

# SALUD



## DESTACADOS

### Salud en la recuperación económica y social

- La pandemia ha demostrado la relevancia de la salud como habilitante básico de la competitividad y el desarrollo económico y social de los países.
- Existen cálculos cuantitativos que dan cuenta del impacto de las condiciones de salud de la población sobre el crecimiento económico. Por ejemplo, la Comisión Lancet sobre inversión en salud estimó que aproximadamente el 11 % del crecimiento económico de los países de ingresos bajo y medio puede atribuirse a las reducciones en la tasa de mortalidad.
- La vacunación (nacional y global) va a desempeñar un rol crucial para consolidar la recuperación económica y social. Es importante que alcance a todos los segmentos de la población para evitar un escenario en el que se prolongue la afectación desigual de la pandemia.

### Atención a la pandemia

- Durante la emergencia sanitaria, el Gobierno Nacional adelantó una política de expansión de camas hospitalarias. De este modo se pasó de 10,5 a 18,2 unidades de cuidados intensivos (UCI) por 100.000 habitantes en 2021.

- A través de mecanismos bilaterales y multilaterales, Colombia aseguró dosis de vacuna contra el COVID-19 para 35 millones de habitantes, priorizando los grupos de riesgo.
- La gestión de las entidades territoriales durante la pandemia fue importante para responder a los retos del sistema de salud, y las mejoras de infraestructura en algunas ciudades intermedias amortiguaron picos de contagio en ciudades principales.

### Calidad y acceso

- El 99 % de la población está cubierto por el sistema de salud.
- Barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención o la cantidad de trámites impidieron que el 22 % de las personas recibiera o solicitara atención médica en 2020.

### Gasto en salud

- 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. El mecanismo de presupuestos máximos busca racionalizar el gasto de los medicamentos no incluidos en la UPC.
- Las tutelas continúan siendo un mecanismo de acceso a los servicios de salud: el 27 % de las tutelas radicadas en el país invoca el derecho a la salud.

## PRINCIPALES RECOMENDACIONES

1. Usar sistemáticamente tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia.
2. Introducir un pago por desempeño para las entidades promotoras de salud (EPS).
3. Extender servicios de telesalud.
4. Evaluar los riesgos de mediano y largo plazo generados o agravados por la pandemia sobre la salud poblacional.
5. Reemplazar los aportes a la nómina como fuente de financiación del sistema de salud.

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

# PERFIL DE COLOMBIA EN MATERIA DE SALUD

Tema	Indicador	Valor Colombia	Ranking en América Latina	Mejor país en América Latina (valor)	Promedio OCDE	Fuente
Calidad y resultados en salud	Expectativa de vida al nacer (años)	77,3	5 de 17	Costa Rica (80,3)	80	Banco Mundial (2019)
	Tasa de mortalidad infantil (muertes por 1.000 nacimientos)	11,8	7 de 17	Chile (6)	6	Banco Mundial (2019)
	Tasa de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacimientos)	83	11 de 17	Chile (13)	18	Banco Mundial (2017)
	Percepción sobre infraestructura de salud (de 0 a 10)	4,1	2 de 7	Chile (5,2)	6,7	IMD (2021)
Atención a la pandemia	Número de médicos (por 10.000 personas)	21,8	6 de 16	Uruguay (50,8)	35	Organización Mundial de la Salud (2016-2018)
	Número de enfermeros (por 10.000 personas)	13,3	14 de 17	Chile (133,2)	96	Organización Mundial de la Salud (2016-2018)
	Camas de cuidados intensivos (por 100.000 personas)	18,2	4 de 16	Brasil (20,6)	12	Organización Mundial de la Salud, OCDE, MinSalud (2013-2021)
	Exceso de muertes (diferencia porcentual frente al promedio de muertes entre 2015 y 2019)	33,5	10 de 15	Uruguay (-4)	13,9	Our World in Data (2021)
	Vacunación contra COVID-19 (% de la población completamente vacunada a septiembre de 2021)	34,1	11 de 17	Uruguay (74,3)	60,4	Our World in Data (2021)
Gasto en salud	Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud cubierto por los hogares)	15,1	1 de 17	Colombia	19,3	Banco Mundial (2018)



La pandemia ha puesto énfasis en el impacto de la salud de las personas sobre el desarrollo económico y la competitividad de los países. La salud es un determinante básico del desarrollo humano y una precondition para impulsar la productividad, pues se ha establecido que una población saludable no solo es más productiva, sino que garantizar una vida sana promueve el bienestar de las personas y permite la construcción de sociedades prósperas en las que se aproveche de manera plena el potencial de su capital humano.

El impacto sobre el capital humano se refleja también en el desarrollo económico de los países. El *ranking* de competitividad del Institute for Management Development (IMD) muestra que en 2021 la prolongada presencia del COVID-19 es considerada como el factor más importante que afecta el desarrollo de los negocios según las respuestas de empresarios en los cinco países más competitivos del *ranking*: Suiza (66 % lo identificó como el más importante), Suecia (54 %), Dinamarca (65 %), Holanda (60 %) y Singapur (73 %).

La capacidad de los sistemas de salud para responder a los retos de la pandemia es el tema de mayor importancia para la recuperación económica y social. A este respecto, es particularmente importante el avance de la vacunación. A nivel global, existe gran disparidad en el acceso a vacunas, lo que probablemente conducirá a una recuperación económica y social dispar. En septiembre de 2021 el 46,1 % de la población mundial había recibido al menos una dosis de la vacuna, pero en los países

de bajo ingreso la población vacunada con al menos una dosis era solo 2,4 % (Our World in Data, 2021).

En materia de aseguramiento en salud, en Colombia el 99 % de la población está cubierta por el sistema de salud (incluyendo a aquellos migrantes que por contar con una vinculación laboral formal estén en el régimen contributivo y a los que cumplan con los requisitos para la afiliación al régimen subsidiado y se encuentren bajo este). En el contexto de la pandemia, la cobertura del sistema de salud colombiano ha resultado fundamental para ofrecer atención médica a la población, y el bajo gasto de bolsillo ha ofrecido protección financiera a los hogares ante afectaciones a la salud que de otra manera resultarían en un choque financiero para los hogares. Sin embargo, el acceso efectivo al sistema sigue enfrentando obstáculos que impiden el goce efectivo del derecho a la salud.

Este capítulo analiza el sistema de salud colombiano en tres secciones: (1) calidad y acceso, (2) atención a la pandemia, y (3) gasto en salud, y cierra con un análisis sobre el papel que puede desempeñar el sistema de salud en la superación de la crisis económica y social derivada del COVID-19. En la versión 2020 de este capítulo se hicieron nueve recomendaciones. Al cierre de la edición actual, algunas de ellas están en proceso de implementación, por lo que esta versión insiste en aquellas cuya adopción sigue pendiente y modifica aquellas parcialmente acogidas a la espera de que se adopten en su totalidad. Así mismo, incluye dos nuevas recomendaciones.

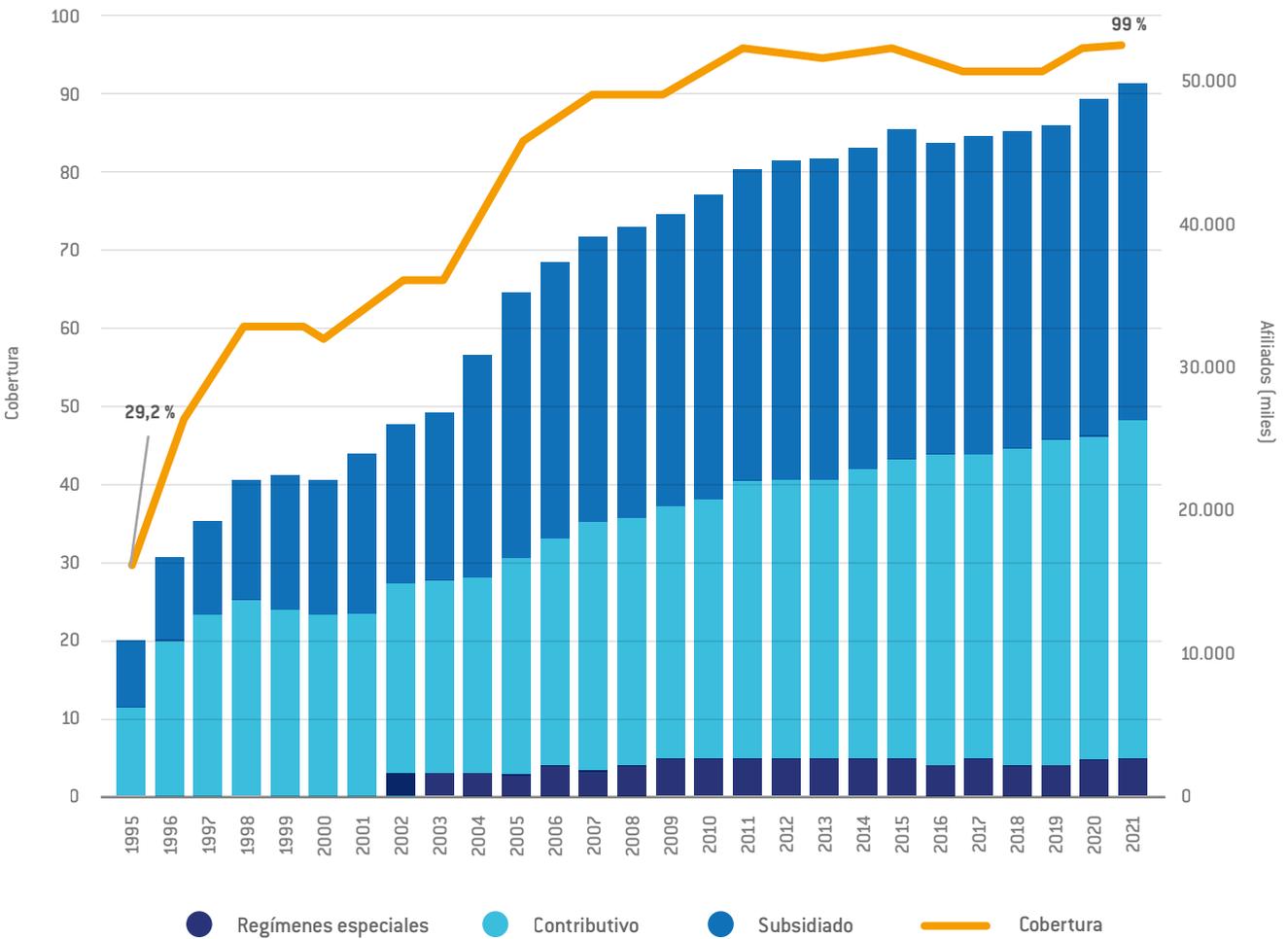
## CALIDAD Y ACCESO

El sistema de salud colombiano ha conseguido avances sustanciales en materia de cobertura desde comienzos de los años noventa: mientras en 1995 el sistema cubría al 29,2 % de la población, en 2021 esta proporción aumentó al 99 %<sup>1</sup> (Gráfica 1). La ampliación de la cobertura se ha convertido en

uno de los principales logros de protección social en el país y ha sido especialmente importante durante la pandemia, en momentos en los que contar con aseguramiento en salud para la mayoría de la población ha sido fundamental para amortiguar el impacto del choque sobre los hogares.

**Gráfica 1.** Población afiliada al sistema de salud [porcentaje]. Colombia, 1995-2021.

En Colombia existe cobertura casi universal del sistema de salud. El 99 % de la población está cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (BDUA-SGSSS) (2021).

1. Dato a septiembre de 2021.

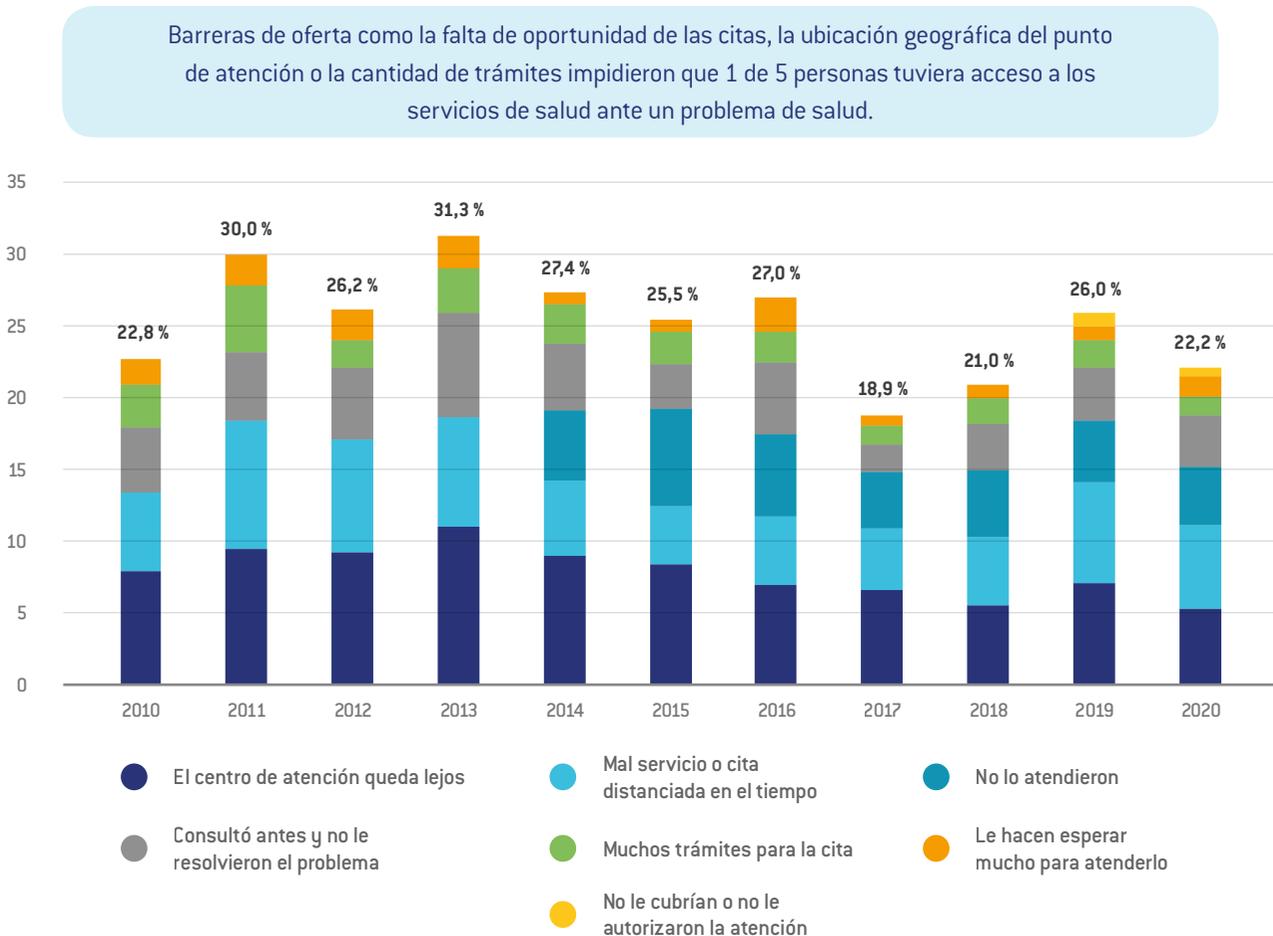
No obstante, según la OCDE y el Banco Mundial (2020), “la cobertura universal de salud se alcanza cuando todas las personas, comunidades y grupos sociales tienen acceso a los servicios de salud que necesitan, estos servicios tienen un grado efectivo de calidad y los usuarios no son vulnerables a las dificultades financieras debido al uso de dichos servicios”. Esta definición considera tres dimensiones claves para la cobertura:

- Acceso a servicios de salud, independientemente de las características socioeconómicas, la ubicación o las vulnerabilidades de las personas.
- Protección financiera, de manera que la población pueda acceder a servicios de salud sin incurrir en riesgos financieros.
- Atención en salud eficaz, costo-efectiva y sostenible.

En el caso colombiano, se presentan retos en la primera dimensión ya que, a pesar del aseguramiento, en la práctica el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud continúa enfrentando obstáculos. La Encuesta de Calidad de Vida del DANE ofrece información valiosa para aproximarse a las barreras que afectan el acceso 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. Estas barreras pueden provenir de *factores de oferta*, es decir, aquellos atribuibles al prestador de los servicios, y de *factores de demanda*, que corresponden a aquellos relacionados con las condiciones del usuario.

Los resultados más recientes 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 5 personas con problemas de salud, como se observa en la Gráfica 2.

**Gráfica 2.** Personas con problemas de salud que no solicitan o no reciben atención médica por barreras de oferta (porcentaje). Colombia, 2010-2020.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, DANE (2021). Cálculos: CPC.

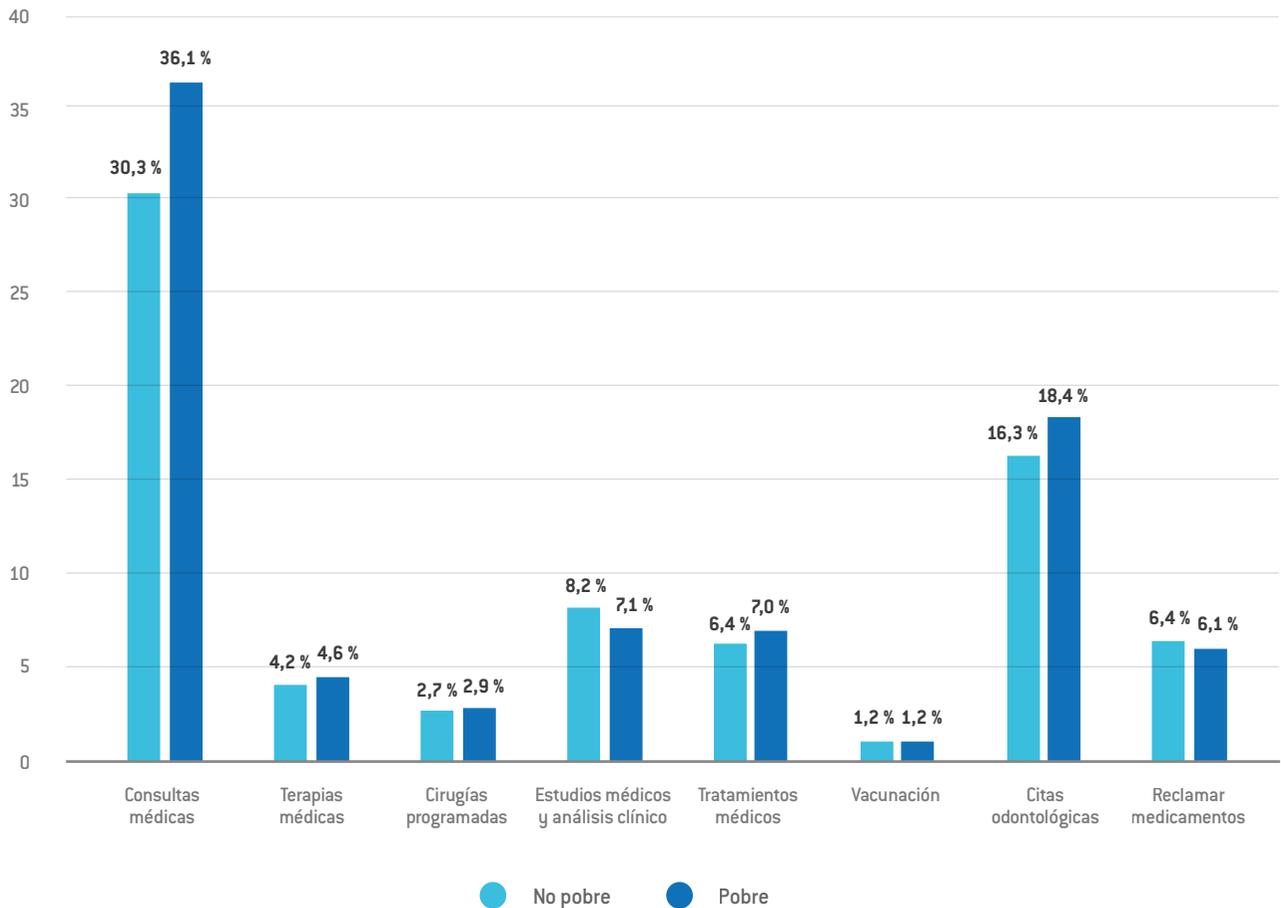
Además de las barreras de oferta identificadas anteriormente, la pandemia ha traído consigo nuevos retos para el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud. La Encuesta Pulso Social del DANE considera el efecto de la pandemia sobre el acceso a los servicios de salud y evidencia, como se observa en la Gráfica 3, que el 30,3 % de las personas no pobres y el 36,1 % de las personas pobres reportaron haber dejado de asistir a consultas médicas desde el inicio de la cuarentena. También se reportaron interrupciones importantes en la asistencia a otros servicios: en promedio el 17 % de las personas dejó de asistir a citas odontológicas, y el 7 %, a tratamientos médicos. Si bien esta situación puede haberse mitigado parcialmente con el uso

de teleconsultas, la interrupción puede configurar riesgos de salud en el mediano y largo plazo que deben ser monitoreados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS advirtieron que la pandemia ha desviado los limitados recursos de salud de la región hacia la respuesta al COVID-19, lo cual ha afectado la continuidad de la atención en salud, en particular en lo que se refiere a enfermedades no transmisibles. En una encuesta realizada por la OPS en mayo de 2020, se encontró que el 89 % de los países de la región de las Américas (25 de 28) había reasignado parte o la totalidad del personal médico que atendía enfermedades no transmisibles a la atención a la pandemia (OPS, 2020).

**Gráfica 3.** Personas que dejaron de asistir a servicios de salud desde que se implementó la cuarentena (porcentaje). Colombia, junio de 2021.

La pandemia ha traído consigo nuevos retos para el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud. El 33 % de las personas reportó haber dejado de asistir a consultas médicas.



## Recomendaciones

### **Acción pública. Usar sistemáticamente tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia.**

El uso de tecnologías digitales en la operación de los servicios de salud tiene varios beneficios potenciales. Uno de ellos es la promoción de la eficiencia a través de la construcción y el uso de sistemas de información efectivos, que permitan por ejemplo tomar decisiones en tiempo real y aplicar medidas médicas y de operación del sistema de salud de acuerdo a la información más reciente disponible. Un beneficio adicional tiene que ver con la minimización del malgasto de recursos, pues la OCDE y el Banco Mundial (2020) han señalado que las tecnologías de la información son muy importantes para la detección de prácticas de malgasto o variaciones injustificadas en el gasto.

Ahora bien, no es suficiente con recolectar información y resumirla en sistemas de información. Favorecer mejores resultados en salud y mayor eficiencia en el gasto requiere interoperabilidad de la información entre los diferentes actores del sistema de salud y promover su uso para la toma de decisiones basadas en evidencia. En este sentido, en Colombia se viene avanzando para hacer operativa 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 para la interoperabilidad de la historia clínica, esto es, los datos de la historia clínica de una persona que los prestadores de servicios de salud requieren conocer para su atención: identificación de la persona, datos relacionados con la atención recibida y resultados de esta. El proceso de interoperabilidad debe ceñirse a las disposiciones del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, por lo que el avance en esta materia irá a la par de las reglamentaciones correspondientes a los servicios ciudadanos digitales.

Además de la interoperabilidad de los sistemas de información, el CPC recomienda establecer un sistema basado en tecnología *blockchain* que permita 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. De esta forma es posible garantizar la integridad de los registros médicos almacenados, además de ofrecer un conjunto de datos clínicos actualizado que favorezca la toma de

decisiones informadas para contar con diagnósticos más precisos y ahorros en costos. Existen experiencias internacionales exitosas al respecto: Estonia lanzó en 2016 un proyecto para salvaguardar los datos de los pacientes usando *blockchain* en su sistema de salud a escala nacional, lo que además ha dado lugar a un uso generalizado de prescripciones médicas y facturación electrónica. Para garantizar el éxito en la implementación de esta estrategia es importante asegurar mecanismos que mantengan la integridad y la privacidad de los datos.

### **Acción pública. Introducir un pago por desempeño para las entidades promotoras de salud (EPS).**

El CPC ha recomendado en anteriores ediciones de este informe la introducción de 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, con el objetivo de incentivar una mayor calidad en la prestación de servicios.

La remuneración actual de las EPS está dada por la unidad de pago por capitación (UPC), valor anual que paga el Estado por cada uno de los afiliados al sistema de salud y que no incluye consideraciones de calidad o desempeño. Sin embargo, esta 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).

En ese sentido, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022<sup>2</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. Siguiendo este lineamiento, dicho ministerio 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.

Se recomienda hacer seguimiento a los resultados y 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.

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

### **Acción pública. 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 complejidad del flujo de recursos del sistema de salud y la prevalencia de las barreras en el acceso a la salud hacen que las tareas de vigilancia en el sistema de salud colombiano sean especialmente importantes. Esto requiere que la Superintendencia Nacional de Salud cuente con fuertes capacidades técnicas, financieras y sancionatorias, de manera que pueda ejercer sus funciones de manera efectiva.

En materia sancionatoria, la Ley 1949 de 2019 introdujo reformas para fortalecer las capacidades de la Superintendencia en este respecto. En particular, esta ley estableció: (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.

Ante estas nuevas facultades sancionatorias otorgadas por la ley, se recomienda 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. El objetivo es asegurar que las mayores capacidades otorgadas a la entidad generen mejores incentivos a los actores del sistema, que en última instancia redunden en mejor calidad para el usuario.

### **Acción pública. Establecer un periodo fijo y otorgar protección legal al superintendente de salud.**

En línea con la recomendación anterior y siguiendo las propuestas de la OCDE que buscan tener una entidad de vigilancia y control con mayor independencia, se sugiere establecer un periodo

fijo y otorgar protección legal al superintendente de salud. Esto es importante para evitar que la posibilidad de remoción del superintendente genere sensibilidad al ciclo político y afecte la independencia de la entidad.

El Decreto 1817 de 2015 había establecido 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.

Dada la decisión del Consejo de Estado, sería recomendable llevar a cabo 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 injerencia política sobre esta entidad.

### **Acción pública. Evaluar el efecto de los límites a la integración vertical sobre la calidad de los servicios de salud.**

La integración vertical entre EPS y prestadores de salud puede traer consigo efectos positivos como la reducción de los costos en las transacciones y la mayor capacidad de negociar precios, ya que las EPS integradas tienen mayor conocimiento sobre los costos de los prestadores de salud integrados y pueden obtener menores precios. Sin embargo, estas ventajas no necesariamente se trasladan a los usuarios de los servicios de salud y, por el contrario, pueden existir consecuencias negativas en términos de competencia para el sistema ya que la integración vertical: a) incrementa los costos de los competidores que no adoptan este modelo; b) permite la existencia de contratos de exclusividad entre EPS y prestadores, lo cual desincentiva mejoras en calidad y amplía el poder de mercado de los actores que llevan a cabo esta práctica (Bardey y Buitrago, 2016; OCDE, 2015), y c) favorece la existencia de estructuras organizacionales complejas, dificultando la vigilancia y el 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>3</sup>. Recientemente, también se ha hecho evidente

3. 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).

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. Sin embargo, en la práctica no se ejerce un control efectivo sobre el cumplimiento de este límite pues el valor de los contratos es una información reservada para las EPS (Bardey y Buitrago, 2016).

Dadas las dificultades de verificar el cumplimiento de estos límites y ante la ausencia de claridad sobre los efectos de imponer límites a la integración vertical en el sistema de salud, se recomienda 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. Es además fundamental tener en cuenta los efectos de los límites en zonas rurales y dispersas con oferta insuficiente.

## ATENCIÓN A LA PANDEMIA

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. Muchos países, entre ellos Colombia, enfrentaron el inicio de la pandemia con limitaciones considerables en términos de infraestructura hospitalaria. Al comienzo de la emergencia sanitaria Colombia contaba con 1,7 camas hospitalarias por cada 100.000 habitantes. Esta cifra, que correspondía al promedio de América Latina, era muy inferior a la registrada en países como Argentina, Uruguay y Brasil (Gráfica 4a). De acuerdo con Guzmán (2015), existe un rezago importante en la inversión de una muestra de hospitales considerados en su estudio, en particular en los hospitales públicos. El estudio encuentra que la inversión que realizaron estos últimos entre 2003 y 2011 fue apenas necesaria para garantizar su funcionamiento, pero insuficiente para mejorar su infraestructura tecnológica. Así mismo,

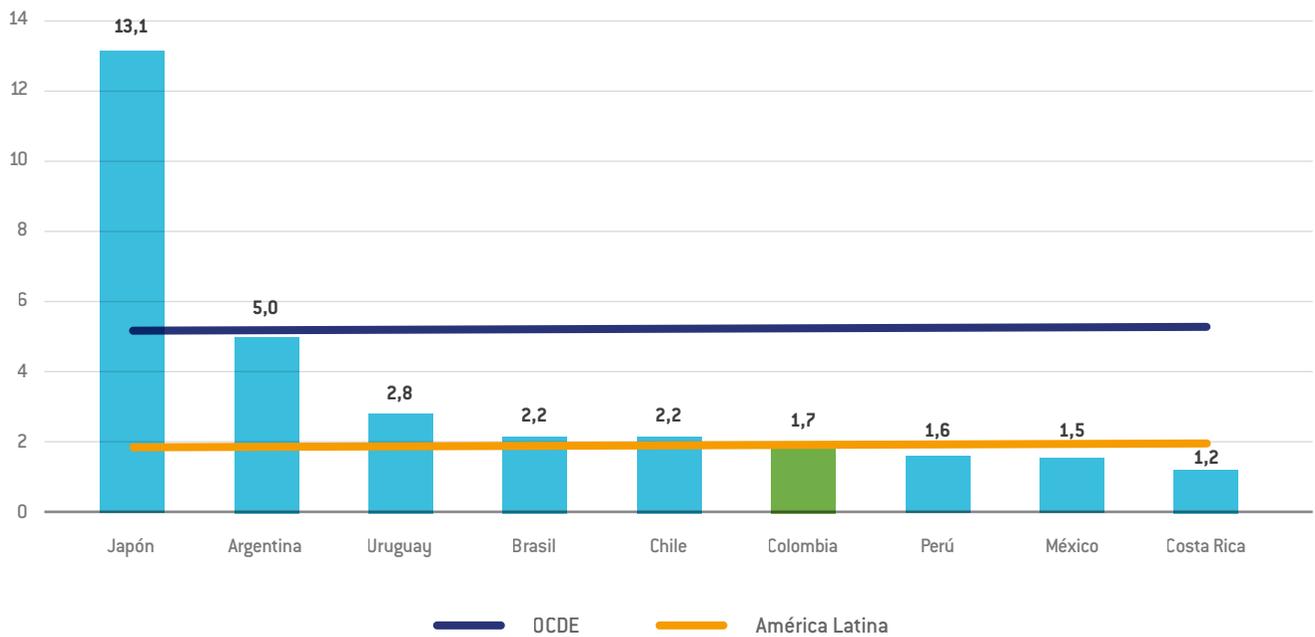
el autor señala que en la mayoría de los casos la inversión ha correspondido a objetivos como la sostenibilidad financiera y la disminución de los pasivos y no a la búsqueda de una mejor infraestructura o calidad en los servicios.

Por su parte, con respecto a servicios más especializados, el número de camas de cuidados intensivos (UCI) por 100.000 habitantes en Colombia superaba el promedio de América Latina al comienzo de la pandemia, si bien algunos países de la región como Brasil, Uruguay y Argentina contaban con una densidad mucho mayor. Es importante notar que durante la emergencia sanitaria, y debido al incremento en la demanda para atender las necesidades ocasionadas por la pandemia, el Gobierno Nacional adelantó una política de expansión de camas pasando de 10,5 a 18,2 UCI por 100.000 habitantes en 2021 (Gráfica 4b). Esto se complementó con políticas adicionales como el pago por disponibilidad de UCI.

**Gráfica 4.** Camas hospitalarias. Colombia y países de referencia, 2021 o dato más reciente.

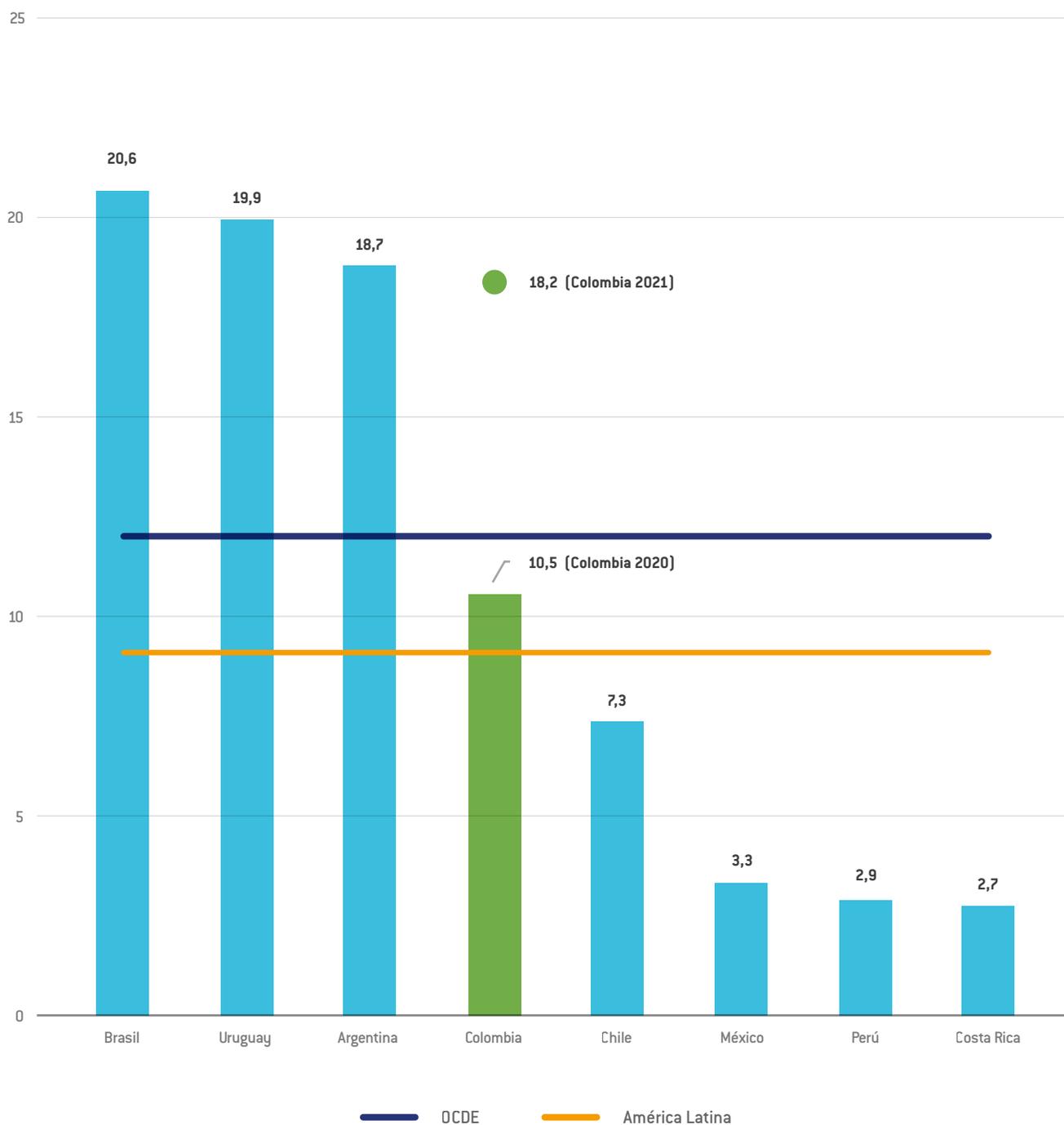
Durante la emergencia sanitaria se adelantó una política de expansión de UCI, con la cual se consiguió aumentar considerablemente la densidad de camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes.

**4a. 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 OMS y son anteriores a la pandemia.

## 4b. Camas de cuidados intensivos (por 100.000 habitantes). Colombia y países de referencia, 2021 o dato más reciente.



Nota: Incluye camas de cuidados intermedios e intensivos. Los datos del registro varían frecuentemente debido a que las camas se habilitan en algunos casos de forma transitoria.

Fuente: OCDE y Banco Mundial (2020). Dato de 2021 para Colombia tomado del Registro Especial de Prestadores de Salud, Ministerio de Salud (consultado en julio de 2021).

Además de la respuesta en materia de infraestructura de servicios médicos, la pandemia ha requerido contar con una respuesta efectiva de recursos humanos. El rol de los trabajadores de la salud en la prestación de la atención médica es esencial, y el acceso de la población 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 (OCDE y Banco Mundial, 2020).

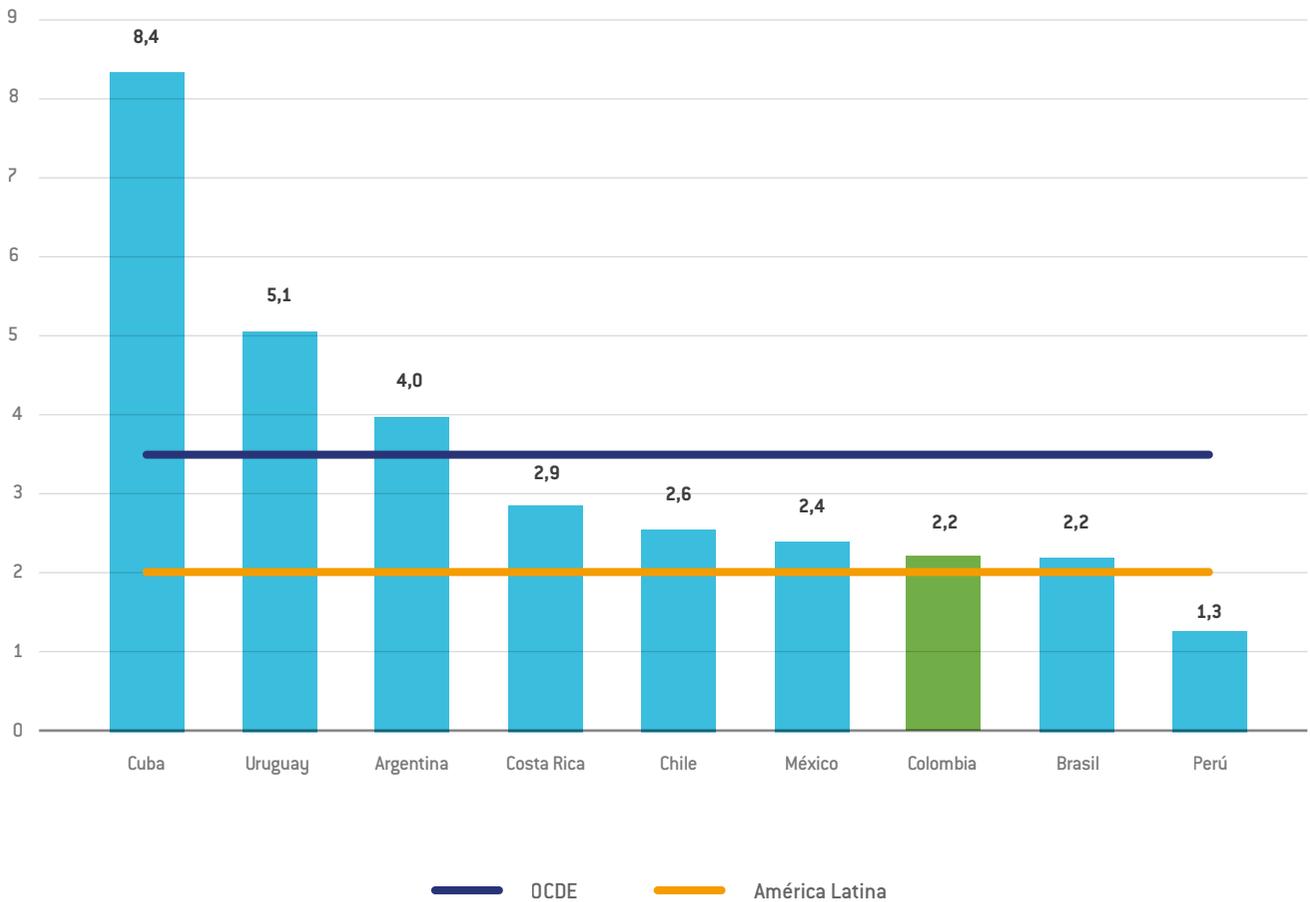
Como se observa en la Gráfica 5, la densidad de médicos en Colombia es similar al promedio de la región, pero la den-

sidad de personal de enfermería es la mitad del promedio de América Latina (1,3 en Colombia vs. 3 enfermeros por 1.000 habitantes en América Latina). Algunos hechos relacionados con la escasez de personal de enfermería son la duración del programa de formación (5 años en Colombia vs. 3 en el 97 % de países) y el aumento de la migración internacional hacia países de mayor ingreso que dependen de flujos migratorios para cubrir sus necesidades (OMS, 2020).

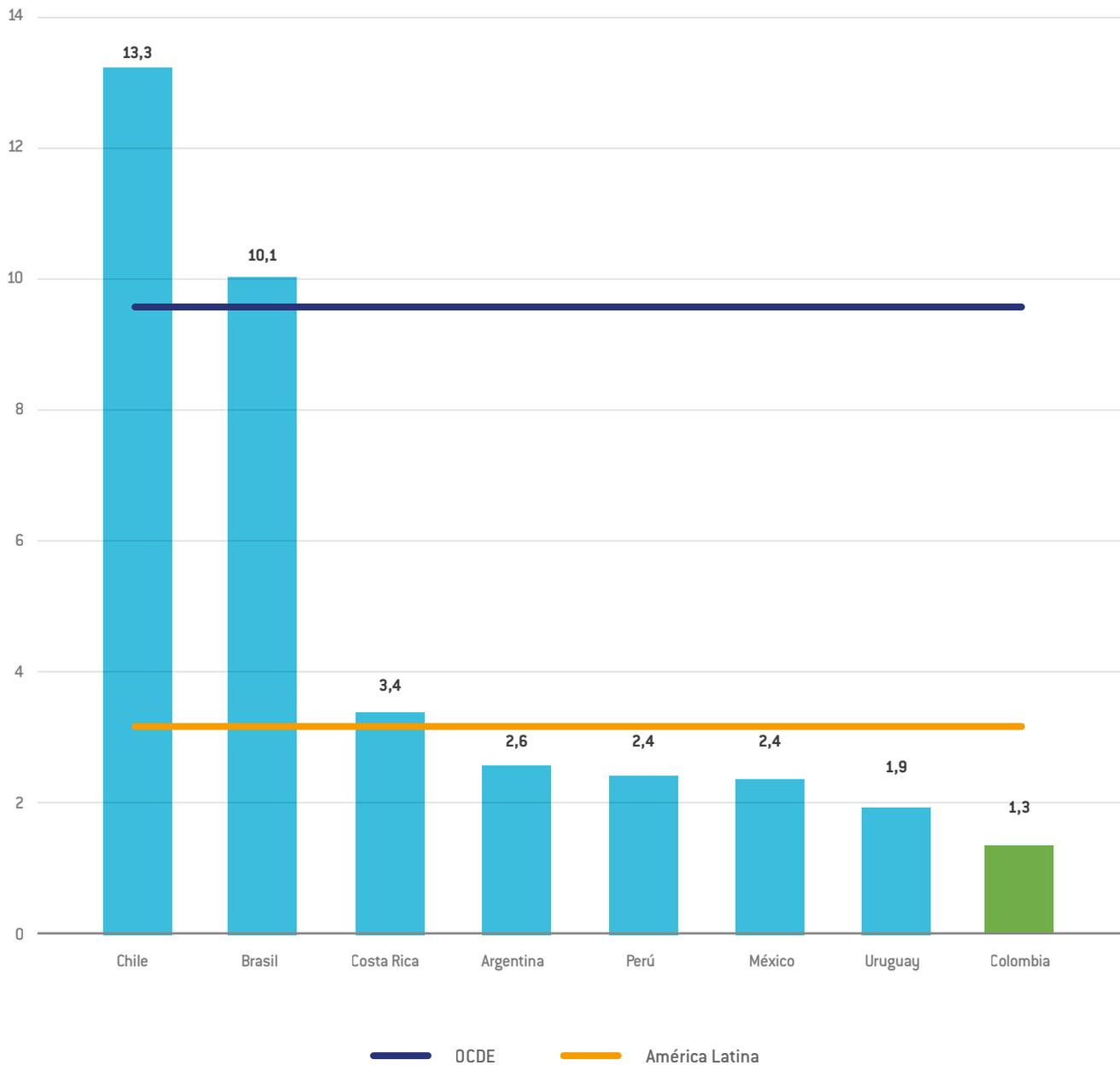
**Gráfica 5.** Personal médico y de enfermería.

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

**5a. Médicos (por 1.000 habitantes). Colombia y países de referencia. Dato más reciente entre 2016 y 2018.**



### 5b. Enfermeros (por 1.000 habitantes). Colombia y países de referencia. Dato más reciente entre 2017 y 2018.



Fuente: OCDE y Banco Mundial (2020). Cálculos: CPC.

La pandemia ha tenido efectos devastadores en términos de pérdidas de vidas humanas a nivel mundial. Los Gobiernos han expandido su capacidad diagnóstica para detectar los contagios de COVID-19, lo que en Colombia requirió, por ejemplo, el fortalecimiento de la red de laboratorios de salud

pública. Sin embargo, debido a la imposibilidad de detectar todos los contagios y los decesos como consecuencia del COVID-19, las cifras oficiales de defunciones pueden estar subestimando el número de muertes atribuibles a circunstancias relacionadas con la pandemia.

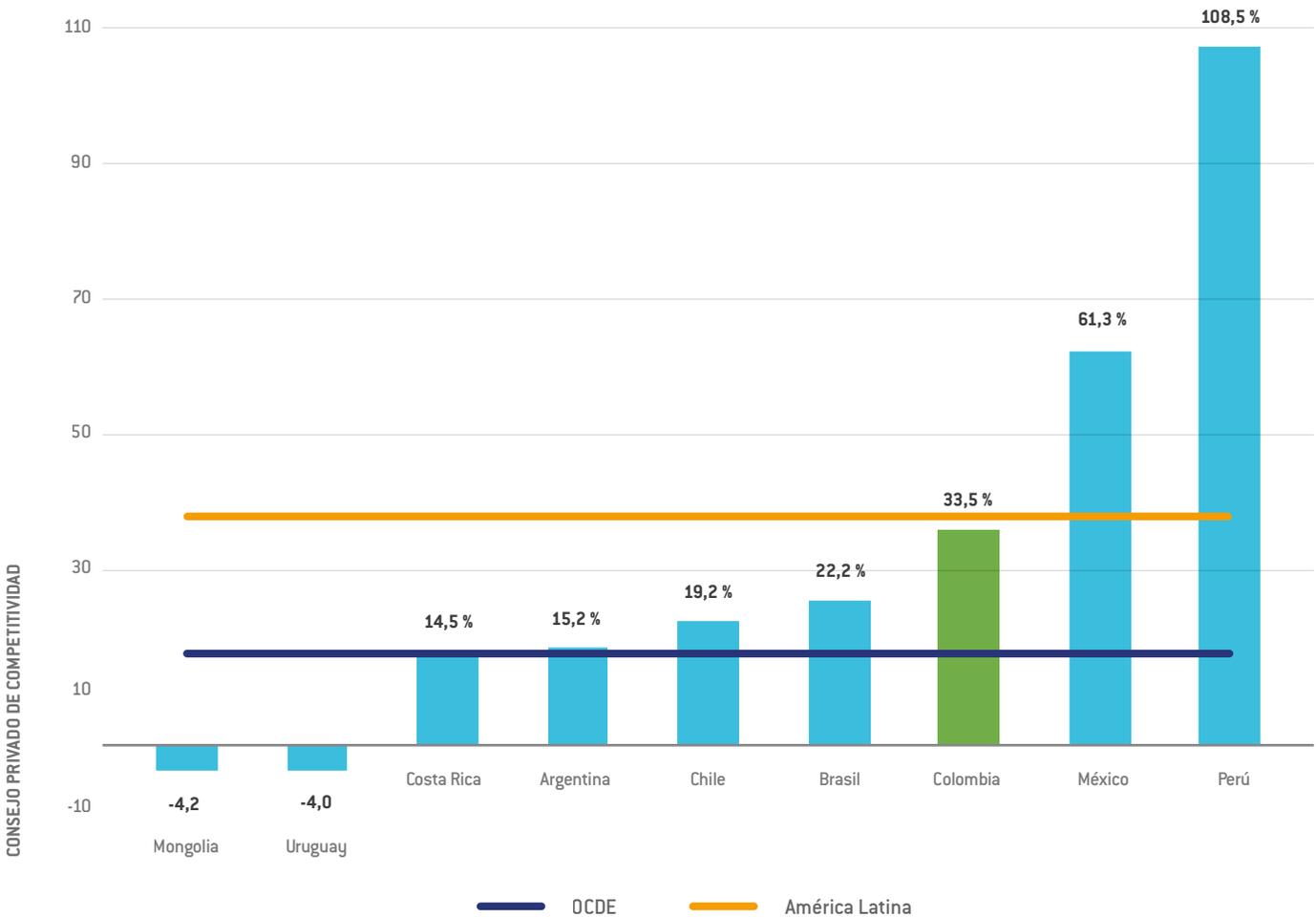
El indicador “exceso de mortalidad” se define como la diferencia porcentual en el número de muertes observado durante la pandemia con respecto al promedio de muertes observado en promedio en los cinco años anteriores (2015-2019). De esta forma se intenta capturar los efectos completos de la pandemia en materia de mortalidad, incluyendo las muertes atribuidas directamente al virus, las que se sospecha fueron producto de este pero no han podido corroborarse y efectos adicionales como posibles muertes debido a falta

de continuidad en la atención debido al temor al contagio, las restricciones a la movilidad y otras barreras propias de la pandemia, así como la disminución por muertes a causa de accidentes de tránsito, lesiones y riñas que se evidenció al comienzo de las cuarentenas.

La Gráfica 6 muestra que el exceso de muertes en Colombia entre marzo y diciembre de 2020 fue similar al promedio de América Latina, si bien países como México y Perú presentaron excesos de mortalidad muy superiores.

**Gráfica 6.** Exceso de muertes (diferencia porcentual con respecto al promedio de muertes entre 2015 y 2019). Colombia y países de referencia, marzo a diciembre 2020.

Durante 2020, Colombia presentó 33,5 % más muertes que su promedio de los últimos cinco años. Esta cifra es similar al promedio de la región, aunque Perú y México registraron un exceso considerablemente mayor.



Fuente: Our World in Data (2021).

La capacidad de los sistemas de salud para responder a los retos de la pandemia está cumpliendo un rol fundamental para conseguir una recuperación económica y social. Además del aumento de capacidad en términos de camas de cuidados intensivos y el desarrollo de una red de laboratorios de diagnóstico, Colombia está enfrentando el reto de desplegar el Plan Nacional de Vacunación.

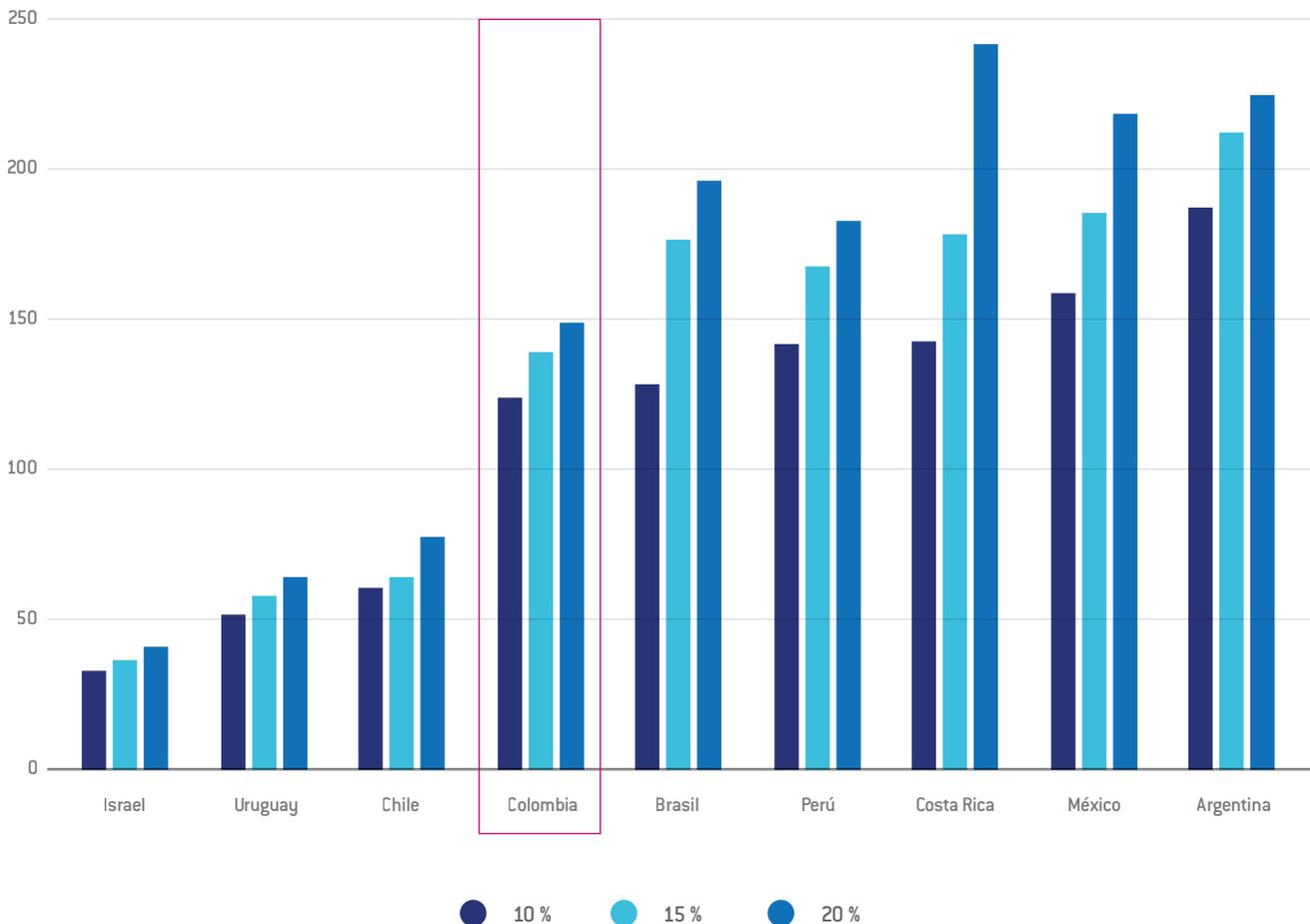
Debido a las dificultades en asegurar disponibilidad de vacunas en los mercados internacionales, Colombia presentó retrasos en el inicio del plan: la vacuna contra el COVID-19 llegó al país 55 días después de que llegara a los primeros países de

América Latina (Chile y Costa Rica) (Our World in Data, 2021). A partir de entonces, el sistema de salud logró desplegar con mayor éxito el plan, y hasta septiembre de 2021 se había conseguido vacunar el 34 % de la población.

Para ilustrar el ritmo de avance, la Gráfica 7 muestra el número de días que les tomó a Colombia y a los países de referencia conseguir un esquema de vacunación contra COVID-19 completo para el 10 %, el 15 % y el 20 % de su población. Al tiempo que se mantiene un ritmo adecuado de vacunación, es importante alcanzar a todos los segmentos de la población para evitar un escenario en el que se prolongue la afectación desigual de la pandemia.

**Gráfica 7.** Días tomados en vacunar completamente al 10 %, 15 % y 20 % de la población. Colombia y países de referencia, 2021.

Colombia tardó 150 días en conseguir un esquema completo de vacunación para el 20 % de su población.



Fuente: Our World in Data (2021).

## Recomendaciones

### Coordinación público-privada. 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.

La pandemia ha impulsado el desarrollo de la telesalud y se ha convertido en una herramienta esencial para la estrategia de seguimiento al contagio del COVID-19, pero también para permitir que continúe la atención médica ante las restricciones a la movilidad que se impusieron como respuesta a la expansión del virus. Durante la emergencia sanitaria, el Gobierno Nacional expidió los decretos 538 y las resoluciones 521 y 536 de 2020, que tuvieron como propósito el fortalecimiento integral de los servicios de salud, incluyendo la telesalud. Para esto se permitió el uso de tecnologías de la información con audición y visualización para atención a pacientes, prescripción de medicamentos y envío de fórmulas médicas a través del correo electrónico.

Estos avances de política son importantes para extender el alcance de los servicios de telesalud. En junio de 2021 había 3.021 sedes con servicios de telemedicina habilitados. Antioquia, Bogotá, Atlántico, Valle del Cauca y Santander aportan el 63,9 % de las sedes inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Salud y el 60,7 % de los servicios habilitados en telemedicina (Sinergia, 2021).

Aun así persisten retos que dificultan la expansión de estos servicios. En primer lugar, 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. En segundo lugar, la implementación de servicios de telesalud requiere inversión en equipos tecnológicos para los prestadores de referencia. Por último, se necesita también adaptar las organizaciones prestadoras de servicios en materia de competencias necesarias en el personal médico y de enfermería, y a nivel organizacional a través de la definición de roles y responsabilidades.

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

El sistema de salud pública tuvo que ajustarse de manera rápida a las necesidades que trajo consigo la pandemia, en particular, a través del aumento de la capacidad diagnóstica que hasta entonces estaba concentrada en el Instituto Nacional de Salud como coordinador de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública. Sin embargo, los procesos operativos asociados al diagnóstico han reaccionado

con menor agilidad, sobre todo debido a la ausencia de interoperabilidad de las diferentes plataformas de registro que intervienen en el proceso de diagnóstico y de procesamiento de pruebas.

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.

El uso de tecnologías de la información y su interoperabilidad es crucial para agilizar los tiempos de diagnóstico y para minimizar el margen de error que conlleva la duplicación del registro de la información. Contar con sistemas de vigilancia epidemiológica ágiles permitiría una respuesta más rápida a nuevos picos de la pandemia por COVID-19 y ante posibles futuras emergencias sanitarias o rebrotes.

### Acción pública. Evaluar los riesgos de mediano y largo plazo generados o agravados por la pandemia sobre la salud poblacional.

Además de la carga de enfermedad específica al COVID-19, la pandemia ha representado otros riesgos para la salud de la población. En primer lugar, las restricciones de movilidad, el temor al contagio o la congestión de los servicios médicos en los picos de la pandemia han llevado a la interrupción de la atención médica en algunas personas. Por lo tanto, es fundamental evaluar si la posible falta de diagnóstico o atención podría derivar una mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, cuya prevalencia es importante en Colombia: el 70 % de las muertes anteriores a la pandemia correspondía a ECNT (Guzmán *et al.*, 2020).

En segundo lugar, es necesario monitorear el posible impacto de la pandemia sobre afectaciones relacionadas con la salud mental. Este monitoreo puede tomar como base el diagnóstico y las acciones incluidas en el documento CONPES 3992, “Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia”, donde se señala que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, en los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud mental (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2020).

De igual forma, es fundamental establecer acciones para conseguir seguridad sanitaria que permita una reacción más independiente y oportuna ante nuevos choques sanitarios. En particular, es importante (1) definir mecanismos de inversión para la construcción de capacidades locales para el desarrollo de vacunas y tecnologías, y (2) evaluar los factores ambientales que pueden configurar situaciones de riesgo ante una nueva pandemia o emergencia sanitaria.

## GASTO EN SALUD

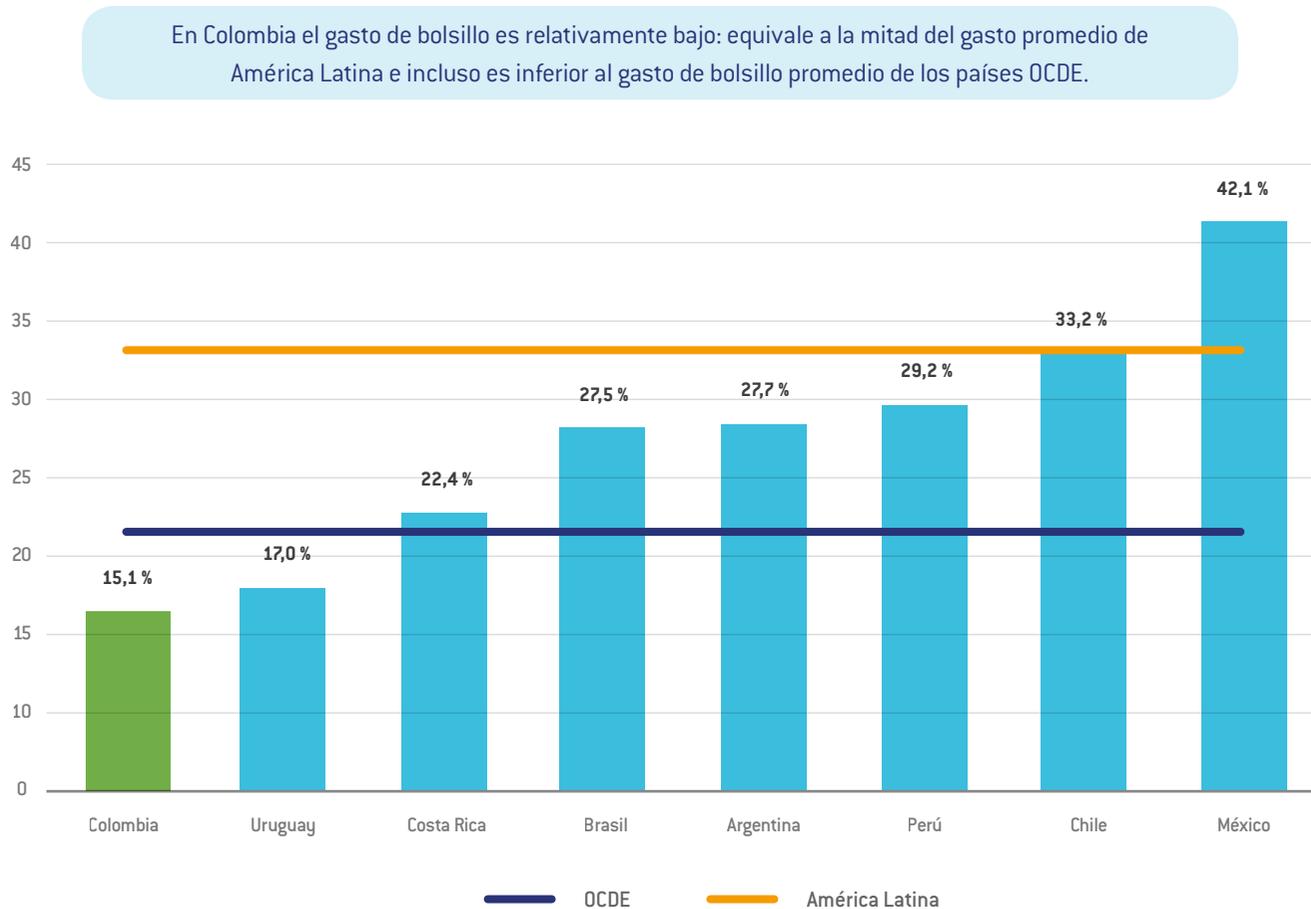
La pandemia ha representado un choque financiero de magnitud considerable para muchos hogares al traer consigo una reducción de ingresos, pérdida de empleo y mayor vulnerabilidad. En América Latina los gastos en salud que son asumidos por los hogares –gastos de bolsillo– son elevados, lo que ha representado “un peor escenario de referencia para enfrentar esta pandemia en comparación con la mayoría de los países de la OCDE” (OCDE y Banco Mundial, 2020, p.9).

Además del impacto financiero, un elevado gasto de bolsillo se constituye en una barrera adicional para el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, estos gastos cumplen a su vez una función de moderación del uso de los servicios médicos que favorece la optimización del uso de recursos financieros en el sistema de salud. Esto implica la existencia de un nivel óptimo de

gasto de bolsillo para balancear los dos objetivos de desincentivar el malgasto de recursos y ofrecer frente a choques de salud.

En contraste con la región, en Colombia el gasto de bolsillo es relativamente bajo: equivale a la mitad del gasto promedio de América Latina e incluso es inferior al gasto de bolsillo promedio de los países OCDE (Gráfica 8). Esto constituye un mecanismo de protección financiera ante eventos que, de otra manera, podrían resultar en un choque financiero considerable para los hogares. Así, aunque las afectaciones en salud producto de la pandemia han significado choques negativos para el bienestar de los hogares, contar con acceso a servicios de salud sin que esto se constituya en una amenaza financiera ha resultado de extrema importancia en la atención médica a la población en el contexto de la emergencia sanitaria.

**Gráfica 8.** Gasto de bolsillo (% del gasto en salud). Colombia y países de referencia, 2018.



Fuente: Banco Mundial (2018).

En Colombia, los procedimientos y medicamentos que no son financiados con cargo a la UPC y que hayan sido reconocidos por profesionales en salud o por jueces son luego recobrados a la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) y, de ser aprobados, son pagados con recursos públicos. Esto se da en virtud del carácter de derecho fundamental que le otorgó la Ley Estatutaria 1751 de 2015 a la salud y de la concepción del plan de beneficios como un conjunto de servicios delimitado solo por ciertas exclusiones establecidas por la Ley: 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 [artículo 15, Ley 1751 de 2015].

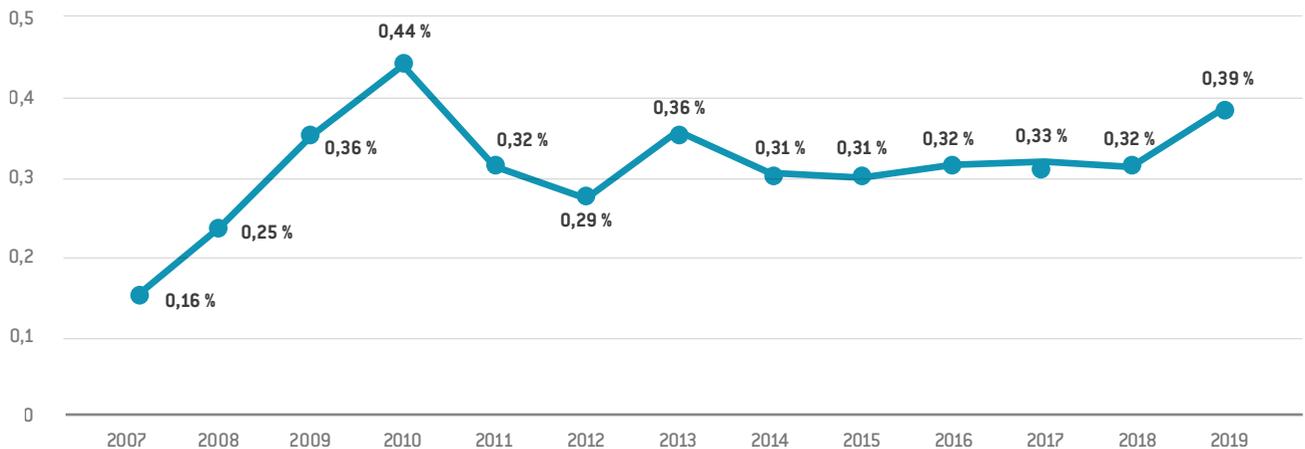
El rubro correspondiente a estos recobros se ha convertido en un factor de riesgo para la sostenibilidad del sistema de salud al mantener una tendencia creciente e incluso alcanzar un máximo histórico al ascender a COP 4,2 billones en 2019. En 2020 el Gobierno Nacional puso en marcha un mecanismo de presupuestos máximos para financiar los medicamentos, las tecnologías y los procedimientos no financiados a través de la UPC, que consiste en pagar anticipadamente estos valores a los aseguradores. La estrategia busca desalentar el crecimiento acelerado del mecanismo de recobros derivados de servicios no financiados con la UPC al fijar un monto anual a las EPS con el que deben cubrir las prestaciones. Sin embar-

go, no se introducen acciones que induzcan cambios en los comportamientos dirigidos a reducir o eliminar estos gastos en el futuro. No obstante, se establecieron también algunas excepciones de prestaciones que pueden no ser financiadas a través de estos presupuestos máximos [por ejemplo, servicios o tecnologías relacionadas con enfermedades huérfanas]. Los gastos por procedimientos, servicios y tecnologías que no se cubran con estos presupuestos máximos deben entonces surtir el proceso de recobro a la Adres, lo cual puede configurar una situación de riesgo que debe ser monitoreada. Así mismo, el presupuesto máximo se establece según 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.

Además de los presupuestos máximos, 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. Al igual que la estrategia de presupuestos máximos, el acuerdo no introduce cambios en los incentivos que generan estos gastos, y se concentra en atender el gasto causado hasta hoy.

**Gráfica 9.** Recobros por gastos en procedimientos y medicamentos no financiados por la UPC (% del PIB). Colombia, 2007-2019.

El mecanismo de presupuestos máximos –que paga anticipadamente los servicios no financiados a través de la UPC a los aseguradores– busca racionalizar este gasto que constituye una amenaza para la sostenibilidad financiera.



Fuente: Adres (2020). Cálculos: CPC.

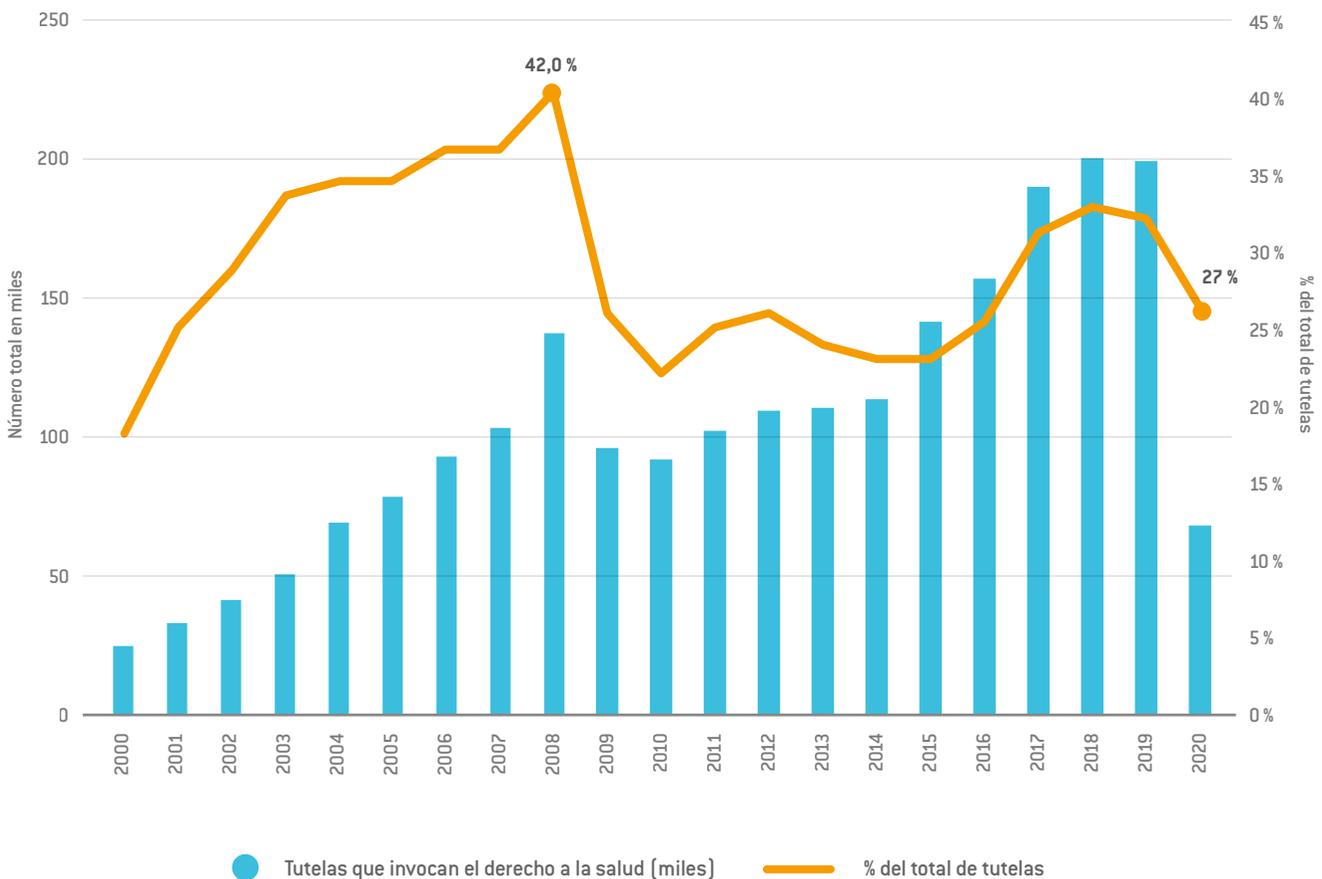
Antes de la Ley Estatutaria de 2015 y dado que el plan de beneficios estaba compuesto por una lista de prestaciones explícitamente definida, la tutela se convirtió en un mecanismo para asegurar la provisión de las tecnologías, procedimientos y medicamentos que no estaban incluidos en esa lista. Esto se vio reflejado en un incremento en el número de tutelas que invocaban el derecho a la salud, pero también de la proporción de tutelas que invocaban ese derecho con respecto al total de tutelas interpuestas en el país. Ahora, a pesar de que el plan de beneficios es delimitado por exclusiones, la persistencia de barreras de acceso a servicios oportunos de salud ha generado incentivos para que los

ciudadanos continúen asegurando su provisión a través de acciones de tutela.

La Gráfica 10 muestra que antes de la pandemia se interponían alrededor de 200.000 tutelas invocando el derecho a la salud en Colombia cada año, lo que equivalía a una tercera parte del total de tutelas en el país. En 2020, aunque el número de tutelas cayó dramáticamente por cuenta de la pandemia (70.185 en el año), la proporción con respecto al total de tutelas cayó en menor medida, representando 27 %. Las pretensiones más frecuentemente citadas en las tutelas radicadas son la práctica oportuna de procedimientos, seguida por la entrega oportuna de medicamentos, el tratamiento integral y la asignación de citas médicas.

**Gráfica 10.** Tutelas que invocan el derecho a la salud (número total y % del total de tutelas). Colombia, 2000-2020.

El número total de tutelas interpuestas en el país cayó dramáticamente por cuenta de la pandemia. Aun así, en 2020 el 27 % de tutelas invocó el derecho a la salud.



Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional (2021). Cálculos: CPC.

## Recomendaciones

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

En un contexto de limitados recursos públicos, la definición de prioridades de gasto en salud se hace fundamental. La OCDE y el Banco Mundial 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 ese sentido, recomiendan la evaluación de tecnologías sanitarias como herramienta de priorización del gasto público en salud ya que está demostrado su efecto positivo sobre los resultados en salud.

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 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 priorizar aquellas que ofrecen una mayor efectividad terapéutica a un menor costo. Ahora bien, el objetivo de esta estrategia no es excluir automáticamente tecnologías, sino comparar alternativas mediante la relación entre los costos de cada una y los resultados terapéuticos que estas brindan para determinar qué alternativa genera los mejores resultados con los recursos públicos disponibles.

Lo anterior toma aún más importancia ante las presiones sobre el gasto provenientes de factores como el envejecimiento de la población, el cambio tecnológico en medicamentos y procedimientos, la ausencia de estrategias adecuadas de promoción y prevención, y la mayor prevalencia de ECNT. Por ejemplo, en América Latina las enfermedades cardiovasculares y los cánceres fueron responsables de más del 82 % de todas las muertes, mientras que el 10 % se debió a enfermedades transmisibles, enfermedades maternas y perinatales, y el 8 % fue producto de lesiones (OCDE y Banco Mundial, 2020).

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

Las presiones sobre el gasto anteriormente citadas han significado retos para garantizar el financiamiento del sistema de

salud, ya que progresivamente se aumentan los cargos sobre el sistema que deben ser atendidos con los mismos recursos. La reforma tributaria de 2012 eliminó parcialmente los aportes que realizan los empleadores por concepto de salud e impuestos parafiscales (ICBF y SENA) a los trabajadores con salarios inferiores a diez SMMLV.

El CPC recomienda que el aporte que se cubre con impuestos a la nómina sea financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) para minimizar así las distorsiones asociadas a los impuestos a la nómina, en particular los incentivos a la informalidad laboral. Esto debe ir acompañado de esfuerzos por fortalecer el sistema tributario en general, haciéndolo eficiente, progresivo y con la capacidad de atender las necesidades del sistema de salud (ver capítulo *Sistema tributario*).

Así mismo, se recomienda introducir impuestos a alimentos y bebidas no saludables para fortalecer la financiación del PGN, 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).

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

Es importante adoptar estrategias para minimizar la evasión y elusión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social. La evasión en salud consiste no solo en el no pago de las contribuciones, sino que puede tomar la forma de subdeclaración, sobre todo en el caso de trabajadores independientes, así como la evasión de la contribución del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT).

La base fundamental de las estrategias adoptadas para mejorar la gestión es el fortalecimiento y modernización de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) (ver capítulo *Sistema tributario*). Así mismo, es importante mejorar la gestión de sus acciones y las de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP), asegurando que logre impactar a aquellos contribuyentes que debido al subregistro están hoy por fuera de la base de contribuyentes.

## Salud en la recuperación económica y social

La pandemia ha puesto un especial énfasis en la importancia del sistema de salud como habilitante básico de la competitividad y el desarrollo económico y social de los países. Así lo ha demostrado la literatura económica al encontrar un efecto positivo y significativo de la salud de la población sobre el crecimiento económico de los países. Por ejemplo, Sachs (2001) encuentra que individuos más sanos incrementan la productividad laboral y generan mayores ingresos. Así mismo, un reporte de la Comisión Lancet sobre inversión en salud estimó que aproximadamente el 11 % del crecimiento económico de los países de ingresos bajo y medio puede atribuirse a las reducciones en mortalidad (Jamison, 2013).

Además de los efectos sobre el crecimiento económico, en materia de competitividad la prolongada presencia del COVID-19 es identificada como el factor más importante para los negocios en los cinco países más competitivos del *ranking* del IMD, lo cual resalta la importancia que otorga el sector empresarial a los problemas asociados a la salud de la población.

Para avanzar en la recuperación económica y social, en una primera instancia será crucial el avance del proceso de vacunación de manera que se alcance un nivel de inmunización suficiente que permita el retorno seguro y sostenible de todas las actividades económicas y, con urgencia, de las actividades educativas. Al mismo tiempo, es importante monitorear que la vacunación alcance a todos los segmentos de la población con el fin de minimizar una posible fuente de desigualdades y evitar un escenario en el que se prolongue la afectación desigual de la pandemia. En América Latina, existen desigualdades en vacunación: los niños de 15 a 23 meses en hogares de bajos ingresos tienen un 11 % menos cobertura de inmunización completa que aquellos en hogares de altos ingresos (OCDE

y Banco Mundial, 2020). Esta cifra debería servir como alerta para evitar situaciones similares en el alcance de la vacunación contra el COVID-19.

En una segunda fase de la recuperación económica y social, es fundamental continuar con el mejoramiento del sistema de salud pública y el monitoreo de posibles riesgos relacionados con emergencias sanitarias futuras para asegurar una respuesta ágil y suficiente en caso de materialización de estos riesgos. Durante la pandemia, el sistema de salud pública reaccionó de manera rápida en materia de diagnóstico a través del desarrollo de una red de laboratorios adscritos al Instituto Nacional de Salud (que hasta entonces concentraba las capacidades diagnósticas), lo cual permitió incrementar sustancialmente el número de pruebas diagnósticas de COVID-19. Sin embargo, es importante actuar sobre los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud de las personas y que han representado mayor vulnerabilidad para algunos segmentos de la población durante la pandemia. Para esto se recomienda fortalecer las estrategias de promoción y prevención que permitan reducir riesgos en la población.

Dado que en 2021 finaliza el Plan Decenal de Salud Pública vigente, el Ministerio de Salud y Protección Social está adelantando la formulación del Plan 2022-2031. De acuerdo con el Ministerio, el nuevo plan se construirá teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades puestas en evidencia durante la pandemia. Además del fortalecimiento de la promoción y prevención en salud, será importante que este instrumento considere la preparación para futuras emergencias sanitarias y el desarrollo de capacidades territoriales para responder mejor a estos posibles riesgos. En particular, se requiere diseñar estrategias para conseguir seguridad sanitaria, incluyendo la inversión en el desarrollo de medicamentos y vacunas.

# SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES

## Recomendaciones del CPC que ya han sido acogidas

Recomendación	Año en el cual fue acogida	Impacto esperado/observado	Observaciones
Definir el plan de beneficios delimitado a través de exclusiones	2015	La Ley Estatutaria 1751 de 2015 determinó que el plan de beneficios pasaría de estar determinado por una lista positiva a ser delimitado por la aplicación de exclusiones.	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.

## 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
Introducir un pago por desempeño para las EPS	La ausencia de incentivos a la calidad puede incluso desestimar 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
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	Acción pública
Establecer un periodo fijo y otorgar protección legal al superintendente de salud	Asegurar mayor independencia en la entidad siguiendo recomendaciones de la OCDE.	Congreso de la República	Acción pública

Recomendación	Impacto/costo de oportunidad	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
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 Ministerio de Salud	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, Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, y sector privado	Coordinación público-privada
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
Definir una estrategia de control y focalización del 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
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	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.	UGPP y DIAN	Acción pública

## Nuevas recomendaciones

Recomendación	Impacto esperado	¿Quién puede hacer la diferencia?	Tipo de recomendación
<p>Usar sistemáticamente tecnologías digitales para favorecer mejores resultados en salud y eficiencia</p>	<p>Mayor eficiencia a través de la construcción y uso de sistemas de información efectivos. Reducción del malgasto de recursos.</p>	<p>Ministerio de Salud, Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones y sector privado</p>	<p>Acción pública</p>
<p>Evaluar los riesgos de mediano y largo plazo generados o agravados por la pandemia sobre la salud poblacional</p>	<p>Reducción del posible impacto de la pandemia sobre ECNT y afectaciones de salud mental.</p>	<p>Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud</p>	<p>Acción pública</p>

## REFERENCIAS

- 1 Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [s.f.]. *Base Única de Afiliados*. <https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>
- 2 Banco Mundial (2018). *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. Banco Interamericano de Desarrollo.
- 6 BID. (2018). *Fin del trámite eterno: ciudadanos, burocracia y gobierno digital*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- 7 Bloom, D. E. (2001). *The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence* (NBER Working Paper N.o 8587).
- 8 Bonet, J. y Guzmán, K. (2015). *Un análisis regional de la salud en Colombia* (Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional N.o 222).
- 9 Bonet, J., Guzmán, K. y Hahn, L. (2017). *La salud en Colombia: una perspectiva regional*. Banco de la República.
- 10 Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). *Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*.
- 11 CPC. (2020). *Informe Nacional de Competitividad 2020-2021*. Consejo Privado de Competitividad.
- 12 Corte Constitucional (2021). *Estadísticas de la Corte Constitucional*.
- 13 Foro Económico Mundial. (2015). *Maximizing Healthy Life Years: Investments that Pay Off*. Foro Económico Mundial.
- 14 Guzmán, K. (2015). *¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?* (Documentos de trabajo sobre economía regional). *Centro de Estudios Económicos Regionales (CÉER)*, Banco de la República.
- 15 Guzmán, D., Torres, J., Guzmán, Y. y Lucumí, D. (Febrero de 2020). *Enfermedades crónicas no transmisibles en el contexto de la actual pandemia de COVID-19: el caso de Colombia* (Apuntes de Gestión y Políticas Públicas N.o 06).
- 16 Institute for Management Development. (2020). *IMD World Competitiveness Yearbook*. IMD World Competitiveness Center.
- 17 Jamison, D. (2013). *Global Health 2035: a world converging within a generation*. *The Lancet*, 382, 1898-55.
- 18 Ley 100. (1993). *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*.
- 19 Ley 1751. (2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*.
- 20 Ministerio de Salud. (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"*.
- 21 OCDE. (2015). *OCDE Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. OCDE Publishing.
- 22 OCDE y Banco Mundial. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OCDE Publishing.
- 23 OMS. (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020*.
- 24 OPS. (Junio de 2020). *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- 25 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.
- 26 Sachs, J. D. (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. World Health Organization on Macroeconomics and Health.
- 27 Sinergia. (2021). *Sinergia seguimiento*. <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#HomeSeguimiento>
- 28 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.