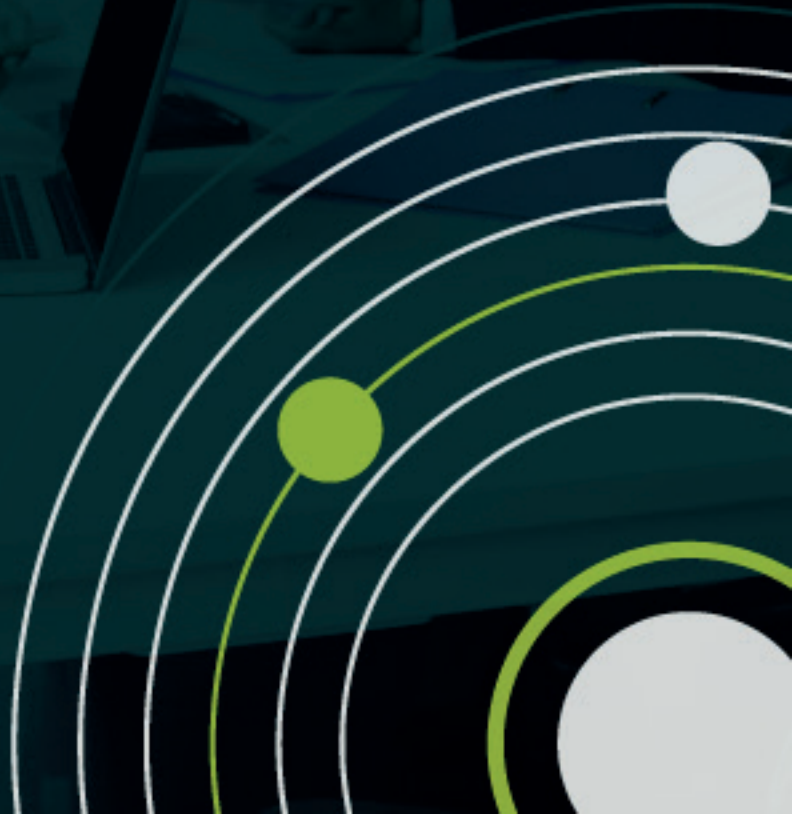


# PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD.

Logros, desafíos y oportunidades  
*Colombia 2022*

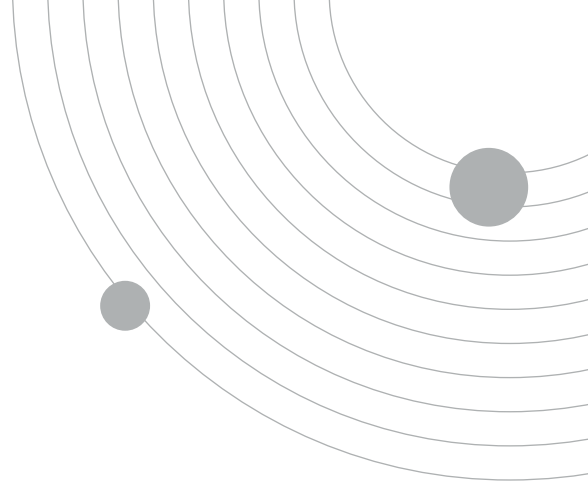






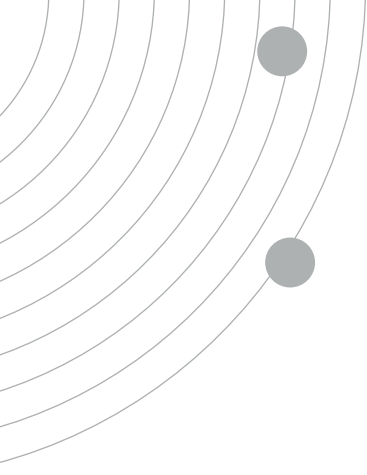
# Contenido

---



# CONTENIDO

5	<b>Introducción</b>
8	<b>2. Balance del Sistema</b>
9	2.1 Logros
12	2.2 Oportunidades
13	2.3 Desafíos
14	<b>3. Recomendaciones</b>
15	3.1 Rectoría y gobernanza
20	3.2 Modelo de Atención
25	3.3 Recursos y capacidades Talento humano
29	3.4 Futuro del sistema
32	3.5 Salud digital y CTI para la salud



# AUTORES

---

Luis Antonio Morales

Santiago Galvis

María Margarita Martínez

Ricardo Duarte Forero

Carolina Vizcaíno

Luis Alejandro Gómez

Rafael Miranda

Indira Latorre

Diana Carolina Sánchez

Juan Camilo Arias

Diana Granados

Carlos Felipe Escobar

# Presentación

---

El 19 de junio de 2022 los colombianos eligieron a Gustavo Petro Urrego y Francia Márquez como presidente y vicepresidenta de Colombia para el periodo 2022-2026. Durante la campaña, el presidente electo hizo manifiesto su interés por adelantar una reforma estructural al sistema de salud, la cual supone una reformulación de las reglas, las funciones y los actores que actualmente lo componen. Sumado a esto, la propuesta de Petro y Márquez incluye cambios en el enfoque del sistema, privilegiando la prevención de la enfermedad, el aumento del subsidio a la oferta, la interculturalidad y la equidad de género, todo ello, enmarcado en la intención de garantizar el derecho a la salud bajo los términos establecidos por la Ley Estatutaria en Salud de 2015.

Siendo la salud uno de los sectores de mayor relevancia para promover la calidad de vida y el bienestar de la población colombiana, se hace necesario ahondar en las propuestas centrales del presidente electo, y su ministra de salud Carolina Corcho, especialmente en temas como: estructura, funcionamiento, desempeño, organización, financiación, sostenibilidad y resultados del sistema.

Adicionalmente, es muy importante considerar con mayor detalle las propuestas que se hicieron desde la campaña (que probablemente se conviertan en componentes del Plan de Desarrollo) que se refieren a las condiciones laborales del personal de salud, a las transformaciones tecnológicas que el sector requiere, a las potencialidades para la innovación y a resolver las inequidades en el acceso y las brechas en la calidad de los servicios entre zonas urbanas y rurales.

Todos los comentarios, opiniones, y posiciones expresadas en el presente reporte, son consideraciones autónomas de los autores y/o derivadas de las fuentes referenciadas respectivamente, y no constituyen, de manera alguna, posiciones de las instituciones que dieron soporte al reporte, ni genera ningún tipo de responsabilidad para las mismas.



# 1. Introducción

---

Colombia ha iniciado un nuevo periodo de gobierno. Desde hace varios años, el hoy presidente Petro ha mostrado un creciente interés por los temas de salud pública y, en especial, por el sistema de salud. Durante la más reciente campaña, sus propuestas fueron ampliamente discutidas en medios de comunicación y en espacios académicos, entre otros aspectos, porque plantearon una reforma estructural del sistema creado con la Ley 100 de 1993.

Estos anuncios de campaña, a los que el Instituto de Prospectiva e Innovación en Salud (INNOS) y su equipo de pensadores les hicieron un seguimiento riguroso, con fundamento académico, buscando dilucidar su pertinencia, así como su viabilidad; se han venido decantando en las primeras semanas (transcurridas desde el 7 de agosto), tanto en declaraciones públicas como en el informe de la comisión de empalme dado a conocer en la última semana del mes de julio.

Surgen entonces varias inquietudes alrededor de esas propuestas, que deberán, luego, expresarse en proyectos legislativos y en actos administrativos. Lo que sí es claro con respecto al sistema de salud, es que se le reconocen sus méritos, sus logros significativos, sus avances, pero también sus debilidades y las oportunidades para mejorar y superar sus fallas. Este informe parte justamente del reconocimiento de los avances conseguidos durante las últimas tres décadas, y del propósito colectivo de todos los actores del sistema por fortalecer lo que ha funcionado, así como por resolver aquello que no ha dado los resultados esperados.

En el marco de la situación actual del país, cuya economía y condición fiscal quedaron seriamente afectadas como consecuencia de múltiples factores internos y externos (como la pandemia por COVID-19 y la guerra en Ucrania, por nombrar algunos); es necesario que el gobierno considere de qué manera se podrán financiar las reformas que anunció durante su campaña y cómo va a lograr que un proceso de modificación profunda de la regulación en salud, no se convierta en un factor de inestabilidad social y política en los próximos meses. Sobre este particular, el llamado de INNOS es a mantener abiertos los canales de diálogo y una absoluta transparencia en los anuncios que el gobierno haga sobre los términos de las reformas. Con ello, evitar aumento de la desconfianza y afectaciones en el logro de acuerdos con todos los sectores involucrados.



Es claro que el sistema general de seguridad social en salud dista de ser perfecto y en eso hay un consenso amplio, pero también es necesario proteger los logros que ha tenido como parte de un aprendizaje y una evolución, tanto institucional como normativa, a lo largo de estos casi 30 años. Desde la academia y, en especial desde INNOS, vemos como una oportunidad la discusión que se ha suscitado sobre las propuestas de reforma y a partir de lo que deberá ser una participación amplia, pluralista e incluyente, de distintas perspectivas teóricas e incluso ideológicas, alrededor de lo que debe ser el sistema de salud para las próximas décadas.

Hemos observado desde INNOS un gran compromiso y una absoluta disponibilidad de todos los actores del sistema por integrarse en este diálogo amplio. Todos coinciden en que se deben corregir y castigar las conductas erróneas que han derivado en pérdida de recursos, en fallas en la integralidad y en la calidad de la atención y en los vergonzosos casos de corrupción que han minado la confianza institucional. De igual forma, se deben reconocer los logros, los avances, las conquistas sociales e institucionales que el mismo sistema ha producido, por nombrar alguno, la consolidación de una red de prestadores de servicios de salud de alta calidad que es ejemplo para la región.

De esta forma, INNOS asume un compromiso para ser un nodo que promueva las transformaciones que el sistema requiere, fortaleciendo su capacidad de convocatoria de distintas voces, aportando conocimientos y análisis, y siendo un enlace con la institucionalidad del sector salud, así como de los esfuerzos de muchos innovadores que definitivamente dinamizarán y robustecerán estos cambios.

Así pues, el presente documento es producto de uno de estos análisis y ha sido construido por expertos en diversos temas relacionados con la salud. Inicia por una síntesis del balance que INNOS hizo de la situación del sistema al finalizar el periodo de gobierno anterior, seguido por un conjunto de recomendaciones que abordan temas como: rectoría y gobernanza, modelo de atención, recursos y capacidades, talento humano, sostenibilidad y flujo de recursos, futuro del sistema y CTI para salud y bienestar.



## 2. Balance del Sistema

---

# 2. BALANCE DEL SISTEMA

## 2.1. Logros

En el largo plazo, desde la implementación de la Ley 100 de 1993, la cobertura del aseguramiento (la cual se mide por la afiliación a los diferentes regímenes), se ha incrementado por encima del 90 % a partir de 2003. Por ejemplo, entre el 2002 y el 2008 “el régimen subsidiado creció 2,8 veces más que el régimen contributivo (Agudelo Calderón et al., 2011, p. 2818). Para 2021 los datos mostraron que alrededor del 97 % de la población se encontraba afiliada, el 46,5 % manifestó estar afiliada al régimen contributivo, mientras que, el 53,2 % estaba afiliado al régimen subsidiado (DANE, 2021).

Para 2022, según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, el nivel de afiliación en las zonas urbanas se ubicó en 92,7 %, entre tanto, en las zonas rurales y dispersas del país, el nivel de afiliación fue del 94,3 %. Si se compara con el año 2005, en el área urbana las afiliaciones ascendían a 71,2 % y para las zonas o áreas rurales fue de 59,5%, es decir, el número de afiliados se ha incrementado sustancialmente. No obstante, para 2021 persisten las diferencias frente al régimen de afiliación, en las ciudades persiste la afiliación al régimen contributivo (56 %) y en las poblaciones rurales el 83,4 % está afiliada al régimen subsidiado (DANE, 2021).

Frente al tema de los gastos en salud, es importante mencionar que desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 se han evidenciado tres elementos importantes. En primer lugar, un cambio en la composición de los recursos públicos y privados. En la actualidad, el gasto público representa el 75 % del gasto total, frente a un 55 % en la década de 1990. Esto significó una reducción del porcentaje del gasto privado en un 25 %. En segundo lugar, se dio una reducción del gasto de bolsillo, la cual se ha mantenido en el tiempo. Y, por último, el gasto en salud ha aumentado de manera sostenida. Así, desde 1993 el PIB ha venido aumentándose en un 1 %, para 2020 este se ubicó en un 7,8 % (Espinal-Piedrahita y Restrepo Zea, 2022).

Otros logros del sistema de salud pueden evidenciarse en los indicadores de calidad, los cuales están relacionados con la atención. Así, desde la década de 1990 se ha evidenciado un incremento en la expectativa de vida, pasando de 69 años a 77 años en 2018. Igualmente, entre los años 2010 y 2018 se observó una reducción de la mortalidad materna. Según datos del DANE en dicho periodo se presentaron 26 muertes por cada 100 000 nacido vivos menos, así la Razón de Mortalidad Materna (RMM) pasó de un 71,6 % en 2010 a 45,3 % en 2018. No obstante, desde 2019 se ha venido presentando un incremento.

Durante los últimos años el sistema de salud ha tenido logros que vale la pena mencionar. En el corto plazo uno de los más significativos es el avance en el Acuerdo de Punto Final, el cual, según el Ministerio de Salud y Protección Social -MinSalud-, es el conjunto de medidas cuyo objetivo es hacer más eficiente lo relativo al gasto en Salud. En ese sentido, el propósito de este acuerdo busca sanear lo que el gobierno saliente denomina dudas históricas con el objetivo de garantizar el financiamiento y sostenibilidad del sistema de salud en Colombia.

Asimismo, en este período se avanzó en el diseño de mecanismos para garantizar el financiamiento de servicios y tecnologías no cubiertas por la Unidad de Pago por Capitación (UPC). De esta manera, mediante la Resolución 585 de 2021 se establecieron disposiciones frente al tema de los presupuestos máximos para la gestión y financiación girados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) a las Empresas Prestadoras de Servicios (EPS).

Otro logro a destacar es la actualización del Plan de Beneficios en Salud -PBS- mediante la Resolución 2292 de 2021, la cual dio un paso importante en lo relativo al traslado de tecnologías que se financiaban a través de los presupuestos máximos. Esta resolución entró en vigor el pasado 1 de enero del presente año e incluye, además, de 654 nuevos procedimientos, 309 pruebas de laboratorio, tratamientos de rehabilitación oral y tratamientos a través de radioterapias. También, alrededor de 980 grupos de medicamentos serán financiados con recursos de la UPC.

Así mismo, frente al tema de la protección financiera de la población frente a gastos catastróficos en salud, el país cuenta con el gasto de bolsillo más bajo de la región, según la Encuesta Nacional de Presupuestos de Hogares (ENPH) (DANE, 2018), los hogares colombianos destinan solo el 1,7 % del gasto total de sus presupuestos familiares para servicios de salud.

Para el caso de la **Supersalud** es importante destacar que, en los últimos cuatro años, catorce (14) EPS han entrado en procesos de liquidación, ya que no han cumplido con los indicadores, entre las que se destacan Saludcoop, Coomeva, Medimás, Cruz Blanca y Cafesalud, entre otras. También, se destaca que ocho (8) EPS se encuentran bajo vigilancia especial. Estas son Smet Salud, Capresoca, Comfachocó, Comfaguajira, Comfahuila, Convida, Ecoopsos, Savia Salud. Dos (2) están en procesos de recuperación, como es el caso de Capital Salud (por ejemplo, en la primera semana del mes de agosto se levantó el plan de recuperación de Capital Salud) y una sola EPS está bajo intervención, Emssanar.

Si bien es cierto que, en materia de salud en los últimos cuatro años, el sistema de salud debió centrar su atención en la emergencia ocasionada por la COVID-19, buena parte de los objetivos y estrategias planteados en el Plan Nacional de Desarrollo se implementaron de manera transversal para responder adecuadamente a la pandemia. Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social tuvo varios logros, entre los que se destacan:

Se avanzó en el plan de vacunación, según datos de *Our World in Data* para el mes de mayo de este año se tenían las siguientes cifras, el 70,7 % de personas están completamente vacunadas, mientras que, el 83,1 % cuenta por lo menos con la primera dosis.

Según la Dirección de Prestación de Servicios del MinSalud (2022) pasó de tener 5.400 camas de *cuidado intensivo* a contar con alrededor de 13 mil camas.

Se incrementó la capacitación del talento humano en cuidado intensivo.

Se consolidó la *teleconsulta y la telemedicina* como una alternativa del sistema.

# 2. BALANCE DEL SISTEMA

## 2.2. Oportunidades

Frente al tema de las oportunidades hay varios aspectos a resaltar del sistema de salud colombiano. En primer lugar, el sistema de salud cuenta con una metodología de regulación de precios con base en referenciación internacional, tal como lo establece la Ley Estatutaria en Salud, y a través de la cual está regulado cerca del 90 % del mercado farmacéutico. Al respecto, la política de regulación de precios continúa avanzando. Esto es importante por dos razones (*MinSalud, 2021*): a) Reducir los precios de los medicamentos se traduce en un ahorro Sistema General de Seguridad Social en Salud y b) promueve la eficiencia en el gasto.

En segundo lugar, el sistema de salud cuenta con el *Plan Decenal de Salud (2022-2031)*, pensado como una política de estado, el cual establece los objetivos, las metas y estrategias que en los próximos años deberán adelantar los gobiernos de turno. En ese sentido, el Plan centra su atención en tres desafíos: el derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida a través de la adecuada gestión de los determinantes sociales en salud. Así pues, dicho plan responde a los principios que se mencionan en la *Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015)*, tales como, la dignidad, la progresividad, la transparencia e integralidad del sistema.

## 2. BALANCE DEL SISTEMA

### 2.3. Desafíos

El sistema de salud colombiano ha tenido avances importantes en la última década. No obstante, hay algunos desafíos que vale la pena mencionar, ya que estos dependerán de las decisiones que en salud se tomen durante los próximos cuatro años. En primer lugar, el sistema de salud debe fortalecer todas las acciones tendientes a la atención primaria, en especial, el tema de sostenibilidad financiera y las necesidades territoriales particulares.

En segundo lugar, aunque, se han llevado a cabo esfuerzos para mejorar la presentación de los servicios en términos de calidad, es importante tener en cuenta que estos se ven afectados por factores sociales, tales como, el aumento en la esperanza de vida, la transición demográfica, la expansión de la sobrevivencia y la aparición de las enfermedades crónicas.

En tercer lugar, es importante migrar los mecanismos de reembolso a aquellos que atiendan a recompensar la gestión del riesgo en salud y los resultados en la población. Igualmente, se debe avanzar en la determinación de una metodología que determine el valor terapéutico que aportan las nuevas tecnologías a la salud de los colombianos y al sistema de salud. Lo anterior es importante, puesto que, centrarse en tecnología para la que existe una demanda local, motivará a las empresas locales a desarrollar proyectos de innovación que se adapten a las necesidades y generará beneficios indirectos que impactarán la economía local. Además, sería fundamental fortalecer el sistema nacional de propiedad intelectual. Esto es parte integral de los esfuerzos para promover la transferencia de tecnología y la innovación.

En cuarto lugar, permitir que las empresas extranjeras participen en proyectos en los que se esté desplegando financiación pública para fortalecer la capacidad industrial. Esta colaboración intersectorial representa una importante oportunidad para el desarrollo económico. Finalmente, considerar el reconocimiento mutuo de las decisiones administrativas o reglamentarias. Este enfoque se puede aplicar tanto dentro de las regiones como entre países.





# 3. RECOMENDACIONES

---



# 3. Recomendaciones

## 3. 1. Rectoría y gobernanza

### Aspectos claves:

- Reforma al sistema de salud.
- Avances y desafíos del sistema de salud en la actualidad.
- Creación del Consejo Nacional de Salud (CNS): retos y oportunidades.
- Creación de un Fondo Único de Salud (FUS): retos y oportunidades.

Uno de los aspectos esenciales de una reforma al sistema de salud en Colombia es la definición de los principios que orientan la estructura, la rectoría y los mecanismos de gobernanza. En los últimos meses, el nuevo gobierno ha hecho públicas algunas de las iniciativas que buscan transformar la estructura del sistema de salud vigente, sugiriendo alternativas que significan un cambio importante para los actores y sus formas de relacionamiento; por ello, ante este panorama, resulta pertinente revisar el alcance de tales iniciativas e identificar los principales retos de su implementación.

Aunque como resultado del debate público han emergido diversas insinuaciones y conjeturas, hay tres iniciativas que se distinguen con claridad en las propuestas hechas por el nuevo gobierno. La primera iniciativa planteada consiste en la creación de un sistema único, público, universal y preventivo, sin regímenes contributivo y subsidiado, en el que la prestación de los servicios no dependa de la capacidad de pago de los usuarios. La segunda, contempla la constitución de un Consejo Nacional de Salud (CNS) liderado por el Ministerio de Salud, pero con la participación de los diversos actores del sistema. Se propone que el CNS asuma la rectoría del sistema y cuente con equivalentes territoriales liderados por las secretarías de salud. Se ha planteado que su función principal será orientar la conformación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, privilegiando un enfoque territorial. Finalmente, la tercera propuesta considera la creación de un Fondo Único de Salud (FUS) con unidades descentralizadas que retome y amplíe las funciones y capacidades del ADRES. De acuerdo con lo manifestado por el gobierno, su principal labor será unificar las fuentes de financiamiento y su recaudo, con el propósito de asumir los pagos a prestadores y proveedores públicos y privados. Al igual que el CNS, se propone que el FUS cuente con unidades descentralizadas con adscripción territorial. Es importante resaltar que estas propuestas incorporan elementos necesarios para avanzar en una mejora de las capacidades y los resultados que actualmente tiene el

sistema de salud en Colombia. Por ejemplo, es pertinente insistir en el desarrollo de estrategias que privilegien la prevención de la enfermedad; fortalecer mecanismos que promuevan mayores índices de equidad en el acceso a los servicios y las tecnologías en salud; delinear políticas que consoliden la institucionalidad del sistema; y adelantar reformas con enfoque territorial que reconozcan las diversidades propias de la población colombiana. No obstante, también es conveniente examinar algunos elementos contenidos en las propuestas mencionadas, con el propósito de revisar los avances que al respecto ha tenido el país y analizar los retos inherentes a su implementación.

Frente a la propuesta que contempla crear un sistema único, público, universal y preventivo, sin regímenes contributivo y subsidiado, es importante señalar que en los últimos 30 años el país ha avanzado significativamente en la estructuración de un sistema universal y solidario de naturaleza mixta, con tasas de cobertura cercanas al 100 % y con un **índice de cobertura efectiva** del 74 %. Gracias a ello, en la actualidad, alrededor de 25 millones de personas se encuentran afiliadas al componente subsidiado del sistema, lo cual significa que tienen derecho al mismo paquete de servicios y tecnologías (PBS) de quienes pertenecen al régimen contributivo. Además, todos los usuarios del sistema cuentan con mecanismos que proveen protección financiera ante eventos catastróficos en salud y desestiman la selección adversa por parte de los aseguradores. De la misma manera, cabe destacar que las fuentes de financiación correspondientes a recursos fiscales y contribuciones parafiscales representan más del 70 % del gasto total en salud, lo que contribuye a que el gasto de bolsillo de los colombianos (15 %) sea uno de los **más bajos de América Latina**. Ante este panorama, es importante señalar que dentro del modelo vigente se han logrado avances significativos en materia de cobertura universal, eliminación de barreras financieras, solidaridad y equidad, y que las reformas que se adelanten deben apuntar a mantener y mejorar esas conquistas. Asimismo, es importante mencionar que bajo la estructura del sistema actual el país ha logrado reducir sistemáticamente indicadores sensibles de salud pública como la mortalidad infantil y la mortalidad materna, esto a pesar de que las cifras siguen siendo altas en comparación con las de otros países de la **OCDE**.

Ahora bien, está claro que el sistema aún tiene enormes desafíos que requieren especial atención, y que, de resolverse, contribuirían enormemente a cumplir las expectativas establecidas por el nuevo gobierno. Por un lado, se necesitan acciones concretas orientadas a fortalecer el enfoque preventivo, lo cual demanda revisar los incentivos que contempla el sistema para alinear a los actores alrededor de objetivos comunes. En segundo lugar, conviene avanzar en la eliminación de las barreras de acceso, particularmente de aquellas que impiden el **goce de servicios y tecnologías a cargo de la UPC**. Para ello, es importante garantizar la oferta de tecnologías, talento humano e infraestructura que mejoren la oportunidad, particularmente en aquellas zonas menos densamente pobladas (con un mercado más reducido) donde su

disponibilidad es más escasa. Finalmente, hay que avanzar en equiparar la UPC de ambos regímenes y mejorar los mecanismos de fiscalización de esos recursos; la unificación del plan básico de salud debe estar respaldada por recursos financieros nuevos que garanticen la simetría en las primas de seguro (o sus equivalentes). Transitar en esa dirección podría contribuir enormemente a alcanzar los propósitos de universalidad, equidad y acceso oportuno que persigue el gobierno entrante.

En relación con la segunda propuesta, que contempla la creación de un CNS que asuma la rectoría del sistema y oriente la conformación de las redes de servicios con enfoque territorial, hay que señalar cómo el país ha avanzado significativamente en el desarrollo e instalación de capacidades orientadas a ejecutar esas mismas funciones. Cabe reconocer los aprendizajes que hoy tienen los distintos actores del sistema en materia administrativa, en el manejo de información, en la gestión del riesgo, en la configuración de redes de prestadores y proveedores, en el desarrollo de infraestructura y en el diseño de mecanismos para garantizar la sostenibilidad financiera. Igualmente, son sustanciales los ajustes que se han hecho a la administración de los recursos, por ejemplo, con el incremento del giro directo, y el fortalecimiento institucional de las instancias de vigilancia y control, lo cual se traduce en mayor eficiencia y capacidad de respuesta ante los problemas persistentes.

Teniendo en cuenta este horizonte, es importante señalar que la entrada de un nuevo actor como el CNS debe considerar mecanismos de transferencia de las capacidades instaladas, ya que construir las nuevamente resultaría muy costoso (social y financieramente hablando) para el sistema de salud. En ese sentido, es fundamental que cualquier transición se realice sobre la base de un proceso de diálogo amplio y de cooperación constructiva que involucre al conjunto de actores que actualmente operan dentro del sistema, incluidas las EAPB que se encargan de la conformación de redes integrales e integradas de servicios, y los aseguradores que gestionan planes complementarios y prepagados. En el mismo sentido, resulta urgente garantizar que los capítulos territoriales del CNS cuenten con las capacidades de gestión suficientes para administrar las redes de prestadores y proveedores que queden a su cargo en las regiones, particularmente en aquellas donde la oferta de servicios es escasa.

Al respecto, conviene evitar que, ante la falta de capacidad instalada en los entes territoriales para configurar redes de servicio, los prestadores y proveedores privados opten por constituir esquemas de aseguramiento independientes del sistema público de salud, y que se concentren en ofrecer servicios a los sectores de la población con capacidad de pago. Esta transición aumentaría la fragmentación del sistema, generaría presiones adicionales sobre la oferta de talento humano e infraestructura, e incrementaría las barreras financieras para las poblaciones más vulnerables. Una transición como la propuesta debe ser muy sensible a las particularidades territoriales del país, para evitar que las reformas terminen afectando los principios de equidad y solidaridad, concentrando la oferta en los sectores más ricos y afectando la posibilidad

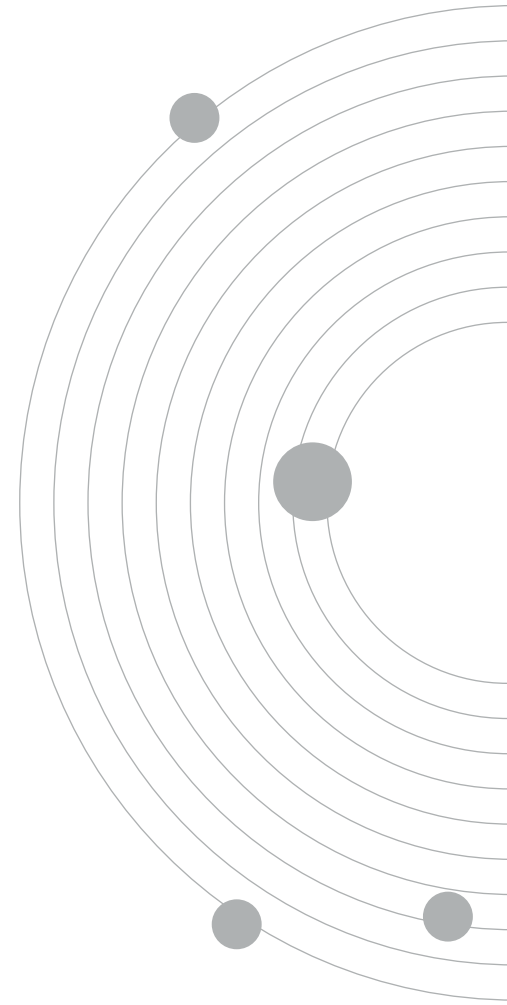
de que los usuarios reciban atención oportuna y de calidad.

Cabe destacar que, la iniciativa de crear los CNS, puede contribuir a establecer mejores mecanismos de gobernanza, en la medida que contempla la participación de los diversos actores del sistema. Igualmente, es pertinente que se busque avanzar en la implementación de modelos de gestión y atención que respondan a las necesidades epidemiológicas, geográficas y demográficas de los distintos territorios del país. De todas maneras, no hay que perder de vista que avanzar en esa dirección supone ajustes graduales y coherentes con la estructura vigente del sistema. Vale la pena, por ejemplo, analizar la experiencia de los extintos Consejos Territoriales de Seguridad Social (1993-2007) y de la Comisión de Regulación en Salud; analizar la experiencia de las direcciones locales, de las secretarías municipales, distritales y departamentales y considerar casos como el Fondo Financiero Distrital de Salud y Metrosalud. También, es necesario revisar las capacidades actuales de los entes territoriales y las que requerirían para asumir las nuevas funciones a partir de lo establecido en la **Ley 715 de 2001**. Igualmente, conviene analizar los problemas que hoy tienen los diversos mecanismos de participación vigentes. Si bien hay instancias y procesos orientados a la inclusión de los diversos actores, no es claro su efecto en la toma de decisiones, en la implementación de políticas y programas ni en su evaluación y seguimiento.

Finalmente, la propuesta que contempla la creación de un Fondo Único de Salud (FUS) con unidades descentralizadas, para que administre la totalidad de los recursos financieros, debe partir de reconocer los avances que en esa materia ha tenido el sistema de salud. En primer lugar, son patentes las mejoras derivadas de la transición del FOSYGA al ADRES. La nueva administradora ha logrado establecer mecanismos que permiten ejercer un mayor control sobre los recursos girados a las EAPB, como es el caso de los presupuestos máximos para la prestación de los recursos no financiados por la UPC. Así mismo, la entidad ha avanzado en la implementación del giro directo, lo cual facilita el flujo de recursos a los prestadores y, por lo tanto, garantiza la continuidad de la atención a los usuarios del sistema.

En ese sentido, la creación de una nueva entidad que reemplace la actual ADRES, debe partir de un diagnóstico suficiente de uno de los componentes más complejos del sistema de salud: la financiación. Por un lado, debe definir los mecanismos de pago (presupuestos históricos, subsidio a la oferta, pago por evento, pago por capitación), garantizando que estos contribuyan a mantener la sostenibilidad financiera del sistema. Por otro lado, es fundamental establecer instrumentos de control sobre los recursos, particularmente en las unidades descentralizadas que requieren transparencia y posibilidad de fiscalización y escrutinio público para evitar el uso inadecuado de los dineros que gira el FUS. Es muy importante asegurar que las unidades descentralizadas se mantengan técnicamente dotadas en recursos idóneos, evitando que sean permeadas por la burocracia y el clientelismo. Así mismo, más allá de los cambios que finalmente se implementen, es necesario que se avance en la

construcción de un sistema de información unificado que contribuya, no sólo a la transparencia en todos los componentes del sistema, sino al fortalecimiento de las relaciones de confianza entre los diversos actores. Es claro que el sistema de salud requiere adaptarse a las exigencias de contextos complejos y dinámicos, lo cual demanda un esfuerzo colectivo que promueva la cooperación de todos los sectores involucrados.



# 3. Recomendaciones

## 3. 2. Modelo de Atención

### Aspectos claves:

- Fortalecimiento de acciones de promoción, prevención y detección temprana.
- Avanzar en el MAITE y fortalecer las RIPSS.
- Aumentar los recursos para las acciones preventivas.
- Mejorar las capacidades de respuesta y resolución en los niveles primarios de atención, tanto en las zonas urbanas como en las rurales y dispersas.

Uno de los temas sensibles –y pendientes– del diseño e implementación de modelos de atención en salud, ha sido la incorporación de un enfoque de prevención efectivo que contribuya a disminuir las tasas de morbi-mortalidad y favorezca la estabilidad financiera de los sistemas de salud. En reiteradas ocasiones, el actual gobierno ha señalado que tiene la intención de implementar un modelo de atención que privilegie el enfoque preventivo y predictivo, lo cual supone una serie de desafíos en su articulación con los modelos actuales. Así mismo, desde el MinSalud se ha hecho hincapié en la importancia de que el sistema tenga un enfoque intercultural, buscando así reconocer las prácticas en salud de los diferentes pueblos del país. Desde luego, pensar en la prevención, la predicción y la interculturalidad no se circunscribe a la necesaria acción de robustecer las redes de atención primaria, mejorar las estrategias de educación, desarrollar los mecanismos de detección temprana y habilitar servicios con enfoque diferencial; por ello, resulta pertinente revisar cuál es el estado actual del modelo de atención y que retos afronta el nuevo gobierno.

Cabe recordar que, bajo el marco normativo vigente, el Estado tiene la obligación de adoptar las políticas necesarias para asegurar la prestación del servicio de salud en condiciones de igualdad. Esto fue reiterado de manera precisa en la Ley 1751 de 2015 y ha sido un tema contemplado en varias sentencias de la Corte Constitucional. En consecuencia, mediante la resolución 429 de 2016, se desarrolló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo modelo de implementación fue, inicialmente, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Luego, como consecuencia de la Resolución 2626 de 2019, se transitó hacia el Modelo de Acción Integral Territorial

(MAITE), argumentando la necesidad de fortalecer la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio.

Si bien la Resolución 2626 estableció que la primera fase del MAITE debía cumplirse durante los primeros seis meses del año, varias dificultades (incluida la pandemia de COVID-19) condujeron a que en junio de 2020 tan sólo cinco entidades territoriales hubieran avanzado en el proceso (Bogotá, Boyacá, Bolívar, Putumayo y Nariño). Así mismo, según el informe de auditoría del 2019, los planes de implementación llegaban a un promedio del 49 % en el cumplimiento de las metas. En consecuencia, mediante Resolución 1147 de 2020, el MinSalud resolvió ampliar los plazos para la implementación, lo que denota un rezago que deberá ser puesto en la agenda del nuevo gobierno y considerado en una eventual reforma al sistema de salud.

Por otro lado, hay que advertir que la PAIS estableció las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Las primeras, funcionan como un conjunto articulado de prestadores de servicios de salud que se organiza desde las EAPB, buscando fortalecer su red de prestadores de servicios de salud en un territorio, para lograr la integralidad de la atención para sus afiliados. Las segundas, funcionan como un instrumento regulatorio para la atención de las cuestiones prioritarias en salud, desde la promoción de la salud y la detección temprana de alteraciones, la atención materno-perinatal y las enfermedades de más alto riesgo y prevalencia en el país (entre ellas las patologías de alto costo). Si bien en los últimos años se enunciaron varios aspectos relacionados con la habilitación de las redes, faltan instrumentos para que éstas logren implementarse de manera adecuada, por ejemplo, deben fortalecerse los detalles técnicos para que logren cumplir sus objetivos en el territorio, así como fortalecer la asignación de recursos. También es importante mencionar que, frente a las RIPSS, el gobierno elaboró en junio del 2022 un borrador de resolución para crear nuevas condiciones para la habilitación y continuidad de dichas redes, con la cual se derogaría la Resolución 1441 de 2016. El desafío frente al punto anterior es la adscripción poblacional, de tal manera que la red garantice de manera integral atención y resultados en salud a grupos poblacionales cuyo tamaño variará según se trate de espacios urbanos, rurales, niveles de dispersión, características socioculturales y epidemiológicas. Según se entiende en las propuestas del nuevo gobierno, se reorientará el sistema hacia una organización territorial en la cual las RIPSS tendrán un rol fundamental si se busca avanzar en mayor integralidad, accesibilidad y calidad de la atención.

En este contexto, tal como se mencionó previamente, aparece el desafío que supone la implementación de un modelo preventivo y predictivo. Uno de los elementos recurrentes cuando se analiza la pertinencia de la prevención, es la tendencia a que los sistemas de salud (y los incentivos financieros) se centren en el tratamiento de la enfermedad. Esta situación puede explicarse por varios factores, entre los que se



destacan la poca capacidad de resolución en las intervenciones del nivel primario, lo que genera, entre otras consecuencias, sobrecarga de los niveles complementarios o especializados, al igual que en los servicios de urgencias que han presentado situaciones de colapso en algunos lugares. Otro factor para tener en cuenta es que la mayor parte de los recursos se gastan en los niveles especializados, dejando poca disponibilidad para fortalecer las acciones preventivas y de detección temprana de alteraciones. En este asunto es importante revisar los mecanismos de pago a los proveedores de servicios de salud, que pueden tener incentivos mayores hacia las actividades curativas que hacia las preventivas. También, hay una distribución desigual entre las zonas urbanas, especialmente, las principales ciudades, y las zonas rurales por cuestiones de infraestructura y una diferencia en el trabajo de las redes prestadoras de servicio. Igualmente, hay una brecha entre la red privada y la red pública. En este aspecto vale la pena resaltar que las diferencias y las dificultades de comunicación y de coordinación entre entidades privadas y públicas, se superó de manera muy positiva durante los meses más críticos de la pandemia.

Estas experiencias de coordinación entre actores (públicos, privados, aseguradores, prestadores, entidades territoriales) son fundamentales para avanzar en algunos de los aspectos más débiles del sistema. En todo caso, en el sistema de salud colombiano existen programas y acciones preventivas desde sus inicios, que pueden robustecerse para mejorar su cobertura y su impacto. Una de las más reconocidas es el **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**, que ha sido valorado en toda la región y que también puede fortalecerse para ampliar su cobertura y sus impactos positivos en la salud pública.

Uno de los mayores desafíos que enfrenta la implementación de un modelo preventivo y predictivo es el fortalecimiento de la red de prestadores, a través de la conformación de equipos médicos interdisciplinarios que cubrirán de manera activa y progresiva todo el territorio nacional, comenzando por el área rural, como ordena el compromiso del **Plan Nacional de Salud Rural**. Este es un asunto importante que vale la pena profundizar para cerrar brechas históricas en la atención de las zonas rurales y dispersas. De igual manera, pensar un sistema preventivo y predictivo implica un esfuerzo por mejorar los sistemas de información, de forma que los datos permitan crear modelos que ayuden a una mejor toma de decisiones cuando se presenten situaciones de emergencia y para anticipar cambios importantes en los factores de riesgo.

Frente al caso de la dignificación del servicio que presentan los trabajadores del sector salud, en la legislatura pasada (julio 2021-julio 2022) se presentó un proyecto de ley (Proyecto de Ley 20/21 Cámara/Proyecto de Ley 315/22), que tenía como objetivo promover el respeto del talento humano en salud. De esta manera, en marzo de 2022, se publicó el concepto jurídico por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en el cual se expusieron una serie de consideraciones al texto aprobado en segundo



debate respecto al artículo 2 del proyecto legislativo. El Ministerio de Hacienda hizo hincapié en dos situaciones: en primer lugar, una propuesta de este tipo puede generar un requerimiento de liquidez o de capital trabajo para las Empresas Sociales del Estado (ESE). En segundo lugar, un incremento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ya que los costos laborales pueden trasladarse al pagador de los servicios. Para la propuesta de la iniciativa contenida en el artículo 8, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público estableció que, para mantener el trámite correspondiente de la iniciativa, el proyecto debe contar con el aval del gobierno nacional, y, además, requeriría de apropiaciones que no están previstas en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, ni en el Marco de Gasto de Mediano Plazo del sector salud. Por consiguiente, el nuevo gobierno deberá presentar un proyecto encaminado a mejorar las condiciones laborales del sector salud.

En lo que se refiere al diseño e implementación del sistema de salud intercultural se debe reconocer que la **Ley 1715 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud)**, en el artículo 6, estableció la importancia de la interculturalidad y la protección de la población indígena, ROM, negra, afrocolombiana, raizal y palenquera; así, por ejemplo, en el caso de los pueblos indígenas, en enero del presente año el **MinSalud** presentó los avances del Plan de Trabajo propuesto para la vigencia 2021 de la Subcomisión de Salud Indígena de la Mesa Permanente de Concertación, en donde se mostraron progresos en el documento Base SISPI (Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena). Igualmente, se presentó la Guía Metodológica para la construcción de modelos de salud propia y la aprobación de la **Circular 011 de 2018**, para avanzar en la construcción e implementación del SISPI a nivel territorial.

En el caso de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, el informe presentado por el **MinSalud**, **“Logros obtenidos: vigencia 2020”** mencionó que, frente a la elaboración del documento de lineamiento para el enfoque diferencial en salud para vigencia 2020, se tenía un cumplimiento del 70 % sobre un 70 % previsto. Asimismo, se han mantenido el Espacio Nacional de Consulta para que las diferentes entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos), incluyan a estas comunidades en la planeación territorial en salud (PTS) e, igualmente, en los planes de intervención colectivas (PIC).

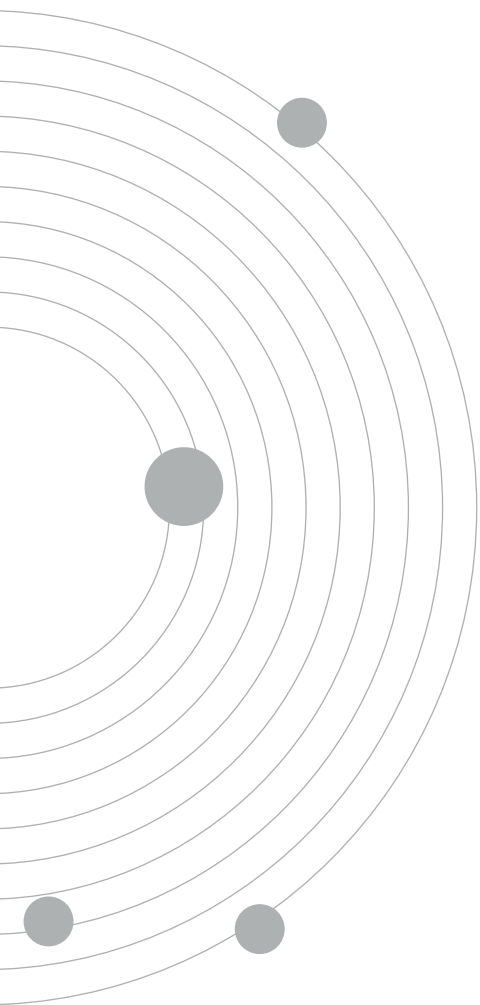
### *Implementación de la propuesta*

La experiencia de Bogotá durante la alcaldía del presidente Petro, tiene mucha relación con este modelo propuesto. En ese periodo de gobierno se desarrollaron acciones preventivas con equipos extramurales en zonas de alta vulnerabilidad de la ciudad. Estos equipos hacían visitas domiciliarias para identificar riesgos, dar orientación sobre acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades y también sobre el acceso a los servicios intramurales. En este último aspecto, se generaba una inducción de demanda a

los servicios del PBS a cargo de las EPS a las que cada persona estaba afiliada. El modelo tuvo serias dificultades para lograr que la inducción de demanda fuera eficaz en muchos casos porque no existía coordinación entre las actividades extramurales, incluidas en el Plan de Acciones Colectivas (PIC) y el entonces Plan Obligatorio de Salud (POS). Esto debe ser tenido en cuenta por el nuevo gobierno.

Sumado a lo anterior, el costo operativo de los equipos básicos de salud (EBS) extramurales debe analizarse teniendo en cuenta las fuentes de financiación (PIC-PBS). Hay modelos interesantes de Trabajadores en Salud Comunitaria (TSC) que se han aplicado en el país y en otros lugares del mundo, que pueden tomarse como referencia. En este sentido hay toda una línea de trabajo desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ha promovido la incorporación de los TSC a los sistemas nacionales de atención en salud.

Se ha documentado que estos TSC pueden contribuir mediante acciones como: Diagnóstico, tratamiento y cuidados clínicos, inducción de demanda, educación en salud, promoción de cambios de comportamiento que favorezcan la salud y apoyo psicosocial, entre otros.



# 3. Recomendaciones

## 3.3 Recursos y capacidades Talento humano



### Aspectos claves:

- Resulta primordial la implementación del SISPI teniendo en cuenta la articulación de las medicinas tradicionales al sistema de salud de manera óptima.
- Dignificar el ejercicio sanitario en Colombia implica fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control, para identificar y sancionar oportunamente a quienes generan tercerización laboral.
- La salud y seguridad en el trabajo es un derecho de los trabajadores y un deber de los empleadores. La garantía del cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tiene un carácter transversal, independientemente del sector de la economía al que se refiera.
- La identificación del número y distribución territorial del Talento Humano en Salud (THS) en Colombia, así como el establecimiento de mecanismos e incentivos para promover el ejercicio profesional de la salud en áreas nacionales con alta demanda y baja cobertura, puede dar respuesta a necesidades sanitarias en regiones con necesidades insatisfechas.

En materia de recursos del sistema de salud, es conveniente destacar los avances en las propuestas formuladas y, por supuesto, los desafíos que el gobierno debe asumir para darles continuidad. Dicho esto, hay cuatro propuestas que merecen ser destacadas.

La primera se refiere a la salud de las poblaciones especiales, la cual busca avanzar en el SISPI, incluyendo todos los sistemas e iniciativas de atención de los pueblos indígenas, raizales, afrodescendientes y palenqueros, para fortalecer su articulación con el sistema de salud. En este sentido, durante el gobierno anterior, el país definió la relevancia de los equipos multidisciplinarios en salud en referentes como la **Política Nacional de Talento Humano en Salud**. Las directrices de esta política recogen la definición de los requerimientos de Talento Humano en salud (THS) en función de las necesidades territoriales y de las rutas integrales de atención en salud, así como del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022, identificando la importancia de articular a los profesionales de la salud con otros actores del sector, como los agentes comunitarios, los gestores, las comadronas, parteras y los sabedores ancestrales.

En cuanto a las acciones que el gobierno deberá considerar, se destacan tres elementos. El primero, tiene que ver con la necesidad de establecer un mecanismo óptimo de capacitación

formal, no formal e informal, para favorecer que el personal que trabaja en los territorios se vincule al contexto real del sistema de salud, y así pueda contribuir desde las medicinas tradicionales, en un diálogo articulado con las realidades del sector y las necesidades sanitarias de las comunidades. El segundo elemento, se refiere a la vinculación de la academia, con el fin de que se puedan integrar a los procesos educativos de los equipos multidisciplinarios en salud y de las comunidades, y fortalecer los procesos de investigación y generación de conocimiento contextual para la toma de decisiones informadas. El tercer elemento tiene que ver con el establecimiento de mecanismos de articulación de agentes comunitarios como parteras y sabedores ancestrales con el sistema de salud, para convertirlos en facilitadores de los procesos de atención en salud a nivel territorial. Lo anterior en el marco del sistema general de seguridad social en salud, el **SISPI** y otros sistemas que puedan crearse para atender las particularidades de los grupos minoritarios.

La segunda propuesta tiene que ver con la valoración laboral de los profesionales de la salud. Se centra en la dignificación del trabajador de la salud. Esta propuesta recoge diversas necesidades de mejorar las condiciones laborales y salariales que se han visto precarizadas durante los últimos años. Su implementación es ampliamente aceptada por todos los sectores y sería muy valioso avanzar en logros concretos sobre ella. En el gobierno anterior se avanzó en la regulación y prohibición de la intermediación laboral, la cual perjudica el ejercicio profesional de la sanidad y es también nociva para la atención que reciben los pacientes. Esto se apoya en lo estipulado en la **Ley Estatutaria de la Salud** y se amplía en la **Política Nacional de Talento Humano en Salud**. Así, actualmente, el personal de la salud que considera una vulneración en sus derechos laborales y que se le contrata a través de intermediación laboral, puede denunciarlo ante las autoridades territoriales de trabajo, quienes tienen la función de inspección, vigilancia y control en este tema y pueden imponer sanciones a los empleadores que incumplan la norma.

Cabe resaltar que en el **Proyecto de Ley 010 de Reforma a la Salud** se abordó nuevamente el tema de la prohibición en la tercerización de la contratación de los profesionales de la salud. Este proyecto no fue aprobado, pero recogía enfáticamente el tema. De modo que uno de los retos que debe asumir el gobierno, es fortalecer y hacer más eficaces los mecanismos de inspección, vigilancia y control, para poder identificar y sancionar oportunamente a quienes incumplen las normas. También, es necesario reforzar los mecanismos que permitan informar masivamente al personal sanitario sobre sus derechos laborales y las normas que prohíben la subcontratación.

La tercera propuesta se refiere a la salud y seguridad ocupacional, que es uno de los componentes principales del Sistema General de Seguridad Social que creó la Ley 100 de 1993. Se propuso desde la campaña una ampliación del sistema de cobertura de riesgos laborales a la economía popular y a quienes se dedican al cuidado de otras personas.

Durante los últimos años, el país ha avanzado en la generación de normas que regulan la administración de los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Un ejemplo de ellas son: el **Decreto Ley 1295 de 1994** y el **Decreto 1562 de 2012** que establecen los lineamientos para el desarrollo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. También, se reguló la obligatoriedad del cumplimiento de la implementación del Sistema de Gestión de

Seguridad y Salud en el Trabajo, contenida en el **Decreto 1072 de 2015**, al que se le da un carácter obligante y transversal, independientemente del sector de la economía al que se refiera. Finalmente, se definieron las características frente a la cotización al sistema de riesgos laborales por parte de trabajadores dependientes, independientes e inclusive, de estudiantes.

El gobierno deberá asumir el reto de identificar aquellos mecanismos que permitan atender las necesidades laborales de los trabajadores informales quienes tradicionalmente han estado relegados de esta cobertura. En efecto, este grupo de la población, que carece de una adecuada condición laboral es cada vez más numeroso y requiere de mayor atención. Adicionalmente, valdría la pena puntualizar lo que significan los “sectores de la economía popular y la economía del cuidado, pues es necesario definir el alcance que tendría el Estado en el cubrimiento de sus derechos laborales.

La cuarta propuesta se refiere a la formación del Talento Humano en Salud. Ella se centra en diseñar un plan para ampliar la formación desde áreas de apoyo y técnicas hasta las especialidades médicas, buscando cerrar déficits históricos en algunas especialidades de alta importancia, especialmente cuando se miran desde las zonas rurales y dispersas. Todo lo anterior con una importante financiación pública y articulado a una transformación del sistema público de educación superior.

El gobierno anterior dio continuidad al **Observatorio Laboral para la Educación (OLE)**, el cual produce información y estadísticas de la oferta de graduados en educación superior y monitorea su mercado de trabajo para contribuir a la construcción de política educativa, aportar a la autoevaluación de las Instituciones de Educación Superior y la pertinencia de la oferta académica en Colombia; al **Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS)**, una red de instituciones públicas y privadas, investigadores, expertos y profesionales, dedicada a la producción, análisis, construcción y difusión de información y conocimiento sobre el THS; al **Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS)**, el cual documenta el personal que se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

Con base en lo logrado, el nuevo gobierno tiene el reto de registrar las competencias académicas obtenidas por el personal de salud en ejercicio, así como su distribución territorial, junto con un estudio para establecer sus condiciones de trabajo en todas las regiones del país. Habrá que dedicar grandes esfuerzos y recursos para la formación del THS y para garantizar escenarios de práctica que cumplan con criterios de calidad superior.

En cuanto a las más de **11 400 IPS** existentes en Colombia, son pocas las que cumplen con los estándares básicos de calidad y tienen un concepto favorable como centros de práctica. Esto demanda la necesidad de fortalecer las capacidades del Ministerio de Educación Nacional para adelantar las visitas a los escenarios y tener una mayor cobertura. Adicionalmente, se requieren mayores incentivos para que las IPS opten por el reconocimiento como Hospitales Universitarios (tan solo cerca de 20 hospitales lo han obtenido y solo 1 en el ámbito de la prestación de servicios de APS), en donde las instituciones de educación superior pueden jugar un papel clave mediante el fortalecimiento de la relación docencia-servicio.

Las universidades pueden contribuir con la formación de THS en las regiones, mediante la asignación de cupos protegidos para personas provenientes de zonas con déficit de personal de salud, o bien, con la creación de sedes en estos territorios, favoreciendo la vinculación de estudiantes que por diversas condiciones no se puedan desplazar a las grandes ciudades para su formación. Esto implicaría un apalancamiento financiero por parte del estado.

También, es prioritario promover el ejercicio profesional de la salud en áreas nacionales con alta demanda y baja cobertura. Aunque existe la figura del servicio social obligatorio, éste sólo aplica para medicina, odontología, enfermería y bacteriología y, adicionalmente, sus plazas son limitadas. Asimismo, existe un buen número de profesionales de la salud que son exonerados de prestar este servicio, mediante un mecanismo de sorteo aleatorio. Dicho esto, valdría la pena considerar que todo el personal de salud formado en Colombia pueda prestar este servicio, extendiéndolo también a profesionales con formación especializada. Adicionalmente, podría considerarse que aquellos formados en el exterior que se convalidan en el país, puedan ejercer su profesión pasando por el requisito inicial de ejercicio en zonas de alta demanda. Sin embargo, todo lo anterior requeriría reformas normativas. Sería conveniente generar mecanismos e incentivos económicos y educativos para que los profesionales de la salud, con formación básica y especializada, ocupen puestos de trabajo permanentes en regiones con necesidades insatisfechas.

Finalmente, se debe tener en cuenta que la mayoría de las reclamaciones en salud ya no se centran en el acceso, sino en la oportunidad, particularmente en los territorios. Esto, debido a la falta de especialistas o en la tecnología requerida para tratar enfermedades. Es una tarea prioritaria detectar en dónde hay déficits de especialidades y reforzar la formación de talento humano para hacer frente a las transformaciones de la salud, a los sistemas de información, la telemedicina o la aparición de nuevas tecnologías.

Se hace necesario entonces, por ejemplo, formar analistas de datos en salud, o que manejen las tecnologías de cuarta revolución industrial, que conozcan sus desafíos para el sistema de salud. Igualmente, resulta necesario reflexionar sobre los paradigmas de formación, con el fin de repensar nuevas temporalidades de formación y de proponer nuevas lógicas habilitantes. Por ejemplo, debe dejarse de concebir al médico como el eje directivo del sistema, para pasar a concebirlo como parte de equipos interdisciplinarios, conformados por otros profesionales, que también se encargan de mejorar la experiencia de usuario.

Sumado a esto, aunque parece haber consenso en torno a la necesidad de mejorar las condiciones laborales de trabajadores de salud, debe tenerse en cuenta que otras normas que se buscan tramitar en el Congreso pueden tener efectos variados en la empleabilidad, como por ejemplo la idea de considerar que las horas extras laborales se generan a partir de las 6:00 p. m.

Así pues, se recomienda tener en cuenta que un factor que ha llevado a mejorar el sistema laboral en salud son los pagos prospectivos que llevan a integrar ciclos de atención por patologías. Las condiciones laborales han mejorado bajo este modelo, puesto que ayuda a atraer y retener buenos profesionales. Los modelos de pagos prospectivos muchas veces ayudan e incentivan a que se modifiquen y hagan más eficientes los pagos de ciertas enfermedades.



# 3. Recomendaciones

## 3.4 Sostenibilidad y flujo de recursos

### Aspectos claves:

- Inversión en salud del país comparativa y proyecciones.
- Transición demográfica y epidemiológica.
- Incremento de las expectativas.
- Fuentes de financiamiento.

Uno de los puntos recurrentes en la discusión alrededor de la reforma a la salud, tiene que ver con las fuentes de financiación y el destino de los recursos del sistema. Durante la campaña y en las conversaciones posteriores, se mencionaron algunos temas relevantes; entre ellos se destacan: la recuperación, ampliación y modernización de la red pública hospitalaria nacional; el financiamiento público para ampliar la formación en todas las áreas y niveles de la salud, incluyendo las especialidades médicas; el saneamiento de las deudas históricas entre los diferentes agentes del sector para garantizar la sostenibilidad del sistema; la implementación de impuestos saludables, tasas de contribución progresivas y cotizaciones equitativas, entre otras. En ese contexto, vale la pena revisar el panorama de la sostenibilidad y el flujo de los recursos financieros en el sistema.

El gasto en salud tiene una tendencia al crecimiento por varias causas, entre las cuales es importante señalar: el envejecimiento poblacional, la transición demográfica y epidemiológica, el ingreso permanente de nuevas tecnologías, entre otros (GES, 2017). Igualmente, el crecimiento en el gasto de salud está relacionado con los reclamos que por vía judicial buscan materializar el derecho a la salud. Al respecto, entre los años 2019 y 2021, la Corte Constitucional recibió 330.535 tutelas, si bien, durante la pandemia el número de éstas disminuyó, a diferencia de otros países de la región, Colombia cuenta con el mayor nivel de judicialización. Esto se constituye en un problema por las denominadas asignaciones excepcionales que afectan directamente la sostenibilidad financiera (Gutiérrez Sourdis, 2018), pues se argumenta que dichos recursos se distribuyen de manera ineficiente. Asimismo, Gutiérrez Sourdis indica que la sostenibilidad del sistema se ve afectada por la presión del cambio tecnológico (2018).

Otra causa que vale la pena tener en cuenta es el malgasto en salud mencionado en el *Balance de Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, elaborado por la OCDE en el cual se explica que, para el caso de América Latina, incluyendo Colombia, este fenómeno se presenta como malgasto en la atención clínica, malgasto operacional y malgasto en la gobernanza los cuales se pueden presentar en tres situaciones. La primera, cuando los pacientes no reciben la atención adecuada, es decir, duplicidad en exámenes y procedimientos, atención de bajo

valor y eventos que podrían evitarse. La segunda, cuando se pueden obtener beneficios con menos recursos, a saber, insumos descartados, insumos con sobre precio, e incluso, insumos innecesariamente caros. La tercera situación, cuando se desvían los recursos, ya sea por malgasto administrativo, fraude, abuso o corrupción.

Así mismo, otro aspecto importante es el tema de la regulación de precios de los medicamentos e insumos, según **Gutiérrez Sourdis (2018)** en Colombia entre el 17 % y 25 % del presupuesto en salud está destinado a medicamentos, entre el 60 % y el 80 % de dicho gasto lo componen los medicamentos de marca. Al respecto, la mayoría de las propuestas apuntan a incentivar la investigación científica y promover la autonomía.

### **Propuestas de mejora**

Por lo anterior, algunos análisis previos han recomendado enfocarse en acciones que mejoren diversos aspectos que van más allá del recaudo de recursos y de los gastos. Entre estos aspectos se resaltan: el fortalecimiento de las acciones de salud pública con incorporación de modelos preventivos y mayor uso de tecnologías que permitan aumentar la eficacia de las intervenciones (Inteligencia Artificial, nuevas tecnologías, telemedicina), vigilancia en salud pública y Atención Primaria Resolutiva; todo ello coincidente con varias propuestas del nuevo gobierno. De otra parte, se han identificado oportunidades para mejorar la eficiencia en el gasto y disminuir costos administrativos (**Restrepo, 2021**).

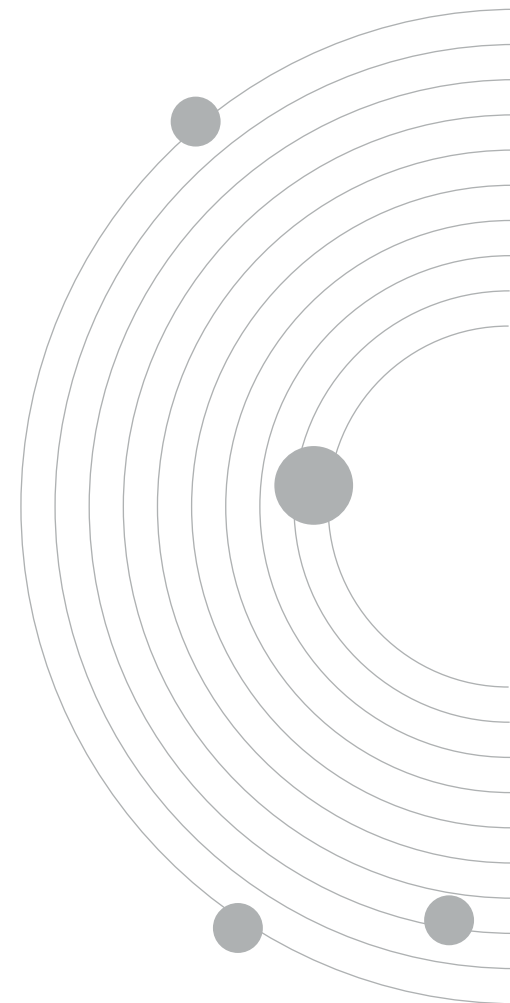
También, se pueden observar otras propuestas para subsanar los desafíos anteriormente mencionados, entre ellos, el problema de las asignaciones excepcionales producto del alto nivel de judicialización del sistema de salud. En ese sentido, la propuesta es fortalecer el sistema de priorización que se coordine con los principios constitucionales, por un lado, crear un mecanismo para demostrar que el Estado garantiza el derecho a la salud a través de un sistema de seguimiento, por el otro, aplicar el enfoque basado en evidencias en los procesos decisionales, incorporando modelos de análisis de costo-beneficio, así como, modelos relacionados con la eficiencia presupuestal (**Gutiérrez Sourdis, 2018**). En esta misma línea Gutiérrez Sourdis a través de Fedesarrollo propone otro tipo de acciones entre las que se destacan, fortalecer los mecanismos anticorrupción, fortalecer la autorregulación médica y diseñar presupuestos explícitos (**2018**).

Para el caso del malgasto en salud, desde la OCDE, se han mencionado algunos casos con resultados interesantes, por ejemplo, para el malgasto en la atención clínica, la experiencia de la implementación de atlas de variaciones geográficas en salud. Asimismo, las guías de práctica clínica. Frente al tema del malgasto operacional, la OCDE reconoce la importancia de las Evaluaciones de Tecnología Sanitaria (ETS), la necesidad de fortalecer la atención primaria y la implementación de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) basados en métodos prospectivos de pago (OCDE, 2020). Por último, el malgasto en la gobernanza debido a la fragmentación del sistema afecta directamente el



sostenimiento de este. En ese sentido, la **OCDE (2020)** recomienda el fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria a través de la implementación de las tecnologías de la información.

En materia de regulación de precios e insumos Colombia ha tenido avances importantes con cambios que comenzaron a implementarse a partir de 2013 y se fortalecieron con la promulgación de la Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015) la cual impactó positivamente la política farmacéutica. En la actualidad, frente al tema de la regulación, el país cuenta con tres regímenes, el régimen de libertad vigilada, el régimen de libertad regulada y el régimen de control directo. No obstante, en el país solo se han usado los dos últimos regímenes. Por un lado, en cuanto al régimen de libertad regulada, se contemplan los medicamentos que cuentan con un registro sanitario, también todos los que se comercializan. Por el otro, en el régimen de control directo, la Comisión es la que establece el precio máximo de venta de los medicamentos. En el caso de la libertad vigilada. La propuesta es mejorar el diseño de las medidas de control de precio para evitar incentivos negativos. Igualmente, se debe evitar los sobrecostos y negociar precios justos. Para cumplir dichos objetivos en el mes de julio del presente año se emitió la Circular 013, en la cual se estableció el listado de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios, se fija el precio máximo de venta y el precio por unidad de regulación de Medicamentos Vitales No Disponibles.



# 3. Recomendaciones

## 3.5 Futuro del sistema

### Salud digital y CTI para la salud

#### Aspectos claves:

- Definición de una agenda digital y una hoja de ruta para la salud digital en Colombia.
- Diseño, análisis e implementación de la historia clínica interoperable para garantizar la continuidad de atención en salud.
- Definir e implementar la Telesalud en Colombia.

## Salud digital

La salud digital es un el concepto que incorpora las Tecnologías de Información y la Comunicación (TIC) a la prestación de servicios de salud, en el que se incluyen a todos los actores del sistema de salud del país y donde el objetivo principal es la prestación de servicios de salud oportunos y de calidad a la población. También, donde el uso de las tecnologías cambia las reglas de participación, las formas de trabajar e interactuar y la manera de pensar de una organización. Existen tres componentes igualmente importantes para la transformación digital: las personas, los procesos y la tecnología. <https://publications.iadb.org/es/la-gran-oportunidad-de-la-salud-digital-en-america-latina-y-el-caribe>

Para promover la inclusión y equidad digital en salud se requiere un enfoque colectivo y colaborativo de los actores del sector público y privado, la academia, la sociedad civil y las organizaciones multilaterales para que promuevan el compromiso y la inversión necesarios, el intercambio de aprendizaje y, siempre que sea posible, para que operen con objetivos y estándares comunes. Y es donde los ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud de la OPS, que incluye un llamado a acciones claves para impulsar la salud digital, resultan interesantes:

Incorporar los criterios de género, la perspectiva intercultural y los principios de equidad y solidaridad en las acciones relacionadas con la agenda de inclusión de la salud digital.

Tomar datos de referencia como punto de partida para formular y evaluar las intervenciones, determinando quiénes y cuáles colectivos tienen algún grado de vulnerabilidad y su relación con el mundo virtual.

Emprender acciones multisectoriales para formular y ejecutar políticas y estrategias de inclusión digital, como campañas de sensibilización y programas de formación, por parte de las autoridades, los prestadores y la población en general.

Empoderar a los individuos y sus comunidades (niños, jóvenes, personas mayores, mujeres, personas con discapacidad y pueblos indígenas) mediante iniciativas que propicien la salud digital.

Analizar las creencias, preocupaciones y motivaciones respecto de la toma de decisiones en salud, que puedan afectar a la inclusión de la salud digital para todos, teniendo en cuenta a las personas más vulnerables.

Promover la inclusión de la salud digital centrada en las personas, asegurando que la población conozca sus derechos y responsabilidades en relación con la seguridad, la privacidad y la fiabilidad de los datos de salud.

Habilitar un sistema de resiliencia virtual para que los sistemas de salud sigan ofreciendo cobertura en caso de ser imposible la atención física, con especial atención a las poblaciones más vulnerables.

<https://www.paho.org/es/sistemas-plataformas-informacion-para-salud-si/8-principios-para-transformacion-digital-sector>

En el programa de gobierno que se presentó durante la campaña, se propone garantizar el derecho fundamental a la salud a través de un sistema único, público, universal, preventivo y predictivo, participativo, descentralizado e intercultural, que no dependa de la capacidad de pago, la rentabilidad económica ni de la intermediación administrativa y financiera. Para lograrlo, se impulsará la reglamentación de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el marco de un gran pacto nacional por la salud y la vida. En este sentido la gestión de la información es un componente importante para el adecuado soporte al sistema de salud del país, es por esto que una de las propuestas es el desarrollo de la interoperabilidad de la historia clínica en Colombia, esto permitirá garantizar la continuidad de la atención en salud de toda la población, así como permitirá hacer un seguimiento a la prestación de servicio de salud.

Es fundamental llamar la atención sobre el hecho que cada modificación al sistema de salud, ya sea en su estructura o en su funcionamiento, tendrá necesariamente que acompañarse por un cambio y una adaptación de las tecnologías de información del sistema. Si se introducen cambios en los actores, en sus funciones, en sus formas de relacionamiento o en sus competencias, los sistemas de información tendrán que recalcularse para ser compatibles con las nuevas realidades. Estos cambios tecnológicos también implican inversiones de recursos humanos y de recursos monetarios que deberá aportar el sistema y sus distintas fuentes.

Otro de los componentes propuestos dentro del programa de gobierno en relación con salud digital es contar con el apoyo de las tecnologías de la información y las comunicaciones para la prestación de servicios de salud mediante Telesalud. Para avanzar en este propósito se recomienda:

Se debe realizar un diagnóstico nacional sobre salud digital para lo cual se deben aplicar herramientas que ya se han validado a nivel internacional y brindan una visión actual sobre el nivel de salud digital con que cuenta el país.

Se debe realizar una agenda de salud digital y una hoja de ruta para su ejecución entorno a los temas de salud digital, para lo cual se debe convocar a todos los actores del ecosistema de salud digital del país para la construcción de estos documentos.

La proyección de las propuestas a desarrollarse entorno a salud digital debe tener una proyección a corto plazo (4 años), y largo plazo (10 años) en temas relacionados con salud digital.

Debe contar con un plan de acción obtenido a partir de los ejercicios definidos previamente con un seguimiento estricto al cronograma de la implementación de los proyectos definidos.

Deben estar todos los actores del ecosistema de salud digital del país:

Los distintos entes rectores de la salud a nivel nacional, departamental, distrital entre otros deben hacer parte de las mesas de estructuración de esa hoja de ruta sobre salud digital para el país y de la ejecución del plan de acción.

Las empresas de desarrollo y proveedores de servicios de tecnologías de la información y las comunicaciones relacionadas con la salud en Colombia.

Las asociaciones de pacientes en Colombia.

Las asociaciones de profesionales de salud.

La académica donde se involucran las Instituciones de Educación superior y otras instituciones de formación a nivel tecnológico, técnico en salud.

Las Instituciones prestadores de servicios de salud entre otros actores del sistema de salud.

Se debe contar con un plan de acción con acciones concretas a desarrollarse según cronograma definidas a nivel anual, semestral y mensual para hacer un seguimiento estricto a la hoja de ruta de salud digital a nivel nacional.

Los tiempos propuestos para lograr este cambio están definidos a un corto plazo (4 años) y a largo plazo (10 años).

Este tipo de proyectos reciben su financiamiento desde los presupuestos de las Direcciones TIC de las distintas instituciones de salud tanto a nivel nacional, departamental y distrital.

También, las instituciones prestadoras de servicios de salud destinan recursos de su presupuesto para el componente de tecnologías de la información y las comunicaciones en salud.

Se definen también recursos específicos dentro de los presupuestos para temas de importancia con el objetivo de proyectos específicos de salud digital que desean desarrollar.

Se puede contar con recursos de préstamos externos o apoyos internacionales para el componente de salud digital.

# Ciencia, tecnología e innovación para el sector salud

---

## Contexto general

En Colombia existe una clara desconexión entre las prioridades de investigación en salud y los desarrollos en materia de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI) que pueden aportar a la resolución de las problemáticas y necesidades de las comunidades. La Misión Internacional de Sabios del año 2019, el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal en Salud Pública y el CONPES 4069 son, quizás, los principales referentes en materia de salud y CTI en el país. Estos documentos demarcan la ruta general que se debería seguir en los próximos años, para la mitigación de la carga de la enfermedad y para el avance en iniciativas de Investigación, Desarrollo tecnológico e innovación (I+D+i). Sin embargo, estos referentes se encuentran desarticulados en el propósito de que Colombia alcance una soberanía sanitaria asociada a la I+D+i en las actividades de CTI para la salud, el sistema de salud y el desarrollo sectorial. Sobre estos dos últimos puntos es necesario resaltar que el pasado 5 de agosto de 2022 el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la **Resolución 1411** que adopta la Política de Soberanía en la Producción para la Seguridad Sanitaria. De igual manera, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación está en proceso de construcción de la política pública de CTel para salud y bienestar.

Por tanto, el reto es integrar instrumentos de política y acciones concretas que permitan direccionar los recursos y actividades de CTI hacia las prioridades en salud, del sistema de salud y su dinamización con el desarrollo productivo del sector. Sobre este particular se recomienda:

Fortalecer las dinámicas de relacionamiento entre las diferentes instancias gubernamentales que tienen asiento en temas de desarrollo sectorial desde la I+D+i. Lo anterior, para lograr una soberanía en salud que le permita al país idear iniciativas y ejecutarlas con independencia tecnológica.

Apalancar recursos desde el sector privado para que se alineen con metas del Estado.

Definir prioridades en investigación en salud en el país, en consonancia con lo definido en el Plan Decenal de Salud vigente, considerando aspectos como soberanía sanitaria que incluyen vacunas, medicamentos, dispositivos y tecnologías.

Instaurar la cultura del trabajo desde diferentes áreas de conocimiento y disciplinas, para la resolución de problemáticas en salud, en el sistema de salud y en el desarrollo sectorial.

Establecer rutas de desarrollo que incluyan en sus abordajes a la innovación.

Dinamizar la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud, permitiendo el acceso a los mejores tratamientos y dispositivos sanitarios disponibles y a la recuperación de la autonomía y el liderazgo regional del país (soberanía), incluida la producción de vacunas y otros biológicos.

Fortalecer las competencias y vocaciones científicas del talento humano en el sector salud y su inserción laboral en el ecosistema de CTI.

Promover la generación, uso y apropiación del conocimiento científico en atención y coherencia con el contexto local y social.

Incluir a todos los actores del ecosistema de CTI en salud.

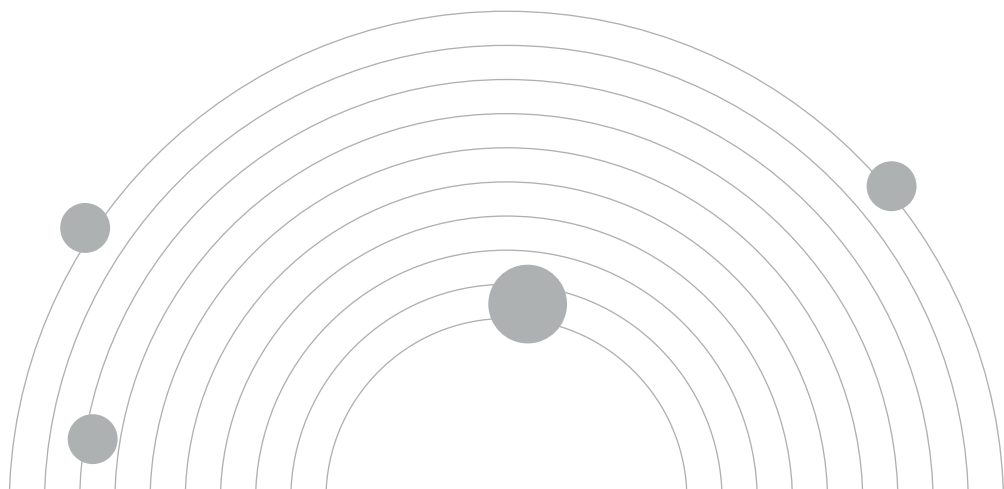


Los entes rectores de la salud a nivel nacional, departamental y distrital.

Las empresas de desarrollo y proveedores de servicios de salud en Colombia.

Las asociaciones de pacientes en Colombia y de profesionales de salud.

La académica (Instituciones de Educación Superior y otras instituciones de formación de profesionales a nivel tecnológico, técnico en salud).



# Reflexiones finales

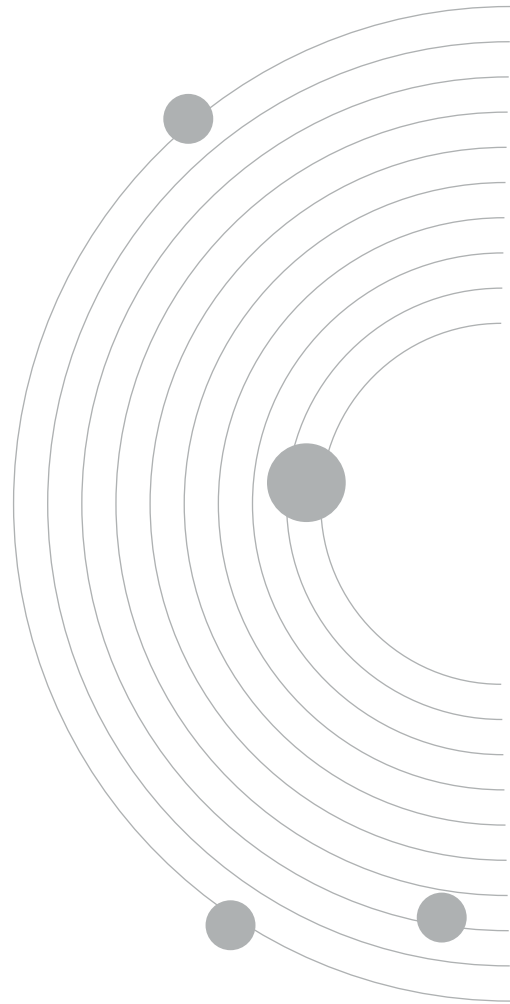
---

Este documento, elaborado por el equipo de pensadores de INNOS durante los último meses, se ha hecho con el propósito de aportar una visión desde la experiencia y el conocimiento profundo del sistema de salud colombiano, pensando siempre en las oportunidades de mejora y reconociendo, a la vez, los avances y los logros obtenidos durante las tres décadas de su funcionamiento.

Como se ha expresado a lo largo del mismo, todos los actores que intervienen de una u otra manera en el desempeño del sistema, tienen la voluntad irrestricta de aportar a su consolidación y a su mejoramiento decididamente.

Vale la pena señalar que, los anuncios que el propio presidente de la república ha hecho sobre la situación económica del país y la coyuntura internacional para el año próximo, generan una preocupación profunda en todos los sectores productivos y hacen pensar en las dificultades que la sociedad va a enfrentar en los meses que se aproximan. En este escenario, emprender una reforma estructural al sistema de salud, sería un factor de preocupación adicional que podría también afectar la confianza en las instituciones que invita a considerar un plan de acción enfocado a soluciones de alto impacto, escalabilidad y factibles en el marco normativo vigente. Para ellas, de seguro un mapeo exhaustivo de las experiencias innovadoras del sistema de salud por parte de los diferentes actores puede ser una ruta efectiva para generar resultados que, por demás, fortalezcan la confianza entre los actores, tan necesaria si se trata en emprender el camino de una reforma estructural de gran escala.

**INNOS** estará siempre atento a favorecer el encuentro, el diálogo y la construcción de consensos para el bienestar de la población colombiana y por ello continuará acompañando las iniciativas para fortalecer el sistema sanitario.



## REFERENCIAS

---

<https://www.who.int/publications/i/item/what-do-we-know-about-community-health-workers-a-systematic-review-of-existing-reviews>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OCI/auditoria-modelo-accion-integral-territorial-maite.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-nal-pai-2022.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-consolida-garant%C3%ADa-del-derecho-a-la-salud-de-las-comunidades-ind%C3%ADgenas-.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-11-de-2018.pdf>

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/GP/informe-narp-abril-2021.pdf>

# PANORAMA DEL SISTEMA DE SALUD.

Logros, desafíos y oportunidades  
*Colombia 2022*

