

# SALUD



**Esperanza de vida saludable.** Puesto entre 141 países.

Fuente: WEF (2019).

---

## DESTACADOS

---

### Salud en la crisis por COVID-19

- La emergencia sanitaria por cuenta de la expansión del COVID-19 ha evidenciado la insuficiente infraestructura del sistema de salud en Colombia. En el país había al comienzo de la emergencia sanitaria 1,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, casi una tercera parte del promedio de países de la OCDE.
- De la misma manera, existe un rezago en materia de personal médico: hay 2,2 médicos por 1.000 habitantes (3,5 en los países OCDE) y 1,3 enfermeros por 1.000 habitantes (9,6 en los países OCDE).
- La crisis por COVID-19 también ha dejado en evidencia las diferencias regionales en infraestructura y dotación médica.

### Calidad y acceso

- Colombia cuenta con una cobertura casi universal del sistema de salud. Hasta septiembre de 2020 el 97 % de la población estaba cubierto.
- A pesar de la cobertura, persisten barreras que obstaculizan el acceso a los servicios médicos. En 2019 el 26 % de las personas no recibió o solicitó atención médica debido a problemas como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención o la cantidad de trámites.

### Sostenibilidad financiera

- Los recobros de servicios y tecnologías no financiados mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC) alcanzaron un máximo histórico de COP 4,2 billones en 2019.
- Las tutelas continúan siendo un mecanismo de acceso a los servicios de salud: 1 de cada 3 tutelas radicadas en el país invoca el derecho a la salud.

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

---

## PRINCIPALES RECOMENDACIONES

---

1. Fortalecer las capacidades técnicas de la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Introducir un pago por desempeño para las entidades promotoras de salud (EPS).
3. Vigilar estrictamente el cumplimiento de los límites a la integración vertical.
4. Extender servicios de telesalud.
5. Definir estrategia de focalización del gasto en salud.
6. Robustecer fuentes de financiación del sistema de salud.



## PERFIL DE COLOMBIA EN MATERIA DE SALUD

Tema	Indicador	Valor Colombia	Ranking en América Latina	Mejor país en América Latina (valor)	Fuente
Calidad y acceso	Número de médicos (por 10.000 personas)	21,8	6 de 16	Uruguay (50,8)	Organización Mundial de la Salud (2016-2018)
	Número de enfermeros (por 10.000 personas)	13,3	14 de 17	Chile (133,2)	Organización Mundial de la Salud (2016-2018)
	Camas hospitalarias (por 1.000 personas)	1,7	6 de 16	Argentina (5)	Organización Mundial de la Salud y OCDE (2013-2018)
	Expectativa de vida al nacer (años)	77,1	5 de 17	Costa Rica (80,1)	Banco Mundial (2018)
	Tasa de mortalidad infantil (muertes por 1.000 nacimientos)	12,2	9 de 17	Chile (6,2)	Banco Mundial (2018)
	Tasa de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos)	83	11 de 17	Chile (13)	Banco Mundial (2017)
	Infraestructura de salud (de 0 a 10)	3,2	4 de 7	Chile (4,6)	IMD (2020)
Gasto en salud	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares)	16,3	2 de 17	Argentina (15,0)	Banco Mundial (2017)

Nota: La información acá reportada corresponde al último valor disponible.



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).

La pandemia por COVID-19 ha puesto el foco sobre el sistema de salud, haciendo más evidentes los retos que este sector enfrenta hace varios años. En particular, la emergencia sanitaria ha revelado la insuficiente infraestructura y el déficit de personal médico y sanitario, pero también su enorme heterogeneidad en términos regionales. Las diferencias en las capacidades del sistema de salud han conducido a que los resultados en materia de atención al COVID-19 sean muy inferiores en algunas regiones del país caracterizadas por mayor pobreza, mayor informalidad y menor capacidad institucional. Esta situación tiende a profundizar las inequidades regionales ya existentes. Además, en muchos casos, la complejidad del flujo de recursos y las deudas financieras acumuladas han dificultado desplegar una respuesta rápida para hacer frente a las deficiencias regionales.

Aun reconociendo las limitaciones del sistema de salud en Colombia, es importante tener en cuenta que desde comienzos de los años noventa Colombia logró una mejora sustancial en la cobertura de este, pasando de cubrir el

29,2 % de la población en 1995 a cubrir el 97 % en 2020<sup>1</sup>. Esta ampliación de la cobertura ha significado una mayor calidad de vida de la población y ha resultado inmensamente valiosa como instrumento de protección social en el contexto de la emergencia sanitaria. Además, 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 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. A lo largo del capítulo se hará referencia al impacto que ha tenido la crisis por el COVID-19 sobre las trayectorias de los indicadores considerados y sobre las recomendaciones hechas en cada sección. Como cierre, se analiza la relación del sector salud con la emergencia por COVID-19, algunas de las medidas adoptadas y los retos y oportunidades potenciales.

En la versión 2019 de este capítulo se hicieron 10 recomendaciones. Al cierre de la edición actual, algunas de ellas han sido consignadas en documentos de política, pero sigue pendiente su implementación, por lo que la presente versión insiste en las mismas a la espera de que se ejecuten, e incluye una nueva recomendación.

1. Dato a septiembre de 2020. Fuente: Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (BDUA-SGSSS).



## CALIDAD Y ACCESO

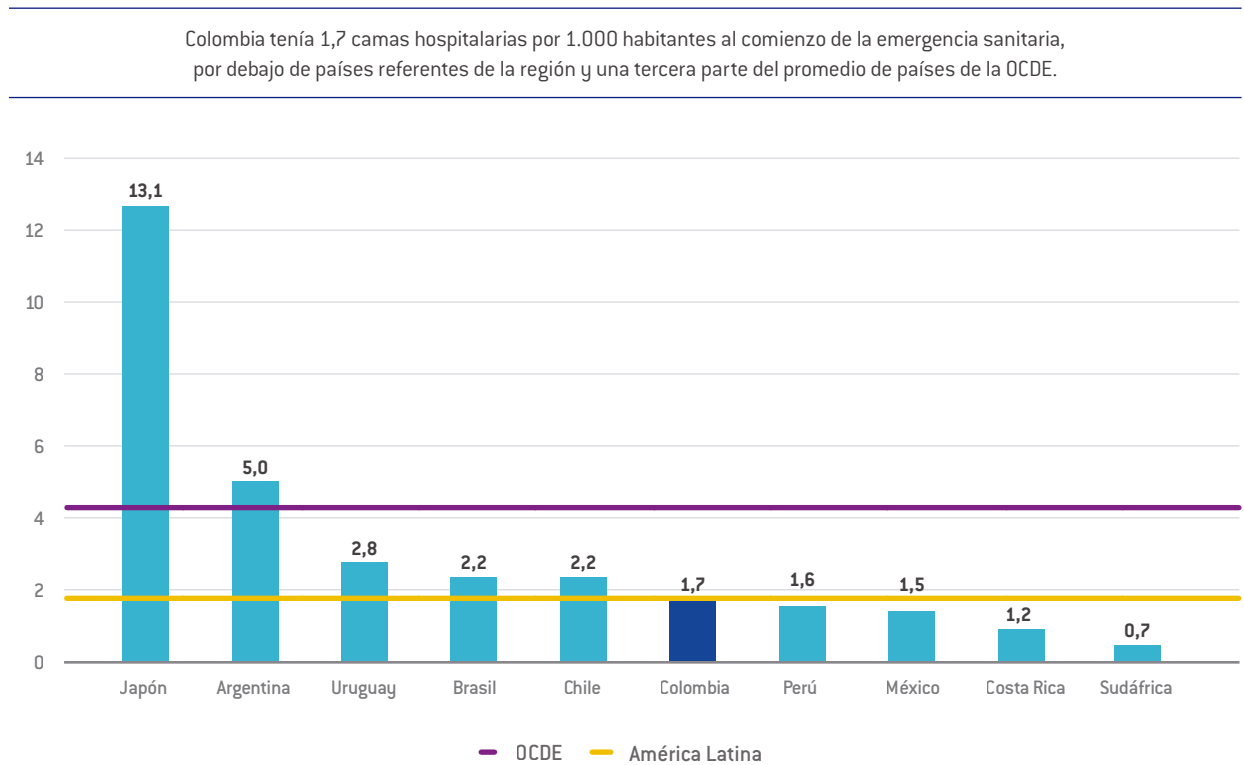
### INFRAESTRUCTURA

La pandemia por COVID-19 ha representado un reto enorme para los sistemas de salud del mundo y en muchos casos, incluyendo Colombia, ha evidenciado las limitaciones en materia de infraestructura. En Colombia existían al comienzo de la emergencia sanitaria 1,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, cifra que situaba al país justo en el promedio de América Latina, siendo superado por países referentes de la región como Argentina, Uruguay y Brasil, y muy por debajo de los países de la OCDE, que registran en promedio 4,6 camas hospitalarias por 1.000 habitantes (Gráfica 1). La creciente de-

manda por camas por cuenta de la crisis sanitaria ha mostrado su insuficiencia y dificultó la respuesta de política.

De acuerdo con Guzmán (2015), existe un rezago importante en la inversión de una muestra de hospitales considerados en su estudio. Asimismo, el autor señala que en la mayoría de los casos la inversión ha correspondido a criterios financieros y no a la búsqueda de una mejor infraestructura o calidad en los servicios. De la misma manera, encuentra que los hospitales públicos presentan el mayor atraso en inversión, subrayando que la que realizaron los hospitales públicos entre 2003 y 2011 fue apenas necesaria para garantizar su funcionamiento, pero insuficiente para mejorar su infraestructura tecnológica.

**Gráfica 1.** Camas hospitalarias (por 1.000 habitantes). Colombia y países de referencia. Dato más reciente entre 2013 y 2018.



Fuente: Organización Mundial de la Salud y OCDE.

Además de la insuficiencia de camas hospitalarias en general, existe también una limitada disponibilidad de servicios más especializados en salud. Al examinar el número de camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes, se observa que, aunque Colombia supera el promedio de América Latina, la densidad en países referentes de la región es mucho mayor (Gráfica 2a).

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 exis-

## CALIDAD Y ACCESO

ten 1,5 unidades por millón de habitantes, y los países de la OCDE registran en promedio 7,2 por millón de habitantes.

En lo referente a capacidad instalada en las regiones, se observan disparidades muy marcadas. La Gráfica 2b muestra la disponibilidad de camas de cuidados intensivos en cada departamento, de acuerdo con los datos oficiales que ofrece el Ministerio de Salud en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (con corte a octubre de 2020). Como es de esperarse, el número de camas de cuidados intensivos es muy superior en Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia, pero también se destaca que la oferta de este tipo de servicios es extremadamente baja en departamentos con pocas capacidades, e incluso

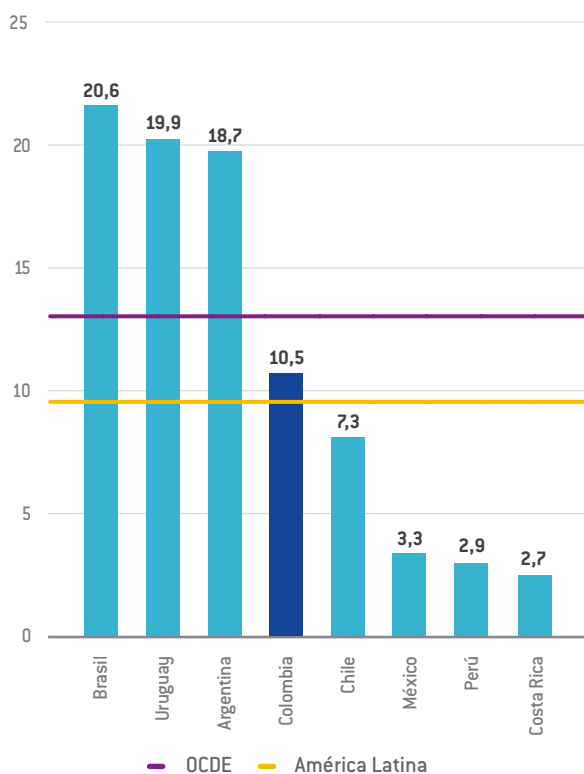
cinco departamentos del país no tienen ninguna cama de cuidados intensivos: Amazonas, Guainía, Guaviare, Vichada y Vaupés.

Es importante notar que estas cifras incorporan algunas mejoras que el Gobierno Nacional introdujo a partir de la emergencia sanitaria por cuenta del COVID-19, lo que implica que la situación de muchos departamentos era aún más precaria e impedía atender la situación sanitaria de emergencia. Además, a esta baja inversión hospitalaria se suma lo reportado por Bonet y Guzmán (2015), esto es, 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 2. Camas de cuidados intensivos.

Además del rezago en infraestructura relacionada con servicios médicos especializados, existe una disparidad regional considerable, y algunas regiones del país enfrentan un déficit importante.

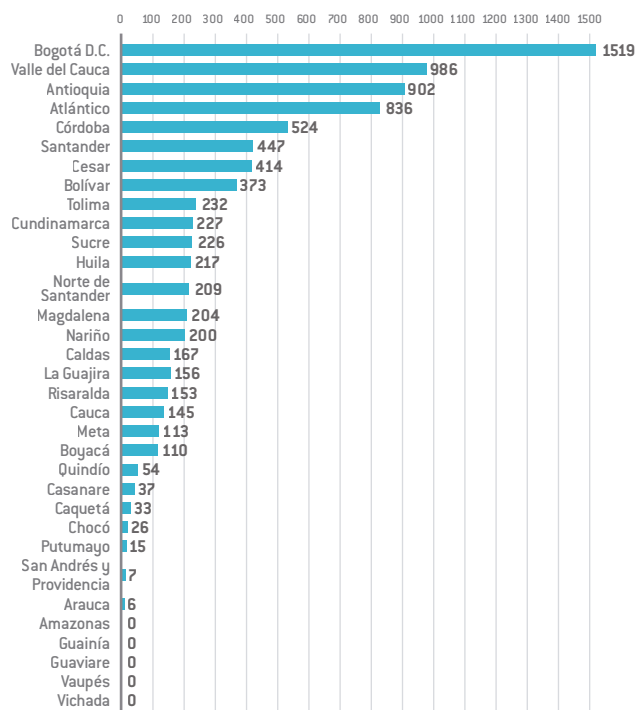
2a. Camas de cuidados intensivos (por 100.000 habitantes). Colombia y países de referencia, 2020 o dato más reciente.



Nota: Datos registrados oficialmente al comienzo de la pandemia.

Fuente: OECD/The World Bank (2020).

2b. Camas de cuidados intensivos. Colombia, octubre de 2020.



Nota: Los datos departamentales se presentan en niveles y no relativos a su población, con el fin de observar la capacidad instalada existente en los departamentos y su propia capacidad de atención en salud, más que para establecer comparaciones entre ellos.

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Salud, Ministerio de Salud (2020).





## CALIDAD Y ACCESO

### PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

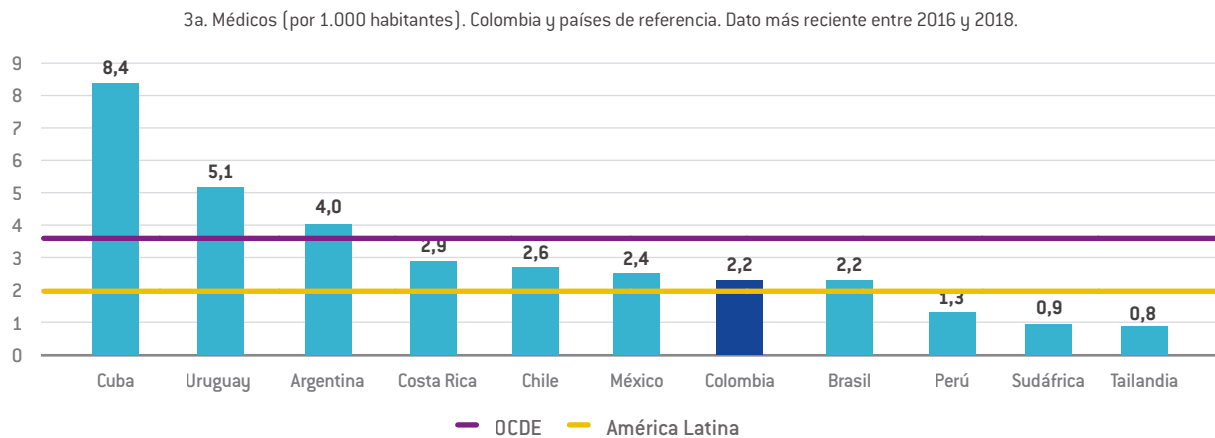
La OCDE y el Banco Mundial han señalado que las limitaciones en recursos humanos en América Latina impiden una respuesta efectiva a las necesidades de atención médica (OECD/The World Bank, 2020). En toda la región hay un rezago importante en la densidad de personal médico y de enfermería con respecto a los países de la OCDE. Como se observa en la Gráfica 3a, en Colombia la densidad de médicos es similar al promedio de la región, aunque países referentes como Uruguay, Argentina y Costa Rica tienen una

densidad muy superior. La situación en materia de personal de enfermería es mucho menos favorable: con 1,3 enfermeros por 1.000 habitantes, Colombia no supera el promedio de América Latina y se ubica en el último lugar entre los países de referencia, junto con Sudáfrica.

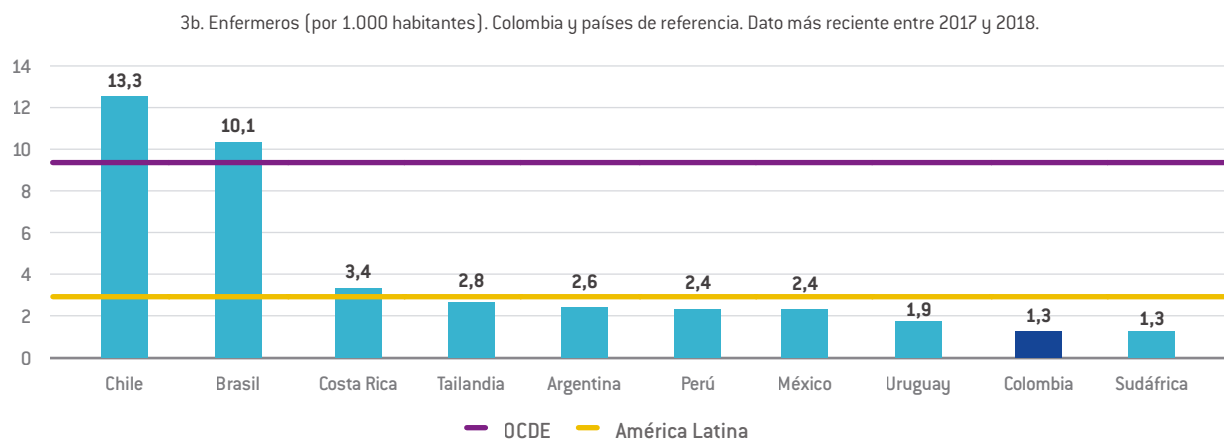
Además de una insuficiente disponibilidad de personal médico y de enfermería, el personal del sector salud enfrenta retos adicionales relacionados con las dificultades financieras de algunos prestadores de salud, incluyendo la prevalencia de contratación por servicios y pagos atrasados.

Gráfica 3. Personal médico y de enfermería.

Las limitaciones en recursos humanos dificultan una atención médica adecuada. En Colombia hay 2,2 médicos por 1.000 habitantes, una densidad similar al promedio de la región, pero la densidad de personal de enfermería presenta un rezago notorio.



Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Fuente: Organización Mundial de la Salud.



## ACCESO A SALUD

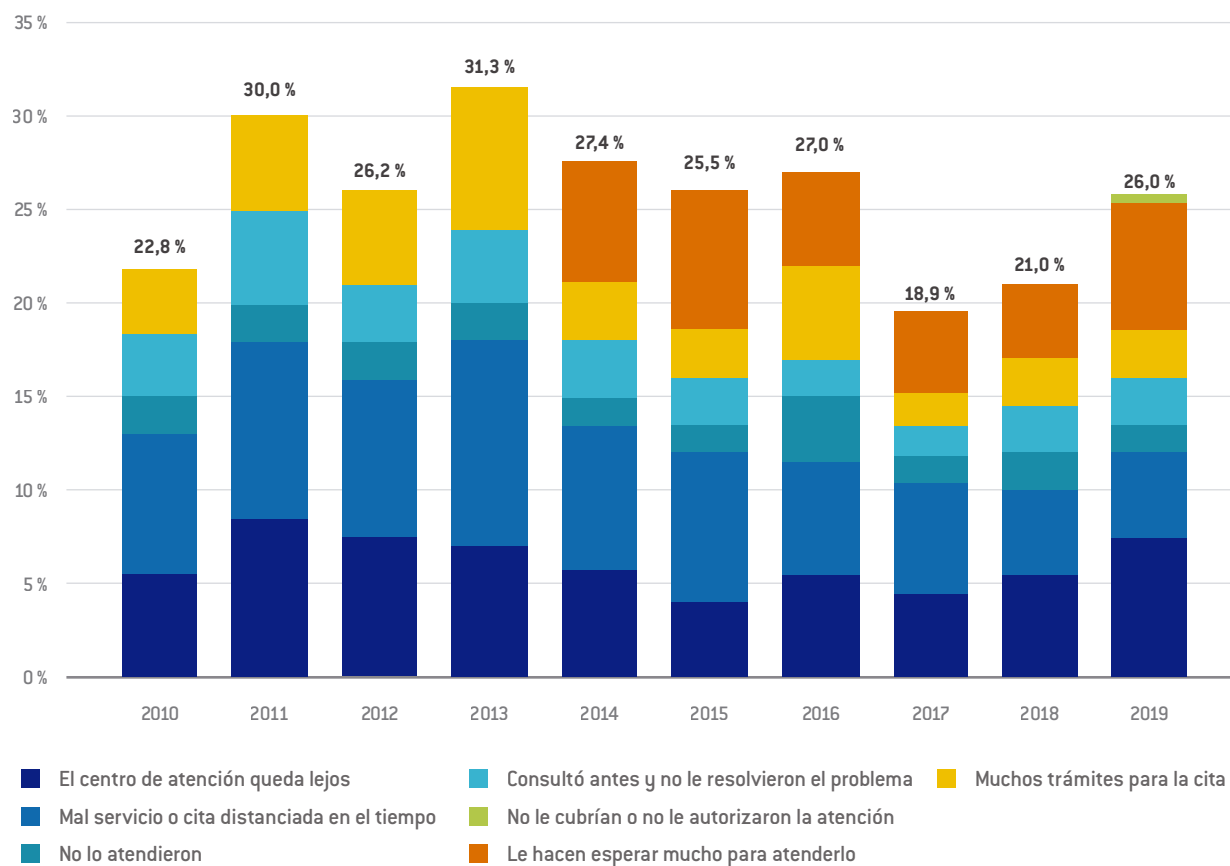
Desde comienzos de los años noventa Colombia consiguió una ampliación importante en la cobertura del sistema de salud, lo que se ha convertido en uno de los principales logros de protección social en el país. Ahora bien, más allá del aseguramiento, el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud 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 Encuesta de Calidad de Vida del DANE ofrece información valiosa para aproximarse a las barreras de oferta ya que permite identificar las razones por las cuales las personas que han enfrentado un problema de salud no han recibido o no han solicitado atención médica. Los resultados más recientes (2019) muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites han impedido el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 4 personas con problemas de salud, como se observa en la Gráfica 4. Si bien este nivel se ha reducido desde 2013, es aún muy elevado y dificulta el goce oportuno del derecho a la salud que establece la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

**Gráfica 4.** Porcentaje de personas con problemas de salud que no solicita o no recibe atención médica debido a barreras de oferta. Colombia, 2010-2019

A pesar de la cobertura casi universal, persisten barreras que impiden el acceso a los servicios de salud.  
En 2019, 1 de cada 4 personas no recibió o solicitó atención médica por cuenta de esas barreras.



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





## CALIDAD Y ACCESO

### RECOMENDACIONES

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

Las barreras que impiden el acceso oportuno a servicios de salud y la complejidad del flujo de recursos hacen que las labores de vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud sean particularmente importantes. Así mismo, en el contexto de la emergencia sanitaria se requiere una acción ágil y eficiente de vigilancia sobre las EPS y su red de prestadores para asegurar atención oportuna y control sobre el flujo de recursos.

En ese sentido, el Consejo Privado de Competitividad (CPC) ha recomendado en ediciones anteriores de este informe el fortalecimiento de las capacidades técnicas y sancionatorias de la entidad. Es importante notar que la Ley 1949 de 2019 avanzó en el aspecto sancionatorio introduciendo las siguientes reformas: (1) aumento de la multa máxima que puede ser impuesta a entidades bajo su control de 2.500 SMMLV a 8.000 SMMLV; (2) posibilidad de imponer sanciones sucesivas a entidades que fallen en el cumplimiento de sus órdenes de hasta 3.000 SMMLV; (3) posibilidad de imponer sanciones 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, y (4) ampliación a cinco años del 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.

Sin embargo, es importante fortalecer las capacidades técnicas de la entidad de manera que pueda ejercer efectivamente las nuevas facultades sancionatorias otorgadas por la ley. También se requiere delimitar las funciones de vigilancia para evitar que se superpongan con las de las entidades territoriales, lo cual dificulta su acción y va en detrimento de su autonomía.

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

Con el objetivo de contar con un ente de vigilancia y control independiente, es fundamental aislar del ciclo político el

nombramiento del superintendente de salud. En línea con los requerimientos para el ingreso a la OCDE, el Decreto 1817 de 2015 estableció un periodo fijo para los superintendentes de industria y comercio, financiero y de sociedades, pero no incluyó al de salud. Sin embargo, en mayo de 2020 el Consejo de Estado revocó las disposiciones del mencionado decreto al señalar que el presidente de la República no tiene la facultad para establecer un periodo fijo para estos funcionarios al ser una función que le corresponde al Congreso.

Esta decisión hace importante una revisión del periodo de los superintendentes en general, y en particular del superintendente de salud, apuntando a conseguir una institucionalidad del sector salud que minimice los riesgos de clientelismo de 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, especialmente, 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.

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

Si bien la integración vertical puede traer efectos positivos en eficiencia por la vía de reducción de costos de transacción y márgenes de intermediación entre eslabones de una cadena productiva, en el sector salud puede conllevar eventuales restricciones sobre la competencia en detrimento del bienestar del usuario.

La literatura sugiere que en el sector salud 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.

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 EPS<sup>2</sup>. 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, y busca contrarrestar los posibles efectos negativos de dicha práctica en el sector salud, por lo cual se recomienda ejercer un control efectivo y estricto sobre el cumplimiento de esta restricción. Para este efecto, se hace fundamental la acción de la Superintendencia Nacional de Salud.

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

Luego del avance en cobertura de las últimas décadas, Colombia se enfrenta al reto de mejorar la calidad de los servicios de salud. En la actualidad las EPS reciben un pago fijo por cada usuario afiliado (la UPC) 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. Es importante notar que la ley del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022<sup>3</sup> (PND) establece en su artículo 241 que el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud. Dado esto, se requiere 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, para lo cual se recomienda el uso del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, que 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 y la medición de variables de promoción y prevención, que deberían tener un rol clave en conseguir mejores resultados en salud.

Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social puso en marcha un mecanismo para incentivar un mejor desempeño que, por ahora, funciona solamente para la cuenta que cubre enfermedades de alto costo. Con este fin, se definió una serie de indicadores que deben cumplir las EPS, incluyendo líneas base y metas. Para esta iniciativa en particular, 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.

### **Acción pública. Simplificar el proceso de registro epidemiológico garantizando la interoperabilidad de las plataformas.**

La emergencia sanitaria requirió una respuesta rápida del sistema de salud pública en Colombia. El aumento rápido de casos de contagio de COVID-19 a comienzos de 2020 hizo necesario aumentar la capacidad diagnóstica, que hasta entonces estaba principalmente concentrada en el Instituto Nacional de Salud como coordinador de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. Para esto se fortaleció de manera rápida una red de laboratorios adscritos que permitió incrementar sustancialmente el número de pruebas diagnósticas de COVID-19. Dicho aumento hizo parte fundamental de la estrategia de respuesta a la crisis sanitaria.

No obstante, el proceso de diagnóstico y de procesamiento de pruebas requiere una serie de pasos para el registro epidemiológico de cada paciente que implica consignar esta información en distintos registros del sistema de salud pública, lo que en la práctica ha implicado demoras considerables al proceso. De esa manera, se recomienda simplificar el proceso de registro epidemiológico y permitir la interope-

2. 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).

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



## CALIDAD Y ACCESO

rabilidad de las diferentes plataformas de registro, ya que en algunos casos no se alimentan de información ya incluida en ellas. Así, por ejemplo, la información de un paciente debe ser inicialmente consignada en su historia clínica y replicada en el formato del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Así mismo, en caso de requerirse una prueba diagnóstica, la prueba debe ser registrada en la plataforma SisMuestras ya que esta no se alimenta de la información de Sivigila.

Además de agilizar los tiempos de diagnóstico, la simplificación del proceso de registro epidemiológico, y en particular la interoperabilidad de las plataformas de información, contribuirían a minimizar el margen de error que conlleva la duplicación del registro de la información y permitiría una respuesta más rápida a la crisis sanitaria por COVID-19 y a otras emergencias epidemiológicas propias de países como Colombia (dengue, zika, etc.).

### **Acción pública. Extender servicios de telesalud.**

La telesalud es una alternativa para extender la provisión de servicios que trae consigo diversos beneficios: (1) evita desplazamientos y garantiza un diagnóstico más oportuno;

(2) mejora la toma de decisiones y disminuye la variabilidad en el diagnóstico, y (3) reduce los costos de prestación de los servicios. Su importancia es aún mayor en la emergencia sanitaria para hacer seguimiento a personas contagiadas con el virus, pero también cumple un papel crucial para evitar que se detengan el seguimiento médico o los tratamientos en curso del resto de pacientes, y a su vez es fundamental para descongestionar las IPS y los servicios de urgencias, así como para atender zonas remotas o de difícil acceso.

La ampliación de los servicios de telesalud en Colombia requiere avanzar en varios frentes. En el ámbito tecnológico, la brecha digital en conectividad impide que esta alternativa se implemente y funcione de manera sistemática en regiones con baja penetración de internet y reducida velocidad. Adicionalmente, exige inversión en equipos tecnológicos para los prestadores de referencia y la implementación de la interoperabilidad de la historia clínica en todo el país, que además de apoyar el acceso y la calidad de la atención contribuye a la eficiencia de los recursos reduciendo costos y tiempo. En materia de talento humano, se necesita desarrollar las competencias necesarias en el personal médico y de enfermería, y a nivel organizacional es fundamental la definición de roles y responsabilidades.

## SOSTENIBILIDAD FINANCIERA



SALUD

En América Latina el gasto de bolsillo en salud es elevado y representa una barrera adicional para acceder a los servicios médicos. La OCDE y el Banco Mundial afirman que los altos niveles de gastos de bolsillo en la región son indicativos de sistemas de salud más débiles y, en general, configuran “un peor escenario de referencia para enfrentar esta pandemia en comparación con la mayoría de los países de la OCDE” (OECD/The World Bank, 2020, p. 9).

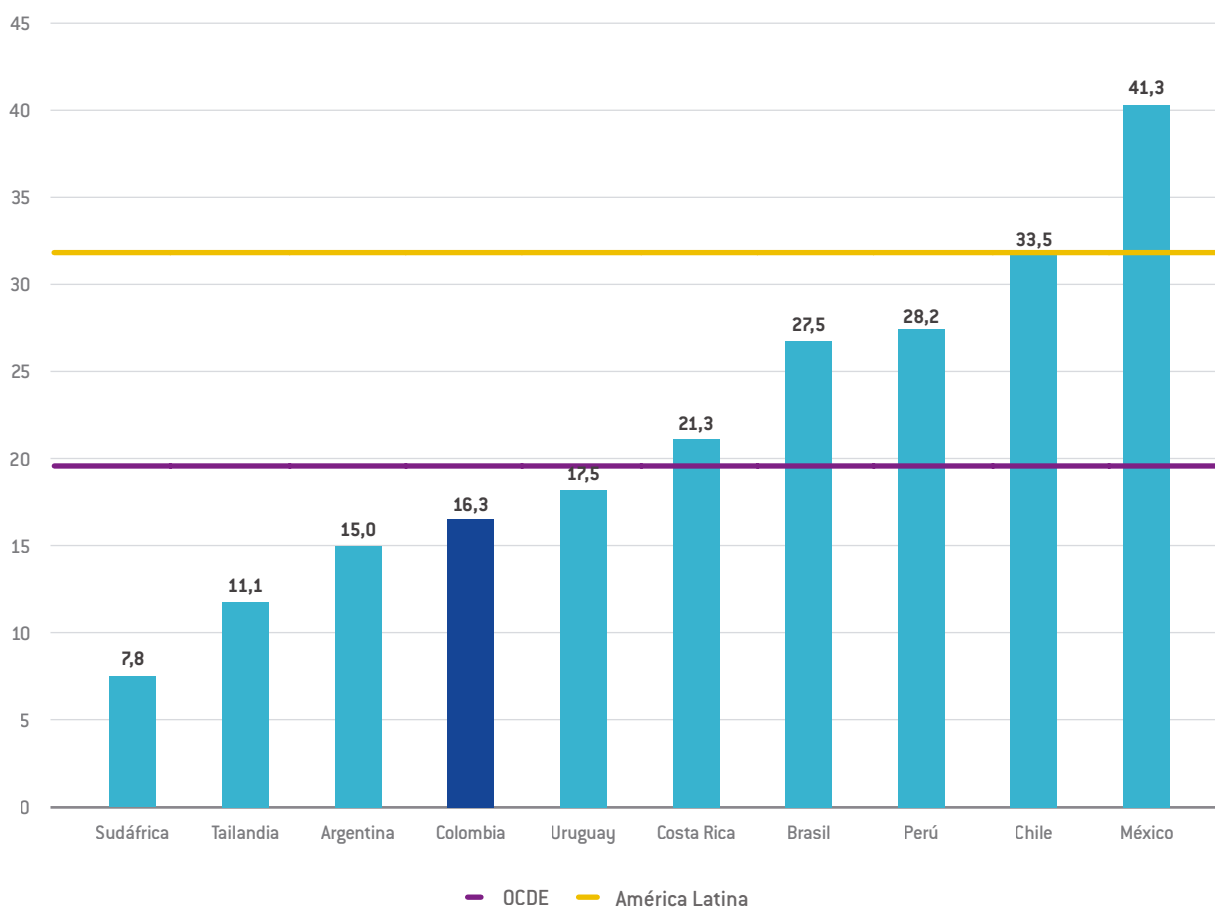
Sin embargo, en Colombia los pagos directos que deben realizar los hogares y que corresponden a la parte no cubierta por el sistema de salud son bajos e incluso son inferiores a la cifra promedio de los países OCDE. Además, como

se observa en la Gráfica 5, el gasto de bolsillo en Colombia (16,3% del gasto en salud) es la mitad del gasto de bolsillo promedio de América Latina.

Esta situación se traduce en dos beneficios para la población: (1) se minimiza la probabilidad de que los gastos de bolsillo constituyan una barrera de demanda para acceder a los servicios, y (2) se reduce la posibilidad de que el acceso a servicios de salud represente un riesgo financiero para los hogares. Este último hecho ha resultado ser de extrema importancia en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19 y ha permitido que el acceso a servicios de salud no se vea restringido por la amenaza de los hogares a enfrentar un choque financiero negativo.

**Gráfica 5.** Gasto de bolsillo (% del gasto en salud). Colombia y países de referencia, 2017.

La proporción de gasto en salud que es asumida por los hogares es relativamente baja en Colombia. Esto se convierte en una herramienta de protección financiera ante gastos por atención en salud.



Fuente: Banco Mundial.

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD



## SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció la salud como un derecho fundamental y determinó que el plan de beneficios pasaría de estar determinado por una lista positiva de medicamentos y tecnologías a ser delimitado por exclusiones<sup>4</sup>. En la práctica, esto ha significado que los procedimientos y medicamentos que no se financian con cargo a la UPC pero que se han reconocido por profesionales en salud o por jueces son luego recobrados a la Adres y, de ser aprobados, son pagados con recursos públicos.

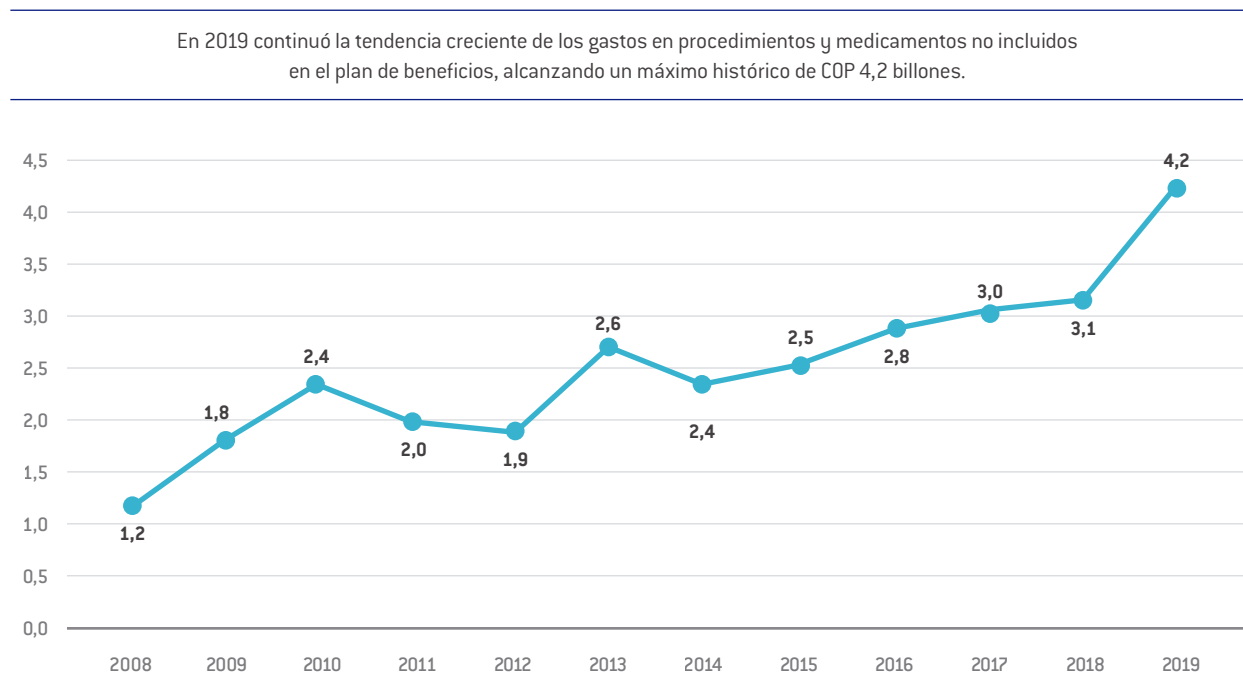
El rubro correspondiente a recobros ha mantenido una tendencia creciente. En 2019 alcanzó un nuevo máximo histórico al ascender a COP 4,2 billones (Gráfica 6), manteniéndose como un factor de riesgo para la sostenibilidad del sistema de salud que requiere atención urgente.

Al respecto, a partir de 2020 el Gobierno Nacional puso en marcha un mecanismo de presupuestos máximos para financiar los medicamentos, tecnologías y procedimientos no financiados a través de la UPC y que consiste en pagar

anticipadamente estos valores a los aseguradores. Esta estrategia está orientada a evitar una nueva situación de crecimiento insostenible de deudas y del monto recobrado a la Adres, pero no apunta a disminuir la magnitud del rubro ya que no establece incentivos para que las EPS reduzcan el presupuesto que les fue asignado.

Por otra parte, el Ministerio de Salud dio inicio al llamado Acuerdo de Punto Final, previsto en los artículos 237, 238 y 245 de la ley del PND 2018-2022, con el fin de atender deudas acumuladas por recobros. El principio básico del acuerdo es el reconocimiento como deuda pública de los recobros que las entidades mantienen en sus estados financieros pero que no han sido reconocidos o pagados por el Gobierno Nacional o por las entidades territoriales, lo que implica que la deuda es respaldada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Los recursos empezaron a distribuirse lentamente desde finales del año 2019, y se espera que el grueso ingrese durante los próximos meses.

**Gráfica 6.** Recobros por gastos en procedimientos y medicamentos no financiados por la UPC (billones de pesos). Colombia, 2008-2019.



Fuente: Adres.

4. Las exclusiones están definidas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, que 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 exterior.

## 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. Esto, sumado a la persistencia de barreras de acceso a servicios oportunos de salud, genera incentivos a que los ciudadanos aseguren su provisión a través de acciones de tutela.

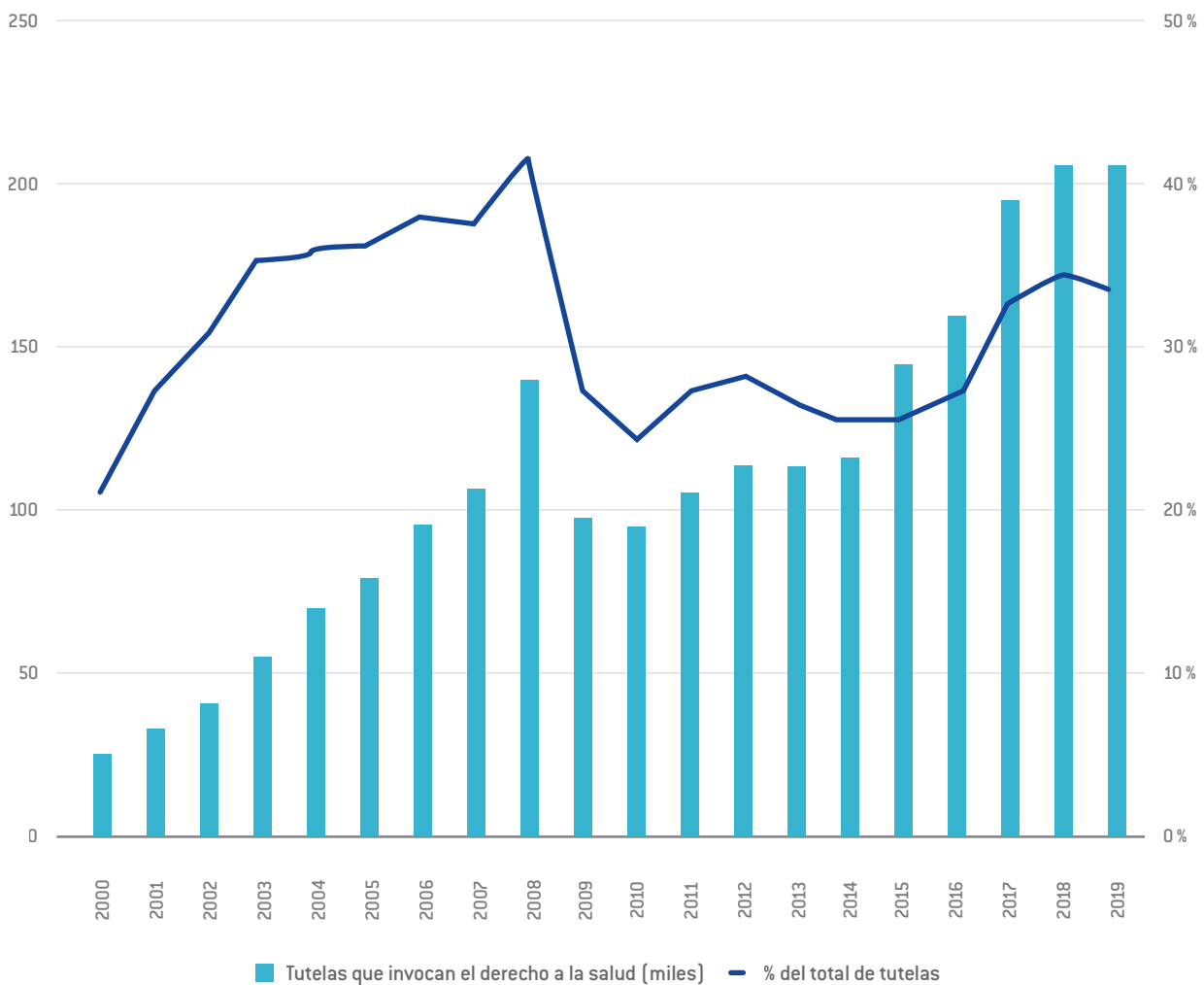
La Gráfica 7 muestra que durante 2019 se interpusieron 207.368 tutelas invocando el derecho a la salud, una cifra muy similar a la del año anterior y que equivale al 33 % del total de tutelas interpuestas en el país. Cuando se examinan las pre-

tensiones citadas en las tutelas radicadas, se observa que la mayoría exigen la práctica oportuna de procedimientos, seguida por la entrega oportuna de medicamentos, el tratamiento integral y la asignación de citas médicas. Esto confirma la existencia de barreras de acceso del lado de los prestadores, en particular relacionadas con la oportunidad de la atención.

Una adecuada definición de límites en el plan de beneficios, junto a la reducción de barreras de acceso, 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, 2000-2019.

Las tutelas que invocan el derecho a la salud siguen representando una tercera parte del total de tutelas radicadas en Colombia.



Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional.



SALUD

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD



## SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

### RECOMENDACIONES

#### **Acción pública. Definir una estrategia de control y focalización del gasto en salud.**

Colombia viene enfrentando presiones sobre el gasto en salud debido a diferentes factores. De un lado, el envejecimiento de la población, la entrada de nuevos medicamentos y los cambios en las condiciones de vida, sumados a la ausencia de estrategias adecuadas de promoción y prevención (que incluyó la Ley 100 de 1993 como un elemento central de atención integral en salud), implican una mayor prevalencia de enfermedades no transmisibles. Esto ha incrementado la vulnerabilidad de personas con condiciones de salud precarias y problemas de desnutrición.

Adicionalmente, el sistema de salud colombiano establece que todos los medicamentos y tecnologías autorizados por un profesional de la salud o un juez deben ser cubiertos con recursos públicos, a excepción de categorías como tecnologías no probadas o para fines cosméticos. Esta situación hace urgente 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 priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo. La OCDE y el Banco Mundial señalan que estas herramientas de evaluación de tecnologías médicas son claves para la toma de decisiones clínicas y financieras y permiten, por lo tanto, contribuir a reducir el malgasto en los sistemas de salud (OECD/The World Bank, 2020).

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

En muchos países de América Latina, incluyendo Colombia, el gasto en salud ha superado el crecimiento económico en los últimos cinco años (OECD/The World Bank, 2020). Esto

ha significado retos para garantizar su financiamiento y ha llevado a los sistemas de salud a la búsqueda de alternativas para robustecer sus recursos. Dicho esfuerzo es especialmente importante dadas las mayores presiones provenientes de las nuevas tecnologías y el crecimiento de enfermedades no transmisibles que se discutieron anteriormente.

Una alternativa cada vez más prevalente en el mundo es la introducción de impuestos a alimentos y bebidas no saludables. Existe evidencia sobre los beneficios de este tipo de medidas: en el caso del tabaco y el alcohol, por ejemplo, se ha demostrado su costo-efectividad (Vecino, Arroyo y García, 2016). Además, estas tasas son pagadas solo por aquellas personas que incurren en comportamientos no saludables y que potencialmente demandan más del sistema de salud.

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

Además de adoptar herramientas que permitan focalizar el gasto en salud y robustecer las fuentes de financiamiento, es también fundamental minimizar la evasión y elusión de los aportes al sistema general de seguridad social. En el caso del sistema de salud, la evasión 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, y evasión de la contribución del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Aunque es difícil estimar la evasión en salud, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) estimó que ascendió a COP 2,3 billones en 2017. Si bien esta unidad ha dado pasos en la dirección correcta, es importante mejorar la gestión de sus acciones extendiendo la base de contribuyentes. Así mismo, para que sus esfuerzos tengan efectividad, se requiere contar con una autoridad tributaria fuerte, por lo cual se recomienda avanzar con celeridad en el plan de modernización y fortalecimiento de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) (ver capítulo *Sistema tributario*).



El reto de brindar atención oportuna y de calidad en medio de la propagación del COVID-19 en Colombia ha puesto de manifiesto problemas estructurales del sistema de salud. Con el fin de atender la pandemia, el Gobierno ha tomado una serie de medidas para hacer frente a las limitaciones de infraestructura, de personal médico y de sostenibilidad financiera discutidas a lo largo del capítulo.

Las acciones adoptadas en la emergencia han incluido:

- Creación del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME) para ampliar oferta de servicios de salud y fortalecer el sistema de salud pública, entre otros objetivos (como mitigar los efectos adversos a la actividad productiva).
- Creación de un comité asesor para orientar las decisiones de política en relación con la pandemia.
- Fortalecimiento de red de laboratorios para aumentar capacidad diagnóstica.
- Autorización de uso de los presupuestos máximos (con los que se paga anticipadamente a las EPS los servicios no financiados con UPC) para financiar pruebas.
- Autorización para uso de depósitos a la vista de reservas técnicas de las EPS para pagar deudas a las IPS.
- Ampliación de la capacidad hospitalaria, en particular de UCI.

Aunque estas medidas han apuntado en la dirección correcta, la respuesta del sistema de salud a la emergencia sanitaria se ha visto obstaculizada por la precariedad de la oferta de servicios y de equipos médicos, particularmente en regiones del país con bajas capacidades, así como por la fragmentación que caracteriza al sistema de salud colombiano.

La fragmentación hace referencia a la multiplicidad de actores e instancias responsables de la gobernanza, el financiamiento y la provisión de servicios, que en muchos casos conlleva la duplicación de funciones y dificulta las labores de vigilancia y control (ver recomendación sobre capacidades de la Superintendencia de Salud). La OCDE y el Banco Mundial, en su primer reporte sobre salud para la región de América Latina y el Caribe, señalan este como uno de los principales retos en la materia (OECD/The World Bank, 2020).

Este fenómeno, sumado a las deficiencias ya descritas, ha dificultado la respuesta a la pandemia por varias razones:

**1.** La fragmentación favorece la *duplicación de funciones y dificulta la definición de responsabilidades*. Esta situación ha sido evidente en el contexto de la pandemia, justo cuando las decisiones coordinadas son primordiales en un escenario de incertidumbre que requiere información precisa y centralizada. Un espacio en el que la ausencia de definición de responsabilidades ha sido evidente y que puede tener graves consecuencias potenciales para la atención de pacientes que requieran atención hospitalaria es la ampliación del número de UCI.

**2.** El reporte señala además que la fragmentación y la duplicidad de funciones en los sistemas de salud constituyen una fuente de malgasto ya que *favorecen la ineficiencia, propician la corrupción y se asocian con una pérdida de legitimidad del sistema*. Por ejemplo, en Colombia el 63 % de la población considera que el sector salud es corrupto, mientras que en América Latina el 42 % de las personas y en la OCDE el 34 % manifiestan dicha percepción. La falta de confianza en el sistema de salud y en las autoridades sanitarias dificulta la adopción de cambios de comportamiento e interacción social que permitan minimizar la pérdida de vidas.





## SALUD EN LA CRISIS POR COVID-19

**3.** La existencia de múltiples instancias no conectadas o sin sistemas de información compartidos genera una proliferación de trámites para los usuarios. Esta situación se traduce en *mayores barreras de acceso a los servicios de salud*, en particular para la población más vulnerable, lo cual configura una situación muy grave en el contexto de la pandemia. En efecto, realizar un trámite relacionado con salud

en Colombia tarda más de lo que toma en promedio un trámite en general (9,2 horas frente a 7,4) (BID, 2018). Esto además podría incentivar las tutelas que invocan el derecho a la salud pues este mecanismo se convierte en una vía más rápida para acceder a servicios o medicamentos. Reducir el número de trámites y simplificar su funcionamiento es importante para garantizar el acceso oportuno al derecho a la salud.

# SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES



SALUD

## 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. El objetivo era reducir los recobros por servicios y tecnologías no incluidos en el anterior Plan Obligatorio de Salud (POS).	Los recobros por gastos no cubiertos con cargo a la 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. 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
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
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, contribuye a la existencia de estructuras organizacionales complejas, dificultando su vigilancia y control.	Superintendencia Nacional de Salud y Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones	Acción pública
Establecer un período fijo para el superintendente de salud	Asegurar que su nombramiento se aisle del ciclo político.	Congreso de la República	Acción pública

CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD



## SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

Recomendación	Impacto/costo de oportunidad	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
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
Extender servicios de telesalud	Alternativa costo-eficiente para extender provisión de servicios ya que reduce costos y permite descongestionar IPS y atender zonas alejadas o de difícil acceso.	Viceministerio de Protección Social de Minsalud y MinTIC	Acción pública
Definir una estrategia de gestión de la presión tecnológica para controlar y focalizar el gasto en salud	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
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

### Nuevas recomendaciones

Recomendación	Impacto Esperado	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
Simplificar el proceso de registro epidemiológico garantizando la interoperabilidad de las plataformas	Agilizar el proceso de diagnóstico y minimizar el margen de error que conlleva la duplicación del registro de la información.	Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones	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 Bardey, D. (2015). *Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano*. *Revista Monitor Estratégico* (7), 4-7. *Superintendencia Nacional de Salud*.
- 3 Bardey, D. y Buitrago, G. (2016). *Integración vertical en el sector colombiano de la salud*. *Revista Desarrollo y Sociedad* (77), 231-262.
- 4 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.
- 5 BID. (2018). *Fin del trámite eterno: ciudadanos, burocracia y gobierno digital*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- 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 Bonet, J., Guzmán, K. y Hahn, L. (2017). *La salud en Colombia: una perspectiva regional*. Bogotá: Banco de la República.
- 9 Consejo Privado de Competitividad. (2019). *Informe Nacional de Competitividad 2019-2020*. Bogotá: Consejo Privado de Competitividad.
- 10 Foro Económico Mundial. (2015). *Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off*. Ginebra: Foro Económico Mundial.
- 11 Foro Económico Mundial. (2019). *The Global Competitiveness Report 2019-2020*. Ginebra: Foro Económico Mundial.
- 12 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.
- 13 Institute for Management Development. (2020). *IMD World Competitiveness Yearbook*. Lausana, Suiza: IMD World Competitiveness Center.
- 14 Jamison, D. (2013). *Global Health 2035: a world converging within a generation*. *The Lancet*, 382, 1898-55.
- 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 Ministerio de Salud. (2013). *Exposición de motivos del Proyecto de Ley "Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones"*. Bogotá.
- 18 OECD. (2015). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. París: OECD Publishing, París.
- 19 OECD/The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. París: OECD Publishing.
- 20 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*. Bogotá: Universidad Javeriana, Universidad de Los Andes.
- 21 Sachs, J. D. (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. World Health Organization on Macroeconomics and Health.
- 22 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.