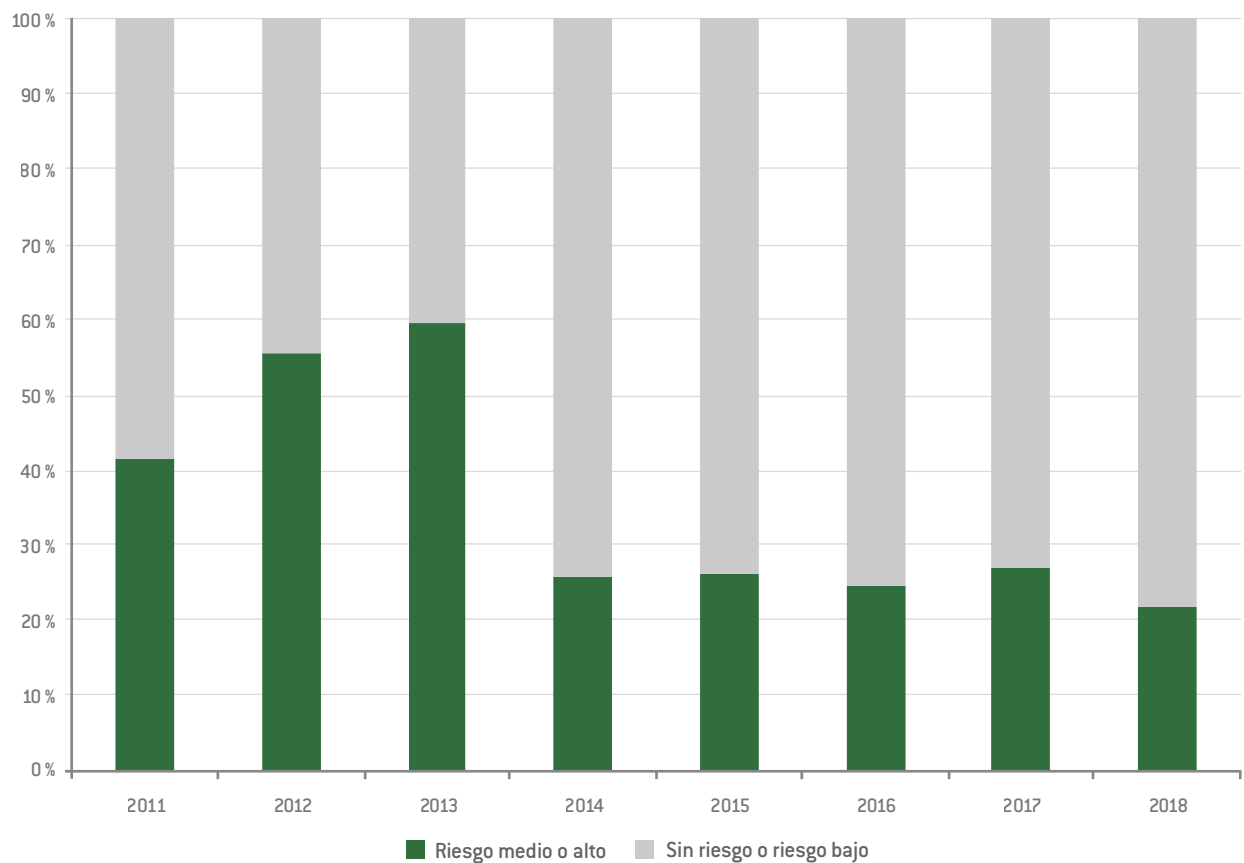
En 2014 se habían adoptado medidas para mitigar la situación de insostenibilidad financiera, en particular a través del Decreto 2702, que unificó condiciones de solvencia para las EPS como respaldo para cubrir las obligaciones

derivadas de la prestación de servicios de salud. A pesar de esto, la proporción de ESE con riesgo medio o alto sigue siendo elevada.

El artículo 77 de la ley del PND 2018-2022 estableció que las ESE categorizadas en riesgo medio o alto “deberán adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud conforme a la reglamentación y la metodología que defina el Ministerio de Hacienda y Crédito Público”. La implementación de estos programas de saneamiento debería tener efectos positivos sobre el riesgo financiero de los hospitales y centros de salud públicos, lo cual podría reflejarse en el indicador en años próximos.

Gráfica 6. Categorización de riesgo financiero de los hospitales y centros de salud públicos. Colombia, 2011-2018.

A pesar de la adopción de medidas de saneamiento, en 2018 el 22 % de los hospitales y centros de salud públicos estaban categorizados como entidades con riesgo financiero medio o alto.



SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

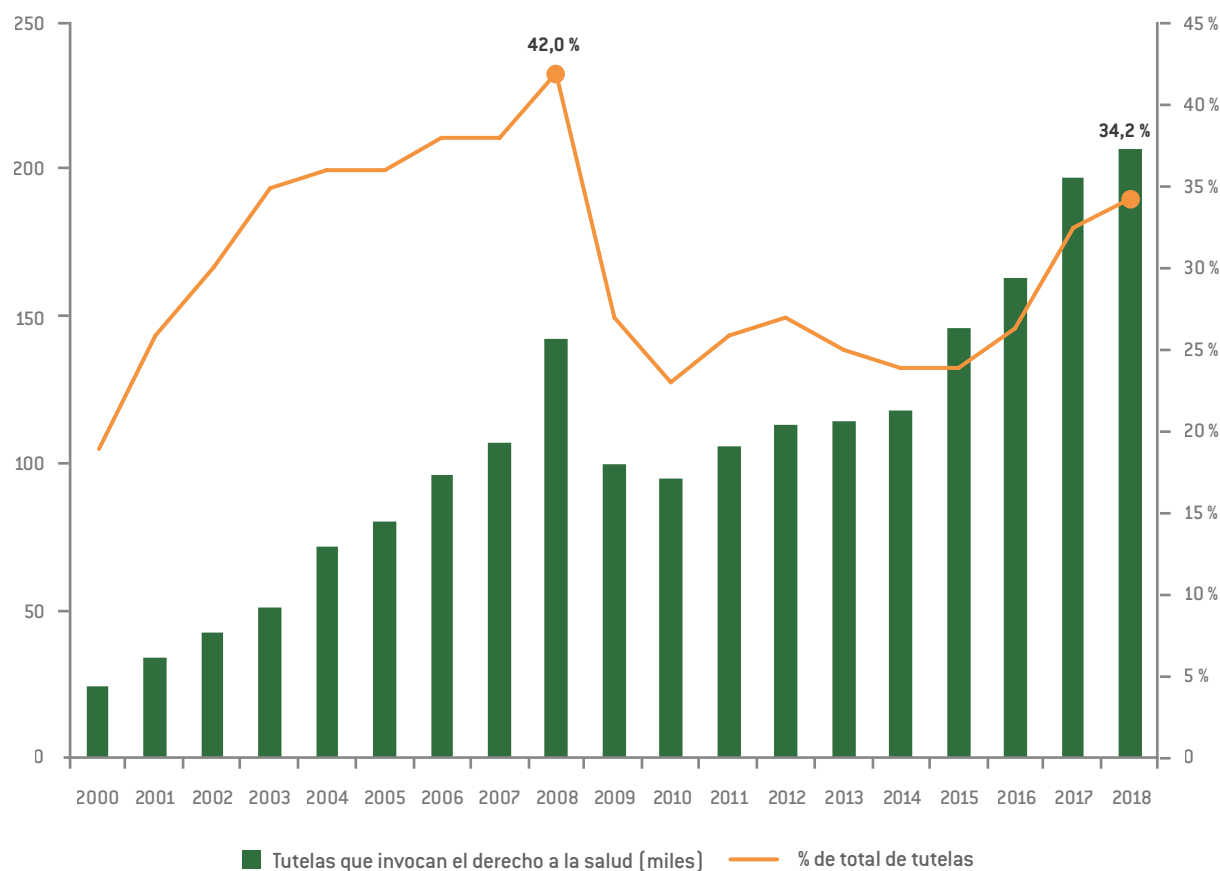


En Colombia el plan de beneficios en salud vigente se define mediante la aplicación de ciertas exclusiones. La Ley Estatutaria en Salud establece que los recursos públicos destinados a salud no podrán ser asignados a financiar tecnologías con fines cosméticos, sin evidencia científica sobre su seguridad y efectividad clínica, sin autorización de la autoridad competente, en fase de experimentación o que se presten en el exterior¹². Así mismo, un servicio o tecnología puede dejar de ser financiado con recursos destinados para el sistema general de seguridad social en salud si es nominado y evaluado en un procedimiento técnico-científico.

En la práctica los límites al plan de beneficios no son claros, ya que cualquier ciudadano puede asegurar la provisión de servicios de salud a través de una acción de tutela. En 2018 se interpusieron 207.734 tutelas invocando el derecho a la salud, cifra que representa el 34,2 % del total de tutelas en el país durante ese año. Si bien esta proporción se ha reducido desde el máximo histórico alcanzado en 2008 (42 %), la cifra es todavía muy elevada y su tendencia ha vuelto a ser creciente [Gráfica 7]. Una adecuada definición de límites en el plan de beneficios debería evitar que la provisión de servicios de salud tenga lugar a través de acciones judiciales.

Gráfica 7. Tutelas que invocan el derecho a la salud (número total y % del total de tutelas). Colombia, 2000-2018.

El número de tutelas interpuestas invocando el derecho a la salud continúa en ascenso. En 2018, 1 de cada 3 tutelas invocaba este derecho.



Fuente: Defensoría del Pueblo.

12. Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".

RECOMENDACIONES

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

Los sistemas de salud enfrentan presiones sobre el gasto debido a factores demográficos como el envejecimiento de la población y el cambio epidemiológico, que implica una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles (entre ellas cáncer y enfermedades cardiovasculares), pero también debido al surgimiento y uso de nuevas tecnologías médicas con elevados precios.

Colombia no es ajena a estas tendencias, lo que significa que el país debe establecer criterios de priorización del gasto y de gestión de la presión generada por las nuevas tecnologías. Esto es especialmente importante en el caso colombiano, ya que los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios y autorizados por un profesional de la salud o un juez son pagados con recursos públicos (BID, 2015).

En ese sentido, el CPC recomienda evaluar de manera periódica la relación costo-efectividad de las tecnologías con el objetivo de priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo. Actualmente se permite la financiación completa de cualquier tecnología atendiendo al derecho fundamental a la salud establecido por la Ley Estatutaria de 2015, sin incorporar ningún criterio de priorización. La tarea de definición de criterios para priorizar el gasto 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.

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

Con el fin de garantizar una adecuada y suficiente financiación del sistema de salud colombiano, es fundamental hacer más eficiente el gasto en salud, pero también considerar nuevas fuentes de financiación, en particular a través de la introducción de impuestos a alimentos y bebidas no saludables. Existe evidencia sobre los beneficios de este tipo de impuestos: en el caso del tabaco y el alcohol,

la introducción de impuestos ha demostrado ser una medida de política costo-efectiva (Vecino, Arroyo y García, 2016). Además, estos son pagados solo por aquellas personas que incurren en comportamientos no saludables y que potencialmente demandan más del sistema de salud.

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

En Colombia 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 su asignación (Bonet y Guzmán, 2015).

En años recientes se han tomado medidas para agilizar el flujo de recursos a las IPS dado el estado crítico que habían alcanzado por retrasos en los pagos que deben hacer las EPS por la prestación de los servicios. Así, el Gobierno Nacional estableció el mecanismo llamado giro directo, a través del cual puede transferir recursos de manera directa a las IPS. De igual manera, se creó y puso en marcha la Adres, que cumple el papel de administradora central de recursos del sistema. Este es un avance importante en materia del flujo de recursos, ya que la entidad está encargada de centralizar y administrar los recursos y realizar los giros a los aseguradores y prestadores. Sin embargo, es fundamental que consiga simplificar los procesos asociados al traslado de recursos, pues la entidad que lo antecedía (Fosyga) manejaba cerca de cien procesos para cumplir sus funciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). De la simplificación de sus procesos administrativos dependerá en buena medida 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 evasión de las contribuciones al sistema general de seguridad social en salud constituye un factor adicional de riesgo para su financiamiento. La evasión en el caso del sistema de salud consiste no solo en el no pago de las contribuciones, sino que puede tomar la forma de subdeclaración, sobre todo en el caso de trabajadores independientes. Así mismo, en el caso colombiano, existen incentivos a no mi-

SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

grar al régimen subsidiado, incluso si una persona cumple las condiciones para hacerlo, ya que los beneficios que se obtienen en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado son iguales.

En Colombia, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) estimó que la evasión en salud ascendió a COP 2,3 billones en 2017. La UGPP 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 co-

rrrecta, es primordial asegurar que su labor se enfoque en extender la base de contribuyentes para minimizar la evasión.

Reducir la evasión y elusión requiere contar con una autoridad tributaria fuerte, por lo cual se recomienda implementar las medidas previstas en la Ley de Financiamiento que permitirán modernizar y fortalecer la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN), de manera que ejerza una efectiva labor de fiscalización (ver capítulo Sistema tributario).





SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

Recomendaciones del CPC que ya han sido acogidas

Recomendación	Año en el cual fue acogida	Impacto esperado / observado	Observaciones
Definir el plan de beneficios delimitado a través de exclusiones	2015	La Ley Estatutaria 1751 de 2015 determinó que el plan de beneficios pasaría de estar determinado por una lista positiva a ser delimitado por la aplicación de exclusiones. El objetivo era reducir los recobros por servicios y tecnologías no incluidos en el anterior Plan Obligatorio de Salud (POS).	Su implementación no ha implicado cambios en la operación del 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 ser financiados por los recobros. Por esta razón, no ha tenido ningún impacto sobre los recobros.
Otorgar mayores capacidades sancionatorias a la Superintendencia de Salud	2019	Proteger los derechos de los usuarios, la calidad y el acceso a la prestación de servicios, y la oportunidad en el flujo de los recursos.	La Ley 1949 de 2019 fortaleció las capacidades sancionatorias de la Superintendencia. Es aún necesario fortalecer las capacidades técnicas de la entidad, de manera que pueda ejercer efectivamente estas nuevas facultades otorgadas por la ley.

Recomendaciones que aún no han sido acogidas, en las cuales el CPC insiste

Recomendación	Impacto /costo de oportunidad	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical	Evitar restricciones sobre la competencia en detrimento del bienestar del usuario, ya que la integración vertical puede favorecer la imposición de barreras para los usuarios, limitando los servicios que ofrecen prestadores no pertenecientes a la estructura del asegurador. Además, favorece la existencia de estructuras organizacionales complejas, dificultando su vigilancia y control.	Superintendencia Nacional de Salud y Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud de Minsalud	Acción pública
Fortalecer las capacidades técnicas de la Superintendencia Nacional de Salud	Fundamental para ejercer efectivamente las nuevas facultades sancionatorias otorgadas por la ley.	Presidencia de la República y Superintendencia Nacional de Salud	Acción pública

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

Recomendación	Impacto /costo de oportunidad	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Establecer un periodo fijo para el superintendente de salud	Asegurar que su nombramiento se aisle del ciclo político.	Presidencia de la República, Superintendencia Nacional de Salud, Función Pública	Acción pública
Introducir un pago por desempeño para las EPS	La ausencia de incentivos a la calidad puede incluso desestimular los avances en esta materia, ya que implica un aumento en los gastos y, por lo tanto, una reducción en el margen de ganancia por afiliado.	Viceministerio de Protección Social de Minsalud	Acción pública
Fortalecer y promover el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud	Monitoreo de barreras de acceso, medición de variables de promoción y prevención e implementación del pago por desempeño para las EPS.	Viceministerio de Protección Social de Minsalud y EPS	Coordinación público-privada
Extender servicios de telesalud	Alternativa costo-eficiente para extender provisión de servicios a zonas alejadas o de difícil acceso.	Viceministerio de Protección Social de Minsalud y MinTIC	Acción pública





SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

Recomendación	Impacto /costo de oportunidad	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Definir una estrategia de gestión de la presión tecnológica para controlar y focalizar el gasto en salud	Evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías para priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo.	Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de Minsalud e Instituto Nacional de Salud	Acción pública
Robustecer las fuentes de financiación del sistema de salud	Garantizar una adecuada y suficiente financiación del sistema de salud colombiano.	Viceministerio de Protección Social de Minsalud y Minhacienda	Acción pública
Reducir las instancias que intervienen en el traslado de recursos públicos a las IPS	Evitar captura de recursos por parte de grupos de interés y favorecer transparencia.	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	La evasión de las contribuciones constituye un factor adicional de riesgo para su financiamiento. La UGPP estimó que la evasión en salud ascendió a COP 2,3 billones en 2017.	Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales y DIAN	Acción pública



REFERENCIAS

- 1 Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (s.f.). *Base Única de Afiliados*. 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 (2017a). *Derechos y costos en patentes de medicamentos*. Bogotá D. C.: Comentario Económico del Día - Marzo 29 de 2017.
- 4 ANIF (2017b). *Desafíos del sector salud: Balance de la Ley 1797 de 2016*. Bogotá D. C.: 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. y Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad* (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. y Hahn, L. (. (2017). *La salud en Colombia: una perspectiva regional*. Bogotá D. C.: Banco de la República.
- 11 Consejo Privado de Competitividad. (2017). *Informe Nacional de Competitividad 2017-2018*. Bogotá D. C.: Consejo Privado de Competitividad.
- 12 Consejo Privado de Competitividad. (2018). *Informe Nacional de Competitividad 2018-2019*. Bogotá D. C.: Consejo Privado de Competitividad.
- 13 Foro Económico Mundial. (2015). *Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off*. Ginebra: Foro Económico Mundial.
- 14 Foro Económico Mundial. (2019). *The Global Competitiveness Report 2019–2020*. Ginebra: Foro Económico Mundial.
- 15 Guzmán, K. (2015). ¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria? *Documentos de trabajo sobre economía regional*. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Banco de la República.
- 16 Institute for Management Development. (2019). *IMD World Competitiveness Yearbook*. Lausana, Suiza: IMD World Competitiveness Center.
- 17 Jamison, D. (2013). Global Health 2035: a World Converging Within a Generation. *The Lancet*, 382, 1898-55.
- 18 Ley 100. (1993). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*.
- 19 Ley 1751. (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
- 20 Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 1342. Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2019*. Bogotá D. C.
- 21 OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. París: OECD Publishing.
- 22 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 D. C.: Universidad Javeriana, Universidad de Los Andes.
- 23 Sachs, J. D. (2001). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. *World Health Organization on Macroeconomics and Health*. 210 p.
- 24 Vecino, A., Arroyo, D. y García, D. L. (2016). El impuesto a las bebidas azucaradas en Colombia. *Notas de Política N.º 27*. Universidad de Los Andes.

