



# ¿Qué hacer en

# salud?

Jairo Núñez



**FEDESARROLLO**

Centro de Investigación Económica y Social

## 1. Problemas

Entre los principales problemas del actual sistema de salud se destacan: 1) niveles subóptimos en la prestación de servicios de salud con desigualdades significativas en oferta, acceso, calidad y oportunidad entre diferentes grupos de la población (según ocupación e ingreso), entre las zonas urbanas y rurales del país, en especial las más remotas, y entre el desempeño general de las EPS ofrecidas en los territorios; 2) recursos insuficientes para financiar el derecho a la salud, pues los gastos superan los ingresos corrientes del sistema, con una acumulación de déficits anuales que

ha generado una cartera que tienen en riesgo al sistema; 3) un gasto creciente e inducido por la modalidad de “pagos por evento” y por la ausencia de incentivos para los prestadores de servicios, a la par que se desconoce la eficiencia del gasto en términos de los resultados en salud; y 4) debilidades en la estructura institucional y la gobernanza del sector, que se reflejan en fallas de articulación entre políticas, actores y niveles de gobierno para garantizar el derecho a la salud.

## **2. Causas**

### **Acceso, calidad, oportunidad**

- El modelo de Atención Primaria en Salud (APS) no se ha terminado de definir, dejando a la deriva la estrategia de coordinación intersectorial para la atención en todos los niveles de complejidad, contemplada en la Ley 1438 de 2011. La falta de atención en redes y la ausencia de talento humano se suman a la falta de definición de este modelo.
- Lo mismo sucede con el modelo de Atención Integral en Salud: no hay una ruta (integral) definida de manera clara y transparente para la atención de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud en las diferentes etapas que requieren los pacientes.
- Existen debilidades en las acciones colectivas de promoción y falta de aplicación de medidas permanentes de prevención específica para la disminución de enfermedades, y coexisten fallas en la gestión relacionadas con la falta de articulación de los agentes para poder evaluar e intervenir el riesgo que enfrentan personas y comunidades (gestión del riesgo).
- Lo anterior, es una falla que se profundiza en las zonas rurales y remotas del país, plenamente relacionada con los problemas tradicionales de oferta (talento humano, infraestructura y dotación) y que, como consecuencia, abre importantes brechas de acceso, calidad y tiempos de espera en la atención.

## **Sostenibilidad financiera**

- No existen los recursos financieros, el talento humano, ni la infraestructura suficiente para cubrir la prestación del servicio. Esto se explica por una insuficiencia de la unidad por capitación (UPC) y los presupuestos máximos; las nuevas presiones financieras con la implementación de la Ley Estatutaria; y el crecimiento exponencial de los servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios, los cuales generan un déficit a lo largo de la cadena, un crecimiento de la cartera, falta de liquidez y deterioro en los estados financieros en todos los eslabones de la cadena de prestación de servicios.
- El sistema no se enfoca en la gestión del riesgo sino en la presión del gasto. Es así como existen diferentes formas de incentivos pecuniarios, con las cuales se puede incrementar el gasto y la prestación de servicios de salud para obtener más recursos del sistema.

## **Estructura institucional y gobernanza**

- El sistema no funciona como tal (un conjunto ordenado de normas y procedimientos que regulan su funcionamiento), puesto que la regulación es poco efectiva y se generan grandes ineficiencias en la prestación de servicios. El sistema es fragmentado, desequilibrado en los riesgos financieros, con incentivos negativos para el acceso y positivos para aumentar el gasto, en donde las responsabilidades y la rendición de cuentas respecto a la oportuna prestación de servicios es difícil de exigir y solucionar. Ante estas debilidades se presentan riesgos de corrupción que se materializan frecuentemente.
- Hay una baja capacidad institucional, operativa y financiera de los entes territoriales para poder asumir sus competencias en salud, garantizar el acceso a los servicios y en general para diseñar, planear, contratar, seguir y evaluar los planes territoriales de salud pública.
- La organización de la prestación de los servicios no ha podido avanzar hacia redes de atención integral en contravía de la autonomía hospitalaria.
- Históricamente se han presentado fallas en la capacidad sancionatoria por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

- Hay una falta de información para la gestión y la toma de decisiones, asociada a la capacidad de reporte que tienen los actores del sistema (personal médico, instituciones prestadoras de servicio de salud, entidades promotoras de salud) para cargar la información en los sistemas diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Además, los sistemas no son interoperables por lo que es complejo hacer cruces de información.
- Existe una regulación excesiva, pero poco efectiva en términos de cumplimiento, por parte del MSPS.
- Hay debilidades en la red pública relacionadas con problemas de eficiencia, talento humano, rigideces laborales, condiciones de contratación y con una alta cartera, que ponen en riesgo financiero a las entidades sociales del estado (ESE).

### 3. Propuestas

**Diseñar un programa para la integración de redes a nivel regional** con el concurso del gobierno nacional, los gobiernos territoriales y las entidades promotoras de salud (EPS). El asegurador debe integrar de manera funcional las redes para la prestación del servicio involucrando a los prestadores públicos y privados en igualdad de condiciones técnicas y comerciales.

Constituidas las redes es necesario diseñar, **reglamentar e implementar el modelo de atención integral y el modelo de atención primaria en salud con enfoque diferencial en territorios** (zonas urbanas, cabeceras municipales, zonas rurales y rurales dispersas), con el objeto de reducir la fragmentación y poder llegar a la población de forma armónica e integral.

A partir del diagnóstico de las redes se debe **diseñar un programa de infraestructura y dotación de hospitales** (con énfasis en las zonas remotas) para que puedan aportar y competir dentro de la red adscrita evitando sobreoferta en algunas regiones.

Se requiere **diseñar los componentes de formación, gestión y ejercicio del talento humano en salud.**

**Aumentar los recursos mediante impuestos saludables**, como impuestos a las comidas y bebidas con alto contenido de azúcar, sodio o grasas, a

la cerveza y el alcohol, a los vapeadores y cigarrillos electrónicos, al cannabis recreativo, y mediante **impuestos a los juegos de suerte y azar, apuestas, y loterías en línea.**

Hacer una **evaluación profunda sobre el valor de la UPC** y unificarla con el proceso de “presupuestos máximos”. Establecer que lo que no esté cubierto por la UPC, debe ser gestionado y pagado por giro directo desde la ADRES sin pasar por la EPS. Tener componentes explícitos para el pago de promoción y prevención, pago por atención primaria, pago por atención especializada, pagos por fuera del PBS y un componente de **pago por calidad y resultados en salud.**

**Continuar con la política de regulación de precios de medicamentos** y ampliarla a las nuevas tecnologías no financiadas con cargo a los recursos de la UPC.

**Diseñar, implementar y promover contratos de riesgo compartido** con el prestador, los cuales incluyan rutas de atención para pacientes con enfermedades crónicas, renales, VIH, etc. Los contratos deben: 1) tener un enfoque hacia la gestión por resultados; 2) incluir todas las prestaciones que requiere el paciente en su municipio con un presupuesto global (todo incluido); 3) tener explícitamente las rutas integrales de atención; 4) licitarse para la unión de diferentes prestadores públicos y privados (la red y otros requeridos); 5) incluir el objeto del contrato, los resultados esperados y los indicadores para alcanzarlos y medirlos; 6) incluir incentivos o descuentos por calidad y desempeño y 7) ser de largo plazo (más de 2 años).

**Continuar con el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud.** En particular, es necesario conferirle mayor independencia y autonomía a través del nombramiento del superintendente por un período fijo de cuatro (4) años y bajo la selección por méritos.

**Establecer instancias de coordinación efectivas** con el objeto de atender los determinantes de la salud y las desigualdades regionales que impactan al sector.

En **salud pública es necesario resolver los problemas de articulación intersectorial** a nivel territorial para coordinar las acciones referidas a los determinantes en salud. Esto implica diseñar e implementar un programa

de transferencia de conocimiento y asistencia técnica para la estrategia PASE a la equidad en salud entre nación, departamento y municipio. Además, fortalecer la capacidad de la red pública para la prestación de las actividades colectivas a través de asistencia técnica y el programa de infraestructura y dotación mencionado anteriormente.

**Diseñar e implementar un sistema de información público e interoperable** que soporte las estrategias propuestas y los indicadores de resultados de las redes, entidades administradoras de planes de beneficios, instituciones prestadoras de servicio de salud, y contratos innovadores de riesgo compartido.

## **Referencias**

Giovanella, Ligia, Oscar Feo, Mariana Faria, Sebastián Tobar (org.) (2012). *[Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad](#)*. ISAGS.

Titelman, Daniel y Andras Uthof (2000). *[Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud](#)*. Fondo de Cultura Económica.