

# LA REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA

**Jairo Nuñez Méndez - Fedesarrollo**

## Los logros del sistema de salud

Hace 30 años teníamos un sistema de salud (SS) con bajos niveles de cobertura, acceso, oportunidad y calidad (concentrado en trabajadores del sector público o de muy altos ingresos). Hoy el SS ha alcanzado coberturas universales de aseguramiento, uno de los gastos de bolsillo más bajos de la región y un plan implícito como ningún otro país de Latinoamérica. Pero probablemente el mayor logro del sistema colombiano es la protección financiera de los hogares que, ante los gastos catastróficos ocurridos por la enfermedad, llevaban a los hogares al endeudamiento, la venta de bienes o la pobreza. Durante la pandemia vimos como el sistema asumió el costo de la enfermedad y pudo vacunar a millones de personas en todos los rincones del país. No ocurrió lo mismo en muchos países, incluso del mundo desarrollado, donde millones de hogares tuvieron que asumir los altos costos de la atención de cuidados intermedios e intensivos y la ocupación de las UCIs se desbordó totalmente.

Al mismo tiempo, el SS ha expandido los beneficios periódicamente y hoy por hoy cubre la mayoría de los procedimientos y medicamentos, ha unificado los regímenes contributivo y subsidiado, ha expandido la oferta y, finalmente, el derecho a la salud se ha venido consolidando. Actualmente, los colombianos tenemos el derecho a recibir servicios de prevención, atención para la enfermedad y nuestra recuperación, sin afectar significativamente el gasto de bolsillo. Colombia es sin duda un ejemplo a nivel mundial en términos de los avances en cobertura y equidad.

Sin embargo, el sistema está lejos de ser perfecto (como ocurre en todo el mundo), hay quejas legítimas y tiene problemas que interactúan entre sí que deben ser resueltos de manera urgente, pero sin dejar de reconocer que los avances son significativos y que el peor de los escenarios sería regresar a la situación de hace tres décadas donde la enfermedad conducía también a la ruina económica de las familias.

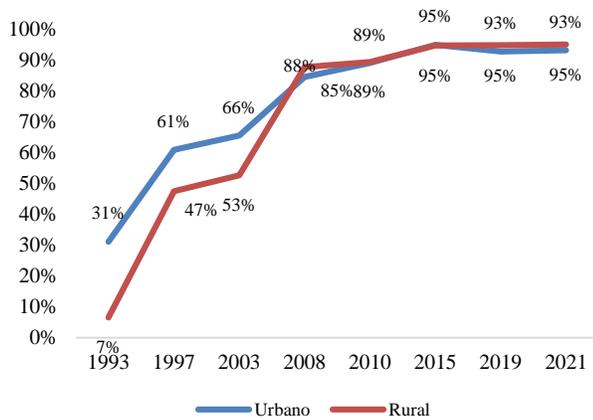
En términos generales, el sistema de salud en Colombia ha permitido un mayor aseguramiento en el país y una serie de beneficios para los afiliados en términos de calidad del servicio y del estado de salud. Por ejemplo, entre 1993 y 2021, la cobertura pasó del 24% al 94% según la Encuesta de Calidad de Vida<sup>1</sup> en la que se destaca una gran expansión entre 1993 y 1997 seguido de otra gran expansión entre 2003 y 2008. Así mismo, este mismo comportamiento se evidencia al comparar las zonas urbanas y rurales junto con la distribución de ingresos. Con respecto al primer criterio, podría afirmarse que la brecha entre prácticamente cerrada puesto que, en 1993, la cobertura era del 7% en las zonas rurales y del 31% en las urbanas mientras que, para 2021, es del 95% y del 93%, respectivamente. Ahora, con respecto a los ingresos, también puede

---

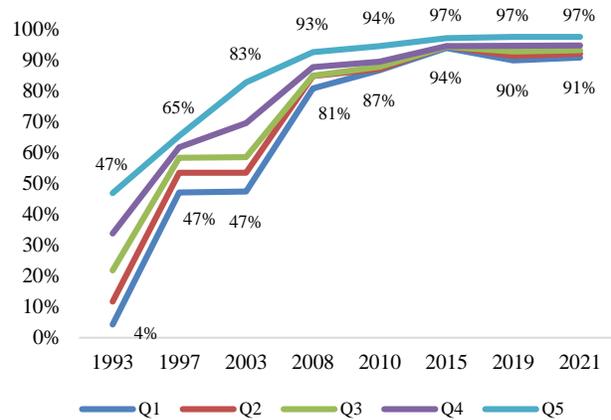
<sup>1</sup> La fuente de todas las gráficas presentadas a continuación son una elaboración propia basada en esta encuesta.

afirmarse que la brecha está cerrada puesto que, en 1993, el quintil 1 estaba cubierto en un 4% y el 5 en un 47% mientras que, en 2021, fue del 91% y del 97%, respectivamente.

**Figura 1. Cobertura en salud por zona.**

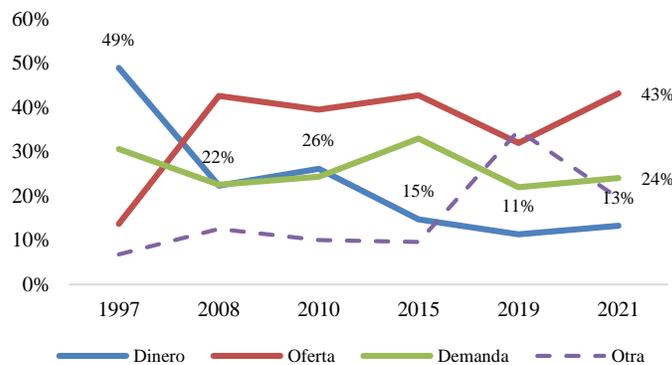


**Figura 2. Cobertura en salud por quintiles.**



Además, en este sentido, es relevante conocer las razones por las cuales no se afilian las personas al sistema de salud. Estas razones pueden agruparse entre aspectos de oferta (muchos trámites, está en trámite de afiliación o no hay una entidad cercana) o de demanda (no le interesa afiliarse, no sabe que debe afiliarse o no está vinculado laboralmente a una empresa) pero se incluye una opción adicional relacionada con el dinero para conocer el comportamiento de esta variable. De esta forma, se observa que, en 1997, el principal problema corresponde a la falta de dinero al representar un 49%. Sin embargo, de ese año en adelante, la razón principal corresponde a razones de oferta mientras que la falta de dinero se reduce al 13%.

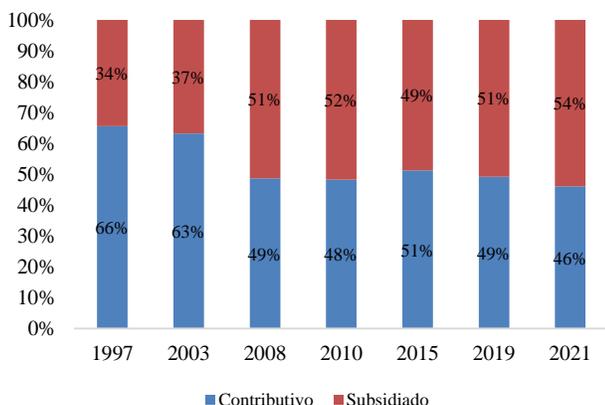
**Figura 3. Razones de no afiliación.**



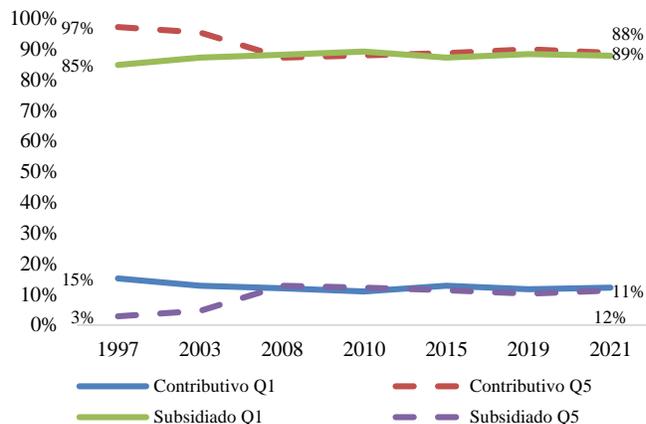
Ahora, dado que el sistema define dos regímenes (el contributivo y el subsidiado), es importante analizar el comportamiento de los afiliados dependiendo de esta característica. Como se observa en la gráfica, la afiliación al sistema de salud se ha orientado hacia el régimen subsidiado puesto que, en 1997, el 34% de la población era de este tipo y el 66% restante se encontraba en el contributivo. Ahora, en 2021, el 54% de la población se encontró en el régimen subsidiado y el 46% restante en el contributivo, lo cual podría

atribuirse al COVID-19 y a las pérdidas de empleo causadas por esta contingencia de salud. Por otro lado, en el análisis por quintiles de ingresos, las personas de menores ingresos (quintil 1) tienen una tendencia a pertenecer al régimen subsidiado mientras que los de mayores ingresos pertenecen al contributivo. De esta forma, podría afirmarse que el sistema cumple con sus objetivos en la medida en que se subsidia a las personas de menores ingresos y viceversa.

**Figura 4. Proporciones de afiliación por régimen.**

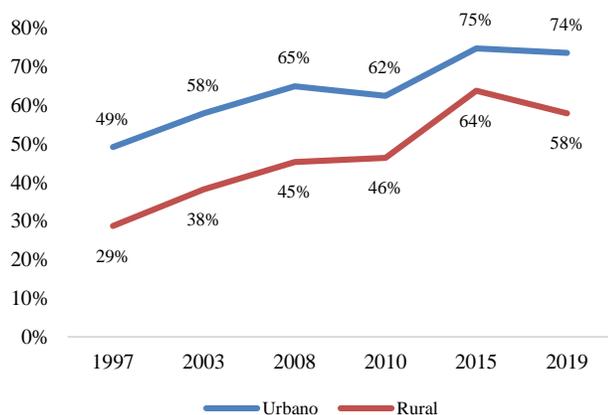


**Figura 5. Proporciones de afiliación por régimen y quintil.**

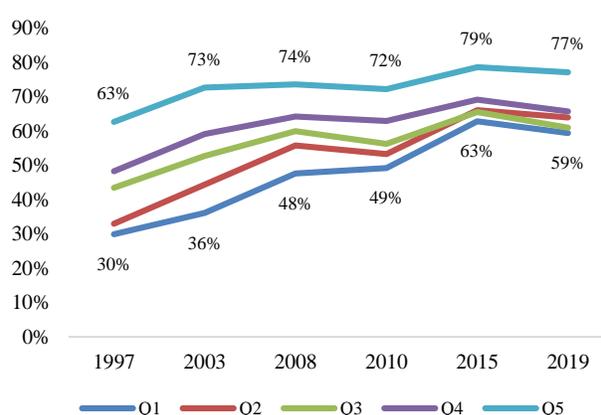


Por otro lado, con respecto a la prevención, podría afirmarse que la tendencia a través del tiempo es positiva en este sentido, contrario a la creencia convencional. Tomando como referencia la misma encuesta, se observa que, en 1997, el 43% de las personas visitaban al médico por prevención por lo menos una vez al año mientras que, en 2019, llegó al 70% (inclusive, alcanzó a ser del 72% en 2015). Ahora, al igual que en el indicador de cobertura, puede afirmarse que hay un cierre de brechas en términos de prevención, tanto por zona como por nivel de ingresos. Con respecto a la zona, la prevención aumentó del 49% al 74% en las zonas urbanas y del 29% al 58% en las rurales entre 1997 y 2019. Ahora, por niveles de ingreso, las visitas al médico aumentaron del 30% al 59% en el primer quintil mientras que aumentó del 63% al 77% en el quintil más alto.

**Figura 6. Prevención por zona.**

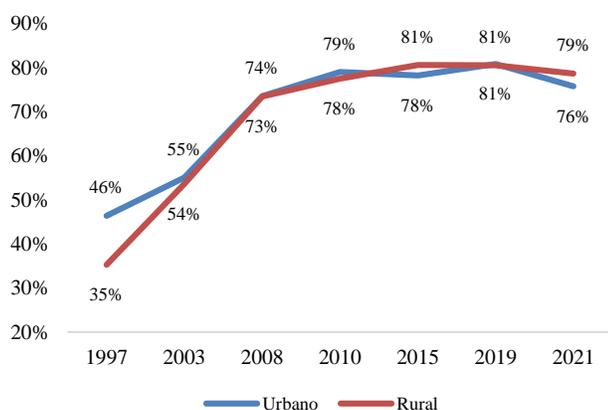


**Figura 7. Prevención por quintiles.**

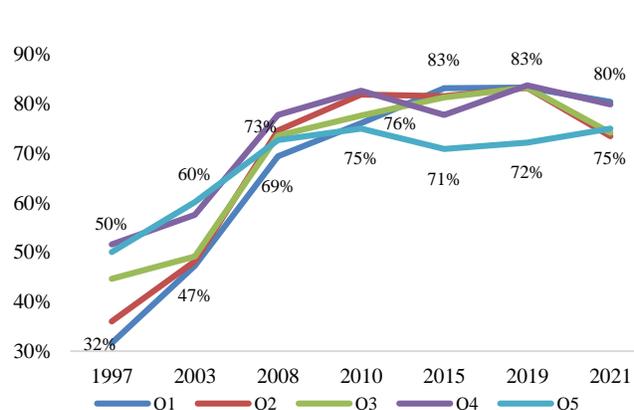


Relacionado con lo anterior, la provisión de medicamentos para aquellos que lo requieran es otro de los indicadores relevantes con respecto a la oportunidad en el servicio de salud. En general, este indicador ha mejorado con el paso del tiempo puesto que, en 1997, el 56% de estos pacientes no recibieron medicamentos mientras que, en 2021, este porcentaje fue del 24% aunque alcanzó a ser del 19%. Esto indica que la entrega de medicamentos ha aumentado más de 30 puntos porcentuales, aunque podría hacer un esfuerzo adicional para seguir aumentando este indicador. Así mismo, como en los indicadores anteriores, las diferencias entre zonas y quintiles se ha reducido con el tiempo puesto que, en 2021, fue del 76% y del 79% en las zonas urbanas y rurales, respectivamente, mientras que fue del 80% y del 75% en el primer y quinto quintil, respectivamente.

**Figura 8. Entrega de medicamentos por zona.**



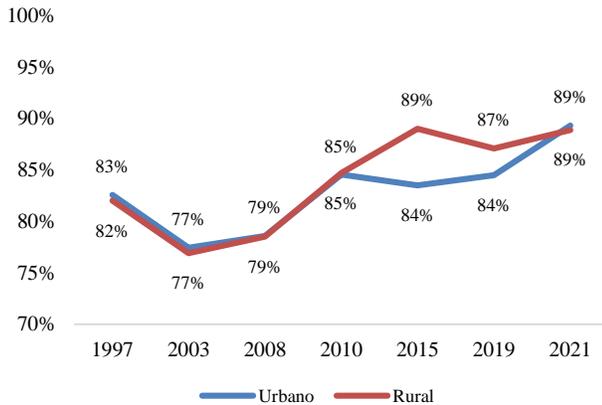
**Figura 9. Entrega de medicamentos por quintil.**



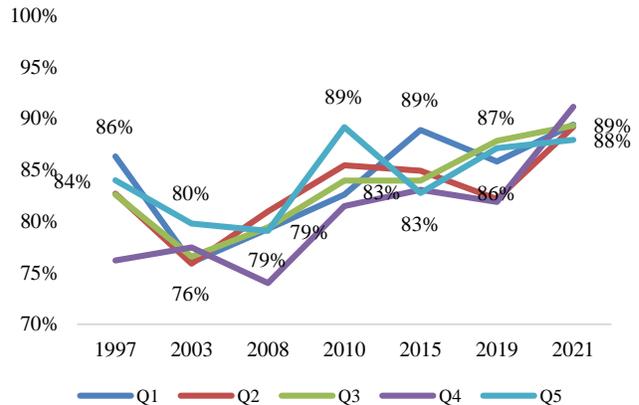
Otro indicador relevante corresponde a la calidad de servicio médico prestado por las entidades correspondientes. En este sentido, se encuentra que la gran mayoría de los usuarios consideran que la calidad del servicio es buena o muy buena puesto que el 89% de los encuestados respondieron alguna de estas opciones mientras el 1% consideró que fue malo para 2021 (este indicador fue del 82% y del 3%, respectivamente, en 1997). Así mismo, el porcentaje de personas que consideraron bueno o muy bueno el

servicio médico se comporta muy similar entre zonas urbanas y rurales puesto que fue del 82% y del 83% en 1997, respectivamente, y del 89% para ambos en 2021. Ahora, este mismo comportamiento se observa entre los niveles de ingreso puesto que fue del 86% y del 84% para el primer y quinto quintil en 1997 y del 89% y del 88% en 2021, respectivamente.

**Figura 10. Calidad en el servicio médico por zona.**

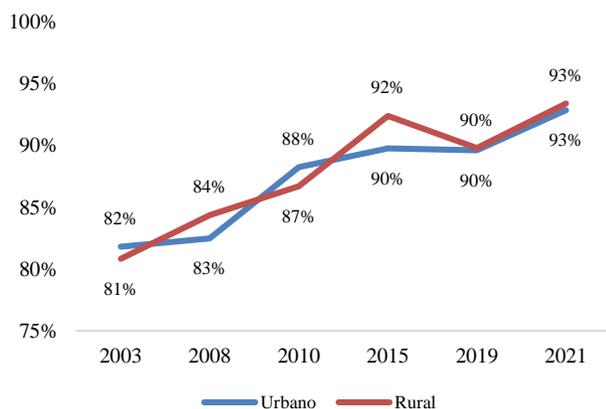


**Figura 11. Calidad en el servicio médico por quintiles.**

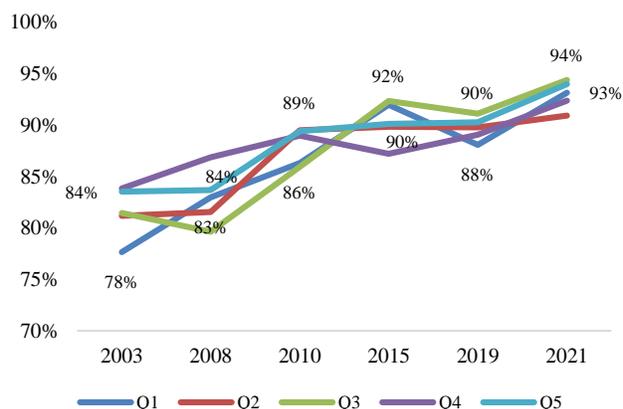


Así mismo, relacionado con el anterior, se encuentra la calidad en la hospitalización para quien lo requiere por su enfermedad o cuadro clínico. Al igual que en el caso anterior, la satisfacción es incluso mayor en este aspecto puesto que aquellos que hicieron uso de este servicio y consideraron que la calidad fue muy buena o buena alcanzó el 82% en 2003 y el 93% en 2021. Al diferenciar entre zonas, se observa que el comportamiento es similar entre las urbanas y las rurales e, incluso, quienes consideran que fue muy buena o buena la calidad del servicio, es mayor en las zonas rurales para algunos años. Ahora, analizando el comportamiento por niveles de ingreso, se observa que la percepción de la calidad en el servicio de hospitalización es buena entre quintiles y ha mejorado con el tiempo pues, en el quintil más bajo, el 78% consideró que la calidad fue muy buena o buena en 2003 y aumentó al 93% en 2021. Así mismo, este comportamiento también se presenta en el quintil más alto al pasar del 84% al 94% durante el mismo periodo de tiempo.

**Figura 12. Calidad en la hospitalización por zona.**

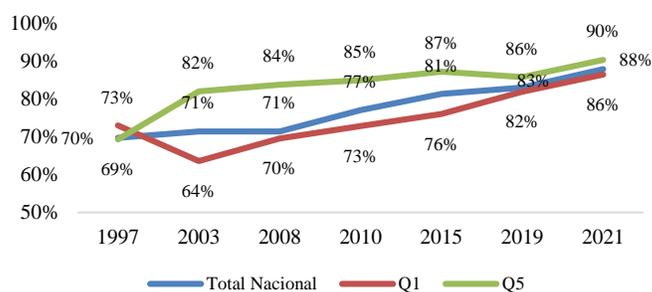


**Figura 13. Calidad en la hospitalización por quintil.**



Ahora, el sistema de salud ha permitido mejorar la percepción del estado de salud de las personas en casi 30 años. Según las estimaciones de la misma encuesta, se puede observar que las personas que consideran bueno o muy bueno su estado de salud aumentaron en 18 puntos porcentuales entre 1997 y 2021 (del 70% al 88%). Así mismo, al analizar este indicador por quintiles, es posible afirmar que el crecimiento más acelerado de este indicador se observa en el 20% más pobre de la población puesto que la percepción de su estado pasó de 64% en 2003 a 86% en 2021. Este crecimiento también se presenta en el quintil más alto de los ingresos, pero sus aumentos no son tan significativos como en el caso anterior (82% en 2003 a 90% en 2021). Finalmente, esta información sugiere que las brechas existentes hace 20 años están, prácticamente, cerradas.

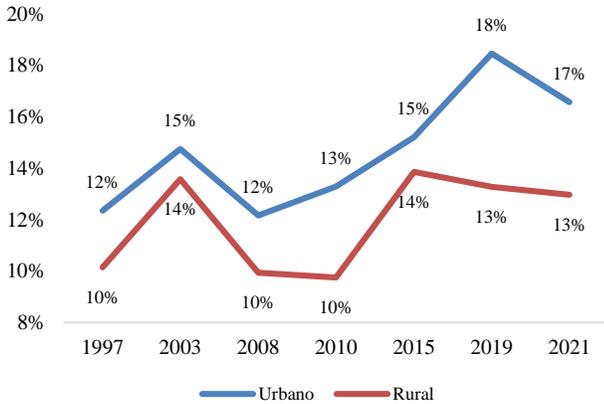
**Figura 14. Percepción del estado de salud para el total nacional y el primer y último quintil.**



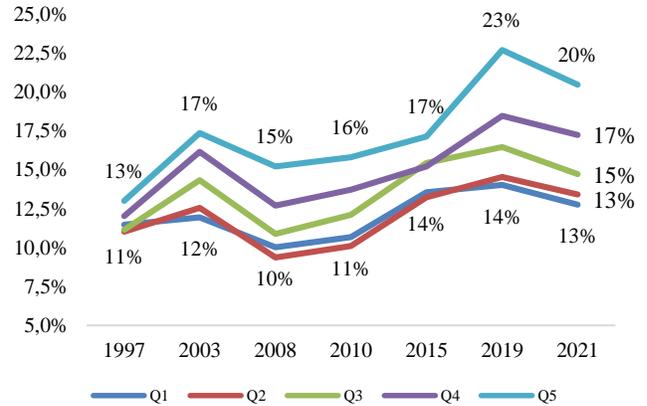
En este contexto, la presencia de enfermedades crónicas (entendidas como las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, bronquitis crónica, gastritis, lupus, cáncer, gota, leucemia, diabetes, entre otras) ha aumentado en los últimos años, lo cual puede atribuirse al envejecimiento de la población colombiana. Según los datos de la encuesta, el 12% de la población de 1997 sufría alguna de las enfermedades anteriores mientras que, para el 2021, este porcentaje fue del 16%. Este comportamiento también se presenta, tanto en zonas rurales como urbanas, con una reducción en las rurales. Por ejemplo, para 1997 en las zonas urbanas, el porcentaje de personas con estas enfermedades era del 12% mientras

que, en las rurales, era del 10%. Ahora, en 2021, este indicador creció al 17% y al 13%, respectivamente. Así mismo, en el análisis por niveles de ingreso, el quintil más alto es aquel que cuenta con el mayor porcentaje de personas con enfermedades crónicas, lo cual puede explicarse por una mayor esperanza de vida en este segmento de la población (para 2021, el 20% de este quintil tenía diagnosticada alguna enfermedad crónica).

**Figura 15. Presencia de enfermedades crónicas por zona.**

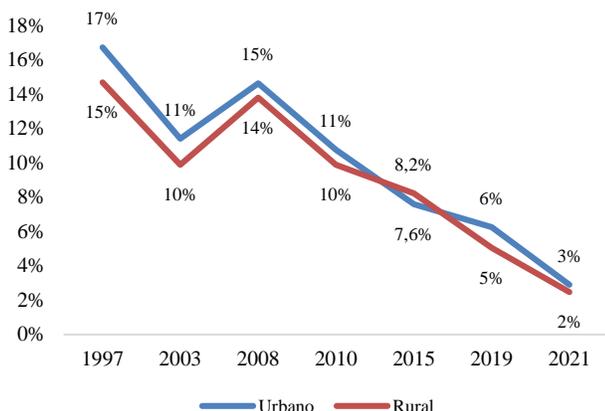


**Figura 16. Presencia de enfermedades crónicas por quintil.**

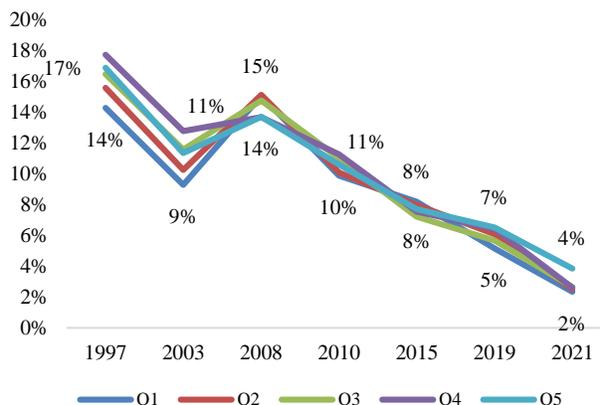


Con respecto al estado de salud, la encuesta indaga sobre, si en los últimos 30 días, la persona tuvo algún tipo de accidente, enfermedad o problema de salud que no haya implicado hospitalización. En este sentido, el porcentaje de personas que indicó que no habría sufrido un problema de este tipo se redujo notablemente entre 1997 y 2021 pasando del 16% al 3% en este periodo. Esta tendencia también se mantiene entre zonas y niveles de ingreso. Por ejemplo, mientras que, en 1997, el 15% de la población rural y el 17% de la urbana contaba con algún problema de salud al momento de la encuesta, este porcentaje se redujo al 2% y al 3%, respectivamente, en 2021. Ahora, por niveles de ingreso, se observa una situación similar: en 1997, este porcentaje era del 17% en el quintil 5 y del 14% en el 1 y se redujo al 4% y al 2%, respectivamente, en 2021. En este sentido, se hace evidente el mejoramiento del estado de salud de los afiliados en los últimos 30 años.

**Figura 17. Problemas de salud en los últimos 30 días por zona.**

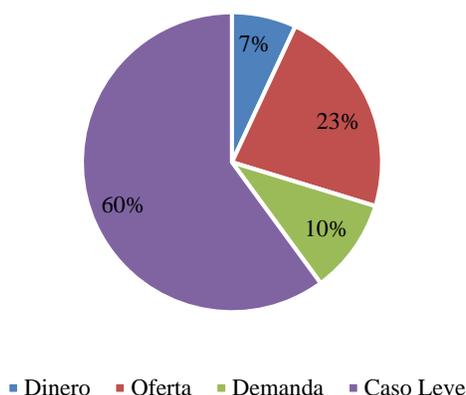


**Figura 18. Problemas de salud en los últimos 30 días por quintil.**



Otra de las categorías de análisis relacionado con la atención médica corresponde a las razones por las cuales no se recibe. Al igual que con las razones de no afiliación, existen razones de oferta (lejanía del centro de atención, mal servicio, no fue autorizada la atención o mucha espera) y de demanda (falta de tiempo, no confía en los médicos o dificultad para viajar) pero se separan dos razones, la cuales corresponden a la falta de dinero o si corresponde a un caso leve. De acuerdo con la encuesta, se observa que el 60% de las personas indica que no recibieron atención médica debido a que se trataba a un caso leve. Seguidamente, el 23% de los encuestados indicó que son las razones de oferta para no recibir la atención médica. Sin embargo, la falta de dinero no es una razón común para no recibir atención médica puesto que solo el 7% de los encuestados indicó que fue esta razón.

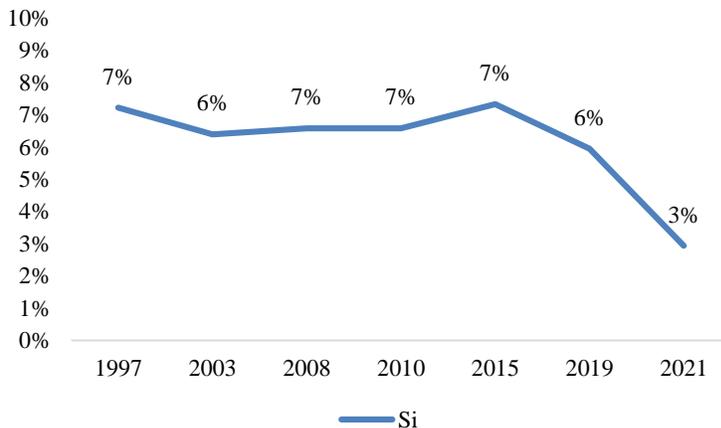
**Figura 19. Razones para no recibir atención médica.**



Finalmente, dentro de los indicadores de estado de salud, se encuentran las necesidades de hospitalización de la población. De acuerdo con la encuesta, este indicador es relativamente estable entre 1997 y 2019 oscilando entre el 6% y el 7%. Sin embargo, para 2021, este porcentaje se redujo notablemente pasando a

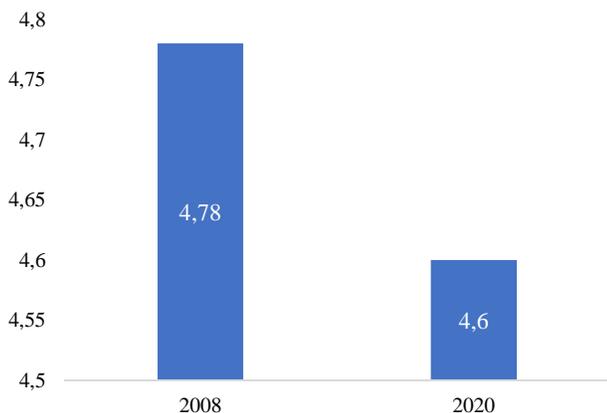
ser del 3%. De esta forma y, en conjunto con los demás indicadores, es posible afirmar que el estado de salud de los pacientes ha mejorado significativamente durante los últimos 30 años.

**Figura 20. Necesidades de hospitalización para el total nacional.**

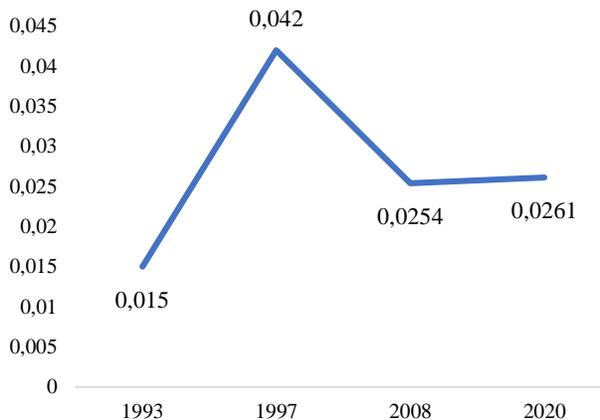


Finalmente, el gasto en salud ha permitido la reducción de la pobreza y la desigualdad en Colombia. A partir de algunas investigaciones relacionadas con este tema, es posible atribuirle al gasto en salud una reducción de 4,78 y 4,6 puntos porcentuales en 2008 y 2020, respectivamente. Ahora, con respecto a la desigualdad (medido por el índice de Gini), también se le puede atribuir una parte de la reducción de este indicador de cerca de 0,0254 y 0,0261 puntos en 2008 y 2020, respectivamente. Sin embargo, el gasto en salud generó una reducción aún más notable en los indicadores de desigualdad en 1997 puesto que se le puede atribuir una reducción de 0,042 puntos.

**Figura 21. Reducción de la pobreza atribuible al gasto en salud.**



**Figura 22. Reducción de la desigualdad atribuible al gasto en salud.**



Los resultados anteriores han generado el cambio social más importante de las últimas décadas. El sistema por supuesto tiene un gran espacio para mejorar, pero hay que reconocer el papel de todos los actores, desde el personal médico, hasta las EPS, que han sido centrales en la evolución del aseguramiento. Las EPS en

Colombia actualmente tienen como principal función la gestión de riesgos en salud, los riesgos financieros del sistema y de los hogares, y soportan las capacidades operativas del sistema de salud. La gestión de riesgos en salud implica entender las necesidades y demandas de los asegurados, crear sistemas de información que permitan la identificación de riesgos y crear modelos de atención en alianza con los prestadores que permitan monitorear y evaluar resultados. La gestión de riesgo financiero se refiere a la aplicación y uso eficiente de los recursos con que cuenta el sistema con el fin de mejorar los resultados en salud de la población y proteger financieramente a las familias. Por otro lado, las capacidades operativas son importantes porque permiten coordinar la prestación de servicios de manera eficiente, gestionar bases de datos actualizadas y crear rutas lógicas para que las personas se muevan, disminuyendo la enorme fragmentación de servicios que existe. Esto incluye la referencia para recibir atención especializada o procedimientos que no se pueden realizar en el nivel de atención original y la contrarreferencia sobre el diagnóstico y el tratamiento realizado.

El centro del valor que agregan las EPS está en la gestión de todo el proceso de atención integral de un paciente en una red que está fragmentada. Aunque suena sencillo, esto implica articular diferentes instituciones públicas y privadas, contratarlas, revisarlas, auditarlas, garantizar la prestación, garantizar el resultado, pagar el mejor resultado posible y evaluarlo. Todo esto es complejo y requiere capacidades sofisticadas que se han desarrollado en 30 años. Aunque la función de pagar las facturas médicas es importante, esto no es lo que define la naturaleza de las EPS como aseguradoras, pues estas entidades hacen todo el ejercicio del riesgo financiero con el fin de garantizar que los recursos asignados se distribuyan de manera eficiente para atender a las necesidades de los pacientes sin agotar el presupuesto. Para abordar esta complejidad, las EPS cuentan con equipos de gestión de riesgo financiero y un sistema de seguimiento y evaluación de los recursos destinados a la atención médica. Estos equipos multidisciplinarios han adquirido un conocimiento profundo de la dinámica del sistema de salud, incluyendo los costos de los servicios y los patrones de utilización de estos. También deben estar al tanto de los avances médicos y tecnológicos y de cómo estos afectan los costos y la eficiencia en la atención médica.

Las EPS tienen un conocimiento sólido del sistema (como ninguna otra institución dentro del sistema), su red de servicios y sus pacientes, con el cual establecen un plan de gestión de riesgo financiero que incluye la asignación de recursos de manera estratégica y equitativa, que tiene en cuenta que una pequeña proporción de sus afiliados (5%) consumen aproximadamente el 50%-60% de los recursos (dependiendo de la demografía y carga de la enfermedad de la población afiliada por cada EPS). Esto implica establecer políticas y criterios claros para la distribución de los recursos y para la selección de proveedores de servicios médicos. También establecen sistemas de monitoreo y evaluación para garantizar que los recursos se utilicen de manera eficiente y efectiva, con el objeto de ahorrar costos a las EPS en particular y al sistema en general.

El aseguramiento garantiza la protección financiera de las familias (como se pudo observar durante la pandemia) y la protección integral mediante un proceso de incapacidades por enfermedad y licencias de maternidad, el cual cuenta con políticas claras y criterios bien definidos para la asignación de estos beneficios. Además, las EPS establecen mecanismos de verificación y control para prevenir el fraude en estos procesos y garantizar que los recursos se utilicen para los fines previstos. También se articulan con las ARL y el seguro previsional del sistema de pensiones para las declaraciones de invalidez.

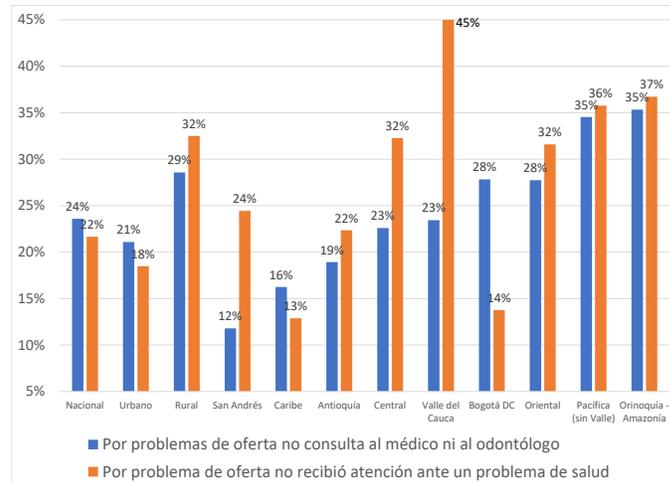
Alrededor de las EPS se ha discutido mucho el tema de la integración del aseguramiento y la prestación del servicio, pero no se tiene un análisis técnico con el cual se puedan tomar decisiones. La integración vertical puede generar una mayor accesibilidad a los servicios y una atención más coordinada y eficiente. Por ejemplo, la integración vertical fue necesaria debido a la oferta inexistente de algunos servicios como pediatría y maternidad, que no son rentables. También puede tener beneficios financieros para las organizaciones de atención médica, como la reducción de costos y una mayor eficiencia en la gestión de los recursos, los cuales pueden utilizarse para la construcción de infraestructura. Igualmente, la integración vertical ha aportado al país en dos temas importantes: el desarrollo de capacidades en atención primaria, que antes era inexistente, y la regulación de precios para disminuir las asimetrías en el mercado. Sin embargo, también existen preocupaciones sobre la posible creación de monopolios en la atención médica y la posibilidad de una atención médica menos centrada en el paciente. El problema por el cual se ha satanizado la integración vertical fue el abuso en algunas EPS, y la falta de regulación y control durante largos periodos de tiempo. Por tal razón, la reforma debe evaluar la integración vertical y entender para qué, cuáles deben ser las condiciones y cuáles deben ser las regulaciones y no acabarla simplemente por algunos errores del pasado.

Por último, es necesario señalar que evidentemente en el sistema de salud existen algunas EPS de alta calidad, pero otras definitivamente no cumplen con los estándares esperados, lo que ha afectado la reputación del sistema en general. No obstante, es importante reconocer el valor que aportan al sistema y buscar mecanismos para mejorar su gestión, tal como se sugiere en la sección de propuestas más adelante.

## Problemas

Los tres grandes problemas que enfrenta el Sistema de Salud son:

- 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 (i.e. Orinoquia, Amazonía, parte del litoral pacífico, La Guajira, etc.) y entre el desempeño general de las EPS ofrecidas en los territorios.



Fuente: ECV(2020)

- 2) En general, **los recursos del sistema son insuficientes para financiar el derecho a la salud**. En primer lugar, los gastos superan los ingresos corrientes del sistema manteniendo un problema estructural de flujo de recursos (atenuado en el régimen subsidiado a través del giro directo) y, en segundo lugar, la acumulación de los déficits anuales ha generado una cartera que tiene en riesgo al sistema y que sumado al gasto creciente en salud anula los esfuerzos que se han hecho para aumentar los recursos. En otras palabras, hay problemas estructurales de **sostenibilidad financiera** a lo largo de la cadena de valor (prestación de servicios) del sector, una cartera de difícil recuperación e **identificación** que impacta negativamente la prestación de los servicios de salud y un **gasto explosivo e inducido** a través de la modalidad de “*pagos por evento*” y a la falta de incentivos para controlar el gasto por parte de los prestadores de servicios. Al mismo tiempo, se desconoce la **eficiencia del gasto** en términos de los resultados en salud, en parte, porque las modalidades de contratación EPS-IPS no persiguen estos objetivos (eficiencia, resultados).
- 3) El sector de la salud presenta **debilidades en su estructura institucional y gobernanza**, lo que se traduce en una falta de coordinación entre políticas, actores y niveles de gobierno, dificultando la garantía del derecho a la salud. El sistema no funciona como un conjunto ordenado de normas y procedimientos que regulan su funcionamiento, ya que la regulación actual resulta poco efectiva, generando ineficiencias en la prestación de servicios. Además, el sistema es fragmentado y desequilibrado en los riesgos financieros, con incentivos negativos para el acceso y positivos para generar un gasto descontrolado. La responsabilidad y rendición de cuentas respecto a la oportuna prestación de servicios es difícil de exigir y solucionar, lo que aumenta el riesgo de corrupción. Cabe destacar que estos problemas de acceso, sostenibilidad y gobernanza varían significativamente entre regiones y entidades territoriales.

## Causas

### Acceso y oportunidad

- Si bien se ha avanzado, el **modelo de Atención Primaria en Salud (APS)** no se ha terminado de definir (solo unos pilotos) 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 determinación sobre el modelo de APS.
- 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.
- También existen debilidades en las acciones colectivas de **promoción** y falta de aplicación de medidas permanentes de **prevención** específica para la disminución de enfermedades (PyP), 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**). En general hay una ausencia de **seguimiento** a personas en especial a los pacientes crónicos.
- 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 ingentes para la atención. En general hay fallas de coordinación intersectorial para responder a los determinantes de la salud (Art. 7, Ley 1438), pero éstas se profundizan en las zonas mencionadas.

### Sostenibilidad financiera

- **El sector de la salud se enfrenta a una falta de recursos financieros, talento humano y suficiente infraestructura para cumplir con la prestación del servicio que establece la Ley estatutaria y el derecho a la salud. Esta situación ejerce una presión constante sobre las finanzas del sector que emerge de varios factores:**
  - **Insuficiencia** de la UPC y los presupuestos máximos.
  - Nuevas presiones financieras con la implementación de la Ley Estatutaria y falta de información y criterios científicos para ajustar la **lista de excluidos**.
  - **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:
  - Lejos de preocuparse por la gestión del riesgo, el sistema paga por servicios y no por resultados. El prestador, sin tener la responsabilidad de los resultados, está incentivado a presionar el gasto. Como consecuencia, el déficit del sistema siempre está presente, por más recursos que se asignen.
  - Falta de incentivos para controlar el gasto hospitalario, los cuales originan o provocan carteras sobrevaloradas para no mostrarse en riesgo financiero y ser intervenidas por la SNS.
  - Ruptura del modelo de pluralismo estructurado: la gestión del riesgo y el monitoreo de la satisfacción se han perdido en el camino.
- Históricamente ha faltado información para definir el **valor de la UPC del régimen subsidiado** impidiendo la transparencia y el control del gasto.
- La sostenibilidad financiera del sector de la salud se ve comprometida por el aumento de los costos asociados a las nuevas tecnologías y medicamentos, así como por el envejecimiento de la población y la alta prevalencia de enfermedades crónicas, que requieren tratamientos costosos y prolongados.

#### Estructura institucional y gobernanza

- 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 SNS**.
  - Hay un incumplimiento permanente de los criterios e indicadores financieros para la **habilitación de algunas EPS**.
  - Hace falta mayor vigilancia y control a los prestadores de servicios.
  - La acreditación de IPS pública y privadas por parte de las entidades territoriales debe ser estrictamente vigilada.
- 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, IPS, EPS) para cargar en los sistemas diseñados por el Ministerio (MIPRES, RIPS, PISIS). 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 (agravadas por la pandemia).

- En relación con los tres problemas mencionados hay **debilidades en la red pública** relacionados especialmente con problemas de eficiencia, talento humano, rigideces laborales, condiciones de contratación y con una cartera enorme (difícil de rescatar por la falta de información), que sumadas ponen en riesgo financiero a las Entidades Sociales del Estado (ESE). Una buena parte de las ESEs tienen problemas gerenciales, administrativos y financieros que impiden alcanzar los principios de eficiencia, intersectorialidad, complementariedad y concurrencia, calidad, sostenibilidad, entre otros, y en ocasiones se señalan problemas de clientelismo y corrupción.
- Los riesgos de corrupción se pueden presentar en las EPS para gestionar cuentas o direccionar servicios, mientras que en las IPS se pueden presentar en la sobrefacturación.

## Propuestas

En esta sección revisaremos rápidamente la propuesta del gobierno nacional y el articulado de los tres partidos de la coalición. Luego se expondremos los principales lineamientos de las propuestas de Fedesarrollo.

### El proyecto del gobierno

Para comenzar compartimos la preocupación de muchos actores que consideran que el proyecto de reforma a la salud radicado por el gobierno debe seguir un trámite estatutario. Esto se debe a que la reforma regula los derechos fundamentales en materia de salud de las personas, así como los mecanismos para la protección de estos derechos. Además, la reforma también tiene un impacto en la institucionalidad con la cual se organiza la prestación de servicios de salud, lo que podría afectar fuertemente la no regresividad que se estipula para un derecho fundamental en la constitución. Es importante tener en cuenta que el proyecto propone un modelo que comienza de cero y que podría destruir lo construido en materia de organización administrativa y operativa en las últimas décadas.

Además, es importante señalar que el derecho a la libre elección queda suprimido en la propuesta del gobierno, cuando las personas son asignadas a un CAP sin la posibilidad de elegir según criterios de calidad, experiencia, continuidad del tratamiento, oportunidad u otras preferencias legítimas del usuario. De igual forma, se suprime la portabilidad para recibir atención a nivel nacional, lo que representa un retroceso en relación con los logros alcanzados por los pacientes. Por último, las amplias modificaciones a la Ley 715 de 2001 requieren del correspondiente trámite orgánico.

En cuanto al mejoramiento de las condiciones laborales y la dignificación de los trabajadores de la salud, es necesario tener presente que este es un gasto recurrente que tiene un costo fiscal elevado que impide en el corto plazo ser asumido por la nación. Sería conveniente que esto sea un proceso de largo plazo que se vaya construyendo con metas según el espacio fiscal que el marco fiscal de mediano plazo permita y que

sea el Ministerio de Hacienda quien lo avale. Este gasto alcanza 26 billones según las proyecciones del MHCP.

De otro lado, una de las preocupaciones de muchos actores del sistema es la transferencia de funciones claves a las entidades territoriales (ET), que no tienen la capacidad institucional ni tecnológica para asumir las tareas operativas del funcionamiento del sistema. Las funciones de contratación (miles de contratos), recepción de facturas (millones de facturas), auditorías, glosas y conciliación de cuentas no han funcionado adecuadamente en los municipios. Como ejemplo, se puede mencionar la experiencia vivida durante la implementación de la Resolución 1479 de 2015, cuando todas las funciones para el manejo del gasto no POS fueron transferidas a los municipios, lo que generó caos y un enorme déficit que posteriormente tuvo que ser asumido por el PGN.

Cuando las funciones de auditoría y conciliación de cuentas no pueden ser cumplidas, la demanda inducida pone en riesgo fiscal al sistema y a la nación. Los comités médicos, propuestos en la reforma, no tienen la capacidad de hacer auditorías y solo pueden hacer revisiones ex post del servicio, lo que significa que el gasto ya estaría generado. Es en este momento cuando la demanda inducida puede generar un gran impacto en las finanzas del sistema. Por lo tanto, es importante la evolución cuidadosa de la capacidad institucional y tecnológica de las ET antes de transferirles funciones clave del sistema.

Además de los costos fiscales de la reforma, que incluyen los CAP y las nuevas derogaciones en materia laboral, según cálculos del MHCP, tendría un costo de \$17 billones en el primer año, \$22 billones en el segundo año y alcanzaría un costo de \$34 billones en el 2030. Esto sin contar con otras iniciativas que el MHCP rechaza, pero que podrían alcanzar los \$13 billones de pesos anuales. Es decir, para el año 2024, la reforma tendría costos cercanos a los \$35 billones, lo que equivale a aproximadamente dos reformas tributarias. En otras palabras, la reforma no es financiable, ya que aumentaría los costos anuales de la salud en un 50%, sin tener en cuenta los incentivos que crearía para aumentar el gasto de manera exponencial. Para que la prestación de servicios de salud se brinde con calidad y oportunidad a toda la población, el sistema de salud reformado debe contar con un financiamiento sostenible. De esto depende que se alcancen los objetivos centrales de la reforma, como la atención primaria en salud.

En cuanto a los sistemas de información, la reforma plantea una serie de ideas y deseos ambiciosos que carecen de una asignación clara de responsabilidades y de información sobre la estructura de los sistemas. Además, no se conoce cómo se logrará la interoperabilidad, que es el centro de la discusión en este tema. Tampoco se sabe cómo se llevará a cabo la conectividad en las regiones apartadas, el reporte biométrico, ni cuáles serán los equipos físicos y humanos necesarios para su operación.

Por otro lado, hay una falta de claridad sobre la forma en que se operarán las citas en los CAP, el manejo de las historias clínicas y la conexión en línea en general. Es especialmente preocupante la falta de claridad en cuanto al manejo y la integridad de la información en zonas apartadas. Es fundamental, que en la reforma se establezcan medidas concretas para garantizar la conectividad y el manejo adecuado de la información, especialmente en las regiones más alejadas.

El proyecto deja muchas dudas sobre el valor de la UPC, el plan de beneficios y el modelo de aseguramiento. Aunque se habla de territorialización, no se aclara cuántos recursos se destinarán a la atención primaria, cómo se manejarán los presupuestos máximos, si estos se eliminarán o se sumarán a una nueva UPC, si habrá pagos por calidad y resultados en salud en los territorios y, en general, se ignora el problema de la insuficiencia de la UPC (por ejemplo, si la expansión de la atención primaria implica reducción del gasto en los otros niveles de complejidad o es un presupuesto adicional para la infraestructura necesaria y la continuidad de este servicio). En cualquier caso, el aseguramiento público y privado requiere definir una UPC para controlar el gasto y garantizar la sostenibilidad fiscal del sistema. Tampoco se especifica nada sobre la cuenta de alto costo. Por último, el proyecto no contempla quién estará encargado de los pagos de las incapacidades y licencias. Finalmente, quedan muchas dudas sobre los seguros complementarios, los cuales han servido como un apalancador de recursos en el sistema que, en última instancia, ayudan a lograr una mayor solidaridad entre las poblaciones de mayores y menores ingresos.

La nueva estructura institucional, por su parte, no parece estar enfocada en separar funciones, asignar responsabilidades, generar incentivos y articular los diferentes actores. Más bien, parece una estructura burocrática que asigna todas las funciones a todos los organismos, lo que no conforma un sistema según la concepción de que “un sistema es un conjunto de elementos interdependientes, con funciones que se complementan e interactúan entre sí para lograr un objetivo”. Por ejemplo, el modelo actual funciona desde la perspectiva del “pluralismo-estructurado” donde cada actor tiene funciones definidas y se coordina con otros actores para articularlas —aunque, hay que reconocer, no siempre de manera efectiva. De esta manera, en el modelo actual está claro quién modula, financia, articula y presta los servicios de salud, de tal forma que cada actor vigila las actuaciones del otro para lograr la calidad en la prestación del servicio.

A pesar de que existen fallas en estas interdependencias y complementariedades, existe un orden claro que está ausente en la nueva arquitectura institucional propuesta, lo que fácilmente puede convertir al sistema en un caos si no se coordinan adecuadamente las tareas operativas de contratación, facturación, radicación, auditoría, conciliación de cuentas y formas de pago (tal como lo vivimos durante la fracasada implementación de la resolución 1479 de 2015). Estas actividades son fundamentales para el buen funcionamiento de un sistema de salud, pero en la reforma no hay claridad sobre la responsabilidad de cada

actor y la definición de los procesos. Tampoco un diseño de incentivos, ni de controles que permitan el logro de los objetivos del SS y garanticen su sostenibilidad.

Es importante señalar que un sistema de salud es inherentemente complejo y hay fuertes riesgos de entropía (caos) cuando las funciones y jerarquías no están bien definidas. Por ejemplo, en un sistema estatizado, los incentivos para el ahorro no se generan autónomamente, lo que pone en riesgo el equilibrio financiero debido a la demanda inducida. Incluso con controles, esto puede suceder y ha sucedido en Colombia y en otros sistemas de la región. En general, la demanda de servicios de salud siempre aumentará debido al cambio demográfico y a los constantes avances tecnológicos, por lo que la gestión del riesgo financiero es clave para la sostenibilidad. Por lo tanto, la arquitectura institucional debe ser clara y transparente, y tener incluso excesos de controles para no agotar los recursos escasos y reducir los riesgos de corrupción.

Un problema claro en la reforma radicada por el gobierno es la baja capacidad de los CAP y la ADRES para llevar a cabo las tareas que hacían las EPS. Las EPS tienen una estructura compleja que soporta su capacidad para recibir, atender y referir pacientes de manera ágil. Esa capacidad difícilmente se podrá alcanzar en los CAP, especialmente en zonas de baja capacidad institucional, administrativa y operativa que tienen la mayoría de los municipios del país. Por esta razón, el modelo de atención primaria debe estar ligado al aseguramiento de las personas en estas regiones, porque de otra forma la entidad territorial puede poner en riesgo su propia estabilidad financiera.

Es cierto que la falta de talento humano en salud es una problemática compleja y multifactorial que va más allá de las EPSs. La formación de especialistas es un proceso largo y costoso que requiere una inversión importante por parte del Estado y una planificación adecuada para garantizar la disponibilidad de profesionales de la salud en todo el territorio nacional.

Es importante mencionar que la reforma plantea la creación de equipos multidisciplinarios de atención primaria en salud, los cuales estarían conformados por profesionales de diferentes áreas, incluyendo médicos generales, enfermeros, odontólogos, entre otros. Esta medida busca garantizar una atención integral y de calidad a la población y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención. Sin embargo, es cierto que la formación y contratación de profesionales de la salud es un proceso que requiere tiempo y recursos, por lo que es necesario que el gobierno nacional implemente políticas públicas efectivas que permitan mejorar la oferta de profesionales de la salud en el país.

Por último, preocupa en la reforma el tema de la transición y la continuidad en la atención de pacientes crónicos. Estos pacientes deben tener atención continua y coordinada para no ponerlos en alto riesgo y poderles garantizar la atención integral. La reforma se percibe como un sistema fragmentado entre los

servicios de baja complejidad y los de mediana y alta complejidad de la población, lo cual no sucede en el sistema actual.

### El proyecto de los partidos

La propuesta de reforma presentada por los partidos Liberal, Conservador y de la U reitera la necesidad de avanzar en la estrategia de Atención Primaria en Salud, el fortalecimiento de la red pública, la formalización laboral, la necesidad de un modelo de atención diferencial en zonas apartadas y el fortalecimiento de la ADRES. Señala además un camino intermedio para las EPS: las convierte en gestoras (administradoras) de salud, encargadas de la gestión operativa del sistema, aunque mantiene la mayoría de los aspectos del aseguramiento.

La propuesta presenta un confuso planteamiento sobre el papel de las EPS dentro del nuevo sistema, lo cual resulta en un aspecto altamente controvertible. Por un lado, se busca transformar las EPS en gestoras mediante un pago por administración, mientras que por otro lado se mantienen la prima, el plan de coberturas y se crea un fondo de estabilización, además de conservar las condiciones de habilitación financiera y la vigilancia de la Superintendencia Financiera. Sin embargo, no está claro quién atenderá el riesgo financiero del sistema ni cómo se logrará la complementariedad en funciones clave, como la constitución de redes integrales e integradas, que actualmente juegan un papel central en el sistema de salud.

En materia financiera, no se identifica ni cuantifica el costo de las distintas iniciativas. Sobre todo, en lo relacionado con las actividades prevención y promoción, incluida la infraestructura necesaria. Tampoco habla de la necesidad de incorporar nuevos recursos que garanticen la sostenibilidad financiera, ni la suficiencia de la prima. Se imponen además unas condiciones de transición para que las EPS se transformen en gestoras de muy difícil cumplimiento y un esquema de incentivos poco atractivo para que puedan entrar nuevos jugadores. En el tema de los hospitales se retoma la anterior figura de los presupuestos indexados, sin relación con resultados en salud o calidad.

Con este planteamiento, las EPS se ven en la necesidad de asumir los riesgos de sus afiliados, a pesar de las limitaciones tradicionales que tiene el cálculo de la prima por parte del gobierno, la falta de manejo y control financiero de estos recursos y la imposibilidad de negociar el precio de los servicios con las IPS. De esta manera, las EPS se ven en una posición vulnerable, ya que asumen la responsabilidad legal derivada de la contratación y la prestación de servicios, sin contar con los recursos y herramientas necesarias para hacer frente a estas obligaciones.

Mientras tanto, las IPS se benefician de un esquema de pago anticipado del 80% del valor facturado mediante el giro directo en el momento de la radicación. Operando bajo un sistema de precios con un rango mínimo y máximo establecido, se crean incentivos a utilizar el valor máximo permitido para obtener un

valor cercano al 100% de la factura. Este esquema permite a las IPS contar con una fuente de financiamiento estable y garantizado, lo que les da una ventaja financiera significativa con respecto a la situación de vulnerabilidad en las que quedarían las EPS. Como consecuencia se crea un ambiente donde la falta de incentivos para mejorar la calidad de los servicios y reducir los costos puede afectar la eficiencia del sistema de salud en general: un esquema que puede fallar muy rápidamente y afectar directamente la atención y la salud de los colombianos.

### La propuesta de Fedesarrollo

Cualquiera que sea la propuesta para reformar el sistema de salud, debe abordar los principales problemas y sus causas fundamentales: i) los problemas de acceso, calidad y oportunidad especialmente en la atención primaria en salud y la escasa oferta de infraestructura y recursos humanos en los municipios más pequeños y rurales del país; ii) la sostenibilidad financiera en un mundo donde hay enormes presiones sobre el gasto generados por el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías y las necesidades de inversión relacionadas con los problemas señalados; iii) los problemas institucionales y de gobernanza desde el ente regulador (Minsalud), pasando por las bajas capacidades institucionales de los entes territoriales para asumir las tareas del sistema y coordinar a los diferentes sectores para acometer las tareas que impacten los determinantes sociales de la salud y los problemas de capacidades financieras y organizacionales de algunas EPS y la red pública.

Es imprescindible que la reforma, más que acabar o limitar las funciones de las EPS, diseñe modelos de atención y gestión que diferencien las problemáticas que enfrentan los municipios según el tamaño de la población y el nivel de ruralidad y dispersión. Para facilitar la discusión podemos agrupar los municipios según los tamaños señalando sus principales problemas, necesidades y estrategias<sup>2</sup>:

- **Centros urbanos con población mayor a 100.000 habitantes:** en Colombia hay 65 capitales y municipios que concentran 32 millones de habitantes. Allí existe una alta demanda de servicios de salud que generan tiempos largos de acceso y saturación en los altos niveles de complejidad. Uno de los principales retos que enfrentan estas ciudades, en el sector de la salud, es la disminución de los trámites administrativos para los usuarios. Cualquiera que sea el tamaño de los municipios es necesario mejorar la promoción y prevención de la salud. Al mejorar la atención primaria, se puede reducir la carga sobre los servicios de atención especializada y garantizar una atención más oportuna y eficaz. Las clínicas y centros de atención primaria en las grandes ciudades pueden ofrecer servicios de salud preventivos, educación sobre salud y promoción de la salud, así como servicios de atención médica básica. Deben fortalecerse las centrales de citas y trabajar con los

---

<sup>2</sup> Esta agrupación puede cambiar y discutir simplemente sobre municipios grandes, medianos y pequeños o sobre centros urbanos, centros poblados y rural disperso. Solo se hace con el fin de orientar la discusión.

pacientes para reducir las cancelaciones de última hora. Los trámites administrativos deben disminuirse mediante el uso de tecnología y sistemas de información interoperables entre las diferentes entidades del sector, pero debe ser una obligación para las EPS adoptar estas tecnologías.

- **Ciudades y municipios intermedios con población entre 12,000 y 100,000 habitantes:** en Colombia hay 540 municipios que tienen esta característica y concentran 16 millones de habitantes. En general, estos municipios tienen un problema de incentivos para mantener el personal médico viviendo en estos lugares (principalmente de los especialistas) y faltan tecnologías avanzadas para la atención de los pacientes. Su operación se dificulta en los niveles de mayor complejidad, pues es imposible hacer inversiones tan costosas en cada uno de ellos, por lo que la atención de segundo y tercer nivel se hace en las grandes ciudades y en los más altos niveles solo en las cuatro grandes ciudades del país. Para estos municipios es necesario adoptar modelos de atención que combinen la atención primaria y especializada, que permitan garantizar el acceso a una gama completa de servicios de atención médica a través de redes de prestación integrales e integradas. También se deben adoptar estrategias para aprovechar al máximo los recursos disponibles, como el uso de la telesalud y la colaboración interprofesional. Además, se debe prestar atención a la formación y la retención de profesionales de la salud para garantizar una atención de calidad y continuidad. Para eso es importante generar incentivos y mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud especialmente en estas zonas.
- **Municipios de menos de 12,000 habitantes:** en Colombia hay 510 municipios que tienen esta característica y concentran un poco más de 3 millones de habitantes. En estos municipios priman los problemas relacionados con los determinantes sociales de la salud y la baja capacidad institucional de los entes territoriales. En este sentido, la falta de infraestructura vial, las distancias y la dispersión de la población generan problemas de acceso en las zonas rurales. La falta de acceso físico y la conectividad a través de internet dificultan la capacidad del sistema para proporcionar atención médica de calidad, y la falta de servicios básicos como agua potable (riesgo de enfermedades transmitidas por el agua), saneamiento básico (propagación de enfermedades infecciosas), seguridad alimentaria (la desnutrición y la malnutrición pueden aumentar el riesgo de enfermedades, retraso en el crecimiento y otras complicaciones de salud) y vivienda adecuada (el hacinamiento, por ejemplo, trae consigo riesgo de enfermedades respiratorias y otras enfermedades crónicas) puede tener graves consecuencias para la salud de las personas. En estas zonas, es importante enfatizar la atención primaria de salud, ya que los servicios de atención médica especializada deben ser referenciados a otros lugares. También se deben considerar estrategias para hacer frente a la escasez de recursos humanos, como la utilización de la telesalud para las especialidades y el fortalecimiento de la atención médica domiciliaria y/o a través de unidades de

salud móviles. Se deben desarrollar programas especiales para maternas y para el cuidado de los niños en temas de crecimiento y desarrollo.

En suma, cada tipología de municipio requiere modelos de atención diferenciados, pues la experiencia es que el modelo actual no atiende adecuadamente la mayor parte de los municipios por las heterogeneidades que enfrentan. Basado en lo anterior, a continuación, se describen las diez propuestas de Fedesarrollo para mejorar el sistema de salud:

1. Diseñar los modelos de gestión para la **integración de redes integrales e integradas a nivel regional** con el concurso del gobierno nacional, los gobiernos territoriales y las EPS. El asegurador debe integrar de manera funcional las redes para la prestación del servicio involucrando, en los territorios donde tenga presencia, a los prestadores públicos en igualdad de condiciones técnicas y comerciales que los prestadores privados (para eso es necesario que las redes públicas estén acreditadas y mejoren su eficiencia, algo que particularmente no han abordado las reformas discutidas anteriormente). Las EPS deben presentar al MSPS, para su aprobación, la integración de sus redes en los tres niveles de complejidad—incluyendo la atención primaria en salud— para poder ofrecer una atención integral en sus territorios, mientras que el gobierno debe reglamentar la forma en que los prestadores puedan hacerse socios del asegurador (esto implica revisar los límites a la integración vertical sin dejar de lado la competencia deseable en el sistema; esto se discute más adelante). A nivel departamental es deseable que se conformen redes que integren los tres niveles de complejidad para ofrecer la atención integral y el modelo de APS. Durante la implementación de las redes se debe:

- Implementar un sistema de monitoreo de los resultados en salud y de seguimiento financiero de las redes integradas de acuerdo con la red aprobada. El MSPS debe asignar un área para el seguimiento de las redes y reportar a la SNS las alertas.
- Las EPS deben garantizar que la red alcance los resultados clínicos y económicos con respecto a salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnósticos, tratamientos, rehabilitación. Igualmente, deben rendir cuentas por el estado de salud de la población atendida por la red. Los indicadores deben ser gestionados a través del sistema de información del MSPS.
- Programa efectivo de saneamiento financiero de las ESE. Previo a esto debe realizarse una evaluación de las acciones y medidas realizadas por el MHCP y la SNS para identificar las fortalezas, debilidades y la eficiencia de las intervenciones que se han realizado en los últimos años.
- Reducir gradualmente el giro del 60% a la red pública en el régimen subsidiado en concordancia con la integración y el saneamiento financiero propuesto.

- Revisar los límites de la integración vertical (30%) en zonas remotas y permitir contratación individual en cada caso. En estas zonas es necesario un programa de infraestructura pública para fortalecer la atención primaria en salud (APS).
  - Terminar la transición para unificar definitiva y completamente el régimen contributivo y el subsidiado.
  - Los prestadores de atención primaria no deberían computar para el cálculo del porcentaje límite de integración vertical. Lo anterior está en línea con lo dispuesto en la Ley Estatutaria dado que es pilar de la gestión de riesgo llevado a cabo por las EPS. En este sentido, para fortalecer la atención primaria es necesario que los límites a la integración vertical se eliminen en este nivel, con el objeto de que se hagan las inversiones necesarias en los 500 municipios más pequeños del país (municipios de menos de 12.000 habitantes).
  - Es importante señalar que la integración vertical es una estructura que se requiere en la promoción y prevención que hacen las EPS y en general en la atención primaria, puesto que esa es la forma en que estas entidades gestionan el riesgo de sus afiliados para evitar costos futuros de las complicaciones médicas, para ellas en particular y para el sistema en general. Desde esta integración es que las EPS organizan la prestación, la historia clínica, los procesos de atención, sus rutas integrales, los riesgos de los pacientes crónicos y los resultados en salud. Además de lo anterior, es una capacidad instalada necesaria, que además puede servir para la atención primaria en salud, servicios que hoy el país demanda y requiere. Por lo anteriormente expuestos es necesario continuar con la integración vertical en atención primaria, y estudiar con una comisión técnica los niveles óptimos de integración para los otros niveles de atención. Esto podría requerir una gradualidad en el desmonte de las integraciones verticales existentes. En el caso de reducir los niveles de integración vertical, se debe supervisar los precios de los servicios para prevenir la formación de monopolios en clínicas de alto nivel de complejidad.
  - Para evitar la posición dominante que puedan ejercer las EPS se deben establecer normas para que todas las IPS ofrezcan sus servicios y sean contratadas bajo las mismas condiciones de mercado: contratación bajo precios promedio del mercado y pagos en los tiempos promedio.
  - El sistema de salud debe contar con mecanismos de evaluación y monitoreo continuo de su desempeño en términos de resultados, costos y calidad con el fin de identificar oportunidades de mejora y garantizar la calidad y la eficacia de los servicios de salud en los territorios (esto debe ser parte del sistema de información al cual nos hacemos referencia más adelante).
2. Constituidas las redes es necesario diseñar, reglamentar (de acuerdo con los artículos 12-14 de la Ley 1438) e implementar el **modelo de atención integral y el modelo de APS con enfoque diferencial**

en territorios (grandes centros urbanos, ciudades y municipios intermedios, zonas rurales y rurales dispersas), con el objeto de reducir la fragmentación señalada y poder llegar a la población de forma armónica e integral. Es importante señalar que el modelo de aseguramiento de las grandes ciudades, que funciona bastante bien, no puede ser el mismo para las zonas señaladas. Dependiendo del contexto demográfico, geográfico y social se deben diseñar protocolos efectivos y monitoreados en cada una de las zonas para los siguientes aspectos:

- La puerta de entrada al sistema debería ser la asignación de cada afiliado a un equipo de salud que cuente con al menos un médico familiar. También pueden ser los Centros de Atención Primaria (CAP) si las personas viven cerca de las cabeceras municipales, pero debe mantenerse la libre elección que exige la Ley Estatutaria. Lo principal para que este modelo aplique es hacer grandes inversiones en infraestructura, recurso humano en salud, tecnología y telemedicina, principalmente en los 510 municipios más pequeños del país operando bajo un modelo de gestión del riesgo en salud, como se mencionó anteriormente, en el cual se atiendan algunas especialidades de forma virtual (telemedicina) y se incorporen a una red para las ayudas diagnósticas y la referencia y la contrarreferencia de los siguientes niveles de complejidad y también se apoye la vigilancia epidemiológica y la gestión de la salud pública de estos municipios (telesalud).
- El esquema de atención de prevención de la enfermedad y promoción de la salud debe variar según las necesidades y riesgos de la población. Las actividades individuales de promoción y prevención deben ser responsabilidad plena de las EPS, mientras que las colectivas y aquellas asociadas a los determinantes sociales deben ser organizadas por la entidad territorial con el concurso de las EPS. Esto es posible solo si se fortalecen las capacidades institucionales de las direcciones territoriales de salud, con el fin de que puedan cumplir las funciones asociadas a la implementación del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) en los procesos de diagnóstico, planeación e implementación, en el marco del Plan Territorial de Salud (PTS). Es decir, que la entidad territorial debe coordinar las acciones colectivas y las políticas necesarias para atender los determinantes sociales a nivel local con los otros sectores (por ejemplo, agua potable y saneamiento básico, seguridad alimentaria, etc.).
- Los mecanismos y controles para gestionar integralmente el riesgo de la población tanto individual como **colectivamente**.
- El fortalecimiento del primer nivel de atención con las redes organizadas (ver el siguiente numeral).
- El esquema para llevar servicios de salud a bajo costo en los lugares más remotos del país.

- La atención integral e integrada entre los actores (ET, EPS). Aquí es importante definir mecanismos de articulación eficaces en cada zona a través de consejos locales.
- Mecanismos de coordinación entre prestadores y conformación de redes.
- Rutas de atención de obligatorio cumplimiento (fortaleciendo y adecuando las experiencias del MIAS y MAITE).
- Telesalud como parte de las redes integrales (especialistas) y como parte fundamental de la atención primaria en salud.

En resumen, deben establecerse responsabilidades claras para el médico familiar, el centro de atención primaria, las entidades territoriales, las EPS y las IPS. Como se mencionó, las responsabilidades sobre los determinantes sociales de la salud deben recaer sobre la entidad territorial (ET), bien sea a nivel departamental o municipal dependiendo de la capacidad de algunos municipios de asumir administrativa y operacionalmente estas funciones y articulaciones sectoriales. Igualmente deben establecerse consejos locales para la coordinación de actividades individuales a cargo de las EPS y colectivas a cargo de las ET, siempre con el concurso de los tres actores (ET, EPS, IPS-CAP). Por supuesto, para las actividades colectivas, las EPS de la zona deben colocar recursos que queden a disposición de las ET para llevar a cabo dichas actividades. Para llevar a cabo estas actividades es necesario crear o fortalecer la infraestructura (disponibilidad de energía eléctrica, internet y equipos para lograr la conectividad) y el talento humano en salud que permita esta implementación.

Como se mencionó, para las zonas más apartadas y menos conectadas del país (por ejemplo, en el Guainía donde se han hecho pilotos de modelos de atención), el modelo debe ser totalmente diferente para la atención primaria: los CAP deben ser subsidiados por el lado de la oferta para la construcción de la infraestructura mínima que pueda atender el nivel básico. Sin embargo, para los otros niveles de atención es necesario tener, de todas formas, el aseguramiento, pues los pacientes deben ser desplazados cuando requieren ser atendidos hacia niveles más alto de complejidad y porque estos costos requieren un *pool* mínimo de asegurados que solidariamente financie estos servicios. Ese *pool* mínimo de personas no se completa, ni siquiera con toda la población del Guainía: se requiere de un pool de población mucho más grande (cercano a las 700.000 personas) para diversificar el riesgo y financiar los eventos con la solidaridad que caracteriza al sistema de salud (aquí es importante señalar que actualmente el 5% de los asegurados de una EPS consumen entre el 50% y el 60% de los recursos totales de la UPC; esto es lo que en la literatura se conoce como el nivel de mayor riesgo de la pirámide de Kaiser). Esta es la razón básica que explica por qué el aseguramiento no se puede perder en el sistema de salud y por qué también ha sido el centro del éxito que reconocen organismos internacionales sobre el sistema colombiano. Dada una pirámide de Kaiser con tanta concentración de gastos en tan poca población, es necesario que reconocer que, en este tipo de sistemas, no quedan suficientes recursos para atender completamente la atención primaria, razón por la

cual, la extensión de los servicios de este tipo requiere aumentar los recursos bien sean de la UPC o bien sea de los subsidios de oferta para los entes territoriales. Es necesario resaltar como la distribución de recursos entre diferentes niveles de riesgo (pirámide de Kaiser), es parte fundamental de lo que hacen las EPS: gestionar el riesgo de sus asegurados de tal forma que hay prioridades en un mundo donde los recursos de la UPC son escasos. Por tal razón, como se mencionó, la ampliación de la atención primaria necesita de una inyección de recursos al sistema que hay que definir claramente en la reforma que se adelanta.

Igualmente, la atención primaria requiere de una territorialización que atienda necesariamente los determinantes sociales de la salud bajo la coordinación de la entidad territorial y, al mismo tiempo, profundizar en esas regiones apartadas la telemedicina principalmente en algunas especialidades, cuya cantidad en el país es totalmente insuficiente para las necesidades (más adelante se retoma el tema del recurso humano en salud).

3. 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.
  - Es deseable que la infraestructura se financie a través de asociaciones público-privadas para garantizar el mantenimiento, pero teniendo presente que este tipo de alianzas para el sector salud no debe tener la complejidad de aquellas del sector vial: es necesario reglamentar instrumentos más flexibles para permitir su viabilidad. Sin embargo, operar en zonas remotas puede resultar difícil desde el punto de vista financiero, ya que la recuperación de la inversión a través de tarifas o volumen de servicios puede ser limitada. Además, si los prestadores de servicios realizan la inversión y ponen sus recursos a disposición del Estado, es importante garantizar el pago correspondiente para no poner en riesgo su sostenibilidad financiera. En este sentido, la inversión pública es estrictamente necesaria para poder ampliar la red de servicios en los municipios más pequeños y rurales del país.
  
4. Política de **talento humano en salud**: diseñar los componentes de formación, gestión y ejercicio con los siguientes elementos:
  - Diseñar y ejecutar una rigurosa evaluación sobre las necesidades de talento humano en los territorios.
  - Diseñar un programa de créditos condonables financiado con recursos de regalías que solo sean condonables para quienes permanezcan en las regiones donde se originaron los recursos.

- Implementar un sistema de información para determinar las necesidades de talento humano con base en los indicadores básicos de la Situación de Salud (epidemiológicos y sanitarios) y la evaluación territorial. Se debe hacer énfasis en los especialistas requeridos.
  - Coordinación efectiva con el sector educación.
  - Coordinación efectiva con los departamentos.
  - Mecanismos de contratación, sistema de incentivos (ascensos), condiciones laborales y educación continua para el personal del sector.
  - Formación de equipos multidisciplinarios en las redes para la atención de pacientes crónicos.
5. En términos de la **sostenibilidad financiera** se propone:
- Aumentar la **tasa de cotización de los empleados** (pasar del 4% al 6% promedio, en un período de 4 años) y modificarla para obtener tasas progresivas (Lora y Mejía, 2021).
  - Eliminar el techo de 25 SMLV para las cotizaciones de salud exclusivamente.
  - Cotizaciones para los niveles del SISBEN por encima de los grupos C5 que no estén afiliados al régimen contributivo. Se propone estimar el ingreso presuntivo con base en los mismos niveles del SISBEN y una tasa progresiva que varíe de manera coherente con el punto anterior.
  - Impuestos saludables: impuestos a las bebidas azucaradas, a la cerveza y alcohol, vapeadores y cigarrillos electrónicos, cannabis recreativo, 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”. Como principio general, el riesgo financiero del Estado en el caso de inclusiones futuras y pasadas no debe ser trasladado a los aseguradores y/o a otros agentes privados del sistema de salud.
    - Diseñar una UPC ajustada a distintos tipos de riesgo individual o grupal, de tal forma que cada EPS reciba los recursos según la carga de enfermedad que enfrenta. La UPC, ajustada por edad, sexo, zona geográfica es insuficiente para balancear la carga de enfermedad que enfrentan algunas EPS y que las mantiene en problemas financieros.
    - Establecer que aquello no cubierto por la UPC, debe ser gestionado y pagado por giro directo desde la ADRES sin pasar por la EPS.
    - Mantener la Cuenta de Alto Costo como base de la UPC por nivel de riesgo y asegurar que debe incorporar mecanismos de ajuste ex post para condiciones o servicios para los que se demuestre distribución asimétrica entre aseguradores.

- Los ajustes *ex-ante* y *ex-post* sobre esta cuenta deben tener una revisión (*back testing*), por lo menos bienal, de forma que se garantice que el ajuste realmente compensa las asimetrías del riesgo financiero y desaparezcan las prácticas de selección de riesgos.
- Crear un sistema de seguimiento para medir la eficiencia del gasto por prestador (mediante fronteras estocásticas con diferentes variables de resultado). Los resultados anuales deben tomarse como indicadores de gestión para tomar medidas correctivas y seguimiento por parte de la SNS.
- Así mismo, se debe crear un sistema de auditoría de calidad de las IPS y un seguimiento a fondo de la SNS en la Inspección Vigilancia y Control - IVC (recordemos que en algunos carteles quienes han estado involucradas son las IPS y las ET).
- 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 (este componente también debe ser parte de los ajustes *ex-ante* y *ex-post* ya mencionados)**. Es fundamental que a partir de este análisis se dé mayor transparencia a la suficiencia de la UPC.
- Sobre el acuerdo de punto final es necesario conciliar las cuentas y hacer los cierres contables. Los sistemas contables de EPS e IPS deben incluirse dentro de los sistemas de información que se señalan en el numeral 10 y en adelante las transacciones deben hacerse exclusivamente a través de la factura electrónica.
- 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. (PND, Art 240). La política también debe incluir reglamentación y esquemas para:
  - Negociaciones centralizadas de medicamentos
  - Evaluación del costo-efectividad de los medicamentos
  - Evaluación independiente de la entrada de biosimilares
  - Las EPS deben continuar direccionando tratamientos NO PBS, pero las facturas de estos servicios deberían iniciarse desde las IPS y manejarse con Giro Directo.
- En la actualidad, la guía de precios se elabora con un manual creado en 2001 y el SOAT, pero ambos presentan problemas. Los servicios y tecnologías han cambiado y la indexación de precios ha utilizado índices inadecuados, como el salario mínimo, sin tener en cuenta la dinámica del mercado interno y externo. Se requiere un manual tarifario que establezca pisos y techos para considerar las diferentes estructuras de costos de las instituciones prestadoras de salud y la calidad de los servicios ofrecidos, especialmente los de los hospitales públicos. Sin embargo, crear un manual de tarifas es una tarea compleja que requiere tiempo y una cuidadosa consideración de diferentes factores, como estructuras de costos, diferencias regionales y salarios para diferentes

profesionales de la salud. Además, la influencia de factores políticos y económicos en la determinación y ajuste de las tarifas puede generar precios que se alejen de la eficiencia real y crear distorsiones en los distintos mercados que componen el sistema, lo que podría afectar el bienestar tanto de los usuarios como de los agentes del sector salud.

- Promover e incentivar planes voluntarios de salud, medicina prepagada, pólizas de salud, ambulancias prepagadas y planes de salud complementaria.
- Creación de una Ley de Insolvencia u otro mecanismo que haga las veces de Fondo de Garantías del Sistema.
- Trasladar la regulación y el control financiero de las EPS a la Superintendencia Financiera. Para ello es necesario revisar las normas e indicadores financieros y organizacionales que actualmente rigen para las EPS con el fin de adaptarlas a la realidad.
- El giro directo por parte de la ADRES no debe ser la norma, sino la excepción. Para comenzar la ADRES no tiene la capacidad de auditar las facturas y tampoco es deseable que lo haga en un futuro si queremos mantener la sostenibilidad financiera del sistema. Los incentivos al control de la demanda deben reposar en las aseguradoras, pues el sector público no puede ejercer adecuadamente esta tarea. Allí las decisiones están más orientadas al interés público y el bienestar de la sociedad y no a las preocupaciones directas sobre las restricciones presupuestarias. En otras palabras, los incentivos al control de los gastos pueden ser mejor ejercidos desde el sector asegurador, toda vez que el gasto en salud siempre será creciente en razón a las nuevas tecnologías, procesos y medicamentos.

6. 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: i) tener un enfoque hacia la gestión por resultados; ii) incluir todas las prestaciones que requiere el paciente en su municipio con un presupuesto global (todo incluido); iii) tener explícitamente las rutas integrales de atención; iv) licitarse para la unión de diferentes prestadores públicos y privados (la red y otros requeridos); vi) incluir en el objeto del contrato el resultado esperado y los indicadores para alcanzarlos y medirlos; vii) incluir incentivos o descuentos por calidad y desempeño y viii) ser de largo plazo (más de 2 años). Idealmente, este tipo de contratos deben extenderse a otras patologías según las necesidades y el pool de riesgos de cada EPS.

7. Continuar con el **fortalecimiento de la SNS**. 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. Adicionalmente:

- Fortalecer la SNS en los temas de auditorías; el reporte, seguimiento y cumplimiento de la circular única; seguimiento a las PQR.
  - **Depuración** de las EPS para que regionalmente queden las que mejor cumplan la habilitación financiera (reservas técnicas, capital mínimo, patrimonio adecuado) y los niveles de calidad y satisfacción. Este es uno de los puntos más críticos y urgentes que tiene el sistema actualmente.
    - En cuanto a lo regional, se deben definir unos mínimos de población por municipio o región (mínimo entre 5 mil y 10 mil afiliados) de forma que las EPS puedan desarrollar y financiar su modelo de atención de manera coherente y completa. La presencia de EPS con menor cantidad de afiliados en un municipio, provincia o región tras las depuraciones sucesivas de los últimos años debe dar paso a un evento único de traslado de usuarios dirigido por la Superintendencia y el Ministerio para garantizar estos mínimos (y los mecanismos futuros de asignación forzosa si persisten las depuraciones, deben tenerlos en cuenta).
    - En cuanto a la sostenibilidad financiera, se debe incluir la revisión de los plazos para la habilitación financiera de las EPS que permanezcan. La asignación forzosa de grandes poblaciones, la inclusión al PBS de grandes paquetes de nuevas coberturas, y la persistencia de deudas de ADRES, por remanentes del APF o por Presupuestos Máximos y recobros corrientes, ameritan nuevos plazos de magnitud similar a los definidos hace 7 años, tanto para cubrir el déficit de patrimonio y de inversión de reservas técnicas, como para computar las deudas de la ADRES con las EPS.
  - Hacer seguimiento, evaluación y auditorías a las redes conformadas.
  - Es necesario darle mayor difusión al trabajo que hace la SNS generando información de forma clara, transparente y periódica (tableros de control) sobre el estado de prestadores y aseguradores para que el paciente pueda elegir, tomar decisiones y recibir la rendición de cuentas expeditamente.
  - Debe implementarse el DL 4185 de 2011 que le asigna funciones de IVC sobre riesgos financieros de las EPS a la Superintendencia Financiera de Colombia.
8. Establecer **instancias de coordinación efectivas** con el objeto de atender los determinantes de la salud (reglamentando el Art. 7 de la Ley 1438) y las desigualdades regionales que impactan al sector. La secretaría técnica de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) debe rendir cuentas y trimestralmente a la ciudadanía en los territorios (con una rotación regional).

## 9. Salud pública:

- Hacer una evaluación para definir las acciones y el gasto en salud pública.
- Resolver los problemas de articulación intersectorial a nivel territorial para coordinar las acciones referidas a los determinantes en salud. Los lineamientos de coordinación efectiva deben ser reglamentados por la CISP con el fin de que los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud apliquen las directrices y procedimientos allí señalados.
- Diseñar e implementar un programa de transferencia de conocimiento y asistencia técnica para la estrategia PASE entre nación, departamento y municipio.
- Fortalecer la capacidad de la red pública para la prestación de las actividades colectivas (PIC) a través de asistencia técnica y el programa de infraestructura y dotación del tercer numeral.

10. Diseñar e implementar un **sistema de información público, interoperable y transaccional** que soporte las estrategias propuestas y los indicadores de resultados de las redes, EPS, IPS, contratos innovadores de riesgo compartido. Debe hacer énfasis en:

- Garantizar la conectividad local y el reporte biométrico en todos los servicios de salud.
- Garantizar el reporte permanente y en línea de los prestadores y vigilado por la SNS.
- En cuanto a información de historias clínicas, se debe avanzar con el diseño de un Conjunto Mínimo de Datos que interoperen dentro de las redes con cualquiera de los protocolos existentes, pero no a través de un software o plataforma únicos.
- Cada asegurador deberá garantizar (y hacer visible a los reguladores) un sistema de citas que garantice el acceso oportuno a los servicios.
- Sistema de garantías de acceso, oportunidad, calidad para un conjunto de patologías prioritarias. Posteriormente se debe ampliar para todas las atenciones.
- Hacer seguimiento a las redes integradas en los indicadores trazadores (financieros, servicios, resultados en salud)
- Garantizar que el sistema (que deberá usar información de, entre otros, SISPRO, MIPRES, ADRES, SNS, INS, INVIMA, historias clínicas, centrales de citas, mida desempeño para efectos de rendición de cuentas y no sea parte de la operación. Esto no solo para evitar confidencialidad en el conocimiento y estrategia de cada operador sino posibles colapsos generales del Sistema como sucedió en el caso de MiVacuna durante el COVID.
- Elaborar indicadores de eficiencia de gasto.
- Hacer interoperable los sistemas de información en toda la cadena de atención, desde el prescriptor (MIPRES) hasta el pagador (EPS o ADRES). Esta información debe ser utilizada para identificar riesgos de corrupción, resultados en salud, comparación de precios y calidad, etc.