



SALUD

INTRODUCCIÓN **1**

A QUIÉNES ATENDEMOS **2**

CÓMO LOS ATENDEMOS **3**

CÓMO LO PAGAMOS **4**

SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES **5**

BIBLIOGRAFÍA **6**



AI

010101 00

010101 00 010111 01

AI

AI

010111 01

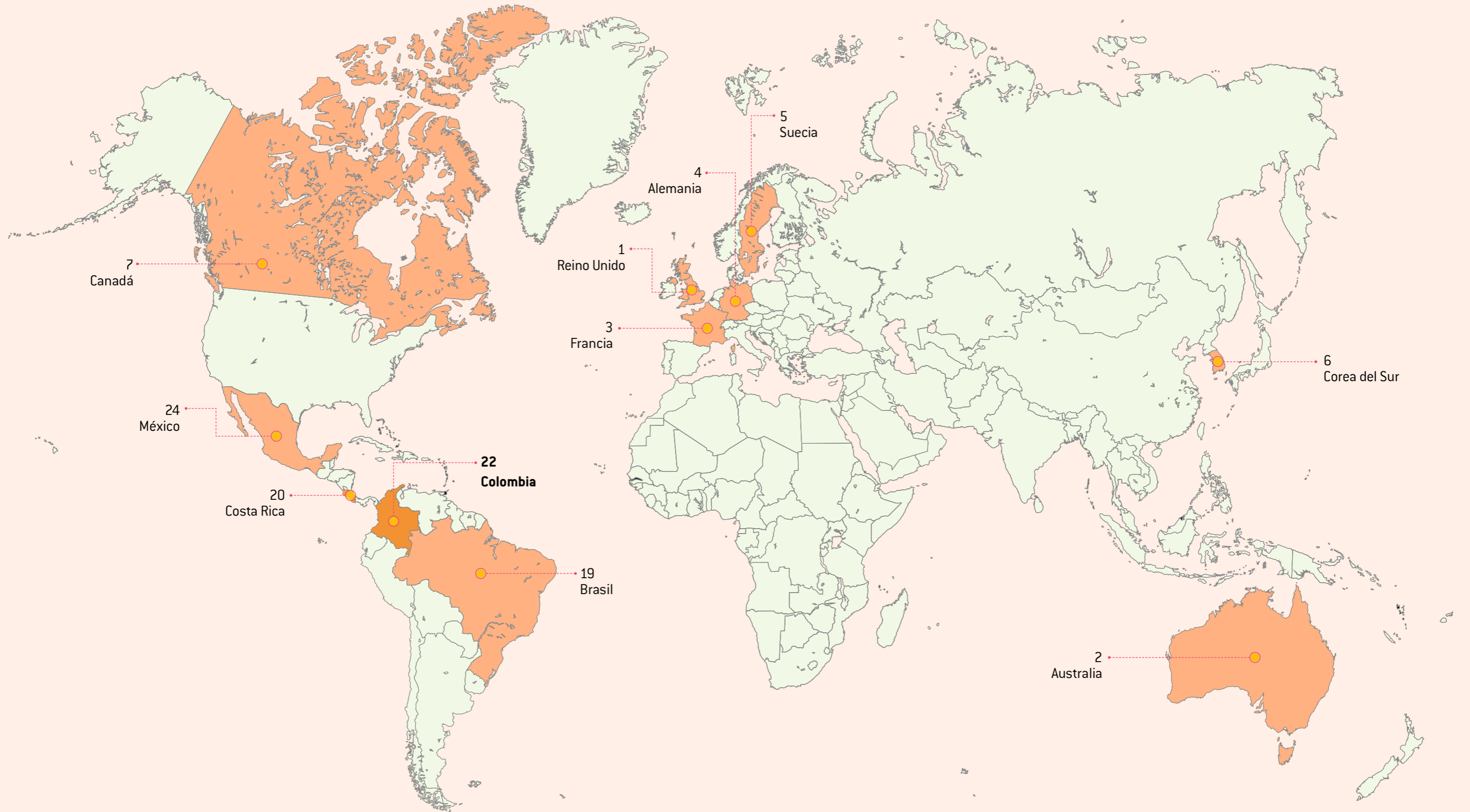
AI

010101 00 010111 01

HEALTHCARE TECHNOLOG

Tecnología médica, los médicos utilizan robots de IA para el diagnóstico, la atención y la mayor precisión en el tratamiento del paciente en el futuro. Investigación médica y desarrollo de tecnologías de innovación para mejorar la salud de los pacientes.

MAPA DE UBICACIÓN



Posición en el índice de inclusión en salud (entre 40 países).
Fuente: The Economist (2022).

PERFIL DE COLOMBIA EN MATERIA DE SALUD

| Tema | Indicador | Valor Colombia | Ranking en América Latina | Mejor país en América Latina (valor) | Valor promedio OCDE | Fuente |
|-------------------------------|---|----------------|---------------------------|--------------------------------------|---------------------|--|
| Calidad y resultados en salud | Expectativa de vida al nacer (años) | 72,8 | 8 de 17 | Chile (78,9) | 79,9 | Banco Mundial (2021) |
| | Tasa de mortalidad infantil (cada 1.000 nacimientos vivos) | 11,1 | 7 de 17 | Uruguay (5) | 3,7 | Banco Mundial (2021) |
| | Tasa de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos) | 75 | 13 de 17 | Chile (15) | 10,8 | Banco Mundial (2020) |
| | Percepción sobre infraestructura de salud (de 0 a 10) | 5,2 | 1 de 7 | Colombia (5,2) | 6 | IMD (2023) |
| | Índice de acceso y calidad de la asistencia sanitaria | 61,1 | 4 de 17 | Chile (70,9) | 81,9 | The Lancet (2019) |
| | Índice mundial de seguridad sanitaria (de 0 a 100) | 53,2 | 6 de 17 | México (57) | 58,7 | GHS Index (2021) |
| | Número de médicos (por 1.000 personas) | 2,7 | 6 de 17 | Uruguay (5,1) | 3,5 | Organización Mundial de la Salud, OCDE (2001-2020) |
| | Número de enfermeros (por 1.000 personas) | 1,4 | 16 de 17 | Brasil (7,4) | 10,3 | Organización Mundial de la Salud, OCDE (2017-2020) |
| Gasto en salud | Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares) | 13,6 | 1 de 17 | Colombia | 18,2 | Banco Mundial (2020) |
| | Riesgo de contraer gastos catastróficos relacionados con la atención quirúrgica (% de personas en riesgo) | 8,1 | 5 de 17 | Argentina (2,2) | 9,1 | Banco Mundial (2020) |

Nota: Para establecer el ranking, todos los indicadores se ordenan de mejor a peor desempeño.

1 INTRODUCCIÓN

El capital humano es un determinante fundamental de la competitividad de un país. Gracias a su impacto directo sobre la calidad de vida de la población y su productividad laboral, el sistema de salud desempeña un rol clave en el desarrollo productivo; además, puede tener otros encadenamientos productivos importantes para el país. La evidencia empírica muestra que individuos más sanos incrementan la productividad laboral y generan mayores ingresos, lo cual tiene un impacto directo sobre el crecimiento económico de un país (Sachs, 2001).

En Colombia, el sistema de salud ha conseguido logros muy importantes en materia de cobertura: mientras que en 1995 solo el 29,2 % de la población contaba con aseguramiento en salud, en julio de 2023 la cobertura ascendió al 99 % (Ministerio de Salud [Minsalud], 2023). Esta cobertura, sumada al bajo gasto de bolsillo, representa un escenario de protección de riesgos para las personas ante posibles afectaciones en salud. Si bien es cierto que existen discusiones sobre acceso efectivo y calidad, estos dos logros no deben minimizarse en ningún caso.

En el contexto de las discusiones alrededor de la reforma a la salud propuesta por el Gobierno nacional, es importante hacer énfasis en los logros de protección social que han tenido lugar en el contexto del sistema de aseguramiento y que no deberían sacrificarse. A su vez, es preciso abordar las preocupaciones y debilidades del sistema actual.

Los retos deben atenderse con pragmatismo. Por una parte, persisten las barreras de acceso al servicio, entre ellas trámites excesivos y falta de oportunidad en las citas, lo cual limita el uso

efectivo de los servicios de salud e impacta la legitimidad del sistema y la confianza de los ciudadanos en este. De otro lado, Colombia se enfrenta a presiones sobre el gasto en salud provenientes del envejecimiento de la población y del cambio tecnológico, que se traduce en el surgimiento de nuevas tecnologías médicas que requieren una incorporación racional al plan de beneficios. En un contexto de limitados recursos públicos, la definición de prioridades de gasto en salud se hace fundamental. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial (2020) enfatizan en la importancia de gastar mejor en salud señalando que en América Latina existe una necesidad apremiante de ser más eficientes en el gasto y de alcanzar mejores resultados para las personas.

En la medida en que hay retos de largo plazo que dependen de la interacción de muchas fuerzas, es fundamental buscar victorias cercanas. Por ejemplo, conviene reforzar la confianza de los ciudadanos en el sistema de salud al poner al paciente en el centro del sistema, y transformar las estructuras y los procesos internos que deben surtir los diferentes actores del sector de manera que la experiencia de uso de los servicios de salud sea eficiente, oportuna y clara. Para conseguir esto, entre otras medidas, Colombia debe avanzar en los retos de información e interoperabilidad que afectan al sector.

Este capítulo se divide en tres secciones que exploran la relación entre el sistema de salud y la confianza y plantea una historia que visibiliza retos y logros en materia de: (1) calidad y (2) sostenibilidad financiera.

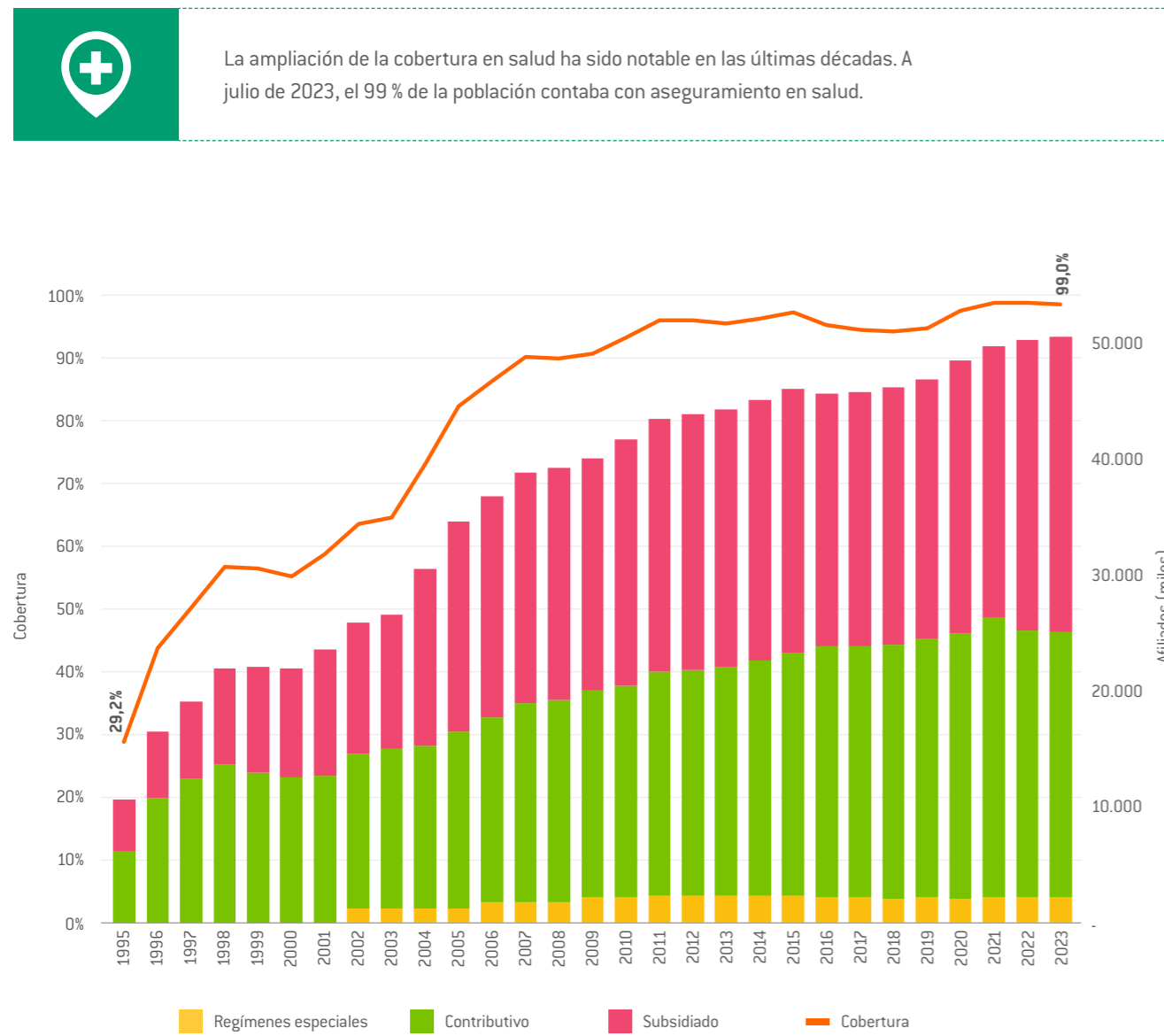
2 A QUIÉNES ATENDEMOS

La Gráfica 1 muestra la evolución de la población afiliada al sistema de salud en Colombia y hace evidente la notable ampliación de la cobertura que ha tenido lugar en el país en las últimas décadas. Este logro de protección social ha sucedido en el contexto de un esquema descentralizado que buscaba la competencia de mercado entre los actores y que implicaba una transición de los sistemas públicos centralizados que habían

estado asociados a un alto gasto con baja cobertura (Londoño y Frenk, 1997; Ruiz *et al.*, 2018).

El sistema actual está construido sobre la figura del aseguramiento que prestan las entidades promotoras de salud (EPS), quienes en virtud de este rol administran el riesgo financiero, gestionan el riesgo en salud, articulan los servicios para garantizar el acceso a la salud y representan el afiliado ante el prestador.

Gráfica 1. Población afiliada al sistema de salud. Colombia, 1995-2023.

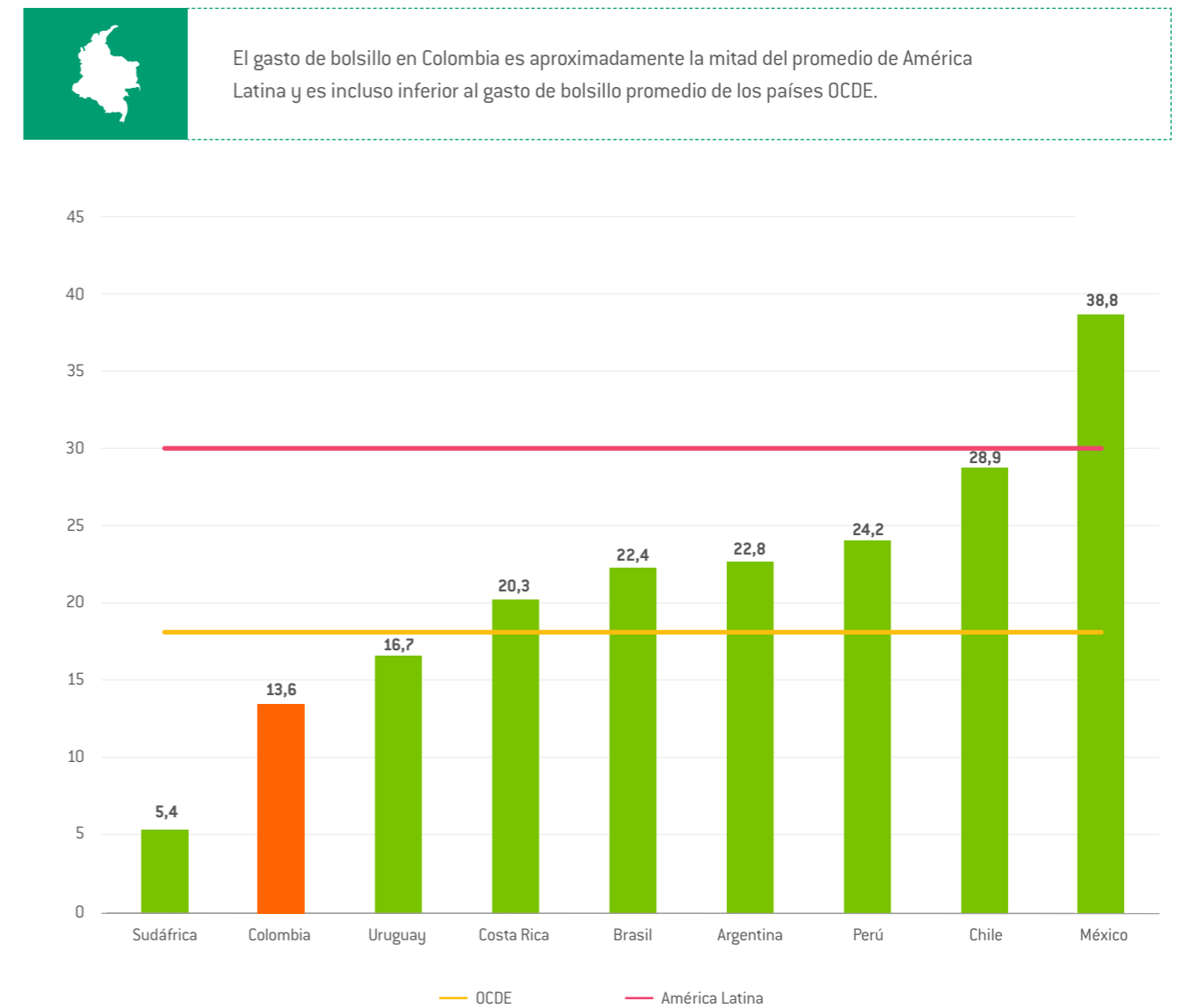


Fuente: Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (BDUA-SGSSS). A julio de 2023.

La cobertura universal de salud no se limita solo al aseguramiento y debe considerar dimensiones adicionales de manera que “todas las personas, comunidades y grupos sociales tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, estos servicios tengan un grado efectivo de calidad y los usuarios no sean vulnerables a las dificultades financieras debido al uso de dichos servicios” (OCDE y Banco Mundial, 2020). Por ende, es necesario buscar: (1) acceso real y efectivo a servicios de salud, independientemente de las características socioeconómicas, la ubicación o las vulnerabilidades de las personas; (2) protección financiera, de manera que la población pueda acceder a servicios de salud sin incurrir en riesgos de empobrecimiento del hogar, y (3) atención en salud eficaz, costo-efectiva y sostenible.

Una manera de aproximarse al grado de protección financiera es a través del gasto de bolsillo, es decir, la porción del gasto en salud que es asumida por los hogares. En Colombia este tipo de gasto es relativamente bajo: en 2020 equivalió a la mitad del gasto promedio de América Latina (30,1%) e incluso fue inferior al gasto de bolsillo promedio de los países OCDE (18,2%). El bajo gasto de bolsillo representa un mecanismo de protección financiera ante eventos que, de otra manera, resultarían en un choque financiero considerable para los hogares. En ese sentido, el gasto de bolsillo se considera una aproximación al grado de inclusividad de los sistemas de salud (The Economist Group, 2022).

Gráfica 2. Gasto de bolsillo (% del gasto en salud). Colombia y países de referencia, 2020 y 2021.



Fuente: Banco Mundial.

3 CÓMO LOS ATENDEMOS

A pesar de los avances en cobertura, existen barreras de acceso que dificultan el uso efectivo de los servicios de salud. 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, es decir, relacionados con condiciones de los usuarios.

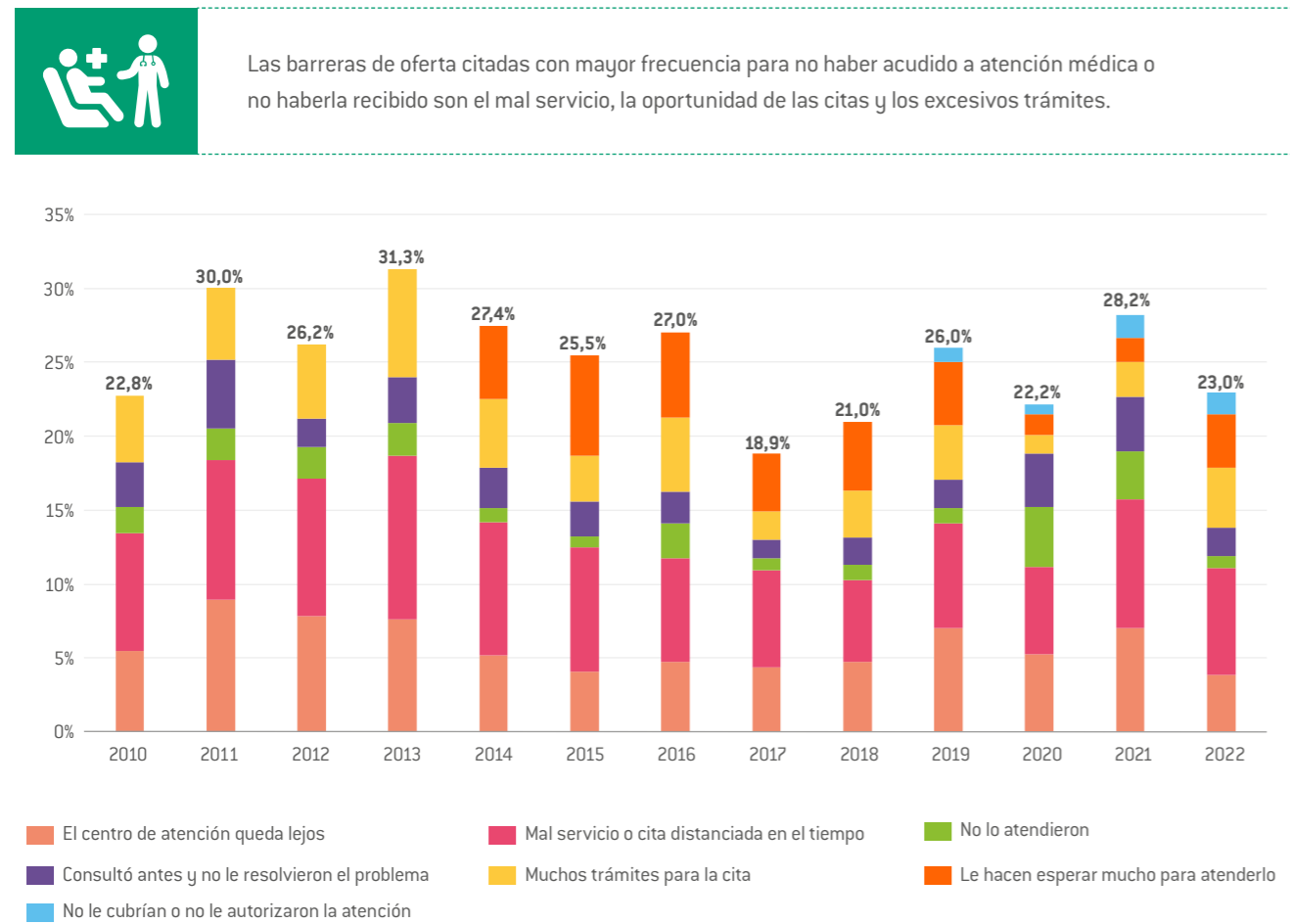
Como se muestra en la Gráfica 3, las barreras de oferta, es decir, aquellas atribuibles al prestador de los servicios y no a los usuarios, han venido descendiendo en los últimos años, pero aun así siguen siendo altas. Este tipo de barreras impidieron que el 23% de las personas que tuvieron problemas de salud recibieran o solicitaran atención médica en 2022. De acuerdo con la más reciente Encuesta de Calidad de Vida (ENCV) del De-

partamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las barreras de oferta citadas con mayor frecuencia por los usuarios como razón para disuadir el uso de los servicios de salud son el mal servicio, la falta de oportunidad en las citas, la existencia de numerosos trámites para acceder a citas y la ubicación del punto de atención.

Por su parte, las barreras relacionadas con factores de demanda en 2022 fueron: (1) el caso era leve (59,1 %); (2) no tuvo tiempo (3,2 %); (3) falta de dinero (5,1 %); (4) no confía en los médicos (2,0 %), y (5) dificultad para viajar (0,7 %).

Además de los efectos sobre el acceso oportuno a servicios de salud, las barreras recogidas en estas cifras pueden afectar la percepción de los usuarios sobre el sistema y su legitimidad.

Gráfica 3. Personas con problemas de salud que no solicitan o no reciben atención médica debido a barreras de oferta. Colombia, 2010-2022.



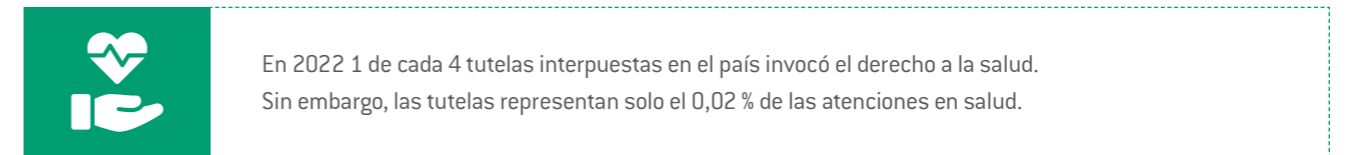
Fuente: Encuesta de Calidad de Vida (DANE). Cálculos: Consejo Privado de Competitividad (CPC).

Las barreras de acceso a los servicios de salud son también evidentes en las tutelas interpuestas en el país. En 2022, 1 de cada 4 tutelas que se interponían invocaban el derecho a la salud (Gráfica 4), y al observar las pretensiones más frecuentes se observa una coincidencia con algunas de las barreras reportadas en la ENCV del DANE. La pretensión más frecuente cuando se invocó el derecho a la salud en 2022 fue la práctica oportuna de

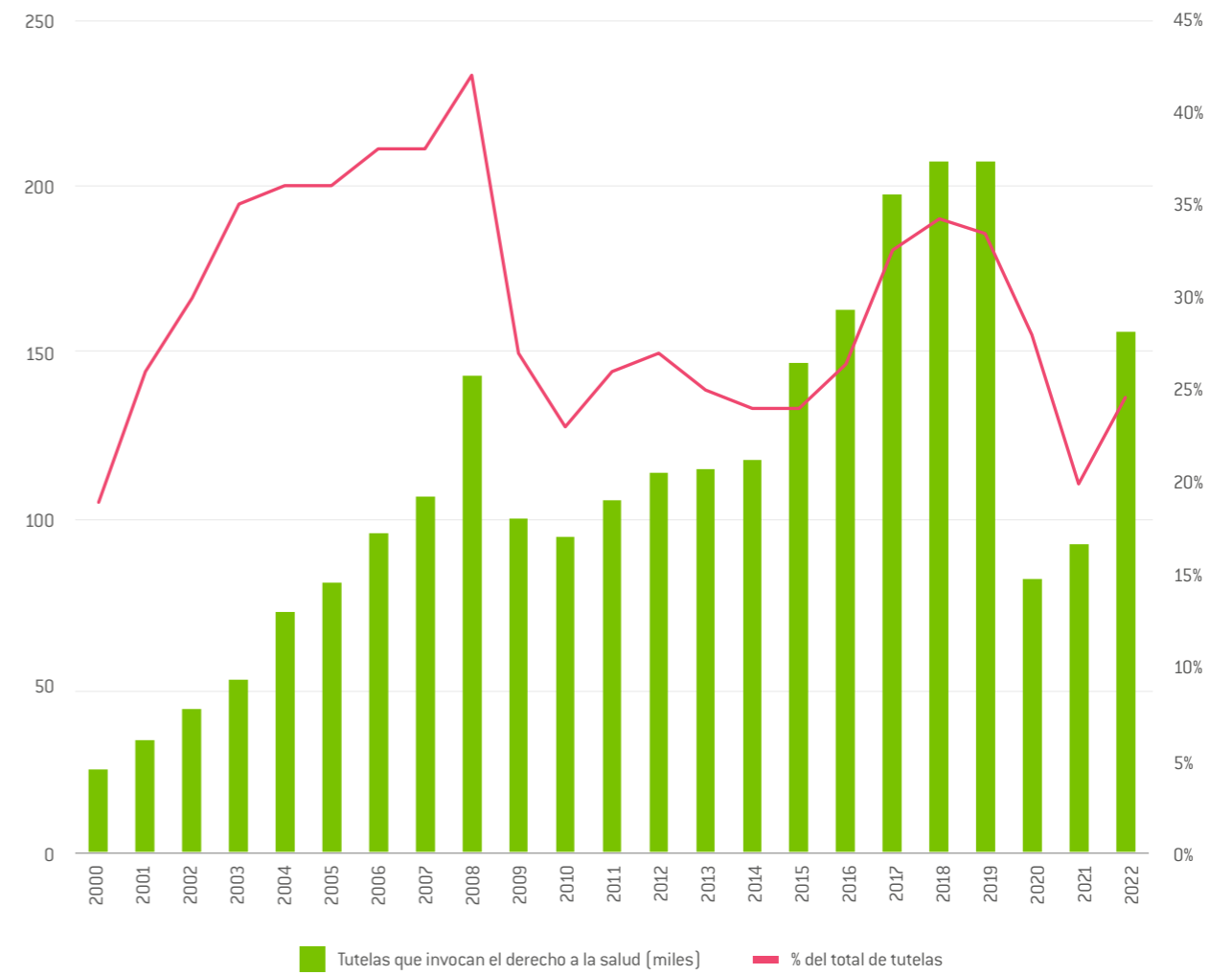
procedimiento médico (33,7 %), seguida por el tratamiento integral (23,1 %), la entrega oportuna de medicamentos (19,9 %) y la asignación de citas médicas (17,2 %).

En la misma dirección, el Módulo de Necesidades Jurídicas de la ENCV (2016) encuentra que la falta de oportunidad en los servicios de salud es la necesidad jurídica más frecuentemente reportada por los ciudadanos.

Gráfica 4. Tutelas que invocan el derecho a la salud.



a. Número total de tutelas y proporción del total que invoca el derecho a la salud. Colombia, 2000-2022.

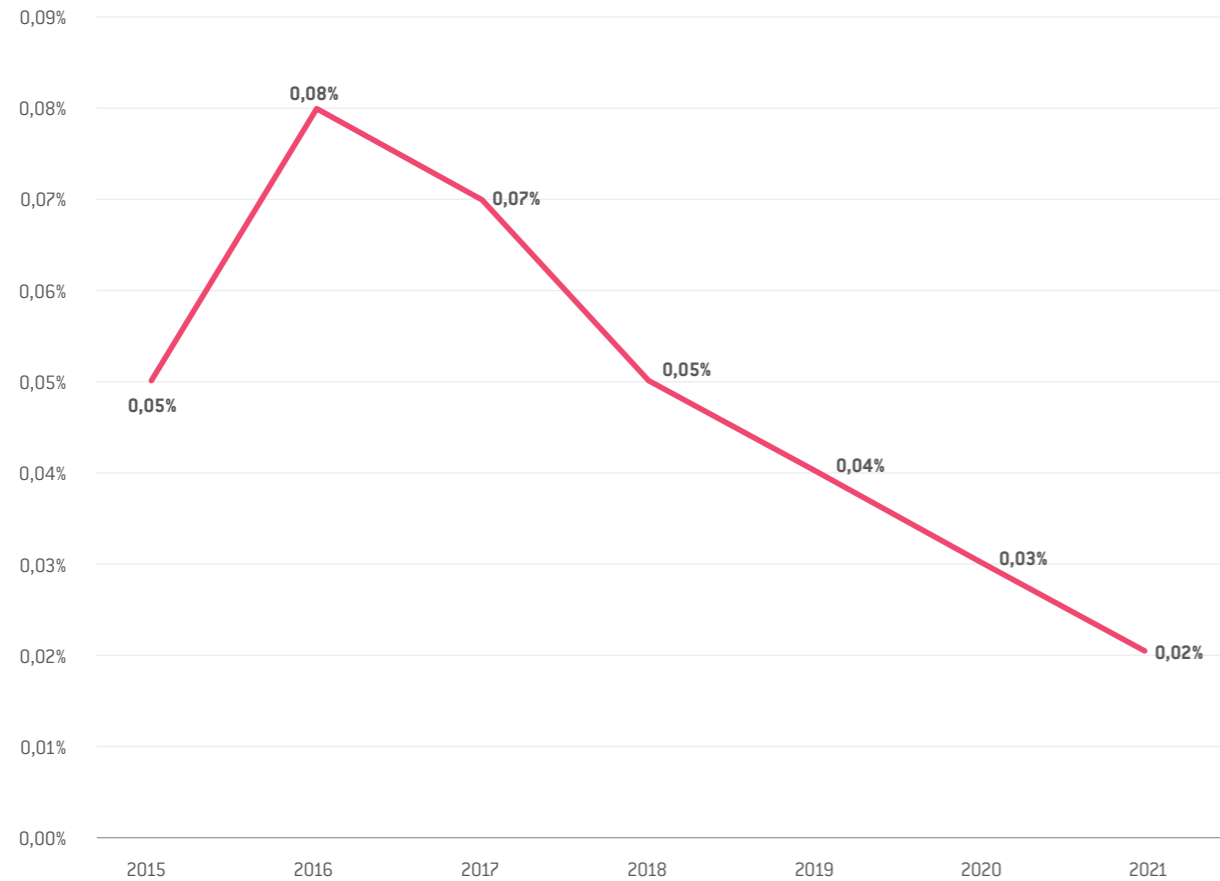


Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional.

Aunque las tutelas señalan un problema de oportunidad en la atención, es importante notar que la proporción de tutelas frente al número de atenciones en el sistema de salud

es bajo, lo que da cuenta de la capacidad que el sistema actual tiene para atender la mayoría de necesidades de la población.

b. Tutelas como proporción del número total de atenciones en salud. Colombia, 2015-2021.



Fuente: Minsalud.

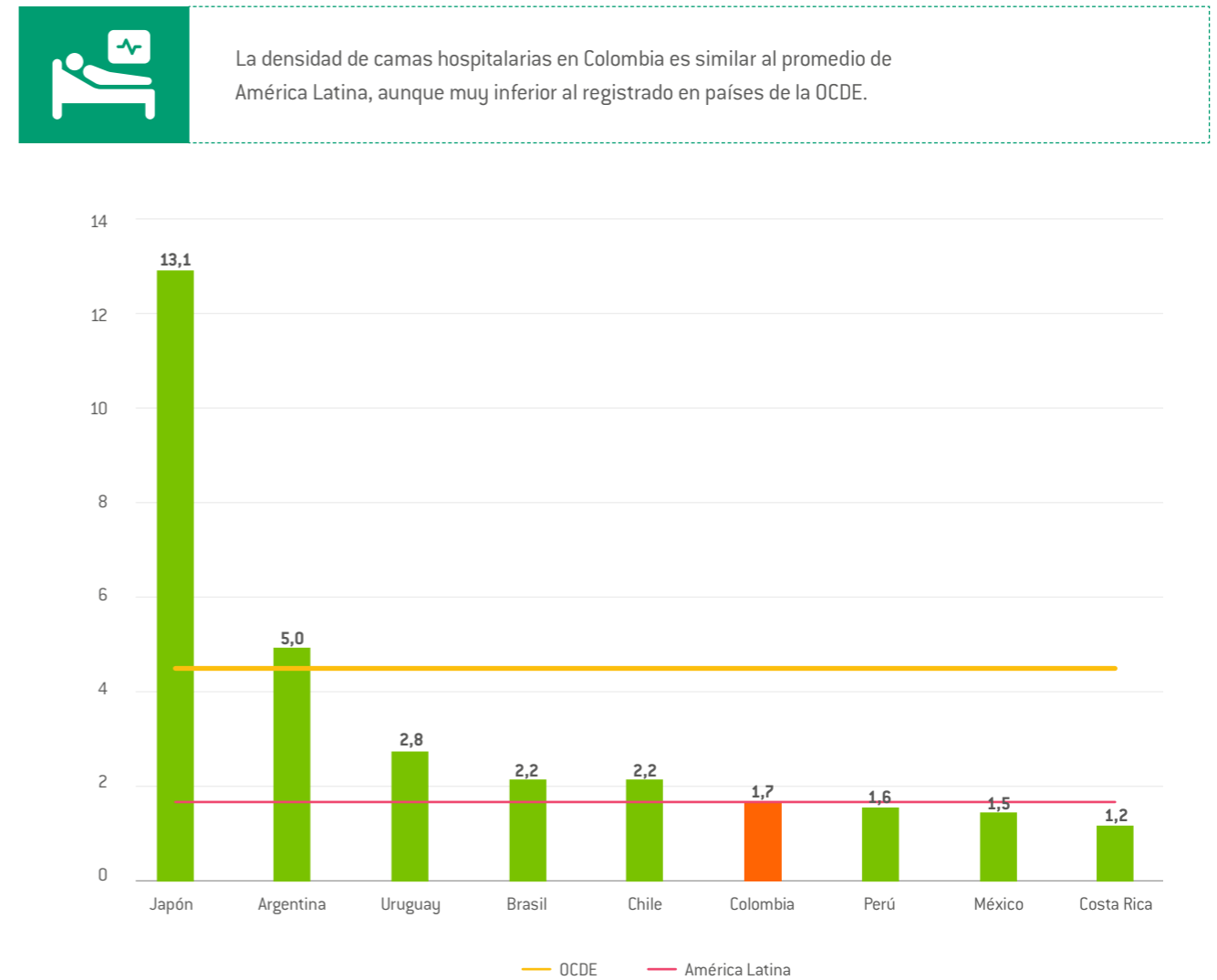
Por otra parte, si bien la infraestructura física no se traduce necesariamente en mejores resultados en salud, sí da cuenta de la capacidad y los recursos del sistema de salud. La pandemia por COVID-19 representó retos excepcionales para la infraestructura de salud en el mundo y dejó en evidencia la importancia de contar con infraestructura robusta dada la dificultad de reaccionar ante limitaciones en casos de crisis. Para atender el reto provocado por la pandemia, en Colombia se adelantó una política de expansión de camas que se complementó con incentivos adicionales como el anticipo por disponibilidad de unidades de cuidados intensivos (UCI). Esta capacidad se ha reducido con la finalización de la pandemia.

En todo caso, es importante notar que, aunque la comparación de camas da cuenta de la dotación de infraestructura del sistema de salud, no aborda soluciones complementarias a las

camas hospitalarias como la atención domiciliaria. En materia de camas hospitalarias, Colombia se sitúa en el promedio de América Latina con 1,7 camas por cada 1.000 habitantes, aunque es superado por países como Argentina, Uruguay, Brasil y Chile (Gráfica 5).

La infraestructura en otros servicios especializados también presenta deficiencias. Por ejemplo, la densidad de tomógrafos computarizados es una de las más bajas de la región, con 1,2 unidades por millón de habitantes, mientras que en Chile la cifra es de 24,3, en Brasil es 15,4 y en los países OCDE asciende en promedio a 27. La misma situación se enfrenta en unidades de radioterapia: en Colombia existen 1,5 unidades por millón de habitantes, y los países de la OCDE registran en promedio 7,2 por millón de habitantes (OCDE y Banco Mundial, 2020).

Gráfica 5. Camas hospitalarias (por 100.000 habitantes). Colombia y países de referencia, 2020 o dato más reciente.



Nota: Los datos de camas hospitalarias son los oficialmente reportados a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y las cifras más recientes disponibles son anteriores a la pandemia.


Fuente: OCDE y Banco Mundial (2020) y Minsalud (2021).

Sin embargo, el punto que parece concentrar las restricciones en Colombia es el de su capital humano. El país enfrenta retos importantes en materia de densidad de trabajadores de la salud, que con altísima probabilidad redundan en los problemas de oportunidad en la atención, sin perjuicio de que estos estén alimentados también por la distribución geográfica de la red y problemas de otra índole. Este reto es compartido por toda la región ya que hay un rezago importante en la densidad de personal médico y de enfermería con respecto a los países de la OCDE.

La Gráfica 6a muestra que la densidad de médicos en Colombia supera el promedio de América Latina, pero ambos

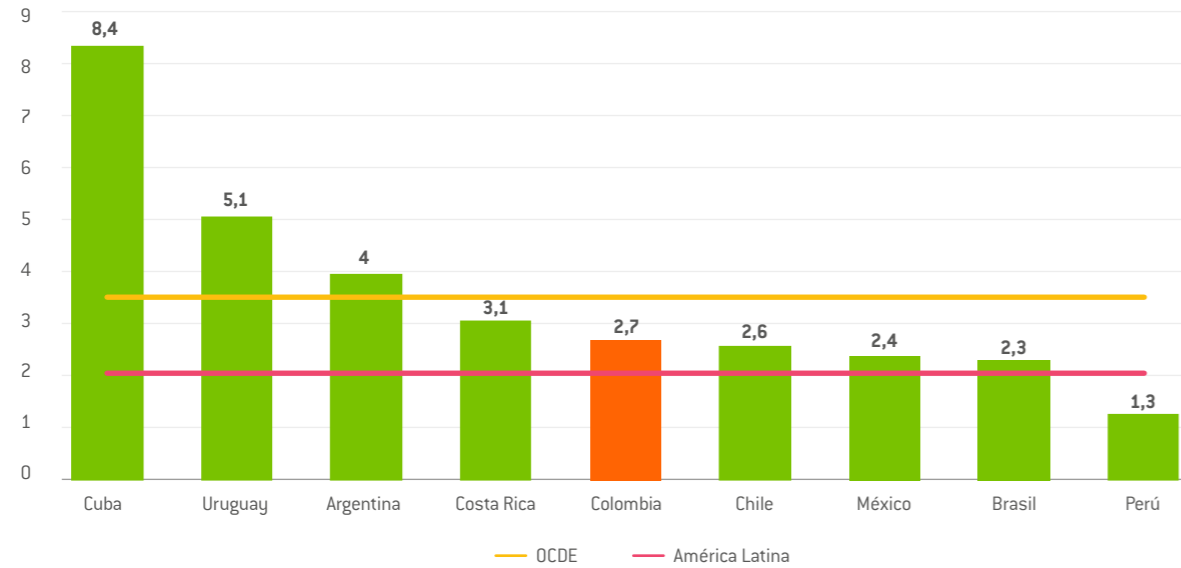
están por debajo del promedio de países de la OCDE. Entretanto, la Gráfica 6b refleja que la densidad de personal de enfermería es inferior al promedio regional y se sitúa muy por debajo de países como Brasil, Costa Rica y Chile. De acuerdo con el reporte de la situación de la enfermería en el mundo de la OMS (2020), la escasez de personal está relacionada con aspectos como el aumento de la migración internacional hacia países de mayor ingreso que dependen de flujos migratorios para cubrir sus necesidades y la duración del programa de formación (cinco años en Colombia vs. tres en el 97 % de países).

Gráfica 6. Personal médico y de enfermería.



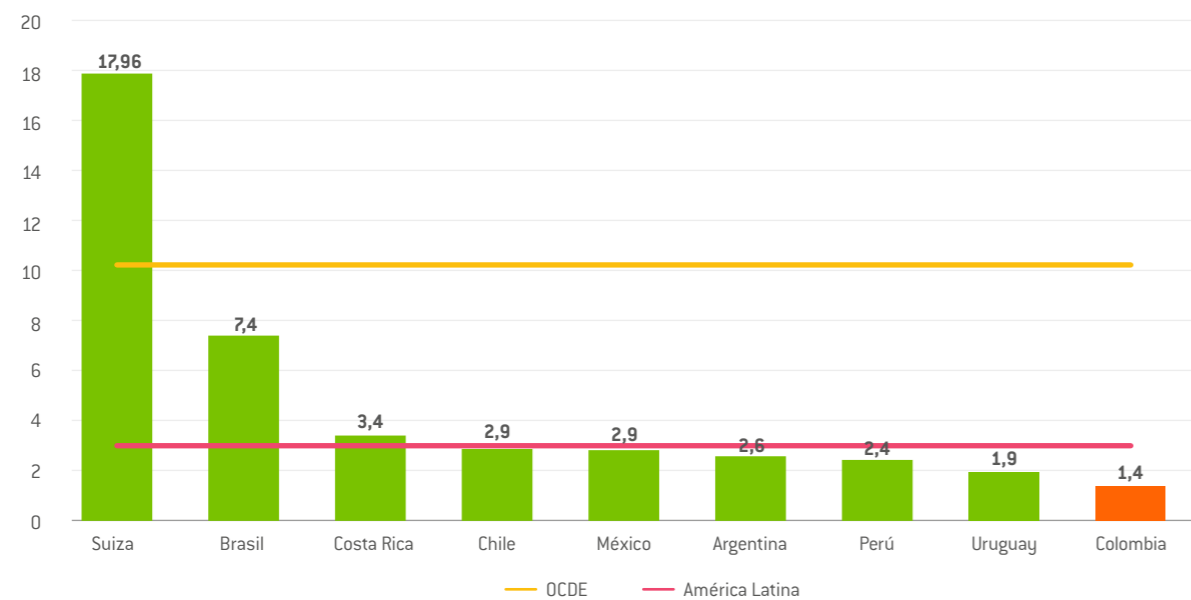
La densidad de médicos por 1.000 habitantes en Colombia es superior al promedio de la región. Sin embargo, en materia de personal de enfermería existe un rezago considerable.

a. Médicos (por 1.000 habitantes). Colombia y países de referencia. Dato más reciente entre 2017 y 2021.



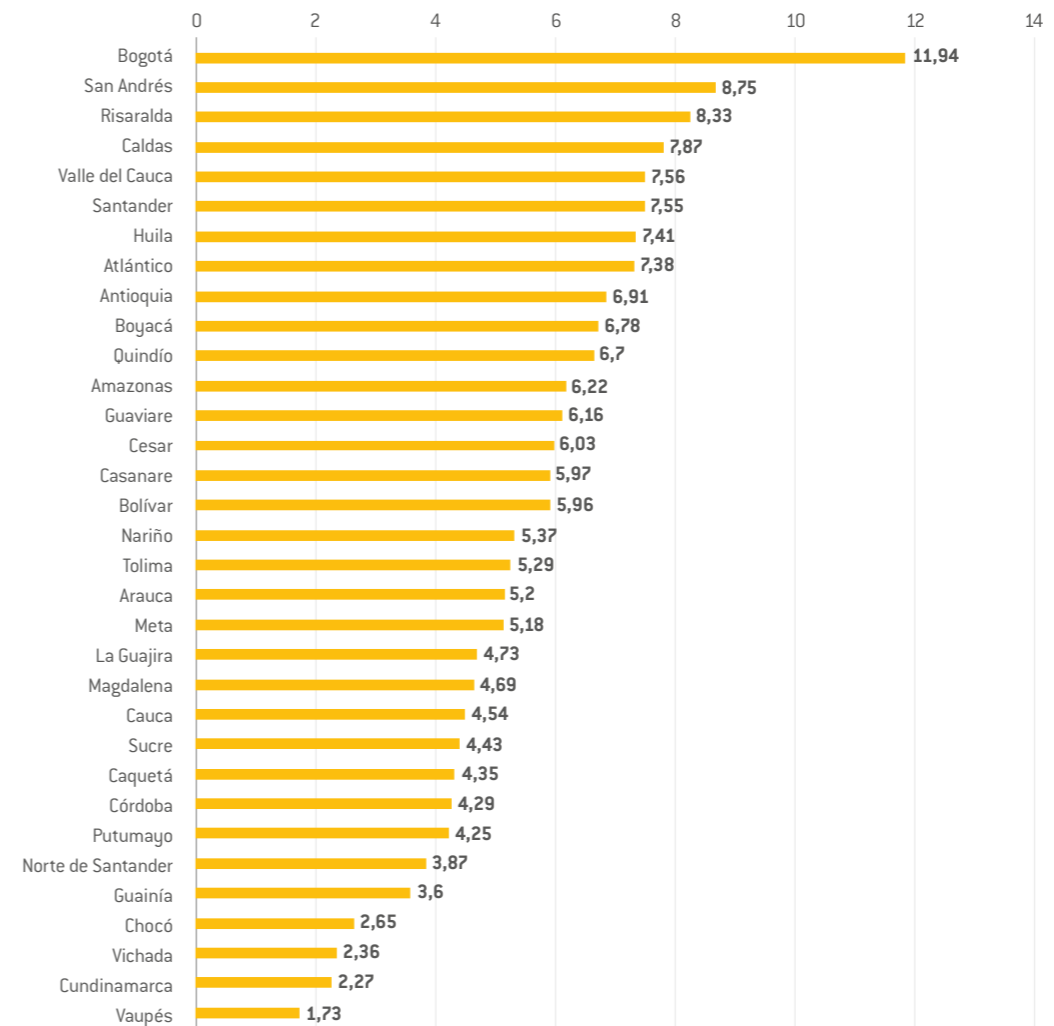
Fuente: OCDE, Banco Mundial y Minsalud. Cálculos: CPC.

b. Enfermeros (por 1.000 habitantes). Colombia y países de referencia. Dato más reciente entre 2017 y 2021.



Fuente: OCDE, Banco Mundial y Minsalud. Cálculos: CPC.

c. Médicos generales (por 10.000 habitantes). Colombia, 2019.



Fuente: Índice departamental de competitividad 2023, CPC y Universidad del Rosario. Con datos del Ministerio de Educación Nacional (Mineducación): SNIES y DANE.

En la medida en que el capital humano resulta un recurso escaso, si bien no necesariamente frente a América Latina pero sí frente a la demanda, es fundamental que el acceso a este se asigne de la manera más eficiente posible. Esto llama a que se piense en soluciones que permitan optimizar este proceso.

Además, en lo referente a capital humano, en el sector salud se observa una notable heterogeneidad regional. La Gráfica 6c muestra la densidad de médicos generales por 10.000 habitantes en cada departamento del país. El indicador se refiere a los graduados en medicina que trabajan y cotizan al sistema de salud y pensión, desagregados por la zona geográfica en la que realizan sus labores. Como se observa, el número de médicos generales por 10.000 habitantes en Bogotá (11,94) es muy superior al del resto de departamentos, y se evidencia una den-

sidad muy baja en departamentos con Vaupés, Cundinamarca, Vichada, Chocó y Guainía. Estas cifras hacen evidente la disparidad regional del sistema de salud y llaman a adoptar medidas que subsanen los retos de infraestructura, personal y calidad en las entidades territoriales.

Como es evidente, existen problemas estructurales —como el número de médicos y especialistas— que tienen profundas complejidades en su resolución, pero existen otros que caen en el ámbito de la logística y deberían ser frutos más bajos. En ese sentido, las soluciones a estos retos pasarán, de un lado, por la ampliación de capacidades en aquellas regiones con más rezagos, así como por una mejor definición de incentivos a la calidad, y de otro lado, por el uso de tecnologías digitales para optimizar los recursos existentes.

RECOMENDACIONES



Nueva recomendación



Recomendación relacionada



Recomendación priorizada



Usar sistemáticamente tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia.

Algunos de los beneficios provenientes del uso de herramientas digitales en los servicios de salud son:

- Mejoras en los procesos de toma de decisiones al contar con información reciente.
- Minimización del malgasto de recursos al permitir la detección de prácticas o variaciones injustificadas en el gasto.

Por ejemplo, Lammers *et al.* (2014) encontraron que los intercambios de información de salud en Estados Unidos permitieron reducir la duplicación de tomografías computarizadas en un 59%; la de ultrasonidos, en un 44%, y la de imágenes de rayos X, en un 67%. En este sentido, diferentes países vienen adoptando la tecnología *blockchain*, que permite que los datos clínicos y la información de los pacientes sean consignados en un sistema descentralizado con acceso a actores relevantes del sistema de salud.



Continuar con los avances en la historia clínica interoperable y en la interoperabilidad de la información.

El intercambio de información entre los diferentes actores del sistema de salud es fundamental para promover el uso de tecnologías para la toma de decisiones basadas en evidencia. En este sentido, Colombia ha avanzado para hacer funcional la historia clínica interoperable, creada a través de la Ley 2015 de 2020, a través de la cual se intercambiarán los datos clínicos y documentos de las personas. Como parte de la reglamentación requerida para dicha entrada en operación, la Resolución 866 de 2021 definió el conjunto de datos clínicos relevantes.

Además de mantener el avance necesario para consolidar la historia clínica interoperable, se requiere avanzar de mane-

ra general en la interoperabilidad de los sistemas de información, lo cual agiliza los tiempos de diagnóstico y minimiza el margen de error que conlleva la duplicación del registro de la información.

Tecnologías como la inteligencia artificial pueden contribuir a construir un sistema más orientado al usuario, por ejemplo, usando la información de los usuarios para generar alertas personalizadas de atención temprana. Asimismo, la tecnología *blockchain* es útil para la construcción de bases de datos descentralizadas en las que se almacenen y registren datos e intercambios de una forma segura.



Extender servicios de telesalud.

El uso de tecnologías digitales representa una alternativa costo-eficiente para atender los retos de escasez en el capital humano del sector. Así, el fortalecimiento de la telesalud, una modalidad de innovación en los modelos de prestación, constituye una

alternativa de optimización de recursos existentes. Esta opción, sin embargo, debe hacer parte de una transformación más general en los procesos del sistema de salud en busca de más eficiencia, mejor experiencia del usuario y mejores resultados en salud.

El Sistema de Seguimiento Sinergia, del Departamento Nacional de Planeación (DNP)¹, muestra que, hasta diciembre de 2022, 8,8% de las sedes de prestadores públicos de servicios en salud tenían habilitados servicios de telemedicina. Si bien este porcentaje da cumplimiento a la meta fijada para el cuatrienio 2018-2022, la cifra muestra el bajo nivel de implementación de la telemedicina en el país.

En 2020, ante la necesidad de fortalecimiento de la telemedicina, hubo importantes avances regulatorios². De todos modos,

consolidar este servicio en el país requiere también trabajar en aspectos organizacionales dentro de los prestadores; por ejemplo, la definición de roles y responsabilidades, la formación de competencias en el personal médico y de enfermería y la inversión en equipos tecnológicos. De igual forma, se requiere mejorar la conectividad digital y la velocidad de internet en el país ya que los rezagos dificultan la implementación de esta alternativa (ver capítulo *Economía digital*).



Introducir un pago por desempeño para las EPS.

Con el objetivo de incentivar una mayor calidad en la prestación de servicios, el CPC recomienda la introducción de un pago de dos componentes para las EPS: uno fijo por afiliado y otro variable que dependa del cumplimiento de indicadores de calidad y de resultados en salud. 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).

El Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha un mecanismo de ajuste *ex post* para incentivar un me-

jor desempeño que, por ahora, funciona solamente a través de la Cuenta de Alto Costo, para lo cual definió una serie de indicadores que deben cumplir las EPS, incluyendo líneas base y metas.

Se recomienda hacer seguimiento a los resultados y a la calidad de la información, así como evaluar la pertinencia de los indicadores para que el pago por desempeño se refleje en resultados en calidad y salud. De esa manera, el esquema podría extenderse para cubrir más servicios en salud, asegurando una mejora en los indicadores de calidad.



Establecer un sistema de seguimiento del impacto de las sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre indicadores de calidad del servicio de salud.

La Ley 1949 de 2019 introdujo reformas para fortalecer las capacidades de la Superintendencia otorgando una mayor capacidad sancionatoria, incluyendo aumentos en las multas que puede imponer, brindando la posibilidad de imponer sanciones sucesivas y ampliando el periodo en el cual puede imponer sanciones para evitar prescripción de hechos. Estas mayores capacidades de sanción deberían generar mejores incentivos en los actores del sistema, que redunden a su vez en una prestación de servicios de salud de mejor calidad.

Normalmente, se presume que una entidad de vigilancia con mayor capacidad sancionatoria se traduce automáticamente en mejores indicadores de calidad y de resultados en salud,

pero es importante evaluar su verdadero impacto y determinar la utilidad de las herramientas actuales. En ese sentido, el CPC hace énfasis en la necesidad de establecer mejores prácticas de mejora regulatoria, a través de las cuales se tomen decisiones regulatorias con un análisis previo sobre los impactos de la regulación en la sociedad, así como la utilización de evidencia y la participación de distintos actores relevantes (ver capítulo *Eficiencia del Estado*).

Para entender los impactos sobre la calidad y los resultados en salud, es preciso establecer un sistema de seguimiento con el fin de medir el impacto de las intervenciones de la Superintendencia sobre indicadores de calidad del servicio de salud.

1. <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#HomeSeguimiento>

2. Se reglamentó el uso de tecnologías de la información con audición y visualización para atención a pacientes, y se permitieron la prescripción de medicamentos y el envío de fórmulas médicas a través del correo electrónico, gracias al Decreto 538 y las resoluciones 521 y 536.

+ + + Establecer un periodo fijo y otorgar protección legal al superintendente de salud.

Para apuntar a una Superintendencia que contribuya a resolver los retos de calidad y oportunidad a los que se enfrenta el sistema, se requiere contar con una autoridad de control independiente. En mayo de 2020 el Consejo de Estado revocó disposiciones que establecían un periodo fijo para los superintendentes de industria y comercio, financiero y de sociedades.

Si bien esta disposición no se había aplicado al superintendente de salud, se recomienda llevar a cabo una revisión del periodo de los superintendentes en general con el fin último de conseguir una entidad de vigilancia y control con mayor independencia del ciclo político. De este modo se podrían minimizar los riesgos de injerencia política.

+ + + Evaluar el efecto de los límites a la integración vertical sobre la calidad de los servicios de salud.

Como respuesta al crecimiento acelerado de las redes de prestadores propios por parte de las EPS, así como a la integración entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de las cajas de compensación familiar y sus propias EPS, la Ley 1122 de 2007 fijó un límite a la integración vertical entre aseguradores y prestadores de salud. Ahora bien, dado que el valor de los contratos es una información reservada para las EPS (Bardey y Buitrago, 2016), la verificación del cumplimiento de este límite se hace difícil. Se recomienda entonces evaluar los efectos de este tipo de restricciones sobre indicadores relacionados con la competencia en el sistema de salud y la calidad de los servicios.

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 de transacción

y la mayor capacidad de negociar precios, ya que las EPS integradas tienen un conocimiento más profundo 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: (1) incrementa los costos de los competidores que no adoptan este modelo; (2) 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 (3) favorece la existencia de estructuras organizacionales complejas, dificultando la vigilancia y el control del sistema.

+ + + Establecer iniciativas público-privadas para abordar necesidades de atención jurídica relacionadas con problemas de salud.

El Módulo de Necesidades Jurídicas de la ENCV encontró desconocimiento de los canales para resolver requerimientos relacionados con problemas de salud o con la ausencia de estos medios. En consecuencia, para solucionar percances de salud, los colombianos acudieron a 19 diferentes tipos de instituciones, y el 40 % recurrió a una institución determinada por recomendación de alguien y no por conocimiento sobre esta.

Las iniciativas público-privadas ofrecen una alternativa para establecer mecanismos jurídicos o de conciliación que

ofrezcan apoyo adecuado y oportuno. Un ejemplo de estas es la alianza entre el Hospital Universitario Méderi, la Universidad del Rosario, la Universidad de Los Andes y el DNP, a través de la cual se buscó identificar puntos críticos de intervención para utilizar mecanismos judiciales alternos a las tutelas, lo que contribuye a la oportunidad del acceso en los servicios. Esto es fundamental para atender tempranamente las necesidades de salud, lo que redundará en menores costos de congestión y mayor confianza en el sistema.

+ + + Evaluar características de los programas de formación en enfermería para aumentar la densidad de personal.

El reporte de la OMS (2020) ofrece recomendaciones para abordar la baja densidad de personal de enfermería. Dicha publicación hace énfasis en la necesidad de ajustar la enseñanza de esta disciplina con el fin de acoplarse a las necesidades del sector, para lo cual señala la importancia de establecer mecanismos de diálogo y coordinación entre los sectores salud, educativo, laboral y financiero.

De otro lado, el reporte aborda aspectos como la dificultad de lograr que los hombres ingresen a la formación de esta carrera debido a percepciones sociales sobre las labores de cuidado y la migración de personal de enfermería hacia países de mayor in-

greso y que pueden contribuir al déficit de personal. Al respecto, el Plan Nacional de Salud Pública establece como objetivo la disminución al 40 % de la brecha en el indicador de densidad de talento humano entre las zonas densamente pobladas y las zonas alejadas y dispersas a 2031. Para dicho propósito, reconoce la necesidad de consolidar un plan para implementar mecanismos de formación, desarrollo y distribución de la fuerza de trabajo en el nivel nacional y subnacional. La elaboración y el correcto avance de este plan serán importantes para conseguir mejoras en la densidad y distribución de personal médico y de enfermería.

+ + + Monitorear metas e indicadores territoriales para garantizar implementación efectiva del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

A través de la Resolución 1035 de 2022, Minsalud definió el proceso de implementación del PDSP. En esta resolución se consideran las siguientes etapas:

- Segundo semestre de 2022 y 2023: adecuación y adaptación de metodologías y herramientas.
- Enero-mayo de 2024: formulación de planes territoriales de salud departamentales, distritales y municipales de manera articulada con los planes de desarrollo.
- 2024-2031: implementación

Dado el alcance de largo plazo de este plan, se recomienda monitorear las metas y los indicadores establecidos en las metodologías que se definan en la fase de adecuación, con énfasis especial en el nivel territorial, de manera que se asegure una efectiva implementación del instrumento en las regiones.

Además del monitoreo y seguimiento permanente, se considera clave mantener instancias de coordinación institucional para avanzar en factores adicionales necesarios para la correcta implementación del plan; por ejemplo, las necesidades de talento humano, la conectividad de las regiones y la interoperabilidad de los sistemas y plataformas. Asimismo, la correcta implementación del plan requiere fortalecer las capacidades de las entidades territoriales.

4 CÓMO LO PAGAMOS


A nivel mundial, el gasto en salud como proporción del PIB viene creciendo debido a factores como la presión de gasto proveniente del surgimiento de tecnologías de alto costo y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Colombia no ha sido ajena a la tendencia creciente del gasto: en 2000 el gasto en salud equivalía a 5,6 % del PIB, y en 2020 ascendió a 9 % del PIB (Banco Mundial, 2023).

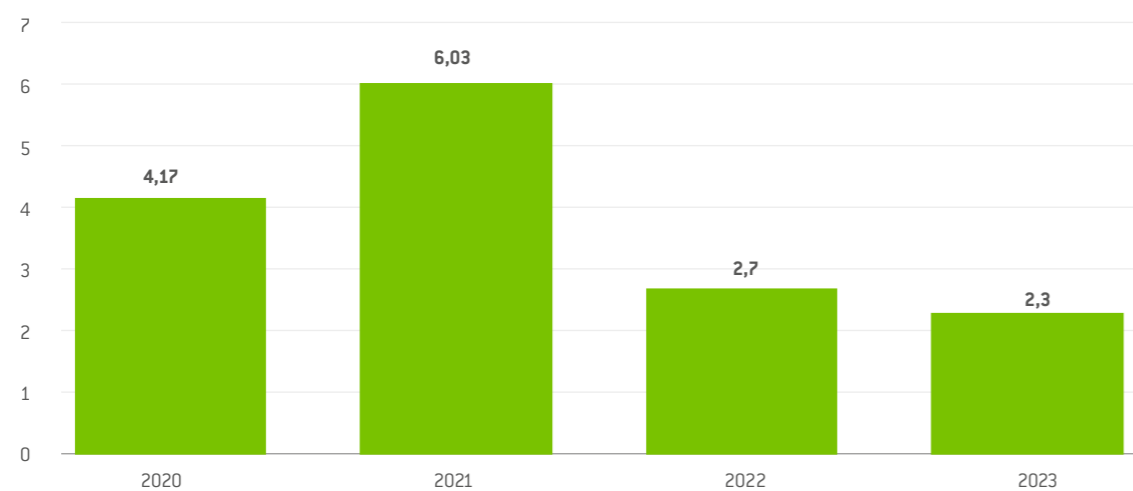
Las atenciones en salud se financian en Colombia con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC), valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud según sexo, región y grupo etario. Sin embargo, los procedimientos y los medicamentos que no eran financiados a través de la UPC y que hubieran sido ordenados por profesionales en salud o por jueces debían ser recobrados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y, de ser aprobados, pagados con recursos públicos. El rubro correspondiente a estos recobros creció de manera insostenible hasta alcanzar COP 4,2 billones en 2019.

Para abordar este crecimiento desbordado, que configura un riesgo para la sostenibilidad financiera del sistema, desde 2020 opera un mecanismo de presupuestos máximos para costear las atenciones no financiadas con la UPC. A través de esta alternativa se pagan anticipadamente dichos valores a los aseguradores. Sin embargo, por esta vía, si parte del gasto real excede el gasto esperado, se consideran ajustes *ex post*, lo que configura riesgos de aumento del gasto.

La Gráfica 7 muestra el valor de los pagos por mecanismo de presupuestos máximos desde que se puso en marcha. Como se observa, aunque esta opción ha buscado contener el crecimiento acelerado de los recobros, sigue representando un monto considerablemente alto. Este mecanismo opera únicamente para las tecnologías en salud sobre las que se tiene información histórica, lo que significa que las nuevas tecnologías se sujetarán también al sistema de recobros lo cual puede configurar una situación de riesgo que debe ser monitoreada.

Gráfica 7. Pagos por mecanismo de presupuestos máximos (por gastos en procedimientos y medicamentos no financiados con cargo a la UPC) (billones de pesos). Colombia, 2020-2022.

 El mecanismo de presupuestos máximos ha buscado contener el crecimiento acelerado de los recobros, pero sigue representando un monto considerablemente alto.



Nota: Hasta julio de 2023.

Fuente: ADRES.

RECOMENDACIONES



Nueva recomendación



Recomendación relacionada



Recomendación priorizada



Construir una estrategia para la financiación de largo plazo de la digitalización del sector salud.

Más allá de los cambios normativos requeridos, implementar una estrategia de digitalización del sector salud sistemática requiere contar con financiación de largo plazo. Para este fin, se recomienda definir una hoja de ruta de largo plazo y explorar la posibilidad de conseguir apoyo financiero a través de

créditos con entidades multilaterales.

Esta hoja de ruta debería cumplir además la función de construir una visión ordenada de roles y responsabilidades buscando políticas que perduren en el tiempo y que faciliten la transformación digital del sector.



Fortalecer la institucionalidad encargada de la evaluación de tecnologías para priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo.

El sistema de salud colombiano establece que todas las tecnologías ordenadas por un profesional de la salud o un juez deben ser cubiertas con recursos públicos, a excepción de las exclusiones definidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud: 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. Esta situación requiere definir criterios de priorización del gasto y de incorporación de nuevas tecnologías. Para dicho fin es fundamental evaluar la relación costo-efectividad de las tecnologías con el objetivo de priori-

zar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo.

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) tiene dentro de sus funciones principales la realización de análisis económicos de costo-efectividad necesarios para priorizar tecnologías según su efectividad terapéutica. No obstante, su capacidad de incidir en la estrategia de control del gasto se ve limitada por el carácter no vinculante de las evaluaciones de costo-efectividad y por el hecho de que las evaluaciones están supeditadas a contratos desde el Minsalud. Asimismo, una alternativa por considerar es que el registro sanitario de una tecnología se haga simultáneamente a la evaluación económica.



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

Para minimizar las distorsiones asociadas a los impuestos a la nómina, en particular los incentivos a la informalidad laboral, se recomienda que el aporte que se cubre con impuestos a la nómina sea financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN). Esta mayor demanda de recursos del PGN requiere esfuerzos por fortalecer el sistema tributario en general (ver capítulo *Sistema tributario*).

Una alternativa para fortalecer la financiación del PGN es la introducción de impuestos a alimentos y bebidas no saludables, sin

que estos recursos tengan como destinación exclusiva el financiamiento del sistema de salud. Este tipo de impuestos apuntan directamente a las externalidades negativas generadas por el consumo de alimentos y bebidas no saludables al permitir 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 *et al.*, 2016).

+ 🔗 ★ Construir un sistema único de información en salud para favorecer transparencia y confianza en el sistema.

En Colombia el flujo de recursos del sistema de salud colombiano es muy complejo e intervienen numerosos actores, lo cual configura una situación que puede favorecer la captura de recursos por parte de grupos de interés y limita la transparencia en su asignación (Bonet y Guzmán, 2015). Esto además impacta negativamente la confianza de los ciudadanos en el sistema y su legitimidad.

Al respecto, Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia han propuesto la conformación de estrategias de transparencia

presupuestaria que "permita la trazabilidad en tiempo real del uso de los recursos públicos por parte de todos los actores del Sistema" (Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia, 2023), para lo cual han recomendado la creación de un sistema público de información en salud. Sin embargo, dada la complejidad de implementar un sistema único en un entorno complejo, la recomendación inicial apunta a avanzar en la interoperabilidad de los sistemas actualmente existentes.

5 SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

PRINCIPALES 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. | Los recobros por gastos no cubiertos con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) continuaron creciendo hasta alcanzar COP 4,2 billones en 2019. |
| Reducir las instancias que intervienen en el traslado de recursos. | 2017 | Disminuir el riesgo de captura de recursos por parte de grupos de interés y favorecer la transparencia. | Se creó y puso en marcha la ADRES, que cumple el papel de administradora central de recursos del sistema. |
| 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. |

RECOMENDACIONES QUE AÚN NO HAN SIDO ACOGIDAS, EN LAS CUALES EL CPC INSISTE

| Recomendación | Impacto/costo de oportunidad | Actores involucrados | Observaciones |
|--|---|--|---|
| Usar sistemáticamente tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia. | Mayor eficiencia a través de la construcción y el uso de sistemas de información efectivos. Reducción del malgasto de recursos. | Minsalud, Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MinTIC) y sector privado | Una alternativa crecientemente adoptada en el mundo es el uso de sistemas de información basados en tecnología blockchain. |
| Introducir un pago por desempeño para las EPS. | La ausencia de incentivos a la calidad y resultados en salud 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 | Se recomienda introducir un pago de dos componentes para las EPS: uno fijo por afiliado y otro variable que dependa del cumplimiento de indicadores de calidad y resultados en salud. |
| Establecer un sistema de seguimiento del impacto de las sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud sobre indicadores de calidad del servicio de salud. | Asegurar que las mayores capacidades otorgadas a la entidad generen los incentivos necesarios para conseguir mayor calidad. | Minsalud y Superintendencia Nacional de Salud | Se recomienda establecer un sistema de seguimiento sobre indicadores de calidad. |
| Establecer un periodo fijo y otorgar protección legal al superintendente de salud. | Asegurar mayor independencia en la entidad siguiendo recomendaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). | Congreso de la República | El rol de la entidad de vigilancia y control es clave en el sistema de salud dadas la complejidad del flujo de recursos y la multiplicidad de actores. |
| Evaluar el efecto de los límites a la integración vertical sobre la calidad de los servicios de salud. | Verificar los efectos de este tipo de restricciones sobre indicadores relacionados con la competencia en el sistema de salud y la calidad de los servicios. | Superintendencia Nacional de Salud y Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones | Es importante tener en cuenta los efectos de los límites en zonas rurales y dispersas con oferta insuficiente. |

| Recomendación | Impacto/costo de oportunidad | Actores involucrados | Observaciones |
|--|---|--|--|
| Establecer iniciativas público-privadas para abordar necesidades de atención jurídica relacionadas con problemas de salud. | Identificar puntos críticos de intervención en los que se puedan utilizar mecanismos judiciales alternos a las tutelas. | DNP, Minsalud y sector privado | Una experiencia previa fue constituida por el Hospital Universitario Méderi, la Universidad del Rosario, la Universidad de Los Andes y el DNP. |
| Extender servicios de telesalud. | Alternativa costo-eficiente para extender provisión de servicios ya que reduce costos y permite descongestionar instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y atender zonas alejadas o de difícil acceso. | Minsalud, MinTIC y sector privado | Aunque se han hecho avances regulatorios, es necesario fortalecer otros aspectos como la conectividad y la inversión en prestadores de salud. |
| Evaluar características de los programas de formación en enfermería para aumentar la densidad de personal. | El acceso a servicios de salud está determinado no solo por la infraestructura, sino por la disponibilidad de personal de salud suficiente y con las competencias adecuadas. | Minsalud y Mineducación | Esta acción debe basarse en la coordinación entre los sectores educativo, de salud y laboral. |
| Fortalecer la institucionalidad encargada de la evaluación de tecnologías. | Favorecer y extender análisis económicos de costo-efectividad. | Minsalud e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) | Se requiere mantener la autonomía técnica del IETS, asegurando el financiamiento suficiente para el cumplimiento de sus funciones. |
| Reemplazar los aportes a la nómina como fuente de financiación del sistema de salud. | Minimizar las distorsiones asociadas a los impuestos a la nómina; en particular, los incentivos a la informalidad laboral. | Viceministerio de Protección Social de Minsalud y Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Minhacienda) | Esta acción debe ir acompañada de esfuerzos por fortalecer el sistema tributario en general, haciéndolo eficiente y progresivo. |

NUEVAS RECOMENDACIONES

| Recomendación | Impacto/costo de oportunidad | Actores involucrados | Observaciones |
|---|---|------------------------------------|--|
| Continuar avances de la historia clínica interoperable e interoperabilidad de información. | El intercambio de información entre los diferentes actores del sistema de salud es fundamental para promover el uso de tecnologías para la toma de decisiones basadas en evidencia. | Minsalud y MinTIC | Se requiere avanzar de manera general en la interoperabilidad de los sistemas de información. |
| Construir una estrategia para la financiación a largo plazo de la digitalización del sector salud. | Asegurar el avance de una estrategia de digitalización de largo plazo. | Minsalud, Minhacienda y MinTIC | Siguiendo la experiencia del sector judicial, se recomienda explorar recursos de crédito con entidades multilaterales. |
| Monitorear metas e indicadores territoriales para garantizar implementación efectiva del Plan Decenal de Salud Pública. | Garantizar una efectiva implementación del plan en las regiones. | Minsalud y entidades territoriales | Se requiere construcción de capacidades en las entidades territoriales. |
| Construir un sistema único de información en salud. | Favorecer transparencia y confianza en el sistema. | Minsalud | Dada la dificultad de construir un sistema de esta magnitud, se recomienda iniciar por avanzar en la interoperabilidad de los sistemas actuales. |

6 BIBLIOGRAFÍA

- 1 Así Vamos en Salud y Transparencia por Colombia. (2023). Riesgos y alertas sobre la transparencia de la reforma a la salud.
- 2 Banco Mundial. (2023). Indicadores. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
- 3 Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Revista Monitor Estratégico* (7), 4-7.
- 4 Bardey, D. y Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad* (77), 231-262.
- 5 BID. (2015). Strengthening Governments' Capacity to Discern Value: The Need to Address Technological Pressure on Health Expenditure. División de Salud y Protección Social. BID.
- 6 Bloom, D. E. (2001). The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence (NBER Working Paper N.o 8587).
- 7 Bonet, J. y Guzmán, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia (Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional N.o 222).
- 8 Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia.
- 9 DANE. (2023). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2022. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2022>
- 10 Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional (2023). Estadísticas. <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>
- 11 Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., Suman, R. y Rab, S. (2021). Blockchain technology applications in healthcare: An overview. *International Journal of Intelligent Networks*, 2, 130-139.
- 12 Heston, T. (2017). A Case Study in Blockchain Health Care Innovation. *International Journal of Current Research*, 9(11), 60587-60588.
- 13 Institute for Management Development. (2023). IMD World Competitiveness Yearbook. IMD World Competitiveness Center.
- 14 Lammers, E. J., Adler-Milstein, J. y Kocher, K. E. (2014). Does Health Information Exchange Reduce Redundant Imaging? Evidence From Emergency Departments. *Medical Care*, 52(3), 227-234.
- 15 Ley 100. (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- 16 Ley 1751. (2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- 17 Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovate model for the health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.
- 18 Minsalud. (2023). Cifras de afiliación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- 19 Misión Internacional de Sabios. (2022). Prioridades y recomendaciones para la salud en Colombia basadas en la Gran Encuesta en Salud (Ciencia, Tecnología e Innovación).
- 20 OCDE. (2015). OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016. OECD Publishing.
- 21 OCDE. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD Publishing.
- 22 OCDE y Banco Mundial. (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. OECD Publishing.
- 23 OMS. (2020). Situación de la enfermería en el mundo 2020.
- 24 Ruiz, F., Castaño, R. A., Ramírez, J., Vaca, C., Arango, C., Galán, A., Peñaloza, E. y Rueda, E. (2018). Agenda en salud 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100. Universidad Javeriana; Universidad de Los Andes.
- 25 Sachs, J. D. (2001). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. World Health Organization on Macroeconomics and Health.
- 26 The Economist Group. (2022). The Health Inclusivity Report. Economist Impact.
- 27 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.