

ISBN: 978-958-5145-09-2



EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: UNA REVISIÓN EN EL MARCO DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD DE 2015

GANADOR DEL PREMIO A LA INVESTIGACIÓN EN “POLÍTICAS PÚBLICAS”
LUIS CARLOS SARMIENTO ANGULO

GRUPO DE ESTUDIOS DE ECONOMÍA Y EMPRESA
UNIVERSIDAD EAFIT

**Evaluación del Sistema de Salud Colombiano: Una revisión en el Marco de la Ley
Estatutaria en Salud de 2015¹**

Jesús Alonso Botero
Investigador Senior
jabotero@eafit.edu.co

Daniel Medina Gaspar
Profesor- Investigador
dmedin17@eafit.edu.co

Matheo Arellano Morales
Asistente de Investigación
marellanom@eafit.edu.co

Carolina Echeverri Durán
Asistente de Investigación
cechev44@eafit.edu.co

Grupo de Estudios de Economía y Empresa

Escuela de Economía y Finanzas

Universidad EAFIT

Junio, 2021

ISBN: 978-958-5145-09-2

¹ Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no comprometen a la Universidad EAFIT ni a los miembros de ANIF y su junta directiva. Agradecemos al presidente de ANIF Mauricio Santamaria por sus valiosos comentarios y sugerencias.

Contenido

INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	3
CAPÍTULO 1. DATOS DEL SECTOR	10
CAPÍTULO 2. FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL SGSSS	30
CAPÍTULO 3. ARQUITECTURA DEL SISTEMA: RELACIONAMIENTO DE LOS AGENTES EN EL SGSSS	59
CAPÍTULO 4. EFICIENCIA EN EL SECTOR SALUD.....	104
CAPITULO 5. LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA.....	133
CAPÍTULO 6. RECOMENDACIONES FINALES.....	162
CONCLUSIONES	178

INTRODUCCIÓN: EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Los logros alcanzados en el sistema de salud colombiano son destacados: una cobertura prácticamente universal (97.8%), que ha unificado el nivel de servicio para todos sus beneficiarios, con un alto grado de participación de usuarios cada vez más conscientes de sus derechos y de las posibilidades de servicio que el sistema pone a su disposición; mejoras importantes en la salud de los colombianos, reflejadas en menores cargas de la enfermedad, en mayor expectativa de vida, y en menor incidencia de dolencias crónicas; un nivel de eficiencia del gasto, medido en términos de los recursos que se destinan a salud y de los resultados alcanzados, que se compara favorablemente con estándares internacionales; gastos de bolsillo bajos, que evitan los efectos devastadores de enfermedades catastróficas en las finanzas de los hogares; y un alto grado de equidad, en el sentido de que el sistema asegura beneficios importantes a todos los estratos de la población.

Pero subsisten riesgos y problemas importantes: hay problemas de cobertura territorial y de calidad de servicios en regiones apartadas; hay problemas institucionales en la arquitectura del sistema, que si bien se han abordado recientemente, todavía siguen gravitando sobre su legitimidad; hay problemas de eficiencia en el sistema, por bajos niveles de productividad de las entidades que lo conforman, y especialmente por el deficiente desempeño de algunos hospitales públicos, aquejados de clientelismo y burocracia; pero ante todo, hay problemas de sostenibilidad financiera, que en cierto modo resultan de los problema ya mencionados, pero reflejan también una inconsistencia fundamental del sistema, le pedimos muchos más servicios de los que estamos dispuestos a pagar.

Y justamente es este tema de la sostenibilidad el que resulta fundamental en nuestro análisis: la sociedad, los ciudadanos e incluso (o especialmente) los sistemas judiciales reclaman del sistema todo tipo de servicios y procedimientos, incluso cuando su eficacia es dudosa, o su relación costo-beneficio es decididamente desfavorable. Pero al tiempo, la disposición social a pagar por ellos, en un entorno complejo de sostenibilidad financiera y de legitimidad y eficiencia de los tributos, es limitada, generando un descalce profundo entre rentas y gastos del sistema.

A la presión de demanda se suman los cambios epidemiológicos y el envejecimiento de la población, que encarece los servicios que deben proveerse, y el desarrollo de nuevas tecnologías de salud, de nuevos tratamientos y procedimientos y de nuevos medicamentos, que desbordan los costos observados, configurando así un complejo panorama de sostenibilidad que el país debe resolver para hacer efectivo el derecho a la salud que ha quedado consagrado en la legislación.

El problema recurrente, ha llevado a la acumulación de inmensas deudas en el sistema, que amenazan su funcionamiento, afectando de manera generalizada la gestión de las instituciones que lo conforman. Al amparo del plan de desarrollo, se impulsó una ley de punto final, para sanear esas deudas, y se emprendió un proceso de revisión del tratamiento que se le da en el sistema a las demandas de servicios emergente, no cubiertos por el plan básico de salud establecido. Pero las causas profundas del problema se mantienen: un esquema de beneficios no acotado, con recursos públicos limitados, que hace inconsistentes los recursos disponibles y los gastos.

Hay por supuesto tres maneras de enfrentar este tipo de descalce, como es habitual tanto en el ámbito privado como en el público: acotar los beneficios que el sistema ofrece a los ciudadanos; incrementar las rentas que se destinan al sistema; o mejorar la eficiencia con que se administran esas rentas.

En cuanto a lo primero, las posibilidades de corregir el ajuste por esa vía son limitadas: en sus orígenes, el sistema pretendió establecer un Plan Obligatorio de Servicios (POS) mediante listas positivas de servicios incluidos en él, pero rápidamente la demanda de servicios de la población desbordó los estrechos límites definidos. Ello llevó a la acumulación de recobros, que generaron una cuantiosa cartera pendiente de pago a las entidades de salud, obligadas por diversos mecanismos a prestar servicios no incluidos en el POS. La ley 1751 de 2015 eliminó la lista positiva, e incluyó a cambio una limitada lista negativa, de servicios excluidos efectivamente del ahora denominado Plan Básico de Salud (PBS): tratamientos que tengan una finalidad cosmética, que no cuenten con evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica, que estén en fase de experimentación y que se tengan que prestar en el exterior. Pero incluso estas excepciones requieren alguna reglamentación para hacerse efectivas, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ya ha aplicado algunas excepciones y ha modificado recientemente el Grupo de Análisis técnico científico para el análisis de las tecnologías excluidas del financiamiento con recursos públicos, establecido mediante la resolución

330 de 2017, pero todavía está por demostrar la efectividad del procedimiento para definir la lista negativa e incluso, su efectividad ante instancias judiciales.

Las restricciones de acceso al servicio pueden darse también por mecanismos de racionamiento, como colas y tiempos de espera dilatados para la atención; por mecanismos de precios, vía copagos o cuotas moderadoras; o por acciones públicas que reduzcan la carga del servicio, bien sea a la manera impuestos sobre consumos que generen externalidades negativas sobre aspectos de la salud, como enfermedades pulmonares, obesidad, etc. o por acciones asociadas a la prevención y la salud pública. El primer camino está excluido en la práctica del sistema, y más bien, hay cada vez consciencia de la necesidad de que el sistema opere de manera eficiente y oportuna. Pero los otros dos mecanismos podrían profundizarse: en cuanto a los copagos y cuotas moderadoras, podría pensarse en mecanismos que reflejen los hábitos del paciente y sus cuidados, de forma tal que acciones positivas en el autocuidado se reflejen en menores cuota moderadora que regulan la utilización del servicio de salud y estimulan su buen uso. Y las acciones públicas que moderen la demanda del servicio son una responsabilidad clara del sistema en la que es urgente avanzar, elevando sustancialmente los impuestos indirectos sobre aquellos bienes o servicios que tienen asociadas externalidades negativas, o profundizando las acciones de salud pública y prevención.

Un tema adicional que debe abordarse es la relación entre el aseguramiento público, y los esquemas de aseguramiento privado, que en Colombia representaron el 1.1% del PIB en 2018, y que funcionan bastante bien en otros países (como es el caso de España y Holanda)². Esos seguros pueden cubrir aspectos importantes del servicio, en la medida en que sus condiciones de oportunidad y de comodidad inciten a los usuarios a recurrir a él, y no al sistema público, y podrían establecerse incentivos para que los usuarios se afiliaran a ellos, o para que las empresas los contraten para sus empleados, reduciendo así la carga sobre el sistema público, y contribuyendo al desarrollo de nuevas formas de relacionamiento entre empresas y trabajadores, en la línea de lo que se ha denominado recientemente “capitalismo de las partes interesadas”.

² Según el ranking de CEOWORLD magazine Health Care Index a 2019, España es 7° y Holanda es 11° a nivel mundial. Este índice está basado en infraestructura, profesionales, costos, disponibilidad de medicinas, y preparación del gobierno. Holanda, es reconocida por tener una amplia tradición en sistema de salud organizado sobre iniciativas privadas (Van Kleef, Eijkenaar, Van Vliet, & Van De Ven, 2018). España, está más relacionada con una tradición de iniciativas públicas, pero en los últimos 30 años, las iniciativas privadas vienen ganando importancia, siendo a 2017 el 29% del gasto en salud en España, y creciendo a tasas de 4.4% en comparación con 2.6% del público (SNS, 2019).

La segunda manera de enfrentar el descalce tiene que ver con los ingresos: el país estableció el sistema de seguridad social sobre la base de un sistema contributivo, basado en aportes a la seguridad social, pagados por trabajadores y empleadores, en el convencimiento de que el progreso de la formalización laboral terminaría por integrar a la mayor parte de la población en el esquema, a través del régimen contributivo. Pero las expectativas de crecimiento del régimen contributivo no se han cumplido, y el país mantiene un alto grado de informalidad, que sigue presionando el régimen subsidiado; y, además, desmontó parcialmente en el camino el esquema de financiación del régimen contributivo, reemplazando los aportes de las empresas por impuestos generales, con el fin de evitar que se afectase la contratación laboral.

Para 2019, las contribuciones representaban el 40,1% de los ingresos de la ADRES, la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, haciendo que el sistema dependiera de manera importante de rentas del gobierno central y de los gobiernos locales, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Ingresos de la ADRES 2019

Ingresos ADRES Vigencia 2019		
Concepto Ingreso	Valor (Miles de Millones)	Participación %
Contribuciones al SGSSS	21,944	40.1%
Aportes de la Nación	17,212	31.3%
Recursos ET	10,804	19.7%
Aseguramiento en Salud	2,844	5.2%
Recursos de Capital	1,149	2.1%
Otros Ingresos del SGSSS	911	1.7%
Disponibilidad Inicial		
Total	54,913	100%

Fuente: Unidad de Recursos Administrados (URA) – Ejecución presupuestal 2019.

La posibilidad de que la brecha entre ingresos propios del sistema (entendiendo por estos, los que se generan en contribuciones de la población asegurada) y los gastos, se cierre mediante contribuciones, es remota, por dos razones: la primera por la lenta evolución de la formalización, que se refleja en el hecho de que la informalidad ha disminuido apenas 4.2 puntos porcentuales entre el trimestre diciembre-febrero de 2007-2020 (50.9% a 46.7%, para las 13 ciudades; y la segunda, por el hecho de que la igualación de regímenes elimina el incentivo que pudiera haber para que un trabajador informal aporte al sistema. Por supuesto, habrá que perseverar en la formalización, a través de mecanismos que

obliguen a los contratistas a hacer sus aportes, a fin de obtener el pago de sus cuentas. Pero difícilmente a través de ello se cerrará la brecha entre ingresos y gastos.

Así que el camino inevitable pasa por la destinación de rentas públicas al sistema, y en este sentido, es probable que el mecanismo recientemente habilitado de devolución del IVA abra la posibilidad futura de que el sistema se financie mediante un impuesto indirecto (el IVA de la salud), en el que se bloquee su efecto regresivo en la población más pobre, pero al que todos los ciudadanos contribuyan en el momento del consumo, y que tendría una tarifa especial para aquellos bienes o servicios con impacto externos negativos sobre la salud.

La tercera forma de enfrentar el descalce es la eficiencia: si es difícil incrementar los recursos o reducir los requerimientos al sistema, queda sin embargo la posibilidad de que se usen más eficientemente los recursos. Nuestros cálculos indican que hay dos grandes fuentes de ineficiencia: aquella asociada a la eficiencia asignativa, en el tipo de análisis que se asocia a la mala asignación de recursos (*misallocation*, por su nombre en inglés); y la ineficiencia de las unidades productivas, que se mide generalmente mediante Análisis Envolvente de Datos (DEA, por sus siglas en inglés) o mediante Análisis de Fronteras Estocásticas (SFA, por sus siglas en inglés). El efecto combinado de mejoras en ambos frentes podría aportar mejoras del orden del 23% en eficiencia, en el horizonte de los próximos 20 años.

Ahora bien: ¿cómo propiciar esa mejora? Se requieren, sin duda, cambios profundos en la estructura institucional del sector, en los esquemas de relacionamiento entre agentes, y en la forma de pago de los servicios. El sistema se apoya básicamente en el pago por evento, y tiene incorporados muy pocos incentivos para el desempeño eficiente y para los logros efectivos en la calidad de la salud de los usuarios del sistema.

En este sentido, y como lo anota un reciente estudio de la OMS y la OECD “los precios y los métodos de pago son instrumentos importantes en compras que proveen incentivos a los prestadores de servicios de salud para entregar un cuidado de calidad” (Barber, Lorenzoni, & Ong, 2019; pág. 16). Pero para establecer sistemas eficientes de apreciación y de pago de servicios, se requiere impulsar transformaciones profundas en los sistemas de contratación, y consolidar, para ello, el sistema de información. Este es un camino que ya se ha emprendido, pero en el que todavía hay esfuerzos que realizar. Los sistemas de contratación que premien los buenos resultados sobre todo el ciclo de cuidado del

paciente, deberán ser los impulsores esenciales de la mejora en eficiencia del sistema, aportando señales adecuadas para que las entidades prestadoras del servicio orienten sus esfuerzos hacia prestaciones que maximicen *el estado de salud de la población por cada peso que se gaste*. Hay que desarrollar esquemas de riesgo compartido en la contratación, y profundizar sistemas de atención de la salud “basados en valor”. Paralelamente, el control de precios de medicamentos y las compras centralizadas deberán aportar herramientas de mejora en el sistema.

El presente informe incluye, además de esta breve introducción, seis capítulos. El primero, revisa las cifras esenciales del sistema, relativas a sus gastos y a los resultados alcanzados. El segundo resume la historia del sector, enfatizando los cambios recientes que serán decisivos en el futuro. El tercero analiza la arquitectura del sistema, desde el punto de vista del relacionamiento entre los agentes que lo conforman y las formas de contratación que se emplean. El capítulo cuarto aborda los temas de eficiencia. El capítulo quinto evalúa, a partir de los elementos ya desplegados, el tema fundamental de la sostenibilidad de sistema, para finalizar, en el capítulo seis, con las recomendaciones que se derivan del análisis. Al final del informe se incluye un resumen en el que, a manera de conclusiones, se presentan las ideas esenciales que deben ser tenidas en cuenta para pensar el desarrollo futuro del sector³.

³ Este trabajo se terminó justo cuando empezaba la pandemia del Covid-19. Por tanto, los análisis no tienen en cuenta cambios o evaluaciones del funcionamiento del SGSSS en el marco de esta emergencia.

CAPÍTULO 1. DATOS DEL SECTOR

Con la aprobación y puesta en funcionamiento de la Ley 100 en 1993 y la implementación de otros grandes cambios estructurales ocurridos en las últimas décadas, el sistema de salud colombiano ha alcanzado importantes logros. Dichos logros eran impensables hace 30 años y han tenido un impacto social significativo, llevando al sistema a posicionarse como un sistema de calidad que compite en resultados con los sistemas de salud de muchos países desarrollados.

Los resultados de la Ley 100 se comenzaron a ver en poco tiempo. Algunos estudios, de principios de 2000, ya ubicaban el sistema de salud colombiano muy en la escala mundial. Un informe de la OMS, lo ubicó en el primer puesto en cuanto a equidad de la contribución financiera (OMS, 2000). Asimismo, un documento de trabajo del mismo organismo generó un índice a partir de indicadores de salud, oportunidad del servicio, y equidad en la financiación. Según este, Colombia se encontraba entre los mejores del mundo (22/191) para ese momento, con un índice de 0.91/1 (Tandon, Murray, Lauer, & Evans, 2002). Finalmente, y más recientemente, según el ranking de la revista América Economía de 2016, 21/44 instituciones prestadoras de salud se encuentran entre las mejores a nivel Latinoamericano.

A grandes rasgos, los principales cambios del sector se pueden resumir en los siguientes puntos. En primer lugar, la Ley 100 de 1993 planteó la meta de garantizar a toda la población el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, con un plan de beneficios igual para todos. Para 2007, según información del ministerio, este objetivo estaba prácticamente cumplido, con una cobertura superior al 90%. Un logro que, desde distintas instituciones como OCDE o BID, expertos en protección social han resaltado y afirman debería ser más reconocido por su velocidad en lograrlo (OCDE, 2015; Giedion, U., Bitrán, R., Tristao, I., 2014).

En segundo lugar, con la sentencia T-760 de 2008 se obligó al gobierno a actualizar el POS (Plan Obligatorio de Salud) de forma integral cada dos años, y a igualar las prestaciones incluidas en los planes de beneficios de los dos regímenes bajo los cuales opera el aseguramiento. Este proceso de igualación entre regímenes culminó en 2012 con la unificación para toda la población. Posteriormente, la Ley Estatutaria de 2015 elevó el derecho a la salud a la categoría de derecho fundamental y cambió radicalmente la forma en que se definía Plan Básico de Salud (PBS) a través de la creación de una lista negativa

(similar al Reino Unido) que incluye todas las tecnologías disponibles, excepto aquellas que cumplan con los criterios de exclusión (uso cosmético, uso experimental y no autorizado en el país). En otras palabras, en el sistema de salud colombiano actual casi toda la población del país tiene acceso a los servicios de salud sin importar su estatus socioeconómico, ya sea por el Régimen Contributivo (RC) o por el Régimen Subsidiado (RS), y dicho acceso incluye a casi todo tipo de servicios, con solo algunas excepciones y sin diferenciación entre regímenes.

Como resultado de estas reformas, Colombia ha experimentado un gran avance en términos de equidad. Por un lado, la brecha en el acceso entre la población más rica y la vulnerable se ha cerrado significativamente, lo que implica, por ejemplo, una protección financiera tal que el acceso a tratamientos de alto costo no esté mediado por la capacidad de pago y no conlleve a la ruina inminente de las familias en su afán de costearlo, o peor aún, a una condena a muerte. Asimismo, se ha visto una transformación a una población más empoderada y consciente de sus derechos en términos de salud, apoyado todo ello en gran medida por el aparato judicial.

Varias cifras reflejan estos avances, indicadores como la expectativa de vida al nacer, la mortalidad evitable, los años potenciales de vida perdidos y las muertes por cáncer han mostrados importantes avances en los últimos 20 años. Una comparación en el periodo donde se establece la reforma estatutaria a la salud, entre 2015 a 2018, muestra una mejora notable en dos indicadores asociados a la calidad de del sistema de salud: razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil. Adicionalmente, en el mismo periodo, el sistema ha mostrado recientes mejoras en la calidad en la prestación de los servicios. El tiempo de espera de citas de medicina interna, cirugía general y pediatría se han reducido en alrededor de 2 días entre 2016 y 2019. Asimismo, la proporción de cancelación de cirugías por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) cayó drásticamente pasando de 3,5% a estabilizarse en valores cercanos al 1,5%. También se ha reducido la proporción de pacientes que reingresan a hospitalización en menos de 72 horas luego de haber sido dados de alta.

Por supuesto, para lograr estos mayores niveles de cobertura y aseguramiento el gasto en salud ha tenido que aumentar. Entre 2000 y 2019 el gasto total en salud como porcentaje del PIB aumentó en 1,6 puntos porcentuales, llegando a 7.25%. Contrario a esto, el gasto de bolsillo en salud, uno de los más bajos de la OCDE, tuvo un crecimiento hasta 2008 (1.42% del PIB), periodo desde el cual se ha reducido de manera gradual llegando 1.15%.

Estos logros no eliminan la existencia de nuevos retos que se deben enfrentar, de tal modo que el sistema debe avanzar mucho más, tanto en los resultados de salud, como en el fortalecimiento de la institucionalidad. En este capítulo abordamos las principales estadísticas del sector, las cuales nos permiten tener una visión sobre dónde estamos y cuáles son los principales retos y desafíos que enfrenta el sector en los años siguientes.

El capítulo está organizado como sigue: en la primera sección analizamos la evolución de las cifras de aseguramiento y cobertura; en la segunda, abordamos el tema de tutelas y su evolución; en la tercera sección comparamos el nivel de gasto en salud de Colombia respecto a otros países y exploramos su relación con algunos indicadores de salud; posteriormente, analizamos la evolución del gasto de bolsillo y, desde un marco institucional, hablamos sobre sus principales formas, esto es, cuotas moderadoras y copagos; finalmente, analizamos algunos indicadores de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia.

1. Aseguramiento y Cobertura de la Salud en Colombia

La política pública de salud en Colombia ha estado guiada por el objetivo de alcanzar aseguramiento y cobertura universal en salud. La Ley 100 de 1993 planteó la meta de garantizar a toda la población el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, con un plan de beneficios igual para todos. Para alcanzar el objetivo de cobertura universal se adoptó el POS (Plan Obligatorio de Salud), el cual se basó en el existente Listado de Medicamentos Esenciales (LME) que incorporaba el concepto de medicamentos esenciales establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cuyo objetivo principal era la cobertura de lo más importante, de lo que resuelve de manera eficiente las necesidades sustanciales de la población para garantizar la atención en salud de todos (Vaca, 2015).

Para el otro frente, el de alcanzar aseguramiento universal, a partir de 1993 se crearon dos regímenes: el Régimen Contributivo (RC, en adelante), donde están los trabajadores formales y sus beneficiarios, y el Régimen Subsidiado (RS, en adelante), donde está el resto de la población. Este último se financia por solidaridad del RC y recursos públicos. El POS aplicaba esencialmente para el RC. Para el RS se tomó información de los

servicios de prevención y atención materno-infantil de la red pública (Gideion, Panopoulou, & Gómez, 2009).

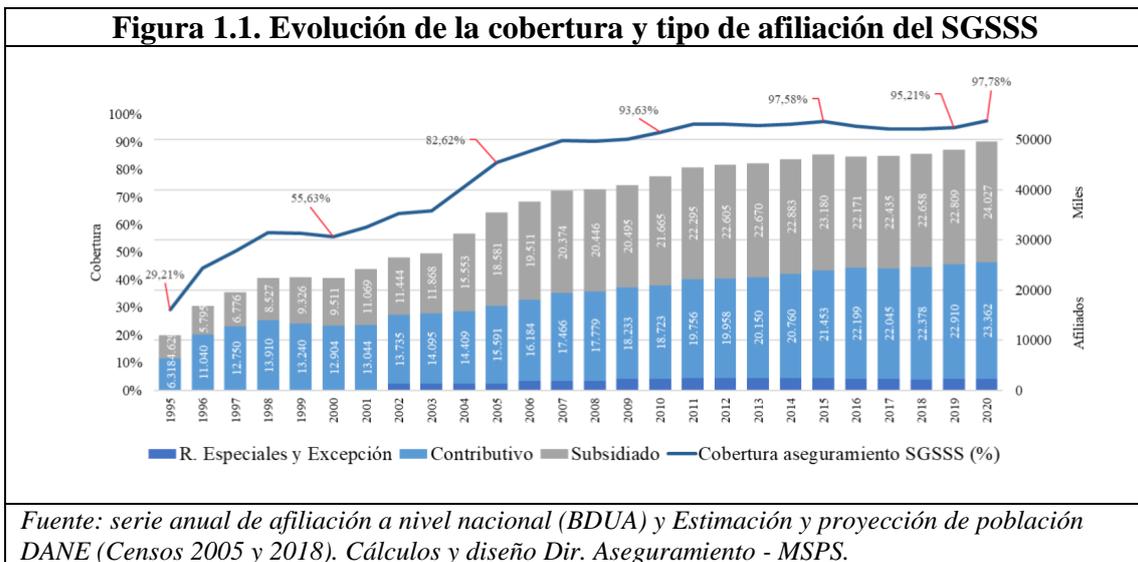
El POS se mantuvo relativamente estable entre 1994 y 2011. No obstante, debido a presiones asociadas a los cambios demográficos, sociales, epidemiológicos y tecnológicos, se dio una demanda generalizada por una actualización integral del POS que culminó en la sentencia estructural de la Corte Constitucional (T 760 de 2008⁴), la cual obligó al gobierno no solo a actualizar el POS de forma integral cada dos años, sino a igualar las prestaciones incluidas en los planes de beneficios de los dos regímenes bajo los cuales opera el aseguramiento. (Uprimny & Durán, 2014). La primera actualización se dio en el año 2011. En dicha actualización fueron incluidos 128 nuevos medicamentos de los cuales 114 correspondían a nuevos principios activos y el resto a ampliaciones de formas farmacéuticas e indicaciones. También se incluyeron algunos nuevos procedimientos. La segunda actualización integral del POS ocurrió en 2013 con la incorporación de 45 medicamentos. En esta oportunidad, la actualización respondía a criterios adicionales considerando el gasto no POS (gasto en tecnologías de salud excluidas). También en el mismo año se flexibilizó el procedimiento para la incorporación de nuevos medicamentos.

Posteriormente, con la entrada en vigor de la Ley Estatutaria o Ley 1751 de 2015 el panorama en términos de cobertura cambió radicalmente. Dicha Ley eleva el derecho a la salud a la categoría de derecho fundamental y se establece que deberán cubrirse todos los medicamentos excepto aquellos explícitamente excluidos. Es decir, cambia la forma en que se definía POS en Colombia a través de una lista explícita y detallada, y establece que el Plan Básico de Salud (PBS) incluye todas las tecnologías disponibles, excepto aquellas que cumplan con los criterios de exclusión (uso cosmético, uso experimental y no autorizado en el país). Esta misma Ley, como un mecanismo para garantizar el derecho a la salud, define que el Estado Colombiano debe contar con una política farmacéutica y

⁴ La sentencia T-760 de 2008 acumuló 22 acciones de tutela de usuarios del sistema salud concluyó que, en vez de tratarse simplemente de problemas aislados y específicos de ciertos usuarios del sistema de salud, los 22 casos representaban violaciones recurrentes provocadas por problemas estructurales presentes en diferentes niveles del sistema de salud público colombiano, generados mayormente por fallas en la regulación. Por ello, la Corte dispuso una serie de reparaciones estructurales. Entre esto se destaca la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidado para niños y niñas entre los cero y 12 años, y que finaliza en 2012 con la unificación para la población mayor a 18 años y menor a 60 años. También se ordenó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) actualizar anualmente el POS, buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de beneficios de los dos regímenes.

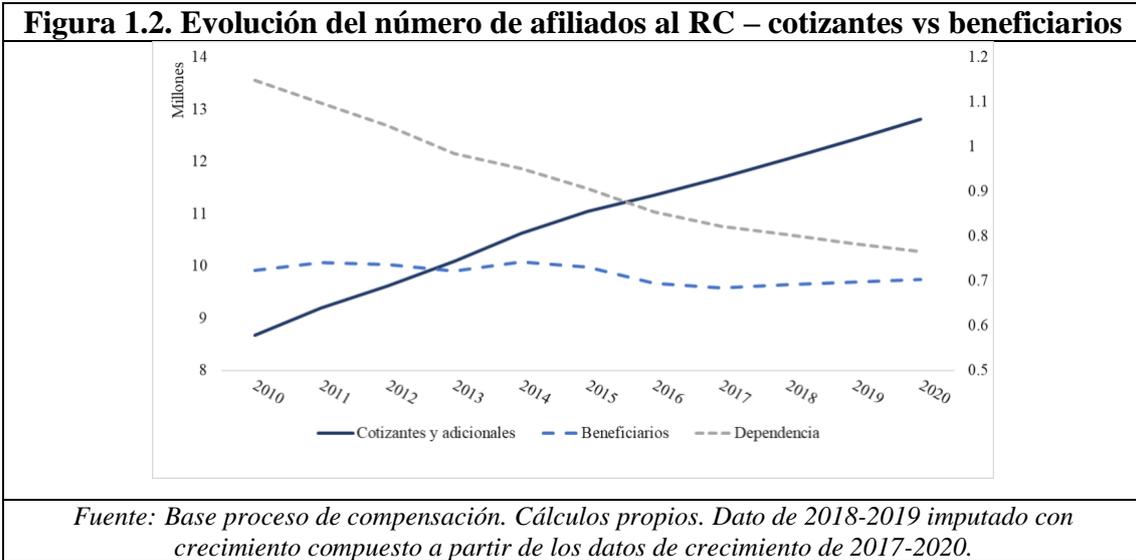
de precios y fortalecer la autonomía médica basada en principios de autorregulación, ética y uso de evidencia científica (Vaca, 2015).

Los anteriores cambios estructurales al sistema se ven reflejados en la evolución de la cobertura y el tipo de afiliación (Figura 1.1.). Entre 1995 y 2007, un periodo de 13 años, el sistema logró aumentar la cobertura de 29% a 90%, uno de los procesos más rápidos a nivel internacional según OCDE (2015). En los siguientes 13 años, el sistema cerró el resto de la brecha logrando prácticamente la cobertura universal, llegando en 2020 a 97.8%. Respecto al composición de la afiliación, entre 1996 y 2006, la velocidad del crecimiento del subsidiado ha sido mayor respecto al contributivo (13.3% vs 4%, crecimiento anual). A partir de allí, el subsidiado desaceleró fuertemente su ritmo (1.5%) mientras que el contributivo aumentó su crecimiento (2.7%). Esto en cifras ha implicado que desde 2007 el régimen subsidiado a pasado de 20.3 a 24 millones en 2020, mientras que el contributivo pasó de 17.4 a 23.3 millones en el mismo periodo de tiempo. Esto ha implicado que la tasa dependencia (subsidiado/contributivo) se haya estabiliza alrededor de 1 desde 2016.



El hecho de que haya un mayor número de aportantes contribuye a aliviar la carga del sistema al gasto público y a promover su sostenibilidad. Como se observa en la Figura 1.2, el número de cotizantes del RC ha aumentado entre 2010 y 2020, mientras que la población beneficiaria ha venido reduciéndose levemente en el tiempo. Esto se refleja en una menor dependencia de beneficiarios respecto a los cotizantes. Dato consistente

también con el cambio demográfico en los hogares que estructuralmente vienen reduciendo su tamaño.



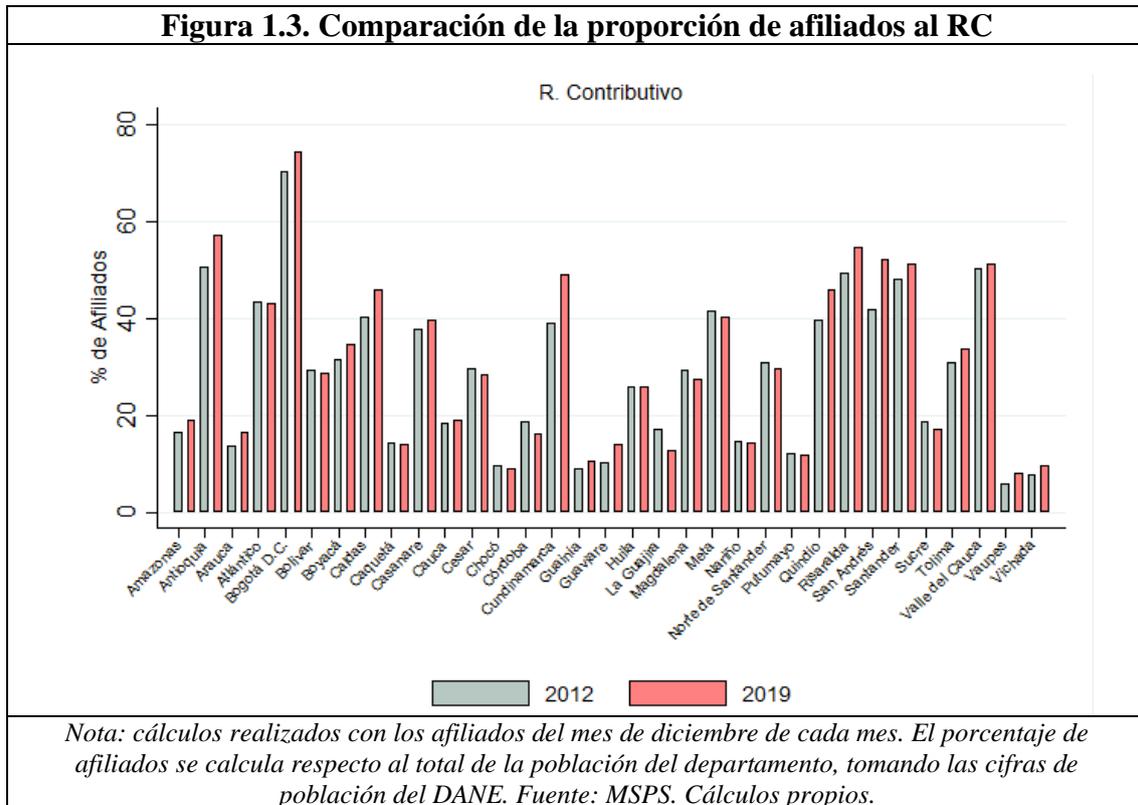
El incremento en la afiliación al régimen contributivo coincide con la implementación de la reforma tributaria de 2012⁵, la cual empezó a funcionar a partir de mayo del 2013 y la cual redujo los costos extrasalariales hasta en 13,5 puntos porcentuales para trabajadores que ganaran hasta 10 salarios mínimos legales vigentes (SMLV) y que trabajaran en empresas privadas con al menos 2 empleados. De acuerdo con Morales & Medina (2017), dicha reforma contribuyó a crear entre 213.000 y 225.000 empleos formales en el corto plazo.

A nivel departamental, sin embargo, aquellos departamentos ubicados en las periferias y especialmente aquellos que corresponden a zonas costeras y en general menos desarrolladas como Atlántico, Bolívar, Cesar, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo y Sucre presentaron una reducción en la proporción de afiliados al RC entre 2012 y 2019. Este resultado puede estar asociado a la predominante informalidad laboral en dichas regiones, cuyas ciudades capitales continúan ocupando los primeros puestos en términos de informalidad⁶. Sin embargo, dicha reducción se compensa por el aumento en la proporción de la afiliación en los

⁵ Acta 1607/2012 y Decreto 0862/2013.

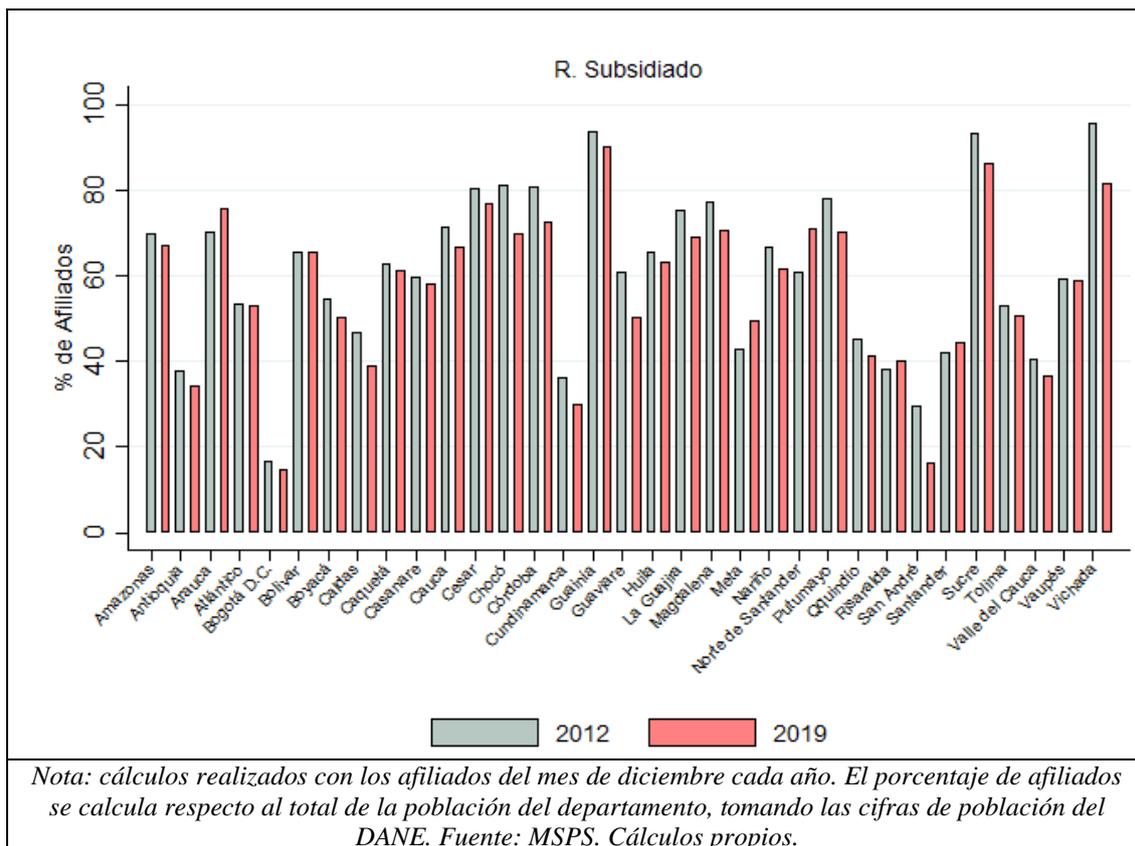
⁶ De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), las ciudades capitales de estos departamentos presentaron tasas de informalidad superiores al 50% en 2019: Barranquilla (55,3%), Cartagena (54,7%), Valledupar (59,9%), Quibdó (54,4%), Montería (58,8%), Riohacha (61,7%), Santa Marta (61,3%), Villavicencio (54,5%), Pasto (55,9%), Cúcuta (71,2%), Sincelejo (66,4%).

departamentos más grandes como Antioquia, Cundinamarca y Bogotá, y Valle del Cauca (Figura 1.3).



En cuanto al RS, con excepción de Arauca, Meta, Norte de Santander, Risaralda y Santander, la proporción de afiliados se ha reducido entre 2012 y 2019. Dicha reducción es significativamente alta en los departamentos que presentaban una mayor proporción de afiliados a este régimen (Figura 1.4).

Figura 1.4. Comparación de la proporción de afiliados al RS



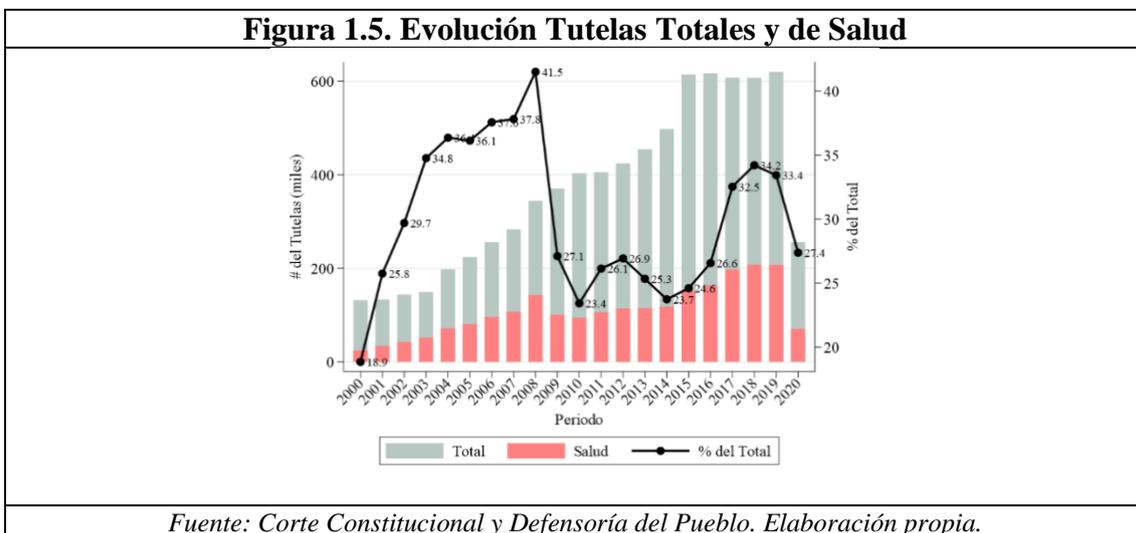
2. Tutelas en Salud

Las tutelas han sido un factor adicional de presión sobre la estabilidad financiera del sector en las últimas décadas. Durante la década anterior y hasta 2008, año en que la Corte Constitucional profirió la ya mencionada Sentencia T-760⁷, las acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos y que invocaron la salud aumentaron considerablemente, alcanzando una proporción máxima del 41,5% respecto al número total de tutelas (Figura 1.5). Esto equivalía a una tasa de 3,6 tutelas por cada 1.000 afiliados. A partir de 2008 y hasta 2010 se presentó un descenso importante en el número de tutelas. En los años subsiguientes y hasta 2014, la tendencia se mantuvo relativamente estable, con una tasa promedio de alrededor de 2,7 tutelas por cada 1.000 afiliados.

Posteriormente, la consagración normativa de la salud como derecho fundamental, la cual fue el resultado de un proceso iniciado con la jurisprudencia de la Corte Constitucional y que culminó con la expedición de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), se

constituyó una nueva causa para el incremento en el número de tutelas asociadas con los servicios de salud, fenómeno éste consistente con los incrementos en la tasa de crecimiento de las atenciones en salud, que se analizan en el capítulo 4. En 2019 se interpusieron 207.367 tutelas invocando el derecho a la salud, con una participación del 33,4 % del total de las acciones interpuestas en el país y un incremento del 6.8 puntos porcentuales con relación a 2016. Además, de estas, 187.000 (90%) corresponden a atenciones en los regímenes contributivo y subsidiado; el restante son producto de fallas en los regímenes especiales y las ARL. Esta es la cifra más alta desde que esta acción fue establecida en la Constitución Política de 1991 y la de mayor participación dentro del total de tutelas en Colombia desde el año 2008.

De acuerdo con un reciente informe de la Defensoría del Pueblo del 2019, el porcentaje de reclamación de servicios de salud puede ser aún mayor, ya que muchos usuarios también solicitan estos servicios invocando el derecho de petición o el derecho a la seguridad social, cuantificación que no está incluida en las cifras presentadas. De acuerdo con este informe, cada 2,5 minutos se interpuso una tutela en salud, o cada 34 segundos si se tiene en cuenta solo los 246 días hábiles de 2018 (Defensoría del Pueblo, 2019). Adicionalmente, las tutelas que invocaron el derecho fundamental a la salud tuvieron fallo a favor en el 82,2 % de los casos.

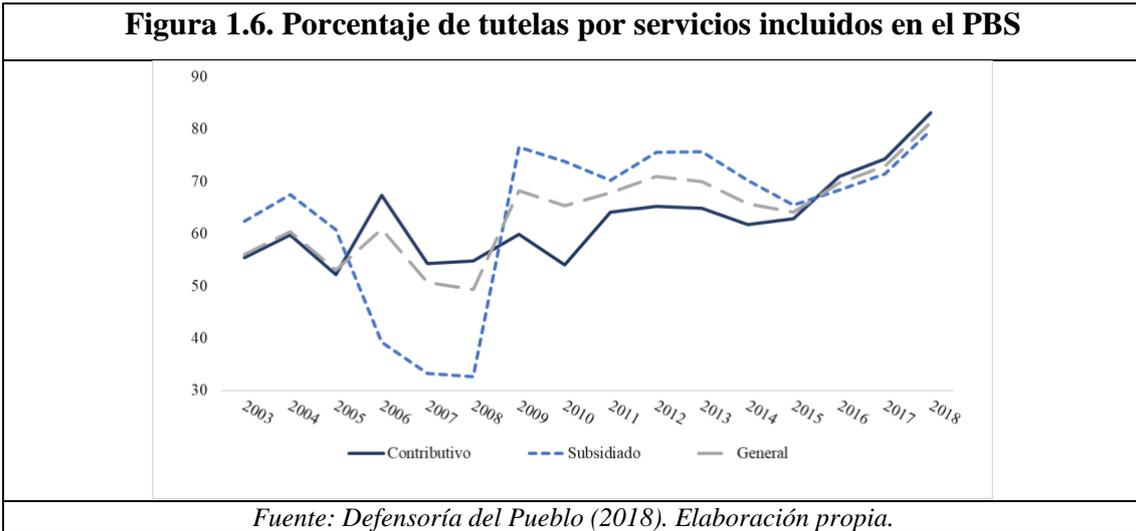


Otro agravante corresponde al hecho de que las tutelas que se resuelven a favor provienen en gran medida de usuarios con enfermedades de alto costo. Más aún, el grupo que concentra el mayor número de tutelas son los adultos mayores y esto va acorde con la transición demográfica, que evidencia el envejecimiento poblacional; y las patologías que

originan el mayor número de tutelas son las crónicas no transmisibles como el cáncer, hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, entre otras (Defensoría del Pueblo, 2019). Adicionalmente, estos tratamientos requieren a menudo un alto componente tecnológico. Durante el 2018, las solicitudes por tecnologías (PBS y no PBS) aumentaron en un 8,19%, siendo los tratamientos, medicamentos y citas médicas especializadas los más frecuentes.

Entre 2009 y 2015, periodo de una fuerte caída en el número de tutelas relacionadas con salud, el total de recobros aprobados asociados a servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de Salud (PBS) del régimen contributivo disminuyó significativamente, mostrando una variación porcentual de hasta -52,7% entre 2010 y 2015 (MSPS, 2016). Esta fuerte caída es consistente con la Sentencia T-760 de 2008 del Corte Constitucional, que determinaba que los actores del sector debían implementar medidas que garantizaran de manera efectiva el acceso a la salud, en orden de reducir el número de tutelas relacionadas con asuntos de salud. Si bien en principio se dio una caída importante, después de Ley estatutaria éstas volvieron aumentar fuertemente. Esto significa que la sentencia de la corte no se está cumpliendo, como bien lo señala el informe de Defensoría del Pueblo (2019).

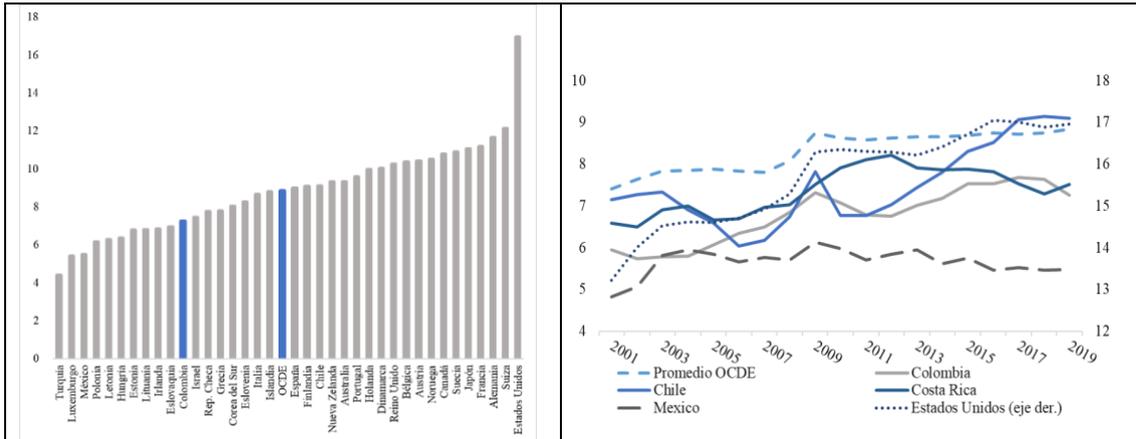
No obstante, aunque hay un componente importante asociado a la mayor demanda de servicios de salud no incluidos en el PBS, llama la atención la creciente participación de los servicios incluidos en el PBS en los últimos años. Según los resultados publicados por la Defensoría del Pueblo, del total de tutelas en salud en 2008, el 49,3% correspondía a servicios incluidos en el PBS (POS en su momento), mientras que para 2018 estas subieron al 81,3%, y las tutelas no PBS correspondían solo al 18,7% de total de tutelas (Figura 1.6). Estos datos son consistentes con la reciente transformación del POS en PBS, que ha significado pasar de un sistema de razonamiento explícito a un sistema de lista negativa, es decir, un plan con más servicios incluidos. Además, el hecho de entender la salud como un derecho fundamental y la posibilidad de los médicos de recetar con menos restricciones de efectividad y eficiencia, incrementan la inconformidad en el acceso y oportunidad de servicios del PBS. De acuerdo con Restrepo-Zea et al., (2018), lo anterior refuerza la judicialización de la salud, pues la apropiación de la tutela por parte de la ciudadanía ha creado una cultura jurídica progresiva centrada en la protección del derecho fundamental a la salud.



3. Gasto en salud

Los ingresos y gastos del sector salud determinan el funcionamiento y la sostenibilidad del sistema a lo largo del tiempo. Colombia gastó 7,2% del PIB en salud en el año 2019. En relación a los países OCDE, esto pone a Colombia por debajo del nivel de gasto promedio en salud de los países de la OCDE (Figura 1.7), el cual se ubica en 8.8% del PIB. Asimismo, el nivel de gasto de Colombia es inferior a la mitad del gasto realizado por Estados Unidos en el mismo año (% PIB). Aunque dicho nivel es comparativamente bajo, las cifras muestran un incremento en el gasto como porcentaje del PIB (Figura 1.8), sobre todo a partir de 2013, año en el cual la reforma tributaria de 2012 (Ley 1607) reduce las contribuciones de los empleados a la seguridad social en 8.5 puntos porcentuales. De hecho, con excepción de Chile que también tuvo un incremento fuerte de este gasto en los últimos años, el de Colombia es el que más ha crecido con respecto a los países de referencia de la figura 1.8, incluido OCDE.

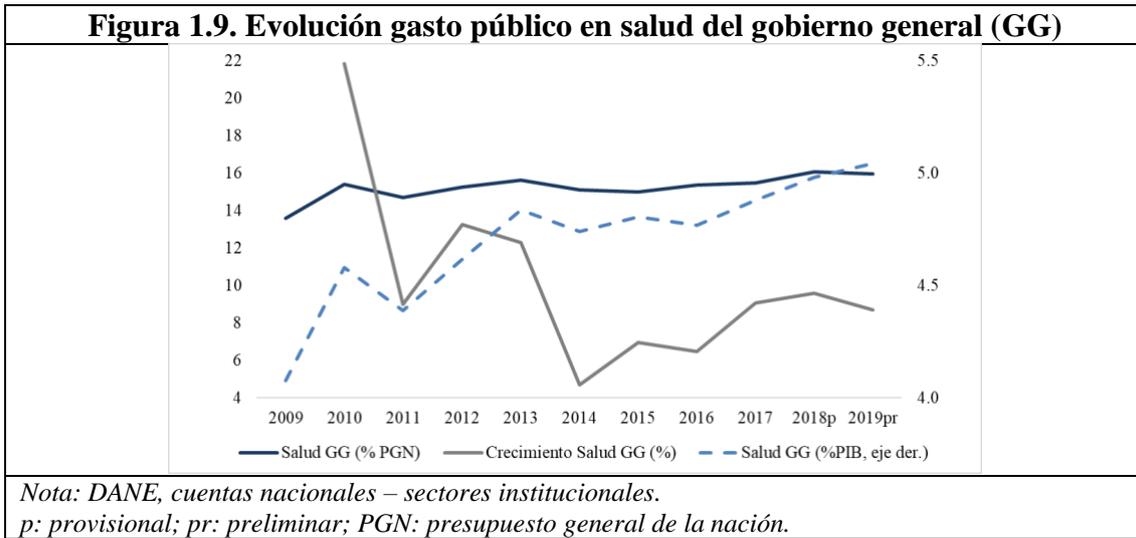
Figura 1.7. Gasto en salud (%PIB) OCDE - 2019	Figura 1.8. Evolución del gasto en salud (% del PIB)
--	---



Fuente: OCDE.Stats

Nota: el cálculo del gasto incluye el gasto público y el seguro de salud obligatorio, el seguro de salud voluntario, los fondos privados, y las ONG y las corporaciones privadas. Para Costa Rica se tomó el dato de 2018 debido a dato faltante.

La sostenibilidad del sistema depende de la capacidad del sector público de responder a las necesidades de recursos de este sector. Para revisar esto, la Figura 1.9 muestra la evolución del presupuesto destinado a salud comparado con PIB y el Presupuesto General de la Nación (PGN) asignado cada año desde 2009 hasta 2019. Con respecto al primero se observa un sostenido crecimiento de este rubro: entre 2012-2013 aumenta coincidiendo con los explicado en el párrafo anterior; adicionalmente, acelera su crecimiento a partir del 2016, dato que coincide con la reforma estatutaria. En cuanto al PGN, el gasto público en salud aumentó en 33 billones, pasando de 20.4 a 53.5 billones entre 2009-2019, nuevamente con una aceleración importante a partir de 2015, como lo muestra el comportamiento de la tasa de crecimiento. Esto se ha reflejado en un crecimiento de 1 punto porcentual en el gasto en salud del PGN pasando de 15% a 16%.

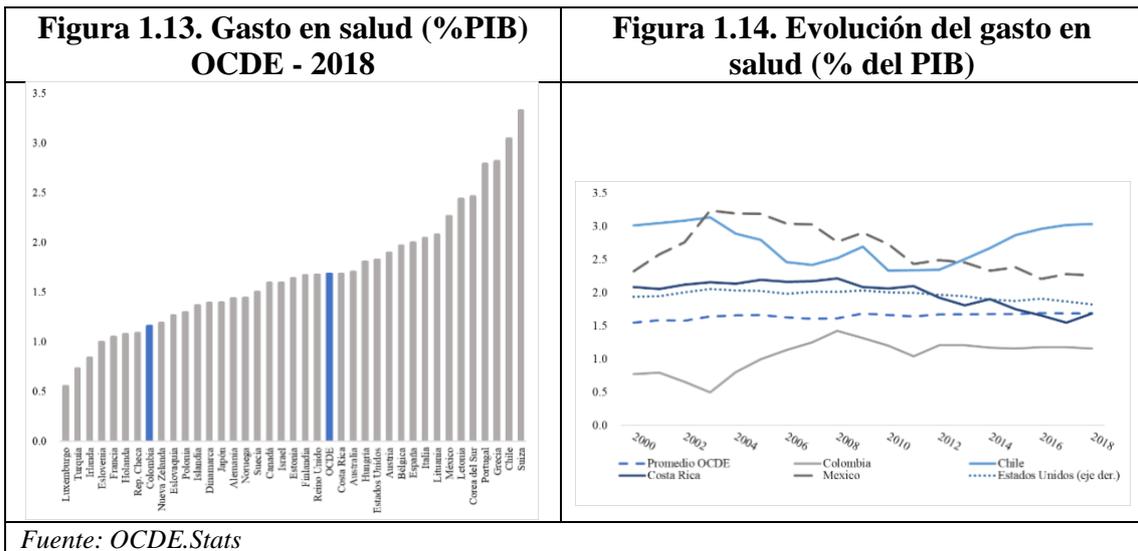


Nota: DANE, cuentas nacionales – sectores institucionales.

p: provisional; pr: preliminar; PGN: presupuesto general de la nación.

Por otro lado, el gasto privado en salud normalmente es medido a partir del gasto de bolsillo. Es indicador corresponde a los pagos directos realizados por los hogares en bienes y servicios del sector salud como medicamentos (la parte no cubierta por el sistema de salud), las hospitalizaciones o los procedimientos ambulatorios, entre otros, independientemente de si se encuentra o no afiliado a algún régimen. El gasto que realizan los hogares de forma directa es un indicador importante que demuestra que tan protegidos están los hogares contra eventos catastróficos en salud (Santamaría, 2020).

En comparación a los países de la OCDE, Colombia hace bien la labor de proteger el bolsillo de los hogares. En 2018, el gasto de los hogares en salud fue 1,16% del PIB, que comparado con el promedio OCDE es 0.5 puntos porcentuales menor; uno de los más bajos de este grupo de países, al nivel de Holanda y Francia. De hecho, una comparación con países de la región en OCDE, hace la brecha mayor: Chile +1.9 p.p., México +1.1 p.p., y Costa Rica +0.5 p.p.



Ahora si vemos el comportamiento en el tiempo, desde 2008, este ha venido cayendo de forma sostenida y se ha estabilizado en valores de alrededor del 1,1% del PIB, como lo muestra la Figura 1.14. Esto es un comportamiento consistente con el comportamiento general de la OCDE, pero opuesto a lo que sucede en Chile, que ha crecido de manera importante en el mismo periodo de tiempo. Dentro de la composición del gasto de los hogares colombianos la salud también ha perdido importancia. En la Tabla 1.1 se observa que entre 1994-1995 el gasto en salud de los hogares era el 3% respecto al gasto total, y este pasó a 1,9% en 2006-2007 y a 1,7 en 2016-2017.

Tabla 1.1. porcentaje del gasto en salud de los hogares

	Gasto en salud (% del gasto total de lo hogares)
ENIG 1994-1995	3
ENIG 2006-2007	1,9
ENPH 2016-2017	1,7

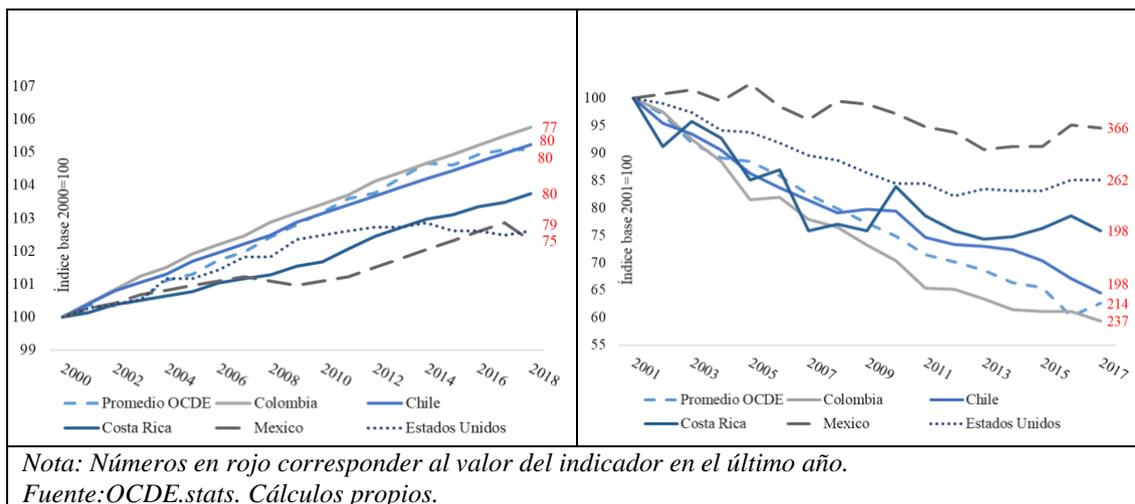
Fuente: ENIG (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos) y ENPH (Encuesta Nacional de Presupuestos de los Hogares).

El gasto de bolsillo constituye una barrera en el acceso de a los servicios de salud, en particular para la población más bajos recursos y/o para aquellos pacientes que requieren tratamientos de alto costo. Por otro lado, son una importante fuente de financiación del sector, siempre y cuando recaiga sobre la población con mayor capacidad de pago. Por lo que un bajo nivel del indicador podría significar que se esté subsidiando hogares de ingresos altos en eventos costosos en salud. De hecho, un reciente trabajo de Garcia-Ramirez et al. (2020), encuentra que el sistema de salud colombiano es un importante generador de acceso desigual pro-ricos, particularmente en la utilización de los servicios en personas mayores de 60 años, grupo que normalmente tiene mayor demanda de servicios. Por tanto, es un importante asunto a tener en cuenta desde el punto de vista de la sostenibilidad misma del sistema.

4. Resultados en salud

Paralelamente, Colombia ha logrado un gran avance en los principales indicadores de salud en los últimos 30 años. La expectativa de vida pasó de 73 años en 2000 a 77 en 2018; el mejor rendimiento en este aspecto cuando se le compara con la OCDE y países de la región (Figura 1.10). Sin embargo, todavía se encuentra tres años por debajo con respecto al primero grupo. Por otro lado, la Figura 1.11 muestra que Colombia ha tenido también el mejor rendimiento en reducción de la mortalidad evitable entre 2001 y 2017, pasando de 405 a 237 muertes por cada 100 mil habitantes, es decir, una caída del 40%. No obstante, todavía hay mucho por hacer aquí, pues países como Chile y Costa Rica tienen el índice muy por debajo (198), mientras que para la OCDE es de 214.

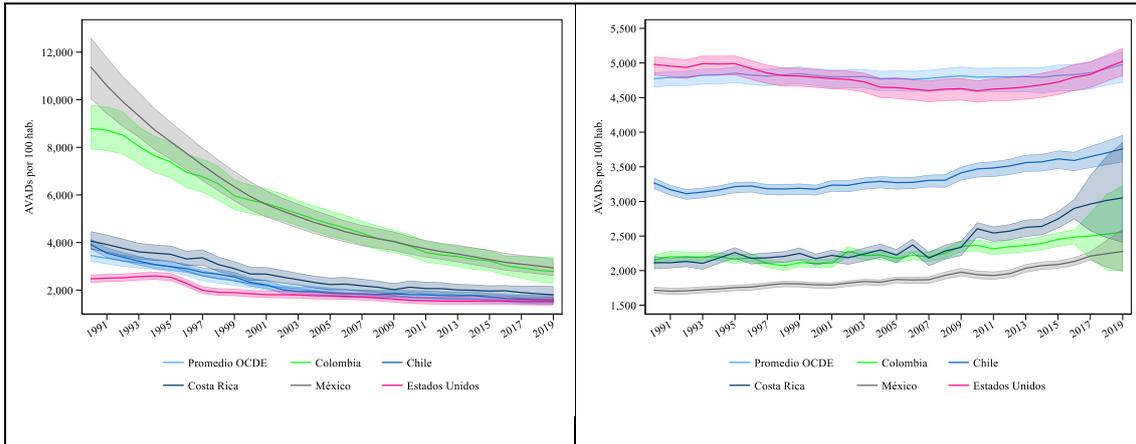
Figura 1.10. Índice de expectativa de vida Años promedio desde el nacimiento	Figura 1.11. Índice mortalidad evitable (prevenible + tratable) Muertes por cada 100 mil habitantes
--	---



Otro indicador que también muestra resultados positivos, son los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVAD) por enfermedades contagiosas, maternas, neonatales y de la nutrición. La Figura 1.12 muestra que los AVADs por cada 100 mil habitantes por este motivo han caído drásticamente del 1990 hasta 2019, pasando de 8719 a 2783, es decir, cayeron 68%. Esta reducción ha hecho que el indicador cada vez este más cerca del promedio OCDE (1543), aunque todavía la brecha sigue siendo importante. Contrario a esto, existe un importante desafío en los sistemas de salud del mundo, reducir sus AVADs por cáncer, pues como muestra la figura 1.13, este indicador ha incrementado o se ha mantenido constante en todos los países. En el caso específico de Colombia, este aumentó 20% desde el año 2000 (2105 a 2561), un incremento similar al de la OCDE. Este asunto está fuertemente relacionado con el cambio demográfico hacía poblaciones más longevas las cuales normalmente presentan más cuadros de cáncer.

En orden de resaltar resultados en el marco de la implementación de la ley estatutaria, la figura 1.14 muestra dos indicadores de salud importantes: razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil. Se observa una notable mejora en ambos: la primera pasó de 53,7 a 45,3 y la segunda de 14,56 a 13,2 entre 2015 y 2018. Por tanto, esto sugiere que el sistema ha mejorado en su capacidad resolutoria de casos complicados en el nacimiento, indicador clave de la calidad de los procedimientos.

<p>Figura 1.12. AVADs por enfermedades contagiosas, maternas, neonatales y de la nutrición</p>	<p>Figura 1.13. AVADs por cáncer (tasa por 100 mil habitantes)</p>
---	---

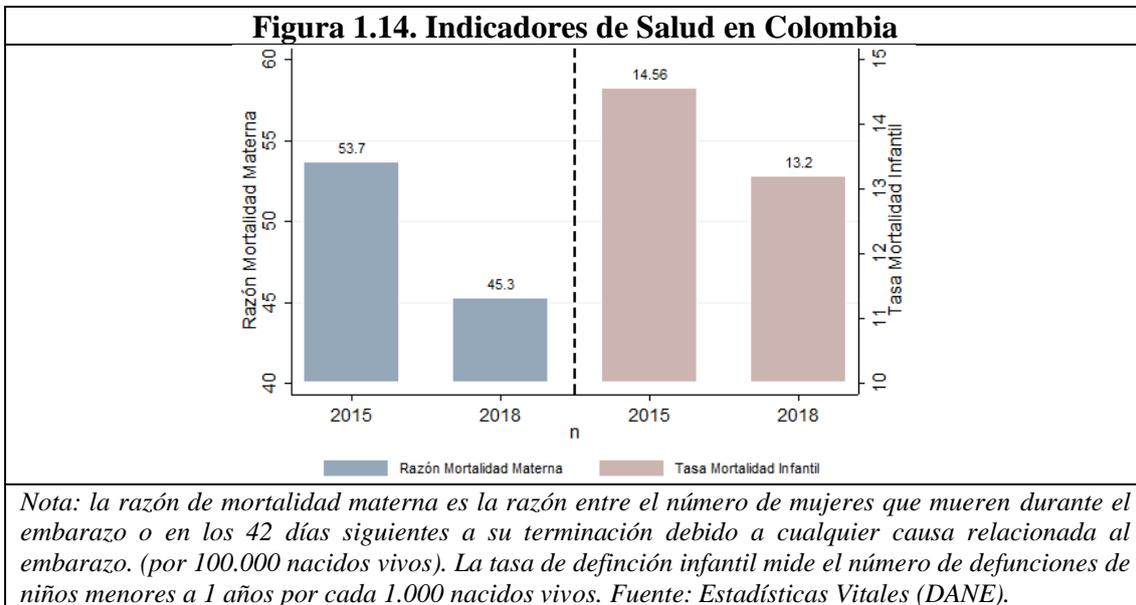


Nota: AVADs, años de vida ajustados por discapacidad. Un AVAD representa la pérdida del equivalente a un año de salud plena.

Fuente: Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results.

Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020.

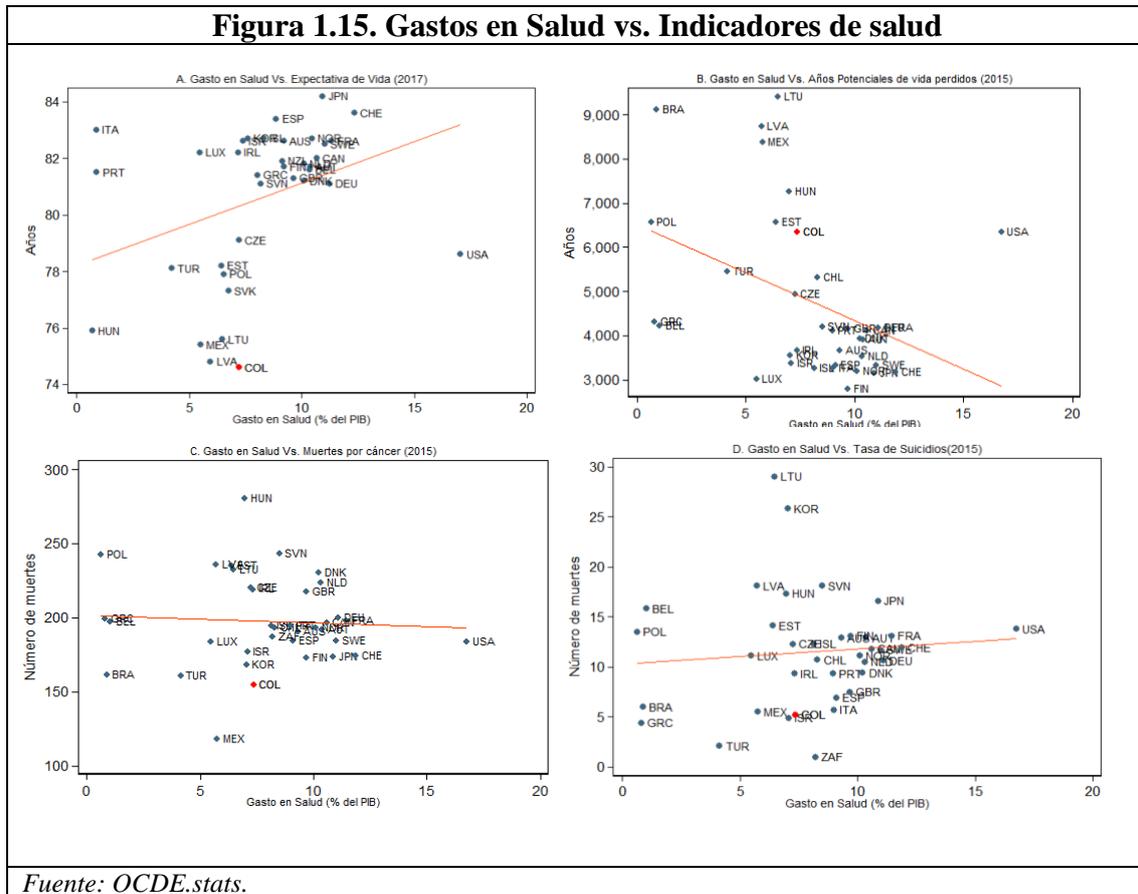
Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>



Nota: la razón de mortalidad materna es la razón entre el número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación debido a cualquier causa relacionada al embarazo. (por 100.000 nacidos vivos). La tasa de defunción infantil mide el número de defunciones de niños menores a 1 años por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Estadísticas Vitales (DANE).

Una pregunta importante que surge en este punto es si el gasto en salud contribuye o no a mejorar la salud de la población. La Figura 1.15 muestra la correlación entre la expectativa de vida, los años potenciales de vida perdidos, el número de fallecimientos por cáncer y el número de suicidios con el gasto en salud como porcentaje del PIB de los países de la OCDE. Es posible observar que entre mayor es el gasto en salud como porcentaje del PIB, mayores son los años que se espera que una persona viva luego de nacer, y menores son los años perdidos por muertes prematuras que pudieron haberse evitado (paneles A y B). Por su parte, las muertes por cáncer tienen una leve relación negativa con el gasto, mientras que mayor gasto no parecer estar asociado con una menor tasa de suicidios, de hecho, se evidencia una relación positiva (paneles C y D). Sin

embargo, la alta dispersión en los datos, no asegura que exista una fuerte relación entre las variables.

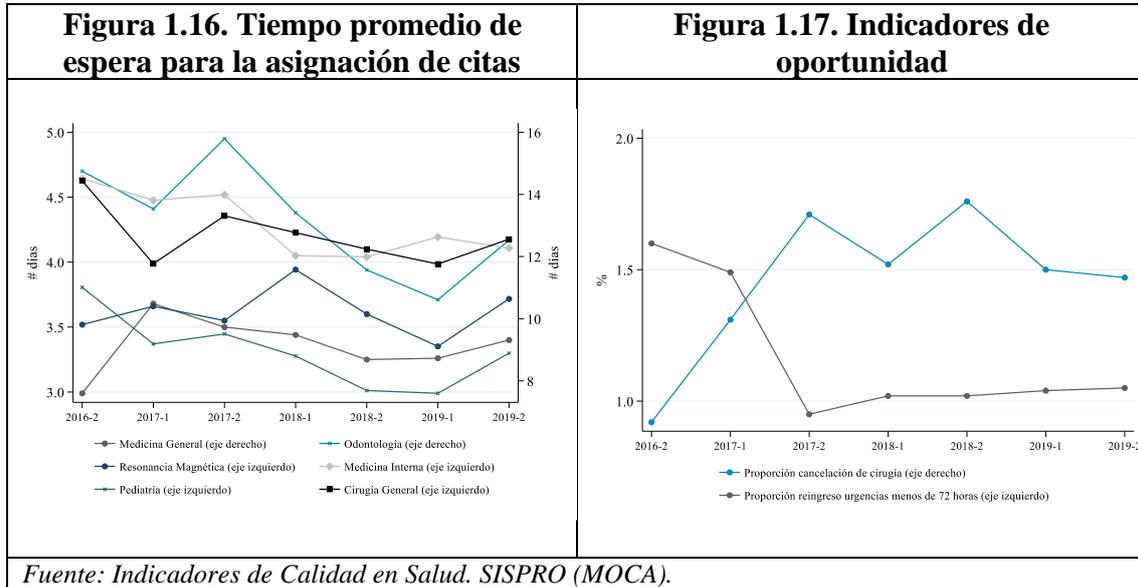


5. Calidad en la prestación de servicios

En Colombia solo en los últimos años se han realizado esfuerzos para generar indicadores que permitan medir la calidad de los servicios de salud prestados por todas entidades que conforman el sistema. Dichos indicadores son fundamentales para generar evidencia sobre las principales falencias del sector y sobre cuales con las medidas de política que se deben realizar para contribuir a mejorar su desempeño.

El tiempo de espera de una paciente para la asignación de una cita o de un procedimiento es un importante indicador para evaluar la eficiencia y eficacia del sistema. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias. Adicionalmente, el tiempo de respuesta de los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios, orientando decisiones de

mejoramiento y puede servir para la evaluación de la relación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.



En la Figura 1.16 se observa un aumento en el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de medicina general de alrededor de 1 día entre 2016 y 2019. En contraste, el tiempo de espera de citas de medicina interna, cirugía general y pediatría se han reducido significativamente, las primeras con una espera promedio de alrededor de 12 días y la tercera con un tiempo de espera promedio de 9 días para su asignación. En la Figura 1.17 se observa que la proporción de cancelación de cirugías por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) aumentó ligeramente pasando de 1% a un promedio de 1.5% en el 2019. Por su parte, la proporción de pacientes que reingresan a hospitalización en menos de 72 horas luego de haber sido dados de alta ha disminuido, manteniéndose estable alrededor del 1% en los últimos 2 años⁸.

Para entender la capacidad del sistema en atención, comparamos la cantidad de médicos de Colombia y los otros países de la OCDE. En la Figura 1.18 se observa el número de médicos por cada mil habitantes para países de la OECD en 2018. Este indicador mide la capacidad del sector para cubrir a la población, así como la calidad de los servicios que

⁸ Estas mejoras podrían deberse, al menos en cierta medida, a las más recientes intervenciones del estado sobre las EPS sobre las cuales se ha probado, por parte de la Superintendencia de Salud, que incumplieron con algunos aspectos que ponen en riesgo la efectividad en la prestación de los servicios, la seguridad de los afiliados y la destinación de los recursos del sector. Es este el caso de Cafesalud, que dejó de funcionar en 593 municipios del país en 2016 y más recientemente, en agosto de 2019, la Superintendencia decidió revocar parcialmente la habilitación de la EPS Medimás en los departamentos de Chocó, Sucre y Cesar.

se podrían prestar. Se observa que el número de médicos por cada mil habitantes en Colombia es 2.18, cifra que ubica el país en el último lugar en OCDE. Aunque este nivel se refiere al agregado, se observa una gran disparidad en la disponibilidad de doctores por regiones. Por ejemplo, en este mismo año Bogotá había casi 4 médicos por cada mil habitantes. El ritmo de crecimiento de la disponibilidad de médicos ha sido lento, pues en 19 años se aumentó la capacidad en 0.95 médicos por cada mil habitantes. Sin embargo, el rendimiento ha sido mayor que el promedio OCDE, donde el aumento fue de 0.8 en el mismo periodo de tiempo. Colombia, para cerrar la brecha con la OCDE, todavía debe cerrar una importante brecha de 1.3 médicos por mil habitantes, equivalente para la población colombiana a 65 mil médicos aproximadamente. Un desafío complejo para la existente oferta educativa en Medicina. Este resultado es un determinante clave de resultados en oportunidad en salud, pues una limitada oferta de médicos difícilmente podría responder a una demanda creciente de atenciones de manera oportuna.

En términos de tecnologías en salud, si nos comparamos con otros países vemos un fuerte rezago. El número de tomografías computarizadas por cada millón de habitantes en 2018 en Colombia fue de solo 1,3 (Figura 1.19), mientras que el país más cercano, México, registró un nivel de 5,9. En cuanto al promedio OCDE el dato es 26.8, es decir 25.5 de brecha con respecto a Colombia. Por su parte Japón, país con el mayor registro, tuvo un nivel de 111,5 en 2017. En este mismo sentido, Colombia registró el menor número de unidades de resonancia magnética por cada millón de habitantes en 2017. Este fue de solo 0,24, mientras que el promedio de la OCDE fue 16,74 (Figura 1.20). Finalmente, las camas de hospital por cada 100 mil habitantes son relativamente bajas también con un total de 170 camas, lejos del promedio OCDE (345), y comparativamente mejor con respecto a México y Costa Rica, pares de la región (Figura 1.21). Estas cifras reflejan que en Colombia la capacidad instalada tiene un rezago significativo, y una de las deudas más importantes que tiene el sector para mejorar la calidad del servicio y la efectividad en los diagnósticos médicos. Acelerar el proceso de adopción de nuevas tecnológicas tanto en el margen intensivo (uso médico) como extensivo (cantidades) es imperativo en los próximos años.

Figura 1.18. Número de Médicos por mil habitantes, OCDE -2018

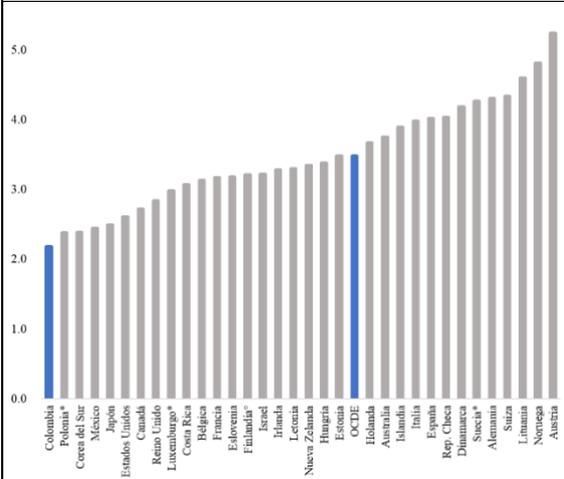


Figura 1.19. Tomografías computarizadas por millón de habitantes, OCDE 2018

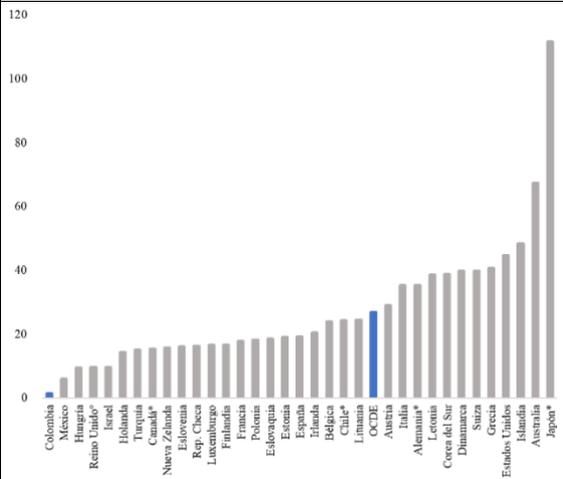


Figura 1.20. Unidades de Resonancia Magnética por millón de habitantes, OCDE - 2018

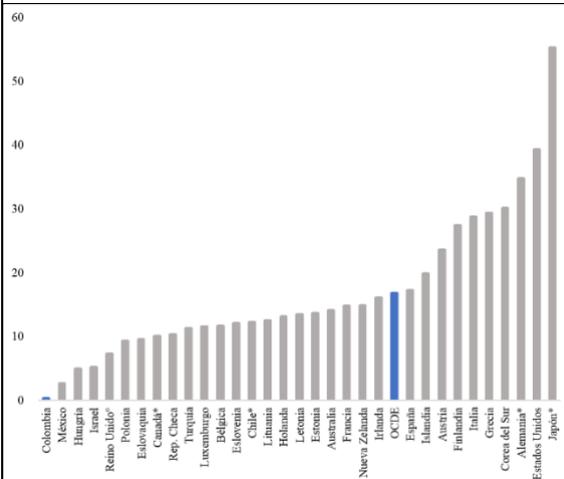
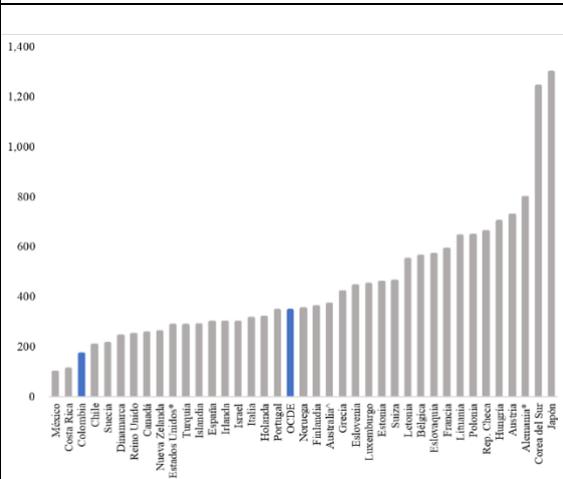


Figura 1.21. Camas de hospital por 100 mil habitantes, OCDE - 2018



Fuente: OCDE.stats.

Nota: Los médicos se definen como médicos "en ejercicio" que brindan atención directa a los pacientes. * 2017; ° 2014.

CAPÍTULO 2. FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL SGSSS⁹

1. Breve historia

La Constitución Política de Colombia de 1991 significó un punto de inflexión en el orden jurídico y en el marco democrático de la Nación, pues fundamentándose en el reconocimiento legal de los derechos elementales de todos los habitantes del país, dio pie a un profundo proceso de participación ciudadana, que terminaría reconociendo el compromiso del Estado en atender principios básicos como la salud y la seguridad social. Así, en su artículo 49, la constitución resalta que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, y que se debe garantizar su acceso mediante los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. No obstante, pese a que lo dictaminado en la ley y en el subsecuente marco legislativo que la ha legitimado, ha supuesto con éxito un gran esfuerzo en la reducción de la pobreza y la desigualdad, también ha traído consigo una serie de problemas de diferente índole que han puesto en riesgo la sostenibilidad operativa y financiera del sistema. A continuación, se hará una introducción histórica a la seguridad social en salud en Colombia a partir de la evolución de su marco normativo.

Para comenzar, el Sistema de Seguridad Social Integral colombiano y, a su vez, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fueron instituidos mediante la ley 100 de 1993. Bajo esta norma, el SGSSS nace con el objeto de regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso al mismo en todos los niveles de atención para toda la población. Además, la ley desarrolla los fundamentos que rigen al sistema, su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control, y las obligaciones que se derivan de su aplicación. En términos generales, se especifica lo siguiente:

- La afiliación al SGSSS es obligatoria para todos los ciudadanos.
- Se brindará atención integral de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

⁹ Este capítulo es un esfuerzo por resumir el funcionamiento del sistema para soportar precisiones en próximos capítulos.

- Todos los afiliados contarán con el Plan Obligatorio de Salud (POS), que proveerá atención preventiva, médico-quirúrgica, así como medicamentos, bajo los estatutos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- Existe dos regímenes de afiliación: El contributivo, al que pertenecerán las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores con capacidad de pago, que se denominarán cotizantes. Y el subsidiado para la población más pobre, el cual se financiará con recursos del estado¹⁰ y de los afiliados en la medida que su capacidad de pago lo permita.
- El trabajador puede escoger libremente su afiliación a la Entidad Promotora de Servicio (EPS¹¹) y a las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS)
- La cotización para salud del régimen contributivo es del 8% en medicina clásica y 12% en medicina familiar, de las cuales una tercera parte está a cargo del trabajador y las dos terceras restantes a cargo de los empleadores.
- El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) quien delegará en lo pertinente esta función a las EPS.
- El SGSSS reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita que se denominará “Unidad de Pago por Capitación” UPC, en reconocimiento a la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el POS para cada afiliado. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del MSPS.

Posteriormente, el decreto 806 de 1998 refuerza lo contemplado en la ley 100: reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud, la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y eleva el carácter de la prestación a servicio de interés general en todo el territorio nacional. Así, el decreto reconoce que al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través

¹⁰ De acuerdo con la ley 100 de 1993, los recursos públicos que garantizan el aseguramiento en salud del régimen subsidiado provienen principalmente de las entidades territoriales, del FOSYGA y otros.

¹¹ Las EPS se encarga de afiliar a las personas, recaudar sus cotizaciones y facilitar la compensación con el Fondo de Solidaridad y Garantía, administran el riesgo de salud de sus afiliados y prestan los servicios del POS. Así mismo, pueden contratar los servicios de las IPS.

de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Por otra parte, propone cinco tipos de planes para acceder al servicio de salud dependiendo de la forma de participación del usuario en el sistema; es decir, si es afiliado cotizante, afiliado beneficiario, afiliado subsidiado, o vinculado al SGSSS. En este orden de ideas, el sistema contaba con los siguientes planes de atención:

- Plan de Atención Básica en Salud (PAB).
- Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS).
- Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS).
- Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
- Atención inicial de urgencias.

Finalmente, el decreto establece que la cotización de los trabajadores con vinculación contractual, legal y reglamentaria, y de los pensionados, no podría ser en ningún caso inferior al equivalente del 12% de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV).

Más adelante, la ley 715 de 2001 dictamina las normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de servicios, entre ellos el de salud. De acuerdo con esa ley, se establece el Sistema General de Participaciones (SGP), constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios), destinando el 24.5% del total de sus recursos para la financiación de los servicios a su cargo en salud definidos en el Artículo 47 de la ley. Además, se definen y distinguen las competencias de la Nación y las entidades territoriales en el sector salud, y se define el plan de transición del SGP en salud con un periodo definido de 2 años a partir de la entrada en vigor de la ley.

Del mismo modo, el decreto 1011 de 2006 crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCAS) con el fin de desarrollar acciones que orienten la mejora de los resultados de la atención en salud mediante el cumplimiento de las siguientes características:

- Accesibilidad.
- Oportunidad.
- Seguridad.
- Pertinencia.
- Continuidad.

A su vez, el SOGCAS estaría definido por los siguientes componentes:

- El Sistema único de Habilitación.
- La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

Con todo lo anterior, se promulga que las EPS, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada, las IPS y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, estarán obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del sistema según las directrices del MSPS.

Al mismo tiempo, la ley 1122 de 2007 realiza algunos ajustes al SGSSS, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Por ello, se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control a la organización, así como en el funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. De este modo se contempla lo siguiente:

- Integrar mecanismos que permitan la evaluación del sistema por medio de indicadores de gestión y resultados.
- Crear la Comisión de Regulación en Salud.
- La cotización del régimen contributivo pasaría a ser 12.5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no puede ser inferior al salario mínimo. Su contribución correspondería a 8.5% que pagaría el empleador y 4% el empleado. Adicionalmente, 1.5% de la cotización deberán ser trasladados a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.
- El SGSSS tendrá la meta de alcanzar, en los tres años siguientes a la entrada en vigor de la ley, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN para las personas que cumplan con los requisitos de afiliación del sistema.

Más tarde, la ley 1438 de 2011 modifica nuevamente el SGSSS. En esta ocasión, se tiene como fin el fortalecimiento del sistema a través de un modelo de prestación del servicio

público de salud dentro del marco de la estrategia de atención primaria en todo el territorio, la universalidad del aseguramiento, la unificación del plan de beneficios para todos los residentes, entre otros. De esta forma, el Estado buscaría reestructurar el SGSSS para que, en vez de focalizarse en la atención y resolución de enfermedades, sea un sistema orientado a la generación de condiciones que protejan a los usuarios mediante la promoción de la salud y la prevención de complicaciones que atenten contra la misma. Por ende, entre los aspectos más relevantes suscritos en esta ley se encuentra que:

- Crea el Plan Decenal para la Salud Pública mediante el cual MSPS y Protección Social, junto con un importante afluente de participación social, deberá definir objetivos, metas, acciones, recursos, responsabilidades sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación, con el fin de mejorar el estado de salud de la población.
- Adopta la Estrategia de Atención Primaria en Salud, de enfoque territorial, como eje de coordinación intersectorial a razón de permitir la atención integral e integrada, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y el diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad previendo garantizar el mayor nivel de bienestar.
- Establece el principio de Portabilidad Nacional a través del cual se obliga a las EPS a garantizar el acceso a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Para ello, las promotoras podrán crear acuerdos con prestadores de servicios de salud, y así, ofrecer los planes de beneficios preservando la continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.
- Delimita el tope de gasto máximo en el que pueden incurrir las EPS por concepto de gastos administrativos. El gobierno, bajo criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y técnicos determinará el porcentaje del gasto que en todo caso no podrá superar el 10% de la UPC.
- Reglamenta la actualización integral del PBS con una periodicidad de 2 años.
- Bajo el precepto de autonomía y autorregulación profesional del que dispone la ley, se regula la prescripción del profesional de la salud en lo que respecta a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarias y que se requieran con necesidad. Para ser aprobada, la prescripción deberá ser avalada por el Comité Técnico Científico de la EPS.

Por su parte, la ley 1607 de 2012 (reforma tributaria) propuso elementos de gran impacto en materia de salud, puesto que terminó por reducir los aportes a salud por parte de los empleadores y, a su vez, los exoneró del pago de parafiscales. En otras palabras, fuera de dicha exención, las personas naturales en calidad de empleador que tuviesen a su cargo dos o más empleados solo deberían realizar un aporte correspondiente al 4% del Ingreso Base de Cotización (IBC), lo que significaría una reducción sustancial de 8.5 puntos porcentuales respecto al 12.5% que pagaban con anterioridad. De la misma manera, las empresas tendrían los mismos derechos, pero solo aplicarían para los trabajadores que devengaran un salario inferior a 10 SMMLV; de lo contrario, la tasa de aporte seguiría siendo el 12.5% del IBC.

Seguidamente, se promulgó la ley 1751 de 2015 o ley estatutaria de salud, con la intención de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. La ley trajo consigo grandes cambios y beneficios en la concepción de la prestación del servicio a los colombianos; uno de ellos sería que, de la fecha en adelante, la salud se consideraría un derecho fundamental pues a ninguna persona se le podría negar el acceso a un servicio de salud oportuno, eficaz y de calidad. Así mismo, la ley estatutaria resalta la insuficiencia multidimensional en la atención de los pacientes, pues indica que debe velarse por ofrecer un servicio integral que vaya desde la prevención de una enfermedad hasta la recuperación o rehabilitación de esta, exceptuando tratamientos con finalidades cosméticas carentes de evaluación científica que determine su efectividad. De esta manera, dicha ley deja inservible la limitación de acceso que se expresaba en el POS, ya que permite el acceso a todos los servicios que sean necesarios para la recuperación de los pacientes.

Por otra parte, los beneficios contemplados no serían únicamente para los usuarios: gracias a la ley 1751 los profesionales de la salud pueden tener libertad en la toma de decisiones sobre los tratamientos vinculados a sus pacientes, con la salvedad de que si las indicaciones medicas que se tomen sobre el mismo atentan contra su salud, el profesional será sancionado.

Otros aspectos claves de la ley estatutaria, fueron la regulación de los precios de los medicamentos mediante la Política Farmacéutica Nacional, a través de la cual se vela por proteger el derecho fundamental de la salud; y la creación de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) con la

intención de centralizar y administrar de manera eficiente los recursos del sistema, tanto aquellos que hacen parte del FOSYGA, FONSAET, como los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

En 2016, debido a la vasta normatividad preexistente que regía al sector de la salud en Colombia, se expide el decreto único 780 a fin de reunir y resumir dicha reglamentación en un solo instrumento jurídico. Por lo tanto, en términos generales, el documento reúne las disposiciones relacionadas a la afiliación de usuarios al SGSSS, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, aportes al sistema, planes de atención complementarios, administración y flujo financiero de los recursos, pago de deudas y saneamiento contable entre aseguradores y prestadores, entre otros.

Luego, el decreto 682 de 2018 contempla las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud en el sistema. En otras palabras, el decreto regula los estándares respecto a capacidad técnica-administrativa, tecnológica y científica que serán requerimientos para que las EPS puedan desarrollar su función de aseguradoras. De igual forma, se dispone que será la Superintendencia de Salud la institución responsable de autorizar la puesta en funcionamiento de dichas entidades interesadas en la administración de los recursos financieros del sector y la operatividad del aseguramiento del servicio en salud.

Por último, la ley 1955 de 2019 por la cual se reglamenta el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, incluye un apartado especial para los temas de salud llamado “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible para todos”, en el cual se exponen aspectos relevantes para el sector y que servirán como directriz de política durante el periodo de gestión del actual gobierno. En síntesis, con la norma se plantea cumplir con la denominada triple meta¹² bajo el propósito de construir una visión de largo plazo del sistema, centrada en la atención de calidad al paciente, con

¹²El PND se propone en materia de salud: 1. Alcanzar mejores resultados en salud y mayor bienestar. 2. Satisfacer las expectativas de pacientes, familias y comunidades. 3. Lograrlo con mayor eficiencia en el uso de los recursos.

acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta el país y con cobertura universal sostenible financieramente.

2. Aspectos Relevantes de la Ley 1751 del 2015 (Estatutaria)

3.1. Modelo integral de atención en salud (MIAS) y Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE)

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) es un modelo operativo bajo el cual se desarrollan las estrategias propuestas en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que busca garantizar la atención en salud y bienestar de forma integral para la población en los distintos territorios, poniendo al ciudadano como objetivo central del sistema de salud. Por lo tanto, para poder garantizar la cobertura en todos los territorios se requiere adaptar los lineamientos del sistema a las singularidades y características específicas de cada uno.

Tal como se mencionó, el MIAS pone en el centro de la discusión a las personas trascendiendo los tecnicismos que conllevan las acciones en salud, y termina por transformarse en un medio que trabaja por el bienestar y el desarrollo mediante la implementación de la promoción de salud, el cuidado, la protección específica, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y paliación de enfermedades de por vida. Lo anterior, bajo los principios de oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Así mismo, respecto al mantenimiento de la salud, el modelo incluye acciones como la detección de riesgos y enfermedad, la curación de ésta y la reducción de la condición de discapacidad.

Para llevar a cabo este modelo es indispensable clasificar la población según su curso de vida y grupos de riesgo que ponen en peligro la salud de las demás cohabitantes. Esta organización de la población debe ser ejecutada por los distintos agentes del sistema de salud, con el fin de prestar un servicio coherente con las necesidades de cada persona y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021.

Así pues, la evaluación de la efectividad del modelo debe dar como resultado: mayor equidad en acceso a la salud y demás servicios integrales, y el cierre de las brechas entre

los diferentes grupos poblacionales teniendo en cuenta sus condiciones socioeconómicas y el contexto territorial en el que se encuentren.

No obstante, una vez implementado el MIAS, el MSPS hace pública la resolución 2626 de 2019 que deroga las resoluciones 429 de 2016 y 489 de 2019, y que hace oficial la sustitución del MIAS por el Modelo de Acción Territorial (MAITE). Esta nueva resolución plantea modificar el contexto bajo el cual opera el PAIS con miras a la optimización y mejora de resultados en materia de salud, orientado principalmente hacia la salud familiar y comunitaria, además del cuidado, la gestión integral del riesgo, y la prestación del servicio adaptado a cada territorio y población. El MAITE busca, además, prestar atención oportuna y de calidad, teniendo en cuenta las prioridades y necesidades de cada persona, todo esto bajo los acuerdos interinstitucionales y comunitarios adheridos a un esquema de acompañamiento permanente del MSPS.

De este modo, a través del MAITE, el PAIS tiene otras líneas de acción complementarias a la salud. Así pues, este Modelo se convierte en un nuevo instrumento de gestión que agrupa las acciones de los agentes tanto del sistema de salud como de otros sistemas y las mismas comunidades bajo la batuta del departamento o del distrito, que se encargará de identificar las necesidades y prioridades de la población para del mismo modo plantear acciones pertinentes a cada una.

Por otra parte, es decisivo mencionar que el MAITE cuenta con ocho líneas de acción, a saber: Aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial y gobernanza. A través de estas, pretende impulsar el desarrollo de pautas, planes, proyectos y actividades concretas direccionadas al mejoramiento en la calidad de la prestación del servicio en salud. Con ello, finalmente, se espera tener una ruta de acción más integral para dar manejo al servicio de atención y demás asuntos en cuestión que permitirán en últimas mejorar el sistema.

3.2. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

El artículo 5 de la Resolución 429 de 2016 establece a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como uno de los diez componentes operativos del MIAS; de igual forma, el numeral 5.2 del mismo artículo especifica que las RIAS son las que determinan los

lineamientos que deben seguir los agentes del sistema de salud (entidad territorial, asegurador y prestador) y otros sectores con el fin de garantizar una atención integral en los diferentes territorios, siguiendo las especificidades de cuidado de cada individuo. Las RIAS, además, determinan las acciones que deben llevarse a cabo para promover el bienestar y el desarrollo de las personas, las familias y las comunidades según el contexto en que se desenvuelven, así como las actividades que promueven su salud, la prevención de enfermedades, los diagnósticos, los tratamientos, la rehabilitación y la paliación.

Es importante recalcar que las RIAS comprenden tres componentes:

1. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, enfocadas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar responsabilidad y autocuidado en las personas, familias y comunidades.
2. Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención.
3. Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud priorizadas.

3.3. Plan de Beneficio en Salud (PBS)

El Plan de Beneficios en Salud (PBS) está conformado por aquellos servicios, tecnologías en salud (actividades, procedimientos, medicamentos, servicios, equipos, dispositivos, tratamientos) y mecanismos de protección al derecho fundamental a la salud estipulados en la Ley 1751 de 2015, a las que todo afiliado al SGSSS tiene acceso, y que las EPS, a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), deben comprometerse a prestar. Cada una de las normativas que rigen al PBS se encuentran concretamente aclarados en la Resolución 5857 de 2018 expedida por el MSPS.

Pese a que el Plan Obligatorio de Salud (POS) era el mecanismo que definía los procedimientos a los que los usuarios del sistema tenían derecho, y que cualquier otro que no se incluyera en el mismo debía contar con la aprobación de un comité técnico-

científico para poder ser prescrito a los pacientes; el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental que trajo consigo la ley estatutaria, presenta el PBS como un instrumento más flexible en cuanto al acceso de los servicios con cargo a la UPC, e incluso para aquellos que se excluyen. Esto se debe a la autonomía que se le brinda al profesional de la salud para la toma de decisiones en cuanto a medicamentos y tratamientos que puedan necesitar sus pacientes sin la obligatoriedad de acogerse a ningún tipo de listado, pero que si debe formalizar a través del aplicativo MIPRES. Sin embargo, pese que el nuevo modelo pareciera no tener límites de acceso, propone seis motivos de exclusión para medicamentos y servicios: cosméticos, que se encuentren en fase de experimentación, que no cuenten con eficacia clínica, que no presenten efectividad clínica, que no estén aprobados por el INVIMA y que se presten fuera del territorio nacional.

Pero tal y como está definido, el PBS no corresponde a lo que podría denominarse un sistema completamente estandarizado, pues en éste es el profesional de la salud quien termina por decidir sobre las necesidades que presenta el paciente afiliado al SGSSS en las diferentes etapas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad que puede presentar. A su vez, dichas decisiones deben estar sustentadas en la autonomía profesional autorregulada y en la evidencia científica. También, el usuario tiene en su deber seguir cada una de las indicaciones y recomendaciones aportadas por el profesional y otros miembros del equipo de salud; todo con el fin de obtener resultados efectivos para la salud de cada paciente.

3.4. Mi Prescripción (MIPRES)

MIPRES es un aplicativo virtual implementado por el MSPS con el fin de asegurar el acceso a servicios, medicamentos y otras tecnologías complementarias de la salud, no incluidas en el PBS ya que no son financiados con recursos de la UPC.

Mediante la Resolución 1885 de 2018 se establecen los procedimientos que deben seguir los profesionales en salud inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS), para la prescripción de dichos suministros no cargados a la UPC. Además de los procesos de verificación, control, auditoría, pago y análisis de la información del proceso de recobro/cobro ante la ADRES.

De este modo, cualquier usuario adscrito al SGSSS podrá tener acceso a través de MIPRES a servicios y tecnologías en salud no incluidos en el PBS, siempre y cuando cuente con la autorización del profesional en salud y se cumpla con los siguientes requerimientos:

1. El profesional de la salud debe justificar la pertinencia de la administración de recursos complementarios de salud, con herramientas técnicas como la historia médica, resultados diagnósticos o bibliografía que lo soporte.
2. El profesional de la salud deberá informar al paciente tratado de los posibles resultados adversos o dificultades que puedan presentarse con los medicamentos, tratamientos u otra tecnología administrada no incluida en el PBS.
3. El uso o manipulación de cualquier servicio de salud complementario debe estar autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) u otro ente regulador nacional.
4. Antes de suministrar o autorizar cualquier servicio complementario, el profesional en salud deberá descartar todas las opciones que puedan mejorar la salud del paciente que sí estén incluidas en el PBS.

Así pues, esta plataforma sustituye lo que antes eran los Comités Técnico-Científicos, un grupo constituido por profesionales de la salud y agentes administrativos de las EPS que se encargaba de determinar la pertinencia de la aplicación de procedimientos que no estaban cubiertos en el POS para cada paciente que lo solicitaba. De cierta manera, aunque el mecanismo de control era más estricto, el proceso de aprobación era mucho más largo e ineficiente, lo que finalmente instó al MSPS a tomar las medidas que consideraban pertinentes con el fin de eliminar los obstáculos en el acceso a los servicios del Sistema de Salud. Por ende, se termina atribuyéndole autonomía a los profesionales de la salud de prescribir medicamentos o tratamientos complementarios durante la consulta a través del aplicativo MIPRES. De este modo se buscaba agilizar los procesos en el suministro de medicinas u otros procedimientos médicos, y su vez, reducir el número de tutelas.

4. El Decreto Único 780 de 2016: aspectos claves en requerimientos mínimos, contratación y calidad

Una mirada integral a todo el funcionamiento del sistema se encuentra en este Decreto, el cual compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Allí, se encuentra establecida toda la reglamentación en cuanto a contratación y asuntos de vigilancia de la calidad.

4.1. Requerimientos mínimos

Si bien el Decreto único compila toda la normativa, el Decreto 682 de 2018 actualiza las disposiciones para que la SNS entregue autorización a una EPS para funcionar en el sistema. Los requisitos fundamentales son:

1. Deberán cumplir y acreditar mediante revisor fiscal para efectos de la habilitación y permanencia en el SGSSS, condiciones financieras y de solvencia tales como:
a) capital mínimo \$8.788'000.000 COP (año 2014), y un capital adicional por cada régimen en el que opere de \$ 965'000.000 COP; b) un patrimonio técnico superior al patrimonio adecuado según la fórmula de cálculo establecida en el decreto; c) una reserva legal equivalente al 50% del capital suscrito (10% de la utilidades de cada periodo); d) reservas técnicas para obligaciones pendientes u otros asuntos que la SNS determine.
2. Demostrar capacidad técnico-administrativa (estructura organizacional para el tamaño de la operación) mediante un estudio que demuestre que la EPS cuenta con las condiciones legales y los procesos administrativos, contables, logísticos y de gestión del talento humano, que permitirán demostrar el cumplimiento de las funciones indelegables.
3. Demostrar que la entidad contará con la infraestructura, tecnologías, sistemas de información y comunicación, procesos y recursos humanos articulados para cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud. Es decir, tener capacidad técnica para la operación. Debe demostrar: 1) capital humano con habilidades en gestión del riesgo y de redes de servicio; 2) red de prestadores preliminar para operar, Red integral de prestadores de servicios de salud; 3) Caracterización de la población a asegurar; 3) análisis de mercado detallado de la operación, en cuanto a demanda de servicios, con previsiones a 3 años.
4. La definición de un Modelo de Atención en Salud y de Gestión de la entidad, centrado en la gestión integral del riesgo en salud.

5. Código de conducta y gobierno organizacional establecido con tres órganos o estamentos claves: 1) asamblea general o quien haga sus veces; 2) junta directiva o quien haga sus veces; 3) órgano de control.

Las IPS, así como las EPS, también tienen unos requerimientos mínimos para operar establecidos en la Resolución 2003 de 2014 (MSPS, s.f.), lo cuales se sintetizan en:

1. Capacidad Técnico-Administrativa: Los estándares que aquí se consideran, van ligados a las condiciones propias de la organización. Son parámetros de tipo administrativo que deben garantizarse para que el servicio cuente con el debido respaldo, e incluye lo relativo a la existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia.
2. Suficiencia Patrimonial y Financiera: Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Garantizará que el prestador cuenta con unas condiciones mínimas que aseguran que el servicio no va a tener inconvenientes de orden financiero o patrimonial para poder estar adecuadamente sustentado al momento de ofrecerlo al público.
3. Capacidad Tecnológica y Científica: Tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud. Hacen referencia a aquellos parámetros ligados al talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia con otros servicios. Las entidades territoriales pueden solicitar la exigencia de mayores requerimientos antes el MSPS.

Dada la heterogeneidad en la prestación, existen un Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios en salud el cual establece los parámetros de habilitación dependiendo de lo condiciones específicas de cada IPS según las prestaciones que lleve a cabo, y en virtud de los tres elementos anteriores.

4.2. Contratación

El libro 2, parte 5, título 3, capítulo 4 del decreto establece la regulación relacionada con la contratación entre aseguradores y prestadores en el SGSSS. Lo primero que establece son tres formas de pago: capitación, evento o caso (paquete). Lo segundo son unos requisitos mínimos para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para

la prestación de servicios. En el caso de prestador este debe cumplir con los siguiente requisitos: a) Habilitación de los servicios por prestar; b) Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida; c) Modelo de prestación de servicios definido por el prestador; d) Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).

En el caso del asegurador: a) Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico; b) Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago; c) Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago; d) Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios; e) Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; f) Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

En cuanto a las condiciones mínimas de la contratación, estas deben incluir información detallada sobre el contrato, entre otros aspectos: 1) término de duración; 2) monto o los mecanismos que permitan determinar el valor total del mismo; 3) Información general de la población objeto con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico; 4) Proceso y operación del sistema de referencia y contrarreferencia; 5) Periodicidad en la entrega de Información de Prestaciones de Servicios de Salud, RIPS; 6) Mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones, durante la vigencia del acuerdo de voluntades.

Finalmente, un contrato por capitación debe incluir la siguiente información como condición mínima para suscribir el contrato. 1) base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades; 2) perfil epidemiológico de la población objeto del acuerdo de voluntades; 3) monto que debe ser pagado por el responsable del

pago por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios; 4) identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establezca el MSPS; 5) metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente; 6) condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago; 7) condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el acuerdo de voluntades, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago. En cuanto a los límites, el decreto establece que ninguna EPS podrá contratar la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma IPS.

Para contratos por evento o caso, se debe incluir actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico, y las tarifas que serán aplicadas.

La normativa exige que se privilegie en la inclusión de las redes de las EPS, las IPS acreditadas en salud. Además, las EPS, tienen acceso total a las historias clínicas de los pacientes en orden de hacer los procesos de auditoría pertinentes.

4.3. Calidad

La Parte 5 del decreto establece la normativa asociada a la creación de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del SGSSS (SOGCS). Este expresamente establece cinco principios que lo rigen: accesibilidad de los usuarios al SGSSS; oportunidad en la prestación para no poner en riesgo la salud de los usuarios; seguridad, utilizando elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científica que minimicen los riesgos adversos de la prestación; pertinencia en los servicios, basado en evidencia científica y la consideración de efectos secundarios; y continuidad para que los usuarios reciban las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Para el cumplimiento de esto, el Artículo 2.5.1.2.2 establece cuatro componentes necesarios para la vigilancia y garantía de estos.

- 1) Sistema único de habilitación.
- 2) Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
- 3) Un sistema único de acreditación.
- 4) El sistema de información para la calidad.

La vigilancia y control de esto, está en cabeza del MSPS, la SNS y las ET.

El sistema único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos con el cual estas entidades pueden administrar el cumplimiento de condiciones mínimas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa por parte de las IPS y EPS.

Los procesos de auditoria son obligatorios por parte de estas entidades, las IPS y EPS. Desde la norma, se plantean reglas claras para la construcción de guías y parámetros técnicos que permitan hacer una evaluación de la calidad entre lo observado y lo que se espera. Esto con el fin de corregir desviaciones mediante acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales. La norma delega expresamente, que son las EPS e IPS las encargadas de construir sus propios indicadores y criterios para la evaluación de la calidad. No obstante, la existencia de auditorías externas (MSPS, SNS→EPS, EPS→IPS). Por ejemplo, en el caso de las EPS, éstas deben hacer seguimiento constante a la red de prestadores como parte de su obligación frente a la calidad del servicio.

El sistema único de acreditación, es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las IPS, las EPS, las Entidades ARL y las IPS que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Tres principios rigen la acreditación: gradualidad, manejo de información e integralidad. Este esquema funciona desde los inicios del sistema, pero con el Decreto No. 903 de 2014, se impusieron elementos de verificación más rigurosos, incluyendo un modelo de varios acreditadores¹³ (antes solo el ICONTEC), acreditación internacional, mejoras en la

¹³ En este punto, no es clara la norma, pues establece experiencia mínima de 5 años acreditando en salud en Colombia y estar acreditada por la SocietyforQuality in Healthcare – ISQUA para ser una entidad

entrega de información, y se adoptaron nuevos manuales con estándares internacionales, entre otros elementos.

Finalmente, el sistema de información para la calidad es todo el banco de información con la que cuenta el SGSSS, para monitorear la actividad de los distintos actores del sistema. En la medida en que la información sea más completa, el MSPS podrá construir indicadores que incentiven la competencia en calidad de los actores. Asimismo, podrá diseñar estrategias de seguimiento para contribuir al mejoramiento de la calidad del servicio.

5. Acuerdo de Punto Final

El acuerdo de punto final es un paquete de medidas que buscan hacer más eficiente el gasto en salud y con las que el gobierno pretende enfrentar el problema de cartera que afronta el sector, esto mediante el saneamiento de las deudas históricas que existen entre los agentes que participan del mismo. Así, se espera devolver liquidez al sistema y garantizar parte de su financiamiento a través de la ejecución de un proceso que consta de dos etapas: saneamiento y estrategias de prevención de acumulación de cartera.

En primer lugar, el componente de saneamiento buscará resolver las diferencias históricas en las cuentas por pagar de servicios y tecnologías que no se financian con la prima de salud. Para lograrlo, se comenzará por trabajar en la identificación y valoración de las posibles deudas del Gobierno Nacional y los departamentos con las EPS y las IPS y, además, se estimulará el pago entre estos actores con sus respectivos proveedores y demás involucrados en la prestación de servicios; todo bajo el principio de conciliación contable con el fin de que los pagos se reflejen en los estados financieros de las EPS y las IPS. Además, cabe resaltar que no es de obligatoriedad para los acreedores acogerse al acuerdo, pero aquellos que opten por adoptar la medida deberán firmar un contrato de transacción en el que aceptarán las reglas y condiciones del gobierno, o las entidades territoriales, en el proceso de auditoría, reconocimiento y pago de las cuentas no financiadas con la UPC. A su vez, las entidades también renunciarían a interponer acciones por vía administrativa o judicial en contra del Estado.

acreditadora en el país, en un sector que solo ha tenido un solo acreedor, el ICONTEC. De hecho, en la página del MSPS, el único que aparece registrado es esta entidad.

Al mismo tiempo, el MSPS hace claridad que el acuerdo de punto final pretende subsanar una deuda total estimada de 6.7 billones de pesos (Tabla 2.1). En este sentido, respecto al régimen contributivo la ADRES adelantará un proceso de auditoría y pago de una posible deuda de 5.2 billones, mientras que en el régimen subsidiado el saneamiento implicaría pagos por alrededor de 1.5 billones de pesos; donde en este último caso la Nación cofinanciará el esfuerzo territorial para lograr el pago definitivo asociado a los servicios y tecnologías no financiados con la UPC. Por último, los recursos con los que se financiará esta política provendrán de las operaciones de crédito (emisión de deuda pública) que adelante el Ministerio de Hacienda de acuerdo con lo estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”.

Tabla 2.1. Acuerdo de Punto Final

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total Deuda Estimada	Total Girado*
5.2 Billones	1.5 Billones	6.7 Billones	1.5 Billones

**Corresponde al valor girado hasta el mes de abril de 2020*

Fuente: MSPS – MinHacienda

Por otra parte, en cuanto a las estrategias de prevención, estas tendrán el objetivo expreso de evitar que se acumulen deudas en el sistema de forma recurrente. Por ende, el gobierno pretende implementar y reforzar herramientas que permitan de forma controlada el reconocimiento y pago de los servicios no cargados a la UPC, tales como la actualización del PBS, el control de precios de medicamentos, los presupuestos máximos o techos, además de continuar con los esquemas de compras centralizadas.

Es importante resaltar a este punto, que la medida entro en vigor desde finales de 2019 y ha ajustado cuentas por pagar en un monto de 1.5 billones de pesos. La legislación que la reglamenta se constituye en el decreto 521 de 2020 que define su procedimiento y operatividad, y en la resolución 618 de 2020 que establece los requisitos y soportes que deben presentar las EPS e IPS durante el proceso de conciliación de la cartera.

6. Principales actores del sistema

6.1. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

La misión del MSPS en cuanto al sector salud se refiere es conocer, dirigir, evaluar y orientar el SGSSS. En este sentido, se encuentra a cargo de la evaluación, formulación e implementación de políticas que garanticen un correcto funcionamiento del sistema de salud, la salud pública y promoción social en salud. Asimismo, tiene el rol coordinante de todos los actores del sector para llevar a cabo los ajustes que considere necesarios para garantizar la sostenibilidad del sistema, tanto en términos de las mejoras en calidad, como del aspecto financiero.

Al ser una entidad de carácter público adscrita al nivel central del gobierno, su funcionamiento depende directamente de los recursos que le gira gobierno nacional. Éste, anualmente le asigna a la entidad un presupuesto el cual debe ejecutar mediante las relaciones contractuales que tiene con los distintos actores del sistema (gasto corriente del sistema) y los objetivos de política que se hayan determinado a partir de los planes de desarrollo de los gobiernos (gasto no corriente): planes de inversión, pagos de deudas, salud pública, etc.

Dado lo anterior, la ejecución del presupuesto de salud depende esencialmente de los compromisos ya adquiridos en términos de las normas que rigen el sistema, y en la medida en que existan objetivos de política estructurales en el sector por parte de los gobiernos, estos presupuestos presentan ajustes tanto en el monto como en su ejecución.

La Ley 1753 de 2015, por otra parte, centralizó la administración de los recursos del sistema en una nueva entidad (ADRES), en remplazo del extinto FOSYGA.

6.2. Principales entidades descentralizadas adscritas

6.2.1. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

Es una empresa industrial y comercial del Estado adscrita al MSPS, goza de personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. Fue creada a por la Ley 1753 de 2015, y comenzó a funcionar a partir del primero de agosto de 2017.

En esta misma Ley se definieron las funciones que llevaría a cabo en orden de centralizar la administración de los recursos del sistema.

ADRES, sustituye entre otros aspectos las funciones que desarrollaba el FOSYGA. Si bien el Fondo de Solidaridad y Garantía se encargaba de gestionar los recursos provenientes de las contribuciones de los afiliados al SGSSS, la ADRES, como su nombre lo indica, termina por centralizar la administración y control de todos los recursos asociados al sistema de salud; por lo que dicho fondo sería ahora una de sus dependencias.

El rol de la ADRES se puede resumir en tres grandes funciones: 1) el recaudo de los recursos del SGSSS definidos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 (Tabla A1); 2) la administración de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del SGSSS; y 3) el proceso de reconocimiento y pago de recursos a favor de actores del SGGG (Tabla A2). Esta última función, concentra las principales labores de la entidad, dado que su tarea es garantizar el flujo óptimo de los recursos a las empresas e instituciones que conforman el sistema. Esta función también se subdivide en cuatro labores claves: 1) administrar el proceso de Compensación del Régimen Contributivo y la Liquidación Mensual de Afiliados (LMA) del Régimen Subsidiado; 2) gestionar los recobros por Prestaciones de Salud no Incluidas en la Plan de Beneficios en Salud; 3) atender las Reclamaciones por Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos y Terroristas; 4) Generar de mecanismos de Apalancamiento Financiero a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios¹⁴ e IPS a través de compras de cartera directa, tasas compensadas del FINDETER, y los Bonos Obligatoriamente Convertibles en Acciones – BOCAS.

6.2.2. Superintendencia Nacional de Salud (SNS)

Es una entidad de carácter técnico con naturaleza pública adscrita al MSPS. Tiene personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Esta entidad se encarga de vigilar, inspeccionar y controlar el SGSSS. Adicional a esto, también se le ha delegado la labor, a partir del Decreto 2462 de 2013, de proteger los derechos de los usuarios y vigilar el riesgo de funcionamiento de los vigilados en materia operativa, tecnológica, jurídica y de salud, realizando un seguimiento a su administración, con el fin de ejecutar mecanismos de vigilancia sobre estos procesos. La Supersalud es una entidad

¹⁴ En adelante, vamos a hacer referencia a las EPS, dado que no es relevante para nuestro trabajo la diferenciación entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC).

clave para el buen funcionamiento del sistema. En ella recae la responsabilidad de alertar sobre malas prácticas que estén llevando a cabo por parte de las IPS y EPS del país.

6.2.3. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima)

El decreto 2078 de 2012 define cual es la naturaleza jurídica del INVIMA: es un establecimiento público del orden nacional, de carácter científico y tecnológico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al MSPS y perteneciente al Sistema de Salud.

Es la Agencia Regulatoria Nacional, una entidad de vigilancia y control de carácter técnico científico, que trabaja para la protección de la salud individual y colectiva de los colombianos, mediante la aplicación de las normas sanitarias asociadas al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria.

El objetivo fundamental según el mismo decreto es actuar como institución de referencia nacional en materia sanitaria y ejecutar las políticas formuladas por el MSPS en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva de conformidad con lo señalado en el artículo 245 de la Ley 100 de 1993 y en las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

6.2.4. Instituto Nacional de Salud (INS)

Según el decreto (Ley) 4109 de 2011 el INS es un Instituto Científico y Técnico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al MSPS. El Instituto pertenece al SGSSS y al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI).

Según el mismo decreto el INS tiene como propósito en el marco de sus funciones: 1) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; 2) realizar investigación científica

básica y aplicada en salud y biomedicina; 3) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; 4) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; 5) la producción de insumos biológicos; y 6) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del SGSSS y del SNCTI.

6.2.5. Otras entidades claves

6.2.5.1. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)

Es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Sus miembros y quienes integran la Asamblea de Asociados, máximo órgano del Instituto son: el MSPS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima, el Instituto Nacional de Salud - INS, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - Ascofame y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas - ACSC.

El objetivo del IETS según sus estatutos en el marco de la Ley 1438 de 2011, es realizar la evaluación de las tecnologías en salud basada en la evidencia científica y producir guías y protocolos sobre medicamentos, dispositivos, procedimientos y tratamientos con el fin de recomendar a las autoridades competentes sobre las tecnologías que deben ser cubiertas con recursos públicos a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el marco de la Ley Estatutaria de Salud 1791 de 2015 y el Decreto único 780 de 2016 que consolida toda la reglamentación del sector salud y protección social, este instituto toma un papel en clave en la regulación de precios de medicamentos y procedimientos, pues junto con el Invima tienen a su cargo la evaluación de la clasificación del valor terapéutico y económico de los medicamentos nuevos. Más adelante se hablará con más detalle acerca de esta competencia en la sección de relacionamientos claves del sector.

6.2.5.2. Entidades Territoriales (ET)

Las ET son todos los departamentos, municipios, distritos y territorios indígenas que tiene el país. En términos del gasto en salud, su rol es importante debido a que ellas reciben transferencias del Estado desde el SGP y generan recursos propios, de los cuales usan una parte para el sector salud. Ley 715 de 2001, reglamenta las competencias de las ET en salud: les corresponde a los departamentos gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población vinculada al Sistema, que resida en su jurisdicción, mediante Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas. También les corresponde la financiación -con recursos propios o asignados por concepto de participaciones-, de la prestación de servicios de salud de esta población, así como la organización, dirección, coordinación y administración de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud públicas en el departamento. Asimismo, esa Ley establece que los municipios tienen la responsabilidad de dirigir y coordinar la prestación de los servicios de salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual, deben identificar a la población pobre de su territorio a fin de seleccionar los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado, y financiar o cofinanciar su afiliación a dicho Régimen.

Así, la labor central de las ET en el sistema de salud tiene que ver con el trabajo conjunto con el MSPS, es decir, ellas actúan como autoridad en las regiones para monitorear, controlar, e implementar las políticas, reformas, y ajustar los planes a las necesidades de la región y comunidad. Tienen además la responsabilidad de recaudar los recursos de esfuerzo propio y administrar los que corresponden al sistema de salud. Si bien son las EPS las que tienen la responsabilidad de garantizar la prestación del PBS, algunas ET también tienen esta responsabilidad. La principal responsabilidad de estas entidades es garantizar que la población pobre pueda acceder al sistema de salud, en el marco del acceso al subsidio a la demanda. Finalmente, las medidas de salud pública en los territorios de su jurisdicción deben ser coordinadas por estas entidades.

1.2.5.3 Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Son las entidades responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del PBS. El rol clave de las EPS es contratar con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para asegurar la atención de los procedimientos incluidos en el PBS, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades,

procedimientos ambulatorios y hospitalarios, y rehabilitación (OECD, 2015). En términos económicos, las EPS tienen como aseguradoras la responsabilidad de: 1) administrar el riesgo clínico, es decir, garantizar la oportunidad en las atenciones, la efectiva prevención de enfermedades, y diseñar mecanismos para que las IPS brinden alta calidad en el servicio; 2) administrar el riesgo financiero, haciendo una efectiva administración de la demanda, y gestionando contratos óptimos con las IPS, para controlar los gastos del sistema (OECD, 2015). Adicionalmente, por ley están obligadas a aceptar a todo el que desee afiliarse y cumpla con los requisitos de ley y representar a los afiliados ante el prestador y demás actores del sistema.

La Tabla 3.1 resume como se encuentra segmentado el sistema. El SGSSS está organizado en dos tipos de regímenes, contributivo y subsidiado (ver Capítulo 2). Asimismo, existen EPS para las personas del subsidiado (EPS-S) y EPS para las personas que hacen aportes al sistema y se encuentran en el contributivo (EPS-C). Las personas pueden decidir cuál va a ser su asegurador dependiendo de la disponibilidad en su región. A partir del Decreto 3047 de 2013, las EPS pueden administrar un porcentaje de afiliados de otro régimen (10% del total de afiliados). El gobierno para garantizar el derecho a la salud y teniendo en cuenta las limitaciones en términos de oferta de EPS en el país debido a las medidas que se han estado tomado para depurar el sistema, modificó este porcentaje hasta un 30% con el Decreto 1424 de 2019.

Por administrar el PBS, las EPS reciben un porcentaje de la UPC dependiendo de régimen. En el caso de los afiliados del contributivo las EPS reciben el 10% del valor per cápita, en tanto que, sobre los del subsidiado, el 8%.

Tabla 3.1. Regímenes en Salud – clasificación EPS

Régimen Contributivo	<ul style="list-style-type: none"> Acceso vía cotización individual o familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. 	EPS	Afiliados posibles sobre el total (%)
		Contributivo EPS - C	100
		Subsidiado EPS - S	30
Régimen Subsidiado	<ul style="list-style-type: none"> vía de acceso efectiva al ejercicio del derecho fundamental de la salud de la población pobre y vulnerable del país al SGSSS. 	Contributivo EPS - C	30
		Subsidiado EPS - S	100

Fuente: elaboración propia.

1.2.5.4 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

La sentencia C-064 de 2008 de la Corte Constitucional, resume bien la definición de IPS: “son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas. Son entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud, que tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia, cuentan con autonomía administrativa, técnica y financiera, y deben propender por la libre concurrencia de sus acciones”. Teniendo en cuenta esto, se consideran prestadores de servicios de salud, según el Decreto 780 de 2016, las IPS, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

El aseguramiento de la calidad, la supervisión y el marco de mejoramiento es el mismo independiente de la naturaleza de la IPS (OECD, 2015). Sin embargo, en cuanto a las finanzas y su manejo, la naturaleza impone marcos de regulación distintos. Por ejemplo, en el caso de las privadas, éstas se rigen por las normas usuales de cualquier entidad comercial, mientras que las públicas son propiedad del estado y, por tanto, se rige por otras disposiciones (OECD, 2015).

Siguiendo a Prada-Ríos, Pérez-Castaño, & Rivera-Triviño (2017), quienes se basan en el Sistema de Cuentas de Salud (SCS), es posible agrupar las IPS en 6 grupos (Tabla 3.2). Los prestadores de atención ambulatoria y hospitales son los que tienen más participación en la oferta con 66.1% y 16.6%, respectivamente (82.7% de la oferta total). Esta participación es clave porque el universo de atenciones, la contratación y el gasto se concentra en estos actores. Claramente, la prestación de actividades ambulatorias por llevarse en su mayoría en consultorios concentra una gran cantidad de unidades. Sin embargo, cuando tenemos en cuenta los resultados financieros de las IPS, se encuentra que los hospitales concentran aprox. 90% de las cuentas del sistema (activos, pasivos y patrimonio) y la prestación de actividades ambulatorias son el 9%. Concentran pues entre ambos el 99% de los activos del sistema.

Tabla 3.2. Clasificación de IPS- Colombia			
Categoría	Subcategoría	Total	Part.
Hospitales	Hospitales generales	884	10.4%
	Salud mental y adicciones	24	0.3%
	Hospitales de especialidades	496	5.9%
Establecimientos de cuidado residencial de largo plazo	Centros residenciales de cuidado médico a largo plazo	0	0.0%
	Centros de salud mental y abuso de sustancias	7	0.1%
	Otros	0	0.0%
Prestadores de atención ambulatoria	Consultorios médicos	1607	19.0%
	Consultorios odontológicos	1041	12.3%
	Consultorios de otros profesionales de la salud	1462	17.3%
	Centros de atención ambulatoria	337	4.0%
	Prestadores de servicios de salud en casa	491	5.8%
	Otros	655	7.7%
Prestadores de servicios auxiliares	Transporte de pacientes y rescate de emergencias	80	0.9%
	Laboratorios médicos y de diagnóstico	294	3.5%
	Otros prestadores de servicios auxiliares	109	1.3%
Minoristas y otros prestadores de bienes médicos	Farmacias	7	0.1%
	Vendedores al por menor y otros prestadores de bienes médicos duraderos y de aparatos médicos	63	0.7%
Centros de promoción y prevención	Centros de promoción y prevención	904	10.7%
Total		8461	
<i>Fuente: Prada-Ríos, et al. (2017)</i>			

1.2.5.5 Instituciones con objeto social diferente

Según el Concepto 32997 de 2014, emitido por la Superintendencia de Salud:

Con esta denominación se habilitan los servicios de salud que son prestados por entidades cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización, ni quirúrgicos. Estos servicios se habilitarán con el cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico – científicas y deberán cumplir con los

requisitos legales de acuerdo con la normatividad vigente respecto a su existencia, representación legal y naturaleza jurídica, según lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, no requerirán presentar el PAMEC y no podrán ser ofrecidos en contratación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Entidades como el Sistema Nacional de Bienestar Familiar están incluidas en este grupo.

1.2.5.6 Transporte especial de pacientes

El concepto 32997 de 2014 también establece que estos son:

servicios de salud cuyo objeto es el traslado de los pacientes a los servicios de salud correspondientes de conformidad con el requerimiento de atención en virtud de la patología o trauma padecido. Podrán ser prestados por IPS o profesionales independientes de conformidad con las modalidades de prestación aérea, terrestre y marítima o fluvial definidas en el presente manual y con los criterios exigidos para su prestación.

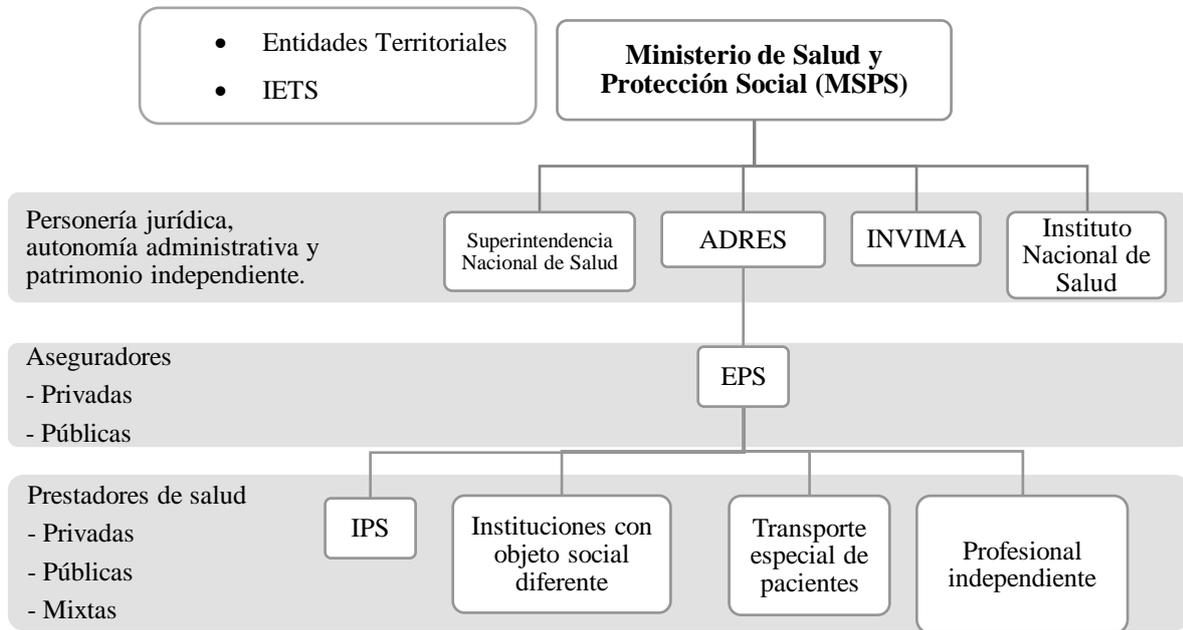
1.2.5.7 Profesional independiente

Finalmente, el concepto dicta que un profesional independiente:

es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar y no les será exigido el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (PAMEC).

La Figura 3.1 resume la estructura organizacional de sistema:

Figura 3.1. Estructura organizacional del SGSSS



Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 3. ARQUITECTURA DEL SISTEMA: RELACIONAMIENTO DE LOS AGENTES EN EL SGSSS

En este capítulo se analiza el funcionamiento del servicio público esencial de salud en términos de los actores y las formas contractuales existentes en el aseguramiento y la prestación de la salud¹⁵. Para esto, se identifican los distintos actores, las normas y tipo de relaciones contractuales que conforman y permiten el funcionamiento del sistema. Formalmente, este conjunto de elementos se conoce como el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, el cual se encuentra en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Como se detalla en el Capítulo 2, el sistema ha vivido varios cambios desde la promulgación y puesta en funcionamiento del sistema de seguridad social en Colombia, concebido a partir de la Ley 100 de 1993. Para el entendimiento de la arquitectura del sistema, nos ceñiremos al sistema como hoy lo concebimos, donde su principal ajuste estructural se sintetiza en la Ley Estatutaria de Salud de febrero de 2015. A partir de esta Ley, se formalizó lo que ya venía sucediendo mediante el mecanismo de tutelas, la salud como un derecho fundamental. Esto por supuesto, ha generado una serie de cambios, que ya se venía gestando, en las instituciones, formas contractuales y normas que rigen el funcionamiento del sistema.

El capítulo está organizado de la siguiente manera: 1) se revisa las formas contractuales que existen en el sistema a nivel de ADRES-EPS y EPS-IPS; 2) luego, se revisa algunos ejemplos de contratación en función de la eficiencia y los resultados en salud; 3) elementos de la integración vertical; 4) incentivos existentes en la contratación actual; 5) cifras en contratación; y finalmente 6) algunas consideraciones para mejorar la contratación.

2 Estructura de relacionamiento: formas contractuales

2.1. Contratación ADRES – EPS

¹⁵ Una mirada integral a todo el funcionamiento del sistema se encuentra en el decreto único 780 de 2016, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Este trabajo se focaliza en entender la estructura de funcionamiento desde el punto de vista de los incentivos en la contratación. Por tanto, muchos aspectos claves del sistema serán omitidos en este capítulo.

El SGSSS de Colombia fue creado bajo el principio de aseguramiento social de toda la población perteneciente a cualquiera de los regímenes que hoy existen en el país. Éste es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros (MSPS, 2004). Para garantizar esto la administradora de los recursos—ADRES, se basa mayoritariamente en dos formas de contratación que determinan el flujo de recursos hacia las EPS: capitación y recobros.

2.1.1. Capitación, PBS y UPC

Un sistema de pago por capitación es aquel donde el asegurador le entrega al prestador una suma fija de dinero con el fin de garantizar la prestación del servicio a los afiliados por un periodo de tiempo. Extrapolando esta definición a la contratación entre el ADRES y las EPS, la cápita del sector salud es un valor monetario que se le gira a las EPS para que garanticen la prestación de un conjunto de servicios y tecnologías en salud¹⁶ durante un año. Este conjunto de beneficios, como se explicó anteriormente, se conoce como **Plan de Beneficios en Salud (PBS)**. A esta cápita se le conoce como **Unidad de Pago por Capitación (UPC)**. La UPC se reconoce de manera anticipada y en Colombia su cálculo está a cargo de *La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud*, unidad adscrita al MSPS.

El principio fundamental de la UPC es que sea suficiente para financiar los gastos en salud asociados a las tecnologías y servicios que requiere la población asegurada. De acuerdo con un mecanismo de ajuste de riesgo estándar del aseguramiento, su cálculo incluye, entre otras cosas, aspectos demográficos, epidemiológicos y de carga de la enfermedad del país. Para su cálculo se utiliza información: 1) poblacional, la cual incluye el número de afiliados según regímenes, edad, sexo, residencia, ingreso base de cotización (IBC), tipo de afiliación al sistema y antigüedad; 2) servicios, que incluye las prestaciones en salud recibidas por los afiliados a cargo de la UPC (las incluidas en el PBS), con la estructura de cobros; 3) finalmente, económicas, las cuales incluyen ingresos y gastos de las EPS.

De acuerdo con el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, el PBS se debe actualizar cada dos años. La última actualización se llevó a cabo el 26 de diciembre de 2019 mediante la

¹⁶ Las tecnologías en salud son todas las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, servicios, materiales, equipos, dispositivos y paliación de la enfermedad (SALUDTOTAL, s.f.).

resolución 3512 de 2019. Según el MSPS el proceso de actualización del PBS consta de 8 etapas en las cuales el resultado final es una lista de inclusiones a ser financiadas con la UPC: 1) identificación de las necesidades en salud de la población; 2) aplicación de los criterios para la selección de las tecnologías en salud a evaluar; 3) identificación de las tecnologías en salud que son seguras y efectivas; 4) aplicación de los criterios de priorización para seleccionar las tecnologías en salud a incluir; 5) presentación de la propuesta de actualización a la comisión y deliberaciones para formular recomendación para la toma de decisión por parte del Ministerio; 6) Consulta previa de la propuesta del acto administrativo a los diferentes actores del SGSSS, a través de la página WEB del Ministerio de Salud; 7) Acto administrativo firmado por el Ministro de Salud y Protección Social; y 8) Socialización del acto administrativo a los diferentes actores.

Este proceso, se hace con el acompañamiento del IETS, quien hace la labor de investigar las tecnologías en salud a ser incluidas, y genera los informes necesarios para la toma de decisiones por parte del ministerio de salud y los distintos actores del sector incluido por Ley en la selección final del PBS.

Sin embargo, aunque la UPC y el PBS pasan por un proceso riguroso para su determinación, es importante resaltar que el PBS que hoy rige en Colombia tiene una característica particular, dejó de ser de razonamiento explícito (POS) a lista negativa (PBS). Giedion, U. et al (2014), lista elementos en favor y en contra del primero, que llevaron a que se decidiera por el segundo. Respecto a los elementos a favor del razonamiento explícito, fundamentalmente están relacionados con la eficiencia y disciplina en el uso de los recursos escasos en orden maximizar con las limitaciones existentes el bienestar de la población. Por otro lado, entre los argumentos en contra está precisamente el asunto ético, en un plan con razonamiento explícito los médicos pierden autonomía para tratar al paciente, y se considera entonces que va en contra del derecho a la salud. Además, y precisamente relacionado con la UPC, también hay elementos técnicos: 1) dificultades para definir, aplicar y actualizar un PBS, por ejemplo, en Colombia la información utilizada normalmente tiene rezago de dos años y es incompleta; 2) la posibilidad de manipulación política, y 3) la limitación de la autonomía de las autoridades territoriales y los prestadores.

Algunos autores señalan que el razonamiento implícito es más beneficioso que el explícito (Rumbold, Smith y Alakeson, 2012). Sin embargo, para que esto sea así, los autores señalan que se debe implementar acompañado de otros mecanismos: evaluación

de tecnologías, la provisión y divulgación de recomendaciones explícitas sobre los beneficios y costos de las tecnologías adoptadas, y finalmente, y más alineado con el presente trabajo, es la introducción de incentivos para prestar servicios con mayor aporte en salud.

2.1.2. Recobros

Los recobros son el mecanismo con el cual se reconoce a las EPS e IPS gastos no incluidos en el PBS (no POS). Es decir, dada la naturaleza del sistema donde se ha definido y se ha entendido el acceso universal como no negación de la prestación independientemente del servicio a prestarse, el mecanismo por capitación no es suficiente para garantizar todas las tecnologías existentes o que llegan en ese periodo, por tanto, los aseguradores y prestadores deben recobrar los gastos en que hayan incurrido que no se encuentren en el PBS. En Colombia hasta 2017, existieron dos formas de acceder a bienes y servicios en salud no PBS que se materializan en recobros: 1) el proceso judicial conocido como tutela, 2) la solicitud que realizaba el médico prescriptor a un Comité Técnico Científico¹⁷ (Franco Restrepo, 2015).

En el marco de la Ley Estatutaria, a partir de la Resolución 3951 de 2016, se cambió el mecanismo por el cual se solicitaban bienes y servicios no PBS. Como se señala en la página del ministerio, a partir del 1ero de abril de 2017, son los profesionales de la salud, debidamente autorizados, los que generan las prescripciones directamente al MSPS, y por consiguiente a las EPS, mediante una aplicativo conocido como Mi Prescripción (Mipres). Es decir, se eliminaron los CTC, y se promovió entonces la autonomía del profesional de la salud, dado que antes estaban sometidos a la decisión del Comité, y adicionalmente se implementa un sistema que, en la medida que se hagan los ajustes pertinentes de un sistema único de información, podría generar una mejor gestión y oportunidad de la información en cuanto la dinámica de los bienes y servicios en salud no incluidos en el PBS.

El Mipres no está exento de controles por parte del MSPS y los demás actores implicados en la prestación de una autorización. Las autorizaciones deben estar incluidas en las respectivas clasificaciones (medicamentos, procedimientos, e insumos). Algunas

¹⁷ Conformado por médicos y funcionarios administrativos de cada EPS.

autorizaciones deben pasar por juntas médicas creadas por las IPS, asimismo, se creó una lista de causas para la no entrega del medicamento o servicio por parte de las EPS, EOC y ET, y otra lista para los dispensadores. Estas listas, se refieren fundamentalmente a asuntos de actualización de reportes, cumplimientos técnicos con el INVIMA, falta de verificación por parte del profesional en cuanto a elementos ya incluidos en el PBS. Sin embargo, no parece haber elementos que constriñan la autonomía del médico más allá de asuntos de verificación.

El proceso anterior generaba unas autorizaciones, que una vez eran aceptadas por Mipres y atendidas por las entidades pertinentes, las EPS debían hacer el respectivo procedimiento para recobrar el gasto ante el ADRES (contributivo) o la ET (subsidiado).

El anterior procedimiento de recobro generaba, sin embargo, inconformidad en los distintos actores. Por un lado, el incremento sustancial que han experimentado los recobros en los últimos 10 años ha generado presión sobre el MSPS para controlar este mecanismo de compensación. En cuanto a las EPS-IPS, esto ha significado un problema a la hora de hacer los recobros, pues los desembolsos son demorados, generando problemas de liquidez, y e incluso, no todos han sido compensados¹⁸.

Esto derivó entonces en un cambio estructural en la contratación por parte del ADRES y las EPS: la ley de presupuestos máximos (“techos”, PM). Esta medida, crea un mecanismo de compensación a lo no PBS, parecido al del PBS, en el cual se asigna un presupuesto adicional a las EPS para hacer frente a todos los elementos no incluidos en el PBS (ver Capítulo 2). Formalmente, lo que se está creando aquí es un mecanismo donde la responsabilidad de la gestión del gasto no PBS se le asigna parcialmente a las EPS. El hecho de poner límites sobre lo que entra o no en el presupuesto máximo, hace que las EPS deban administrar mejor los recursos, y así generar redes de contratos que mejoren la relación costo-beneficio. De la misma forma, las IPS y su personal de salud deben crear mecanismos donde se garantice la prestación del servicio a los usuarios, y haya un uso adecuado de los recursos que ahora ex ante son limitados.

Esto no elimina totalmente los recobros al sistema, pues existen algunas excepciones para que las EPS e IPS puedan cobrar al ADRES bienes y servicios en salud prestados que cumplen con ciertas condiciones específicas.

¹⁸ La ley de punto final creó parcialmente el mecanismo para hacer frente a las deudas del sistema, como se detalla en el Capítulo 2.

En síntesis, la contratación de prestaciones no PBS ha tenido un cambio importante, por lo cual debemos esperar cambios en la forma de contratación en el sistema, los cuales es demasiado pronto para evaluar. Existen elementos relacionados con la calidad del servicio, que deben ser considerados y evaluados tan pronto como se tenga información suficiente de los primeros resultados del nuevo esquema. En este esquema de contratación ADRES-EPS (o ET), pueden generarse dos tipos de incentivos: 1) que la EPS presione mediante la contratación a que se reduzcan los reportes de elementos que presionen el presupuesto máximo asignado; 2) lo contrario, que dado el mecanismo mediante el cual se hace el cálculo de los presupuestos máximos, el incentivo sea presionar incrementos en lo no PBS, de tal forma, que en los periodos siguiente este presupuesto sea mayor. Los dos tipos de incentivos anteriores, parece conducir a un mecanismo de ajuste automático, dado que se utiliza la información histórica de las EPS, lo cual genera ajustes al alza en el PM, cuando el gasto está incrementando y, asimismo, ajustes a la baja cuando el gasto de este rubro se contrae.

2.1.3. Cuotas moderadoras y copagos

Las cuotas moderadoras tienen el objetivo de regular la utilización y estimular el buen uso del servicio. Los copagos, por su parte, son un aporte que hace la persona que utiliza los servicios y corresponden a una parte del valor total del mismo. Este aporte contribuye con la financiación del sistema de salud. Lo anterior fue definido en el numeral 3 del artículo 160 y el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, y posteriormente modificado en el Acuerdo 260 de 2004 y en el Acuerdo 365 de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

a. Acuerdo 008 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

El monto de los copagos y las cuotas moderadoras se determinó inicialmente de acuerdo con el estrato socioeconómico al que pertenezca el afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, para lo cual se empleó la estratificación usada por las Empresas de Servicios Públicos, o algún otro de los métodos que se tenían definidos para la focalización de subsidios del Régimen Subsidiado (Tabla 1.2).

Tabla 1.2. Cuota moderadora y copago (Acuerdo 008 de 1994)

Cuota Moderadora			
	Consulta médica general y de otros profesionales de la salud*	Consulta médica especializada**	Formulación de medicamentos***
Estratos 1, 2 y 3	10%	10%	10% o hasta 20% de un SMMLV
Estratos 4, 5 y 6	20%	20%	20% o hasta 30% de un SMMLV

*Nota: *Sobre el valor de la consulta. **Sobre el valor de la consulta. ***Sobre la base del precio máximo de venta al público. SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.*

Copago			
	Diagnóstico por laboratorio clínico*	Actividades y procedimientos en odontología*	Actividades y procedimientos médico quirúrgicos ambulatorios y con internación*
Estratos 1, 2 y 3	10% o hasta 1 SMMLV	10% o hasta 30% de un SMMLV	10% o hasta 2 SMMLV
Estratos 4, 5 y 6	20% o hasta 3 SMMLV	20% o hasta 40% de un SMMLV	20% o hasta 4 SMMLV

*Nota: *Sobre el valor máximo total de la actividad-procedimiento. SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.*

b. Acuerdo 030 de 1996 y Acuerdo 260 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Estos acuerdos definieron el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la siguiente manera:

Régimen Contributivo

Tabla 1.3. Cuota moderadora y copago RC (Acuerdo 030 del 1996)

Ingresos	Cuota Moderadora	Copago		
	Porcentaje de un SMDLV	Porcentaje del valor total del servicio	Máximo por evento (porcentaje de un SMMLV)	Máximo en un año (porcentaje de un SMMLV)
< 2 SMMLV	10%	10%	25%	50%
Entre 2 y 5 SMMLV	40%	15%	100%	200%
> 5 SMMLV	105%	20%	200%	400%

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente.

Tabla 1.4. Cuota moderadora y copago RC (Acuerdo 260 del 2004)

Ingresos	Cuota Moderadora	Copago		
	Porcentaje de un SMDLV	Porcentaje del valor total del servicio	Máximo por evento (porcentaje de un SMMLV)	Máximo en un año (porcentaje de un SMMLV)
< 2 SMMLV	11,70%	11,50%	28,70%	57,50%
Entre 2 y 5 SMMLV	46,10%	17,30%	115%	230%
> 5 SMMLV	121,50%	23%	230%	460%

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente.

Las cuotas moderadoras aplican para los siguientes servicios: consulta externa médica odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada; consulta externa por médico especialista; fórmulas de medicamentos; exámenes de diagnóstico y urgencia única y exclusivamente cuando la utilización de estos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Los copagos deben pagarlos únicamente los beneficiarios y son aplicados a todos los servicios cubiertos por el PBS, con excepción de: servicios de promoción y prevención, programas de control de atención materno infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, atención inicial de urgencias y los servicios sujetos a la aplicación de cuotas moderadoras.

Régimen Subsidiado

Tabla 1.5. Copago RS (Acuerdo 030 del 1996 y Acuerdo 260 del 2004)

	Copago		
	Porcentaje del valor total del servicio	Máximo por evento (porcentaje de un SMMLV)	Máximo en un año (porcentaje de un SMMLV)
Personas del nivel 1 del Sisben	5%	25%	50%
Personas del nivel 2 del Sisben	10%	50%	100%

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente.

Los afiliados al régimen subsidiado no pagan cuotas moderadoras. Sin embargo, dichos afiliados si son sujeto del cobro del copago, el cual corresponde a una parte del valor total de los servicios recibidos. Para los casos de indigencia debidamente verificada y las comunidades indígenas, la atención es gratuita y no se realiza el cobro de copagos. Adicionalmente, no habrá lugar al cobro de copagos para cualquier población en los siguientes servicios: control prenatal, atención del parto y otras complicaciones; servicios de promoción y prevención; programas de control en atención materno infantil; programas de control en atención de las enfermedades transmisibles; enfermedades catastróficas o de alto costo; atención inicial de urgencias; consultas médicas, odontológicas y consultas por otras disciplinas no médicas, exámenes de laboratorio, imagenología, despacho de medicamentos cubiertos en el PBS, consulta de urgencias y

prescripciones regulares dentro de un programa especial de atención integral de patologías.

c. Acuerdo 365 de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

La Ley 1122 de 2007 en su artículo 14, literal g) definió que no habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel 1 del Sisbén o el instrumento que lo reemplace; y cuando presenten condiciones de pobreza similares a las del nivel 1 del Sisbén. Las poblaciones a las cuales aplica lo señalado en este artículo son: población infantil abandonada, población indigente, población en condiciones de desplazamiento forzado, población indígena, población desmovilizada, personas de la tercera edad en protección de ancianatos en instituciones de asistencia social, población rural migratoria, población ROM (gitanos).

2.2. Contratación EPS – IPS

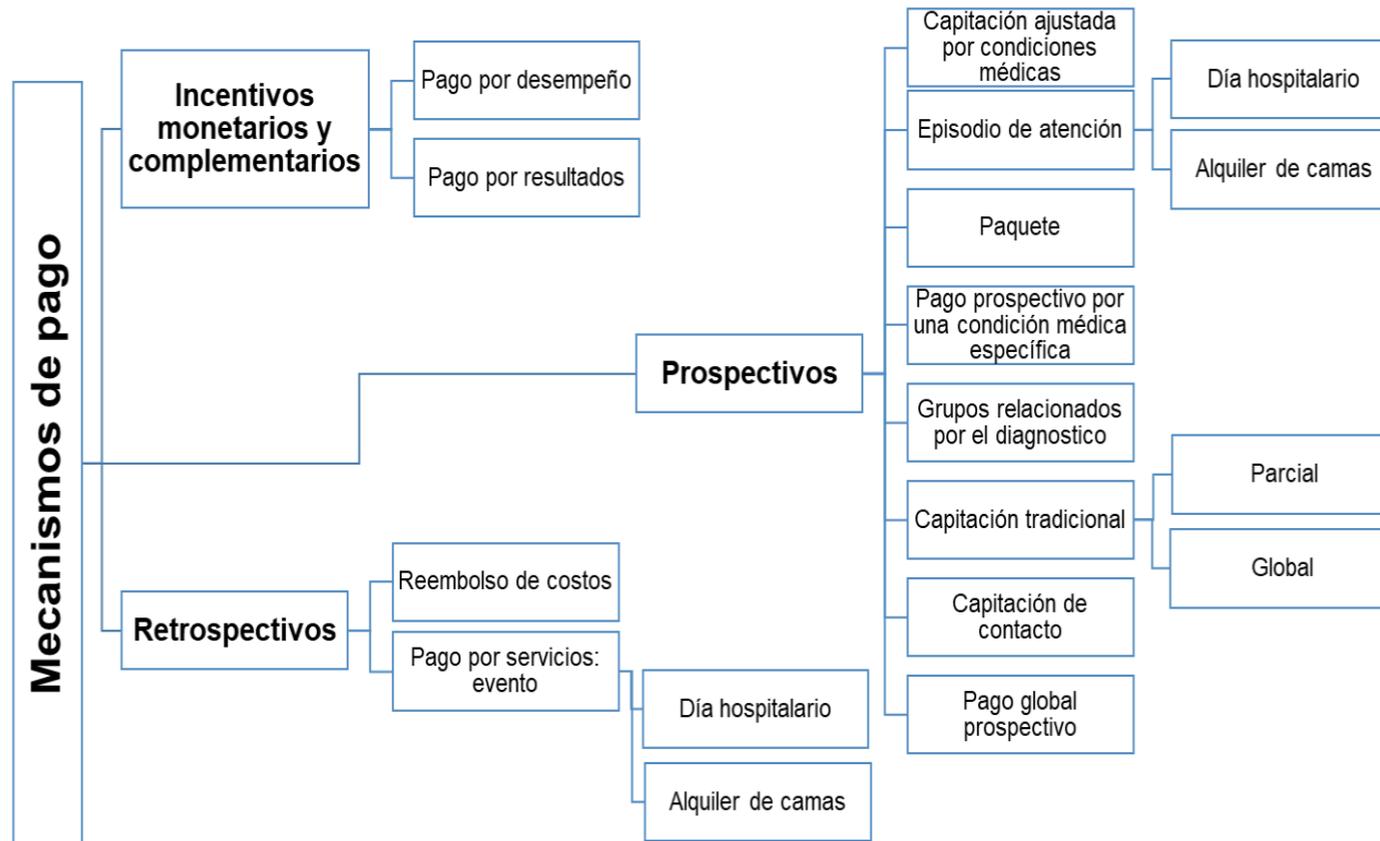
2.2.1. Formas contractuales en salud

Uno de los asuntos más complejos del sistema es la contratación en la prestación de los servicios de salud. En el sector de salud convergen muchas actividades que por sus intrínsecas características están asociadas a alta complejidad e incertidumbre en cuanto al gasto asociado a la prestación del servicio. Para reducir el riesgo asociado a la actividad, y generar incentivos en la prestación en cuanto a sostenibilidad financiera, en el mundo se han diseñado distintos tipos de contratos dependiendo de las prestaciones que se pretenden cubrir. Siguiendo a Atehortúa Mira (2018), se detallan las formas de contratación que normalmente existen en la prestación de servicios de salud. Todo esto se puede resumir en el esquema expuesto en la Figura 3.2.

El primer mecanismo es el de *pagos retrospectivos*. Esta forma contractual está basada en el hecho de que los prestadores no asumen ningún riesgo asociado a la actividad, dado que el asegurador paga todas las atenciones una vez están han sido realizadas y facturadas por el prestador. Dos tipos de contrato se conocen aquí: reembolso de costos y pago por evento. En el primero, el prestador recibe ingresos asociados a todo el gasto de operación (mano de obra, insumos, capital, entre otros). Un ejemplo ajustado a Colombia, es el subsidio a la oferta, donde algunas entidades públicas (hospitales y centros de salud) reciben ingresos basados en un presupuesto de gasto, que les permite operar durante un

periodo determinado. Se ha utilizado principalmente, como mecanismo para llegar a lugares donde solo el Estado tiene la capacidad de llegar (Decreto 2273 de 2014). En el caso de pago por evento, al prestador se le reconoce la suma total por cada atención o actividad prestada. Como detalla Atehortúa Mira (2018), se utiliza (idealmente) en actividades puntuales y cuando la red de prestación se está apenas conformando, por asuntos de confianza y falta de información en cuanto a los gastos de prestación.

Figura 3.2. Formas de contratación entre asegurador y prestador: EPS-IPS



Fuente: Atehortúa Mira (2018).

El primer mecanismo es el de *pagos retrospectivos*. Esta forma contractual está basada en el hecho de que los prestadores no asumen ningún riesgo asociado a la actividad, dado que el asegurador paga todas las atenciones una vez están han sido realizadas y facturadas por el prestador. Dos tipos de contrato se conocen aquí: reembolso de costos y pago por evento. En el primero, el prestador recibe ingresos asociados a todo el gasto de operación (mano de obra, insumos, capital, entre otros). Un ejemplo ajustado a Colombia, es el subsidio a la oferta, donde algunas entidades públicas (hospitales y centros de salud) reciben ingresos basados en un presupuesto de gasto, que les permite operar durante un periodo determinado. Se ha utilizado principalmente, como mecanismo para llegar a lugares donde solo el Estado tiene la capacidad de llegar (Decreto 2273 de 2014). En el caso de pago por evento, al prestador se le reconoce la suma total por cada atención o actividad prestada. Como detalla Atehortúa Mira (2018), se utiliza (idealmente) en actividades puntuales y cuando la red de prestación se está apenas conformando, por asuntos de confianza y falta de información en cuanto a los gastos de prestación.

En el caso de los *pagos prospectivos*, están concebidos bajo un esquema de contratación anticipada para la prestación de las actividades en salud. Contrario a lo anterior, en este caso el prestador si asume riesgos asociados a la prestación del servicio, pues este sabe cuál va a ser el monto de los recursos que va a recibir de manera anticipada los cuales pueden o no ser suficientes dependiendo del comportamiento de la demanda de atenciones de cada tipo de actividad bajo este esquema. En esta forma de contratación existen varios tipos o mecanismos como se observa en la Figura 2. Para resumir, se pueden agregar en: capitación, pago por evento, pago por evento-servicio.

La capitación, se refiere a un contrato por persona en un periodo determinado, para cubrir todas las atenciones en salud que este demande (así efectivamente no las demande). Existen varios tipos de capitación. La global es del tipo UPC, donde el asegurador se encarga de crear las redes necesarias para la atención completa del PBS. La parcial, está más relacionada a las IPS, donde la contratación se segmenta, sea por niveles de complejidad, especialización del prestador, capacidad técnica, etc. La tercera es la capitación ajustada por condiciones médicas. Este tipo de cápita se centra en el individuo en la medida en que incentiva la organización de los recursos en función de la persona; individualiza la cápita en función de condiciones médicas.

El pago por evento funciona igual que en los pagos retrospectivos, es decir, se paga una suma fija por una actividad que puede incluir uno o varios servicios, procesos, insumos o factores de producción. Existen tres tipos de mecanismo asociados a esta forma. El primero es el pago por paquetes, en el cual, dado el tipo de actividad, es posible agrupar los bienes y servicios a utilizarse en la prestación y asignar un costo determinado. Procedimientos como cirugías electivas normalmente son contratadas de esta forma. El segundo, es agrupamiento por grupo de diagnóstico, normalmente se utilizan factores como la edad, el sexo, los diagnósticos, procedimientos, estado del paciente al alta, presencia de comorbilidades y complicaciones (incentivos óptimos) para generar los agrupamientos. Finalmente, el tercero se conoce como capitación (o pago) por contacto, está dirigido a intervenciones donde la variabilidad en el gasto es muy alta, normalmente se refiere a contacto porque la suma para la atención se fija una vez la persona es enviada a especialista. Por último, se encuentra un intermedio entre pago por evento y servicio, en esta categoría caen los días de hospitalización y las camas que se facturan a un pago fijo por un periodo determinado de tiempo.

Existen adicionalmente mecanismos fundamentados en el desempeño del prestador. El primero es el pago por desempeño, donde se le reconoce un valor monetario a los prestadores para que tengan resultados buenos en indicadores de estructura, de procesos o volúmenes de producción. Este incentivo, es complementario a cualquiera de los tipos de pago anteriores. El segundo es el pago por resultados clínicos y de calidad de vida. Esto formalmente se conoce como compensación por resultados, donde se usan indicadores sobre condiciones médicas que permitan hacer lectura del ciclo completo de la atención. En Colombia, para nuestro conocimiento, estos no han sido utilizando formalmente, y son este tipo de contratación los que precisamente pueden alinear los incentivos de los actores en orden de efectivamente mejorar el bienestar en salud de la población. Precisamente en este trabajo, se desarrollan argumentos en favor de su implementación.

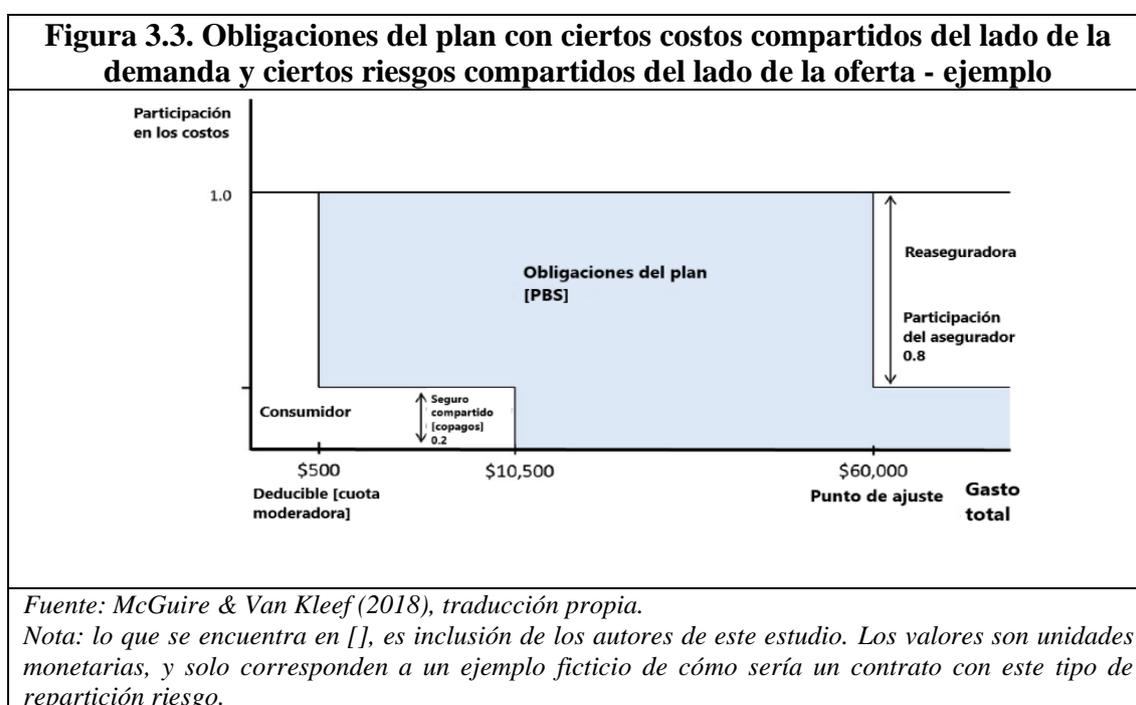
3. Ejemplos de contratación en función de la eficiencia y los resultados en salud

En esta sección se abordan ejemplos de dos tipos de contratación que en la literatura reciente está tomando fuerza como mecanismo para mejorar los resultados en salud y la eficiencia en el uso de los recursos.

3.1. Modelos de riesgo compartido

Siguiendo McGuire & Van Kleef (2018), el costo de una atención y todo lo que se pueda derivar de la misma, puede ser compartido entre el prestador y el consumidor (lado de la demanda) o el prestador y el asegurador o regulador (lado de la oferta). El modelo de riesgo¹⁹ compartido en este contexto se refiere al segundo tipo de situaciones. Así, cierta responsabilidad financiera de la prestación la comparte el asegurador.

La Figura 3.3, con base en McGuire & Van Kleef (2018), da un ejemplo de cómo se comparte el pago de una atención en un plan que incluye costo compartido desde ambos lados. En resumen, el esquema muestra que, desde el lado de la demanda, el consumidor comparte el costo con un límite definido, y dos formas de pago. La primera es el deducible, una suma fija que se paga por la atención, que en el contexto colombiano se conoce como cuota moderadora. La segunda, es el seguro compartido, un porcentaje del costo pagado por el usuario, en el contexto colombiano este se conoce como copago. El límite implica que, una vez se ha llegado a un nivel de gasto, el consumidor no compartirá más los costos. Allí entra entonces a responder el prestador teniendo en cuenta el plan de obligaciones que se haya contratado. Finalmente, cuando el gasto llega a un segundo punto límite (punto de ajuste), el asegurador entra a compartir los costos con el prestador.



¹⁹ El concepto de riesgo aquí, se relaciona a costo, con el elemento adicional asociados a la incertidumbre que existe en el costo individual (McGuire & Van Kleef, 2018).

Existen cuatro elementos esenciales de riesgo compartido según Van Barneveld, Lamers, Van Vliet, & Van De Ven (2001): la lista de miembros para los que el riesgo se comparte, tipos de atención para las que se comparte el riesgo, alcance del riesgo que se comparte y el precio que los aseguradores tienen que pagar por compartir el riesgo. Para los autores, utilizar modelos de riesgo compartido reduce los incentivos a la selección de grupos de riesgo y genera mejoras en eficiencia, elemento clave para la sostenibilidad financiera del sistema.

Teniendo en cuenta los elementos anteriores, se encuentran cuatro grandes formas de riesgo compartido en reciente literatura resumidas en la Tabla 3.3.

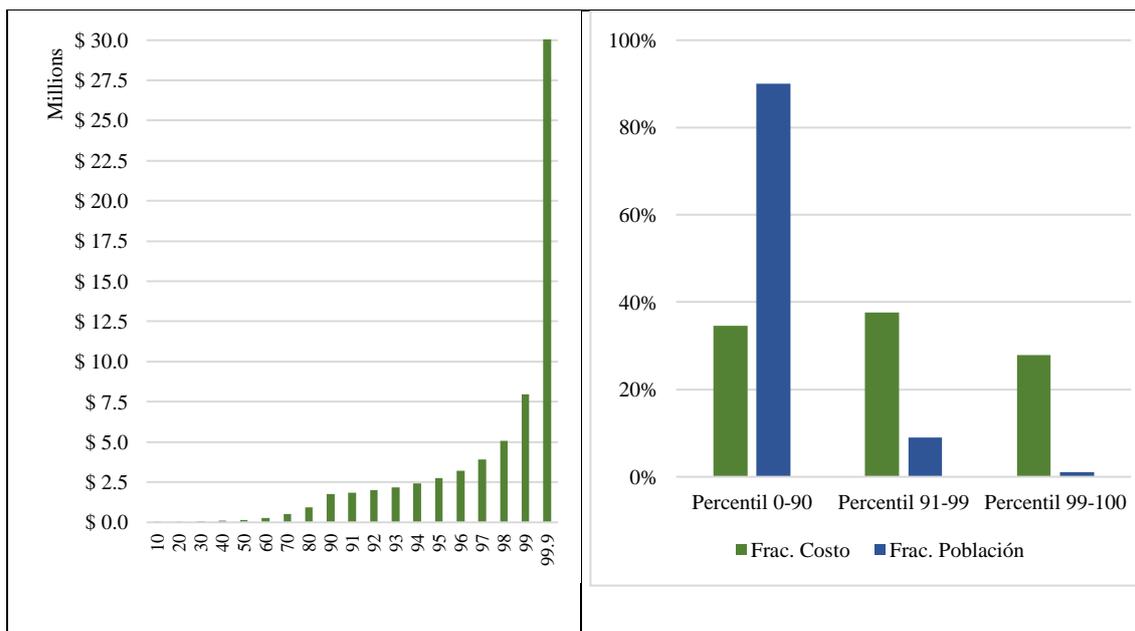
Tabla 3.3. Formas de riesgo compartido con base en McGuire & Van Kleef (2018).		
Formas de riesgo compartido	Características	Resultado o ejemplo
Riesgo compartido proporcional	El pago es una combinación de pago prospectivo y pago basado en costo. La siguiente fórmula resume esto: $Pago = \lambda \bar{x} + (1 - \lambda)x_i$ Donde la λ es la proporción de pago prospectivo, \bar{x} gasto promedio de la población (la UPC, por ejemplo), y x_i el gasto de un año de la persona i .	Reduce el riesgo financiero: en la medida en que λ aumenta, mejora el ajuste de riesgo prospectivo, es decir, el ajuste entre el pago y el costo.
Reaseguramiento	El asegurador paga una parte del costo individual de una atención (o conjunto de atenciones) sobre un umbral.	Reduce el riesgo financiero: es muy eficaz ajustando los pagos de los planes a nivel individual a las obligaciones de los planes para casos de alto costo. Evidencia para Holanda, Estados Unidos, Suiza y Alemania muestra que mejora el ajuste entre el pago y el costo. Evidencia también muestra que esto reduce la selección de grupos particulares de riesgo.
Agrupación de alto riesgo (HRP)	Los usuarios se asignan a la cuenta común del HRP <i>ex ante</i> usando la información que se conoce antes del comienzo del período del contrato. Puede variar en términos de quien asigna y la regla de asignación.	Evidencia para Holanda, muestra importantes reducción en selección de riesgo. Asimismo, se encuentra que elimina parcialmente la sobrecompensación/subcompensación de estos grupos. Con retrospectiva compensación, este sistema no incentiva a eficiencia, pues es totalmente dependiente los costos realizados en t.

Corredores de riesgo	<p>Define rangos, a nivel de plan, de ganancias o pérdidas sobre los cuales el regulador comparte el riesgo de los costos. Por ejemplo, a lo sumo 5% de pérdidas, implica que el asegurador sería responsable de 100% de los costos sobre 105% de ingresos.</p> <p>Protege las pérdidas, pero no limita las ganancias.</p>	<p>Al ser implementado a nivel de plan, y no de individuo, como el reaseguramiento, esta forma reduce el riesgo financiero del plan, con más efectividad que el reaseguramiento.</p> <p>En cuanto a la selección, dado que reduce la heterogeneidad en el riesgo de los servicios sin precio, ayuda a reducir la selección.</p> <p>Dado su enfoque sobre plan y no sobre el individuo, puede ser un mejor mecanismo que el de reaseguramiento.</p> <p>A nivel de asegurador, tiene el riesgo de ser manipulable, sobrecargando los gastos de administración y generando pérdidas a nivel de plan.</p>
Fuente: McGuire & Van Kleef (2018).		

3.2. Caso colombiano

La Figura 3.4, muestra estadísticas sobre los costos promedio asumidos por persona atendida a nivel de IPS (nivel 2 y 3) y código CUPS para el año 2018. Dos aspectos claves que nos permite deducir esta información: 1) existe alta varianza en los costos, sobre todo en los más altos; 2) el grueso de los costos de estas IPS recae en procedimientos más costosos. Esta diferencia en los costos y peso de los procedimientos de alto costo, promueve la contratación por métodos que no impliquen asumir el riesgo técnico de la prestación (contratos por evento), recayendo entonces todo el riesgo en el asegurador, y finalmente, dependiendo de los procedimientos de recobro ante el gobierno.

**Figura 3.4. Media anual del costo promedio por persona atendida - 2018
Nivel de IPS-CUPS – por decil/percentil**



Fuente: MSPS, cubo RIPS – SISPRO.

Nota: Los códigos CUPS seleccionados son los relacionados a los capítulos 1-24. Las IPS son las registradas en nivel 2 y nivel 3. Para el ejercicio, se tuvo que corregir por datos atípicos utilizando el criterio de Chauvenet.

En Colombia, existe un mecanismo de riesgo compartido prospectivo entre las EPS para tratar enfermedades de alto costo, la cuenta de alto costo (CAC). Básicamente, el funcionamiento de éste obliga a las EPS a asociarse para tratar las enfermedades de alto costo, reduciendo entonces la selección y discriminación de la población. Para hacerlo, el gobierno gira los recursos a esta cuenta a partir de un mecanismo de distribución que considera tasas de Prevalencia, tasas de incidencia, costo de atención y población en cada EPS de las Enfermedades de Alto Costo y/o de Interés en Salud Pública (Decreto único 780 de 2016).

Por tanto, las EPS deben autogestionar estos recursos teniendo en cuenta los lineamientos del ministerio. Según información reportada en la página web de esta cuenta²⁰, la disminución del costo del tratamiento en la terapia dialítica por paciente ha generado un ahorro de 900 mil millones de pesos en 5 años. Mientras que la reducción de ingresos a Terapia de Reemplazo Renal aproximadamente en 5.169 casos, ha significado un ahorro cercano a los 600 mil millones de pesos en 4 años. En este sentido, un estudio de A. Riascos & Camelo (2017) utilizando información de Colombia, encuentra que el mejor

²⁰ Más información: <https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/lineas-de-accion/>.

mecanismo en orden de mejorar la eficiencia y reducir la selección de riesgos, el mecanismo de tipo agrupación de alto riesgo.

La efectividad de estos mecanismos es un buen aliciente para motivar el estudio riguroso de otros mecanismos de este tipo, no solo para enfermedades de alto costo, sino para otro tipo de grupos, planes y objetivos. Por ejemplo, la expansión del PBS que se está haciendo de manera recurrente, podría basar sus primeros años en mecanismos de tipo corredor, que según detallan McGuire & Van Kleef (2018), son efectivos dado que están diseñados a nivel de plan, reducen la selección y ayudan a hacer un mejor ajuste de riesgos.

3.3. Atención médica basada en valor (VBHC)

Uno de los más grandes debates en salud, que se ha agudizado en los últimos años, es el de la definición de los objetivos que deben considerarse en el cuidado de la salud. Como describen adecuadamente Porter & Teisberg (2006), las discusiones más frecuentes sobre los sistemas de salud giran alrededor de la combinación de altos costos, insatisfacción en calidad y limitado acceso al sistema. Según estos autores, los sistemas basados en la competencia, como el de Estados Unidos, no han definido bien cuál es el tipo de competencia que se debe buscar. Hoy se encuentran sistemas con incentivos desalineados, donde los resultados de la competencia son un juego de suma cero (unos actores ganan a expensas de otros). Este modelo trabaja por los objetivos de una organización desalineados (o incluso en contravía) de los resultados en los pacientes (en el caso colombiano, en contravía de los recursos públicos).

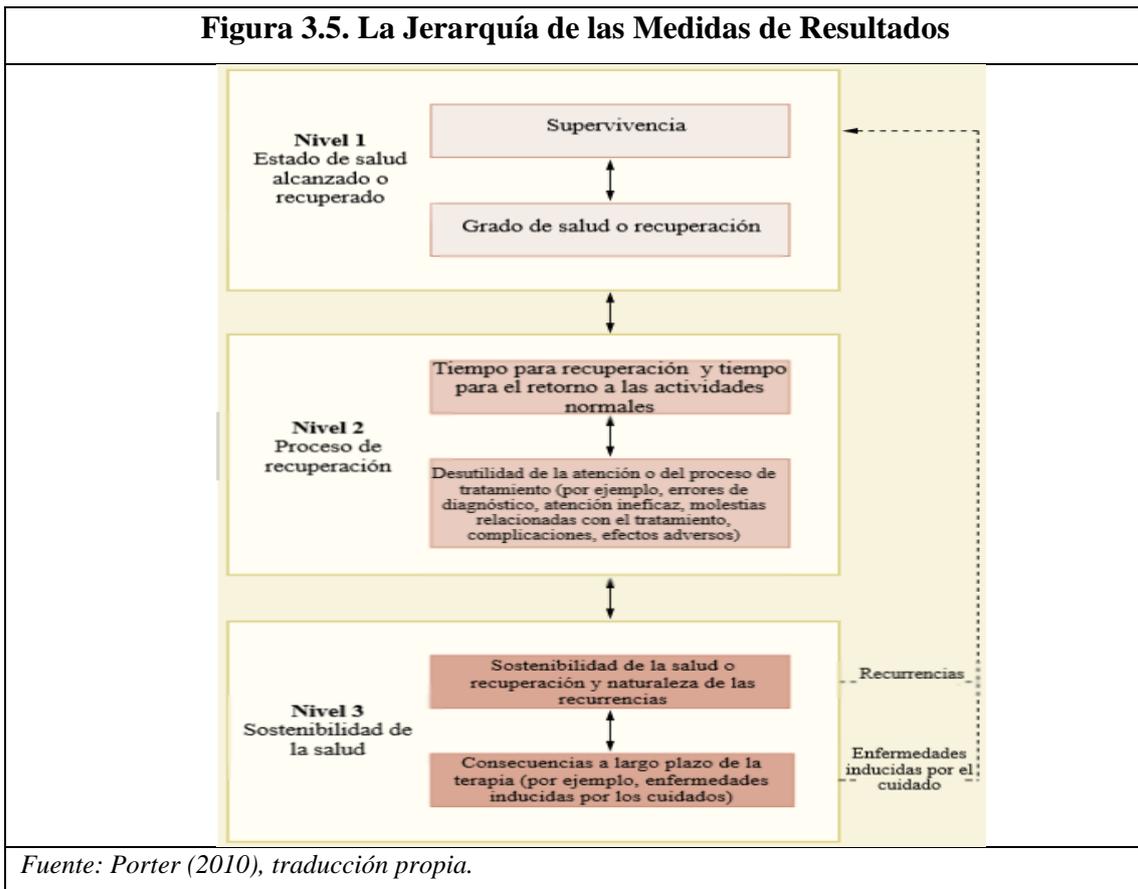
Estos mismos autores, redefinen cual debería ser el objetivo de la competencia en salud. Como primer asunto, no consideran la competencia un problema, al contrario, se considera algo importante en términos de la eficiencia en la asignación. Sin embargo, consideran que la forma en que debe funcionar es sobre el concepto de valor para los pacientes: *el resultado en salud*²¹ *por cada dólar gastado*. El concepto más amplio implica entender que los sistemas de salud no deben centrarse en intervenciones discretas, sino sobre todo el ciclo de cuidado de los pacientes. Asimismo, el ahorro en costos debe

²¹ Los resultados en salud según la OMS, son los cambios en el estado de salud de un individuo, de un grupo de individuos o de una población, atribuibles a una intervención o serie de intervenciones.

estar estrechamente ligado a buenos resultados en salud, pues de lo contrario se estaría generando una percepción de falsa eficiencia en el sistema (Porter, 2010).

El aspecto clave para reformar los sistemas con enfoque sobre valor y resultados es que exista claridad sobre que se va medir, como se debe reportar, que se espera en los resultados, quien hace seguimiento al respecto, y finalmente la obligatoriedad sobre la presentación de reportes de los distintos actores. Entender que el valor se mide con muchos indicadores sobre el ciclo de cuidado, lo mismo que el costo²². El sector mueve muchos recursos de investigación, donde se han creado diferentes mediciones y metodologías para el seguimiento de condiciones médicas. En este sentido, el gobierno debe enfocar sus esfuerzos en crear un sistema que desde los mecanismos de medición genere incentivos para el cumplimiento de los resultados, pues por más recetas que se implementen en el papel, si los incentivos no son los adecuados, pocos actores se van a alinear en función del valor de los pacientes, privilegiando en cambio el valor para sí mismos.

Figura 3.5. La Jerarquía de las Medidas de Resultados



Fuente: Porter (2010), traducción propia.

²² Puede suceder, que para reducir el costo de todo el ciclo de cuidado haya que usar más recursos en prevención que reduzcan la probabilidad de que se generen otros costos futuros.

Porter (2010) propone una forma de ordenar los resultados en un esquema de tres niveles de jerarquización (Figura 3.5). La idea está soportada en el seguimiento del ciclo de cuidado del paciente y no solo sobre una intervención específica. El nivel 1, se hace seguimiento sobre la supervivencia (en el caso del cáncer, se mide en 1 y 5 años de supervivencia), y un segundo aspecto sobre el nivel de salud alcanzado (libre de la enfermedad, o grado de funcionalidad). El segundo nivel, se relaciona a resultados del proceso de recuperación: tiempos de recuperación o mejor nivel de funcionalidad, y vuelta a actividades cotidianas; y otros problemas que pueden aparecer en el proceso debido a malos diagnósticos, molestias al tratamiento, etc. Y finalmente, resultados asociados a la sostenibilidad del estado de salud y las consecuencias de largo plazo. No hay 100% de confianza en que un resultado en salud sea para siempre, por tanto, existe la posibilidad de que se generen recurrencia o generación de otros cuadros clínicos, que implique nuevos procesos.

Uno de los ejemplos de implementación del VBHC, es el caso Santeon, una cooperativa de siete hospitales holandeses, que representan el 11% del volumen de la atención hospitalaria del país (Barrubés et al., 2019). Según un informe de Boston Consulting Group (BCG), en su página web, esta organización comenzó a implementar este mecanismo desde marzo de 2016, y desde eso hasta 2018 (fecha del informe), los resultados muestran una reducción de casi el 30% en estancias hospitalarias innecesarias, y hasta el 74% en la tasa de reoperación debido a complicaciones en pacientes con cáncer de mama (BCG, 2018).

4. Integración vertical

La integración vertical en el sector salud se centra en la integración entre las aseguradoras del sistema y los prestadores de los servicios de salud. Dicha integración tiene, al menos en teoría, varias ventajas. Entre estas está la reducción de las asimetrías de información, las economías de escala, la reducción de los costos de transacción y el poder de negociación de precios (Bardey y Buitrago, 2016). Dichas ventajas a su vez traen distorsiones en la competencia entre los principales integrantes del sector. Por ejemplo, si a causa de la integración vertical el mercado se vuelve muy concentrado en algunos autores, estos se beneficiarían de un gran poder de mercado. Además, al aprovechar las economías de escala se puede acentuar aún más la concentración del mercado, y en casos extremos podría conllevar a que los hospitales que no gozan de dichos beneficios tengan

que salir del mercado. Finalmente, también puede contribuir a incrementar los costos de los competidores que no adoptan este modelo, es decir, poderes de negociación asimétricos pueden conducir a la integración vertical que incremente los costos de los aseguradores tradicionales.

En Colombia desde la implementación de la Ley 100 de 1993 se han evidenciado las falencias de este modelo, por lo que se ha limitado fuertemente, aunque más de 10 años después de dicha normatividad aún no es claro su efecto en reducirla. Con la implementación de la Ley 100, las EPS desarrollaron redes propias de atención, es decir, contrataron sus servicios con hospitales, clínicas, hospitales, entre otros bajo su propiedad. Con el paso del tiempo este comportamiento empezó a ser ampliamente cuestionado, pues se observó que los hospitales públicos empezaron a ser los grandes perdedores del modelo, pues quedaron relegados a prestar los servicios que quedaban, siendo estos los más complejos, pero a la vez, los que menos rentabilidad generaban. Asimismo, con casos particulares como el de Saludcoop, los incentivos estaban dados para que las IPS se alinearan con las EPS para que, en lugar de proveer el mejor servicio posible a los pacientes, buscaran reducir los gastos de la EPS.

En 2007 se introdujo la Ley 1122 la cual limitó a las EPS a no contratar más del 30% del valor gastado en salud directamente o por intermediarios terceros, con sus propias IPS. Además de este techo, las EPS del régimen subsidiado deben gastar por lo menos el 60% de sus gastos con hospitales públicos. No obstante, la supervisión en el cumplimiento por parte de las EPS de esta Ley ha sido precaria y han surgido otras figuras con las cuales las EPS han buscado desviar la normatividad. Por ejemplo, se ha evidenciado que las EPS pactan contratos de exclusividad con las IPS y, además, dado que el techo está fijado a nivel nacional, puede darse a que a nivel local las EPS sobrepasen este tope, evitando minimizar las distorsiones a la competencia de la integración vertical en determinados lugares.

Una pregunta importante en este punto es por qué en Colombia no son tan evidentes las ventajas en términos de la obtención de servicios y tratamientos a un menor costo de la integración vertical en el sector salud. Una razón, de acuerdo con Bardey y Buitrago (2016) es que el valor de los contratos es información reservada de las EPS, por lo tanto, es difícil evaluar que tan efectiva es la integración vertical para la negociación de precios con los prestadores.

Una razón más profunda tiene que ver con la arquitectura del sistema. Dado que las EPS reciben unidades por capitaciones ajustadas a los riesgos por parte del Estado, la competencia entre EPS está limitada a la calidad y no a las primas que podrían cobrar. Por lo tanto, las ganancias de eficiencia que podrían recibir las EPS por la integración vertical no generan para ellas una ventaja que les permita ganar participación en el mercado. Lo anterior implica que, por la forma como funciona la contratación en el sistema, las ganancias por eficiencia derivadas de la integración vertical solo se reflejen en mayores rentas para las EPS, y no contribuyen a reducir los costos del sistema.

Todo lo anterior parece reflejar que los problemas que se han evidenciado en Colombia por la integración vertical parecen obedecer más bien a problemas en las funciones de inspección, vigilancia y control, en lugar de ser causados netamente por características inherentes al modelo. La integración vertical permite sinergias entre las EPS y las IPS en cuanto a la prestación de servicios de salud, que permiten incurrir en menores costos, lo que debería redundar en beneficios para el usuario final. Una perspectiva interesante la brindan Bardey y Buitrago (2016), quienes exponen los posibles efectos diferenciadores de la integración vertical entre los grandes centros urbanos y las zonas rurales. De acuerdo con los autores, en los centros urbanos, las condiciones no parecen darse para que la integración vertical cause distorsiones en la competencia. Contrariamente, en las zonas rurales la baja competencia podría prestarse para que la integración vertical conlleve a mercados mucho más concentrados. El camino podría ser no limitar la integración vertical sino cumplir de manera estricta con las funciones de inspección, vigilancia y control, lo cual aún hoy, sigue siendo una de las grandes necesidades del sistema.

5. Incentivos en la contratación existentes

Los contratos anteriormente expuestos tienen pro y contras en cuanto a los incentivos que generan en los agentes que hacen parte de la relación contractual. En la medida en que estos no estén bien identificados, incentivos desalineados pueden generar resultados adversos en el sector tanto desde el punto de vista de la salud como de la sostenibilidad financiera del mismo.

5.1. Incentivos desalineados con el gasto y resultados en salud

En el SGSSS, que utiliza recursos públicos, contratos por evento o actividad, cuando no son realmente necesarios, puede socavar la liquidez del sistema y los resultados en salud, primero porque el riesgo financiero recae completamente sobre el asegurador, y segundo porque el prestador tiene incentivos de aumentar el número de atenciones, generando incentivos internos sobre los procedimientos más que la evaluación y la gestión costo-efectiva de la salud del paciente. Asimismo, se dan casos de selección de riesgo (pacientes menos riesgosos), cuando los pagos son por paquetes o grupos de diagnóstico, y de selección adversa, en la medida en que sea el pagador quien asigne personas y grupos a los prestadores. Por último, no es fácil controlar la calidad del servicio que se presta porque el prestador tiene incentivos de gastar lo menos posible.

Por ejemplo, como reseña Atehortúa Mira (2018), los contratos retrospectivos, presentan grandes problemas en términos de incentivos sobre la prestación de la actividad. Varias contradicciones se generan aquí que pueden presionar incrementos en el gasto en salud no justificables: 1) incrementar el número de atenciones sin promover las mejoras en salud *per se* (demanda inducida), dado que los incentivos están alineados sobre la atención de eventos o generar más facturación (reembolso de costos), y no sobre la reducción de los eventos (o resultados en salud); 2) en línea con lo anterior, los prestadores no tienen incentivos de crear mecanismo de identificación temprana de enfermedades, pues la operación está basada en el evento; 3) en la organización del prestador, se asocia productividad con atención de enfermedad y no con identificación de cuadros de riesgo; 4) la tarifación de los bienes y servicios en salud, en la medida en que estén poco regulados, dado este mecanismo de pago, induce incrementos del gasto.

En el caso de los contratos por capitación, depende mucho de la capacidad del contrato de hacer una buena distribución del riesgo técnico y primario. En la medida en que los contratos transfieran mucho riesgo al prestador, este tendrá incentivos totales de reducir los costos por mecanismos de selección, barreras de entrada, transferencia de costos (por ejemplo, manejando el cuadro por mecanismos de pago por evento), reducción de la calidad y el número de prestaciones. En términos del gasto en salud, puede ayudar a controlar el desbordamiento de éste, pero puede implicar pérdidas en la calidad de los servicios prestados. En cuanto a pago por actividad-servicio, igual que en el caso por evento, genera incentivos a la hospitalización y prolongación de estancias, en los días de hospitalización.

En línea con estas estructuras de contratación, algunos autores han analizado este asunto. Zhu (2012) plantea en su investigación para el caso de Estados Unidos, donde el gasto en salud es de los más alto del mundo por persona y los resultados no son los esperados, que las discusiones sobre el gasto deberían centrarse no sobre el gasto total en salud sino sobre la estructura de costos como tal. Dos elementos claves: sobreutilización (proveedores) y los gastos generales (aseguradores)²³. Como lo detalla Emanuel & Fuchs (2008), siete factores conducen a sobreutilización: 1) la cultura médica basada fuertemente en la minuciosidad y poco en la eficiencia; 2) el pago por servicio y sus incentivos desalineados; 3) la relación médico- marketing farmacéutico con respecto a la actualización de tratamientos; 4) leyes de malas prácticas y prácticas médicas defensivas; 5) preferencias de los pacientes por nuevas tecnologías; 6) la relación paciente—marketing farmacéutico; 7) ocultamientos sobre el costo real de los medicamentos para los paciente, que reducen el mecanismo de control de la demanda vía costo.

5.2. Incentivos alineados con el gasto y resultados en salud

Alinear incentivos en salud es una tarea complicada dada la incertidumbre que caracteriza al sistema, y la compleja heterogeneidad de actividades y actores en el sector. Un sistema que incentiva al tiempo los buenos resultados en salud y la eficiencia en el uso de los recursos, requiere de mecanismos de contratación complementarios que, desde los incentivos, por un lado, permitan hacer una adecuada distribución del riesgo entre actores, y que, por otro, existan elementos de beneficios monetarios asociados a incrementos en la calidad de los servicios. Desde el punto de vista del pago por atención, los pagos por grupo de diagnóstico podrían generar incentivos a tener buenos resultados en salud, debido a que funciona como una cápita por grupo, y al mismo tiempo hay eficiencia en el gasto debido a la especialización en atenciones específicas. El pago por contacto también tiene incentivos alineados dado que son contratos que se asignan para una atención global independientemente del número de contactos en un periodo de tiempo, lo que podría incentivar al prestador a mantener saludable a los pacientes en orden de reducir

²³ En Colombia, al ser un sistema de subsidio a la demanda con contribuciones sobre la nómina, el estado tiene establecido un porcentaje de administración fijo dependiendo del régimen. Esto si lo relacionamos con el modelo de Zhu (2012), debería ayudar a reducir sobrecostos asociados a la administración del sistema.

la cantidad de visitas del paciente. Por supuesto, debe hacerse con mecanismos adicionales precisamente que condicionen sobre buenos resultados en salud.

Un tipo de capitación que parcialmente puede alinear gasto y resultados en salud, es por condiciones médicas, al centrar su atención en el individuo, podría conllevar que la organización de las atenciones gire en función del estado de salud del paciente. Capitaciones bien diseñadas, podrían incentivar al prestador a hacer un buen seguimiento del individuo de tal forma que se reduzcan los episodios de agravamiento de los estados de salud, que deriven en aumentos en el gasto por atenciones. Si bien se trasfiere el riesgo al prestador, y podría suceder selección, como se explicó anteriormente, al ser restringido para condiciones médicas específicas y su tratamiento completo, se podrían alienar los incentivos hacía administrar bien todo el ciclo de cuidado de los usuarios, de tal forma que haya un efectivo control de la condición médica del individuo, la consecuencia, buenos resultados en salud. Nuevamente, es imperativo que vaya con mecanismos complementarios que premien los buenos resultados en salud.

Para el caso colombiano, Carranza, Riascos, & Serna (2015) estudiaron los tipos de contrato entre las aseguradoras y los prestadores, con una base de datos que contiene el universo de usuarios del sistema contributivo de salud colombiano para el año 2009-2011. Sus resultados muestran que los contratos por capitación se relacionan con un mayor esfuerzo del proveedor, generando menores tasas de admisión a urgencias, comparado con el pago por servicio donde el proveedor ejerce poco esfuerzo. En la misma línea, cuando condicionan por el tipo de enfermedad para comparar el número de infartos que las personas con enfermedad cardiovascular sufren, encuentran diferencias que indican que la capitación induce menos infartos.

Finalmente, los incentivos monetarios sobre resultados (por ejemplo, VBHC) son el principal mecanismo para reducir tanto el gasto como incrementar la calidad de vida de los pacientes. Por lo cual, este debe entenderse como un esquema complementario principalmente a la capitación, y cómo última opción sobre el pago por evento, que permita incluir en la ecuación de los prestadores otro tipo de incentivos que ajuste la forma de organizarse entorno a mejores resultados en salud y la sostenibilidad financiera del sistema. La implementación de este tipo de mecanismos no es una tarea fácil, implica toda una reorganización del sistema. Sin embargo, la naturaleza del objetivo, en la medida en que se controlen bien los incentivos, prevé un mejor estado de salud y calidad de vida

de la población, y al mismo tiempo potenciales reducciones de costos asociados a una mejor asignación del gasto.

6. Cifras en contratación

6.1. Contratación e indicadores de calidad y gasto

En la Tabla 3.4 se reportan los ingresos recibidos por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios según tipo de mecanismo de pago, acorde al Catálogo de información financiera publicado por la SNS. Claramente, el que más peso tiene en las cifras es la UPC, seguido de los recobros al ADRES relacionados con gastos no PBS. Un elemento importante de esto es la dinámica de este gasto y el peso que viene ganando los ingresos de la UPC. A 2016, las EPS recibían ingresos por UPC que representaban el 73.27% del total de ingresos de las actividades ordinarias en el SGSSS²⁴. Para 2019, este dato aumentó 2.7 p.p. Esto puede ser explicado por varios elementos: 1) El MSPS cada año desde 2017, viene actualizando mediante resoluciones el PBS, aumentando los servicios y tecnologías de salud que se financian con recursos de la UPC; 2) Mejoras en el cálculo de la prima debido a mejores sistema de información; 3) relacionado con el anterior, incremento en el costo promedio de las atenciones, debido a nuevas tecnologías; 4) los efectos de la reforma estatutaria en cuanto a incrementos en la demanda de atenciones (en el análisis de las proyecciones esto será tratado); 5) finalmente reducción gradual de los recobros y el efecto ADRES²⁵.

Para este último ítem, el comportamiento de la participación de los recobros sugiere este resultado. Mientras en 2016, estos correspondían a 12.29% en el caso de lo no PBS (15.93% ampliado con tutelas, otros recobros y ajustes por parte del ADRES), en 2019, este se redujo hasta 9.86%, es decir, una reducción de 2.43 p.p. (1.82 p.p. en el caso ampliado). Asimismo, como lo muestra la gráfica 6 del capítulo 1, el número de tutelas por elementos incluidos en el PBS viene aumentando de manera importante desde la implementación de la ley estatutaria (la tabla 3 muestra que este rubro ha crecido de manera importante). Estos elementos son evidencia entonces de la transformación que

²⁴ No se incluyen ingresos adicionales de las EPS relacionados a ventas de servicios en salud complementarios al plan básico y otras actividades relacionadas con el gasto de bolsillo.

²⁵ Gracias a la ADRES, la administración de los recursos se ha centralizado. En el caso de los recobros, el proceso de auditoría se ha acelerado, y se creó el mecanismo de giro anticipado, generando más solvencia para la IPS.

está viviendo el sistema. Hoy los usuarios, exigen menos el derecho a un servicio en salud porque por Ley ya los tienen, y entonces exigen una respuesta más rápida de las EPS, que se refleja entonces en mayores tutelas al sistema y una mayor UPC.

Tabla 3.4. Ingresos de actividades ordinarias del SGSSS – Régimen contributivo

Tipo de ingreso	Total (miles de millones de pesos)		Participación total	
	2019	2016	2019	2016*
Unidad De Pago Por Capitalización - UPC	\$ 22,283,468.92	\$ 16,321,168.70	75.98%	73.27%
Recobros ADRES - NO PBS	\$ 2,890,497.43	\$ 2,737,137.05	9.86%	12.29%
Incapacidades De Enfermedad General	\$ 810,967.03	\$ 595,294.48	2.76%	2.67%
Liberación Reservas Técnicas	\$ 803,776.97	\$ 750,772.02	2.74%	3.37%
Otros Recobros - ADRES	\$ 628,533.15	\$ 523,427.54	2.14%	2.35%
Recobros ADRES - Fallos De Tutela	\$ 597,056.32	\$ 204,288.04	2.04%	0.92%
Unidad De Pago Para Actividades De Promoción Y Prevención	\$ 501,600.28	\$ 430,785.94	1.71%	1.93%
Cuota Moderadora	\$ 471,182.48	\$ 342,692.50	1.61%	1.54%
Copagos	\$ 267,340.83	\$ 136,807.39	0.91%	0.61%
Unidad De Pago Por Capitalización Adicional	\$ 28,921.49	\$ 17,698.00	0.10%	0.08%
Ajuste Por Desviación De Siniestralidad Cuenta De Alto Costo	\$ 21,412.61	\$ 82,752.28	0.07%	0.37%
Recobros ARL	\$ 16,515.41	\$ 15,578.68	0.06%	0.07%
Otras Actividades Relacionadas Con La Salud	\$ 6,729.70	\$ 24,880.78	0.02%	0.11%
Ingresos Por Recobros A Entidades Territoriales	\$ 1,662.92	\$ 676.44	0.01%	0.00%
Ingresos Por Duplicado De Carné Y Certificaciones	\$ 84.71	\$ 32.70	0.00%	0.00%
Cuotas De Inscripción Y Afiliación	\$ 83.85	\$ -	0.00%	0.00%
Sanción Por Inasistencia	\$ 48.00	\$ 788.39	0.00%	0.00%
Recobros A Empleadores	\$ 20.50	\$ 0.45	0.00%	
Ingresos IPS Propias	\$ -	\$ 18,712.04	0.00%	0.08%
Primas Emitidas Por Planes Adicionales De Salud	\$ -	\$ 70,577.47	0.00%	0.32%
Total	\$ 29,329,902.60	\$ 22,274,070.87	100%	100%

Nota: Para el año 2016, la información de Cafesalud se tomó hasta septiembre, debido al no reporte de esta información en el informe con cierre a 31 de diciembre de 2016. La información corresponde a las cuentas de Ingresos de actividades ordinarias de las entidades que conforman el SGSSS, todo concerniente al régimen contributivo.

En cuanto a la discusión de este capítulo, hay evidencia de que, a partir de la Ley Estatutaria, la contratación entre Administrador-Asegurador cada vez más converge a una

cápita ampliada, entendida como una UPC que cubre la mayor cantidad de bienes y servicios en salud, y que genera ciertas exclusiones dependiendo del tipo de tratamiento, los costos y la dinámica en salud de la población²⁶. Esto, a diferencia del sistema en sus orígenes, razonamiento explícito, cuando las inclusiones eran muy limitadas, y las exclusiones poco limitadas. El nuevo esquema es consistente con la idea de salud como derecho fundamental, pero ello plantea grandes desafíos en cuanto a la capacidad del sistema y del gobierno de atender incrementos sostenidos del gasto en salud. Algunos elementos importante para el análisis son los siguientes: 1) las actualizaciones integrales del PBS (desde 2017 son anuales) y la capacidad de los usuarios de demandar la mayoría de bienes y servicios en salud, implica una mayor demanda de atenciones que, bajo un esquema de bajo control en precios de procedimientos, medicamentos e insumos, pueden presionar fuertemente el gasto; 2) lo anterior junto con restricciones que limitan el margen de maniobra de las EPS (presupuestos máximos), puede implicar insolvencia en los actores claves del sistema, que lleven a pérdidas en la oportunidad y calidad del servicio, y escenarios de insostenibilidad del sistema; 3) este sistema, sigue estando fuertemente centrado en la atención y no el resultado, lo que va en contravía de la idea de mejorar el bienestar en salud de la población (el ingreso relacionado a promoción y prevención, de hecho, se redujo de 1.9% a 1.7%).

Es por otro parte claro que cuando existe oportuna actualización del PBS, hay más amplitud y claridad en cuanto a lo que se va a cubrir con la UPC. Esto permite transferir o distribuir mejor el riesgo técnico del sistema, provocando entonces que las EPS elaboren relaciones contractuales más completas en cuanto a la prestación, redes realmente integrales, que reducen los pagos por evento asociados a los recobros. Así, si se entienden entonces los presupuestos máximos como una cápita adicional, en la medida en que se contrate mejor puede haber mejores resultados en salud y mayor control de los aumentos en el gasto. Sin embargo, la información de este mecanismo aún es muy limitada para tener precisiones claras al respecto.

La Tabla 3.5 muestra información acerca de los tipos de contratos con los cuales las EPS aseguran la prestación del servicio de salud con los usuarios, desagregado por tipo de procedimiento para el año 2017. Tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado el tipo de contrato que predomina es el pago por actividad (los pagos por evento o

²⁶ La resolución 3512 de 2019, que actualiza el PBS, prácticamente formaliza este enfoque.

autorización pueden incluirse aquí). Solo para el caso de pago por evento, en promedio en Colombia este representa el 69.83% en el subsidiado, y 60.78% en el subsidiado. El segundo en importancia es la capitación con 25% en el subsidiado y 18% en el contributivo. Los contratos por paquetes tienen una importante participación en el contributivo (13%) con respecto a un 2.6% en el subsidiado. Procesos como los hospitalarios, las urgencias y los domiciliarios (en el menor caso, representa el 62% - domicilios contributivo), por su naturaleza concentran su contratación en el pago por evento. Mientras que aquellos procedimientos ambulatorios, por no tener esa característica de urgencia y por corresponder normalmente a cuadros clínicos estandarizados, se contratan tanto por evento como por capitación, y en el caso del contributivo, por paquete.

Tabla 3.5. Formas de pago por tipo de procedimiento - 2017

Régimen Subsidiado						
Forma de Reconocimiento	Valor (miles de millones)	Ambulatorio	Domiciliario	Hospitalario	Urgencias	Part. total
Autorización	\$ 127,855	2.54%	3.04%	2.47%	0.23%	2.38%
Capitación	\$ 1,349,567	40.89%	14.00%	4.69%	31.64%	25.14%
Pago por paquete	\$ 142,050	3.79%	7.54%	1.29%	0.50%	2.65%
Pago por evento	\$ 3,749,002	52.77%	75.42%	91.55%	67.63%	69.83%
Total	\$ 5,368,474	100%	100%	100%	100%	100%
Régimen contributivo						
Autorizado	\$ 887,709	5.37%	9.43%	8.37%	2.74%	6.36%
Capitación	\$ 2,447,441	29.68%	3.42%	1.45%	4.65%	17.52%
Pago Directo	\$ 302,259	3.00%	4.71%	0.35%	3.75%	2.16%
Pago por paquete	\$ 1,840,019	11.79%	20.27%	14.82%	13.39%	13%
Pago por evento	\$ 8,490,145	50.17%	62.17%	75.01%	75.48%	60.78%
Total	\$13,967,574	100%	100%	100%	100%	100%

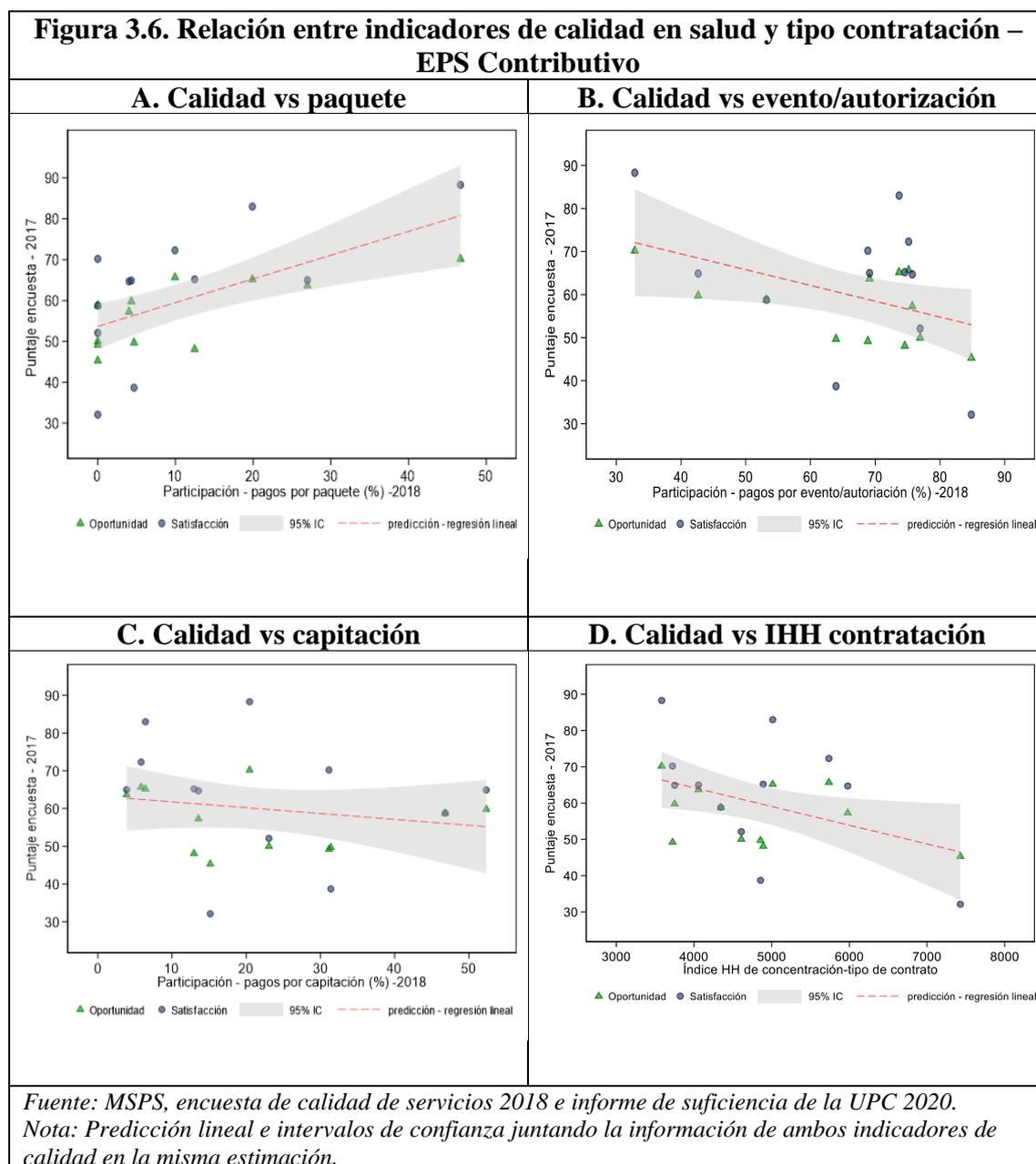
Fuente: MSPS, informe de suficiencia de la UPC 2019.

Nota: Cálculos realizados para una selección de EPS hecha por el MSPS para el cálculo de la UPC del 2019, según indicadores de confiabilidad de los datos reportados. Para el régimen contributivo la selección dejó 80,12% de los afiliados equivalentes, en régimen subsidiado apenas 36,26% de la población afiliada y liquidada.

La Figura 3.6²⁷, muestra la relación entre el puntaje en la encuesta de calidad de servicios de las EPS en 2017 y la participación en el total de gasto de los diferentes tipos de contratación con las IPS en 2018. El panel A muestra una fuerte relación positiva entre

²⁷ Por disponibilidad de información, los años no coinciden. Sin embargo, la diferencia es de un solo año, poco tiempo para que existan cambios estructurales en la distribución de la contratación y la percepción de calidad. Por tanto, consideramos que esta diferencia no debería cambiar sustancialmente la relación de las variables.

los puntajes de satisfacción y oportunidad y la participación de la contratación por paquete. En cambio, cuando la contratación es por evento o autorización, la relación es inversa (panel B). En cuanto, a los contratos por capitación parecen tener una relación inversa, aunque más débil y con mayor dispersión a la de vista en con contrato por eventos. Finalmente, el panel D, muestra una relación inversa entre la calidad y concentración medida por el índice de Hirschman-Herfindahl (IHH) en los esquemas de contratación de las EPS.



Si bien existe una alta dispersión en las observaciones, que no aseguran una fuerte relación entre las variables, si parecen sugerir que el agrupamiento de bienes y servicios

en salud dependiendo del tipo de atención (paquetes, grupos de diagnóstico, etc), alinea los incentivos en la prestación de tal forma que se pueden obtener buenos resultados en salud. Tipo de contratación que pesa menos en la contratación del régimen subsidiado. Asimismo, el panel D sugiere que aquellas EPS que gestionan mejor su contratación y diversifican la contratación muestran mejores resultados. Finalmente, las relaciones contractuales en pagos por evento no parecen incentivar buenos resultados en salud. Esto es clave, porque precisamente es el que más participa en ambos regímenes, y es el tipo de contratación que normalmente tiene mayores incentivos perversos en cuanto al gasto, pues libera fuertemente a los prestadores del riesgo asociado a las atenciones.

Tabla 3.6. Indicadores de calidad, gasto en función del tipo de contrato-2018

A. Todas las EPS			
Indicador	Porcentaje cobros (%)	Puntaje oportunidad	Puntaje satisfacción
Media	15.67858	56.91667	62.94167
p50	16.42923	58.05	64.95
min	9.42441	45.3	32.1
máx.	19.78009	70.2	88.3
B. EPS con contratos por paquete (%) por encima de la mediana			
Media	17.9	60.4	68.8
p50	18.8	64.5	68.8
min	13.6	48.1	38.7
máx.	19.8	70.2	88.3
C. EPS con contratos por evento/autorización (%) por encima de la mediana			
Media	16.2	55.3	61.6
p50	16.4	53.7	65.0
min	12.4	45.3	32.1
máx.	19.4	65.7	83.0
D. EPS con contratos por capitación (%) por encima de la mediana			
Media	14.78707	56.28333	62.16667
p50	16.42923	54.4	61.85
min	9.42441	49.2	38.7
máx.	18.66435	70.2	88.3

Fuente: MSPS, encuesta de calidad de servicios 2018 e informe de suficiencia 2020. SNS, consolidado de resultados financieros-EPS 2018.

Otro asunto clave, en orden de identificar relaciones sugerentes entre la contratación y la eficiencia en el gasto, es relacionar los tipos de contratación con resultados de gasto en salud. La Tabla 3.6 reporta algunos indicadores relacionados con calidad y gasto en cobros de las EPS del régimen contributivo. El resultado que aquí se presenta muestra cuales son la media y la mediana del porcentaje de cobros sobre el total de ingresos de las EPS, y los puntajes de oportunidad y satisfacción de las EPS, ambos para 2018. Elementos que resaltan de este análisis descriptivo, en línea con lo anterior, es que las EPS que tienen participación de contratos por paquete por encima de la mediana de todas las EPS, muestran mejores resultados en salud, pero están por encima del promedio en porcentaje de cobros. Es decir, esto sugiere que este tipo de contratos son buenos para los resultados en salud, pero generar presión al gasto del sistema al tener altos niveles de cobro. En cuanto a los contratos por evento, no muestran buenos indicadores en ningún sentido, indicando entonces que estos contratos, se deben rediseñar y utilizarse como mecanismos de última opción; usarlos para cuadros de diagnóstico y actividades específicas donde la incertidumbre sea muy alta y, por tanto, no sea posible transferir todo el riesgo de la actividad al prestador. Finalmente, los contratos por capitación no muestran buenos resultados en salud. Sin embargo, sí parecen indicar resultados positivos en términos de bajos niveles de cobro.

6.2. Concentración en la prestación y el aseguramiento

Para completar el análisis anterior, es importante analizar el grado de concentración en el aseguramiento y prestación de servicios de salud. Asuntos como los altos costos de entrada para la puesta en funcionamiento, el personal en salud, la suficiencia en la demanda de bienes y servicios, y las barreras de acceso desde la normativa, son obstáculos para la generación de mercados con alto grado de competencia. Asimismo, existe un alto grado de especialización en algunos procedimientos y servicios en salud, que hacen de la diferenciación un elemento adicional para la concentración en la prestación. La Tabla 3. A3., muestra el índice de concentración de Herfindahl–Hirschman (IHH)²⁸ para las

²⁸ $IHH_{mc} = \sum_{i=1}^N s_{imc}^2$, donde i es la IPS, m es el municipio y c el capítulo diagnóstico. $(IHH - NORM.)_{mc} = \left(IHH_{mc} - \left(\frac{1}{N} \right) \right) / \left(1 - \left(\frac{1}{N} \right) \right)$. El primero permite medir concentración, el segundo permite analizar distribución.

personas atendidas²⁹ por IPS de nivel 2 y 3 en los municipios por capítulo de procedimiento con base en la clasificación CUPS. En resumen, la tabla muestra que todos los capítulos diagnósticos tienen un alto grado de concentración en la prestación a nivel regional. Si se observa el percentil 25 de ambos índices, todos los capítulos diagnósticos están por encima de 0.25, es decir, la mayoría de los municipios tienen índices que en la escala comúnmente utilizada significa alta concentración³⁰. El IHH a nivel de prestador estimado puede tener un importante sesgo, debido a la imposibilidad de acceder a información más detallada que permitiera tener un número más amplio de IPS. Sin embargo, en orden de corregir marginalmente este sesgo, el IHH normalizado corrige el sesgo de cantidad de participantes en cada municipio, y analiza la distribución de las personas atendidas. Este índice muestra que existe una distribución bastante desigual en cuanto a personas atendidas por capítulo diagnóstico en estas IPS (las que se tuvieron en cuenta).

En el caso del aseguramiento, la Figura A1 muestra el mapa de Colombia con el IHH para las personas atendidas por EPS en cada municipio. Nuevamente, similar a la prestación, existe un alto grado de concentración en el aseguramiento a nivel regional. Siendo solo Bogotá, Cali (y Jamundí), municipios con el IHH mostrando ninguna concentración. Otros 50 municipios muestran moderada concentración en el aseguramiento, resaltando como grandes ciudades intermedias Armenia, Bucaramanga, Villavicencio, Barranquilla, Cúcuta, Ibagué, Santa Marta y Neiva. Esto reafirma que el sector presenta alta concentración en los dos principales actores del funcionamiento del sistema. Sin embargo, hay que resaltar como positivo que importantes capitales presentan moderada o nula concentración, permitiendo a los usuarios diversidad en la selección de la prestación, y creando ambientes de competencia, que activan mecanismos de asignación de factores que mejoran la eficiencia y calidad del servicio.

Esta evidencia, es contraria con lo encontrado por Carranza, Riascos, & Serna (2015), quienes encontraron baja concentración a nivel de EPS e IPS. El enfoque nuestro es distinto, dado que la unidad de observación es municipio, y el dato es persona atendida, no afiliados. Posiblemente, nuestro trabajo está teniendo en cuenta una dimensión

²⁹ Cuando se utiliza atenciones, el resultado muestra consistentemente mayores niveles en los índices respecto a personas atendidas.

³⁰ El departamento de justicia de los Estados Unidos usan la siguiente escala: 0-0.01, mercado competitivo, 0.01-0.15, no concentrado, 0.15-0.25, moderadamente concentrado, 0.25-1, altamente concentrado (US Department of Justice & Federal Trade Commission, 2010).

adicional que captura prestaciones efectivas, siendo, por tanto, un dato más relevante para la contratación. Además, esto sugiere que las EPS, con todos los esfuerzos que se han hecho para depurar el sistema, han venido ganando participación. En el caso de las IPS, hay que aclarar nuevamente que la información disponible para nuestro ejercicio es limitada, y, por tanto, los resultados son netamente descriptivos y sugestivos, que constituyen una motivación para investigaciones adicionales al respecto.

La evidencia de Carranza et al. (2015) también muestra una relación entre la concentración y la probabilidad de tener un tipo de contrato. Si la participación de mercado de la EPS es mayor, es más probable observar un contrato capitado, y viceversa, si la concentración de una IPS es mayor en el departamento. Si esta relación se mantiene, dado los resultados actuales a nivel agregado en contratación (17% RC -25% RS capitación, 61% RC – 70% RS, por evento), esto podría ser evidencia que soporta una mayor concentración a nivel de IPS, que este generando incentivos a la contratación por evento. Asimismo, sugiere que las atenciones a nivel regional pueden estar creciendo, y dado que en estas las IPS no son lo suficientemente grandes para asumir altos riesgos en la prestación, deben consensuar contratos por evento.

Estos indicadores muestran que existe un alto grado de monopolización de la actividad en salud del país. Como ya se dijo, esto no es alarmante dado el tipo de mercados y las grandes barreras de entrada que existen para entrar a operar. Pero si no existe unas reglas de juego adecuadas para un funcionamiento del sistema orientadas a objetivos claros en salud y gasto, este elemento puede socavar estos asuntos. Por un lado, mercados de prestación de servicios concentrados en pocos agentes, implica poder de negociación por parte de estos, que se refleja en contratos basados fuertemente en la actividad, los cuales están relacionados a altos niveles de gastos y bajos resultados en salud. Además, esto implica un mayor poder de negociación de parte de las IPS, que puede implicar menor formalización y condiciones laborales para los trabajadores de la salud de ciertas regiones, una de las grandes deudas que hoy presenta el sistema.

Esta misma ecuación funciona de lado de las EPS, incluso con consecuencias más profundas dada su posición de aseguradores de grandes grupos poblacionales³¹. Una EPS dominante en el aseguramiento de una región, tiene el poder de negociación en la

³¹ Dado su grado de exposición, las implicaciones de esto se han visto reflejadas en los grandes casos de corrupción en salud como el de Saludcoop y Cafesalud.

contratación la cual, con un diseño institucional basado en la actividad, tiene todos los incentivos asociados a reducir el gasto de éstas en detrimento de los resultados en salud. Esto se puede reflejar en malos contratos con los prestadores, fuertemente ligados a excesiva capitación, que se transmiten finalmente en una mala atención y probablemente en incremento de gastos que las EPS finalmente recobran con el ADRES, generando presiones al gasto público del sistema.

6.3. Integración vertical

No existen cifras rigurosas o completamente confiables sobre la integración vertical en el país. Para revisar el asunto, se utilizaron las cifras que reportan las EPS a la SNS. La Tabla 3.7 muestra que, en 2019, solo 5 EPS presentaron ingresos de IPS propias³². Asimismo, muestra que la EPS Compensar tiene al más alto grado de integración vertical con un 22% de sus ingresos aprox. La que menos integración presenta es Cruz Blanca con 2% (exceptuando los 0, por supuesto).

Tabla 3.7. Integración vertical EPS- contributivo						
	Costo contratación IPS propias				Puntaje ranking satisfacción	
	(% ingresos SGSSS)				2017	
EPS-contributivo	2016	2017	2018	2019	Puntaje Oportunidad	Puntaje Satisfacción
compensar	11.30%	22.70%	22.10%	21.90%	49.2	70.2
Sanitas	12.80%	12.10%	12.40%	13.70%	65.7	72.3
Salud Vida	0.00%	0.70%	8.90%	12.50%	49.7	38.7
Salud Total	5.50%	16.10%	8.90%	5.60%	57.3	64.7
Cruz Blanca	16.70%	3.70%	3.90%	1.70%	45.3	32.1
Alianza salud	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	65.2	83
Comfenalco valle	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	50	52.1
Coomeva	1.00%	1.10%	0.30%	0.00%	59.8	64.9
Sura	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	70.2	88.3
Famisanar	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	48.1	65.2
Nueva EPS	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	63.7	65
Servicio occidental de la salud	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	58.8	58.8

Fuente: SNS, consolidado de resultados financieros-EPS 2018.

³² En la información que se encuentra en la web, aparecen referencias a IPS SURA, sin embargo, no es posible encontrar en la información del SNS datos sobre estas IPS.

Si revisamos los puntajes de las 12 EPS del régimen contributivo que presentaron información financiera en la SNS y se encuentran en el ranking de 2017, vemos que, en promedio, las EPS que no están integradas verticalmente a 2019 presentan mejores puntajes tanto en oportunidad (59.4 vs 53.4) como satisfacción (68.2 vs 55.2). Claramente, esto requiere de información más confiable para hacer un análisis riguroso al respecto. Sin embargo, el dato sugiere que la relación es negativa y que debería ser estudiada con más robustez. Principalmente, porque los riesgos que existen de esta forma de operación son altos, como los detalla Bardey y Buitrago (2016).

7. Consideraciones para mejorar la contratación en salud

En línea con lo anteriormente expuesto, el SGSSS necesita alternativas en la contratación complementarias a los tres tipos de contratación que existen según el Decreto único 780 de 2016: evento, capitación y caso. Es claro que, dada la heterogeneidad y la incertidumbre que presenta la prestación de bienes y servicios en salud no es posible diseñar un mecanismo de incentivos con una única forma de contratación que garantice buenos resultados en salud (lo éticamente correcto) y al mismo tiempo buenos indicadores de sostenibilidad financiera (lo económicamente correcto). Asimismo, la existencia de poder de mercado desde el aseguramiento y la prestación ha mostrado un relacionamiento con ciertos tipos de contrato que, en extremo, pueden generar malos resultados en salud y las finanzas del sistema. Por tanto, es necesario crear complementariedades en la contratación que distribuyan bien el riesgo de la prestación y al mismo tiempo moldeen los incentivos en orden de estos objetivos. En el capítulo 6, se presentan las recomendaciones finales, sin embargo, aquí se detallan algunos elementos en el marco de la literatura.

Como funciona hoy el sistema, se ajusta el modelo de subsidio a la demanda de Zhu (2012), el cual muestra buenos resultados en gasto de bolsillo, pero una alta estructura de costos. Según el autor, un mecanismo para reducir esto es lo que hoy el gobierno hace con el control de medicamentos, para reducir el premium de los aseguradores y prestadores (y farmacéuticas). En principio, se podrían decir entonces, que el nuevo sistema de presupuestos máximos para los bienes y servicios no PBS es, en teoría, un buen mecanismo para el control de gasto, dado que prospectivamente genera un

presupuesto para estas atenciones, además, tiene incluido un mecanismo de incentivos asociado a las ganancias obtenidas por reducción de costos (parte de los recursos podrían ser devueltos a las EPS, para cubrir otros gastos). Se espera entonces que esto motive a las EPS a diseñar contratos adecuados para reducir el costo de estas atenciones.

Para pensar en el diseño del sistema, es claro que el gobierno debe ser el líder del mecanismo, pues como resalta Zhu (2012), todas sus ejecuciones son públicas, haciendo que todos los actores deban ajustarse a estos lineamientos. Además, como se evidenció anteriormente, el SGSSS parece tener estructuras de concentración en el aseguramiento y la prestación³³, lo que implica que los mecanismos de mercado no siempre funcionan para generar eficiencia y calidad en el servicio, obligando a crear políticas que regulen comportamientos de monopolio que puedan ir en contravía de los usuarios y finanzas del sistema.

En línea con lo anterior, algunos autores han planteado soluciones para la contratación del aseguramiento por parte del gobierno. Por ejemplo, Bardey (2015), para el caso de la contratación a nivel de asegurador (EPS), plantea algunas recomendaciones en este sentido para el sistema colombiano:

1. Condicionar las UPC que hoy reciben la EPS. Según el autor, el sistema hoy asigna la cápita respecto a una calidad promedio, que con diferencias en calidad como hoy existen (Figura 3.6), genera un subsidio cruzado en favor de las que se desempeñan mal. Así, si existe una UPC adicional ex post a la que hoy existe en función de los resultados, se generarían incentivos en función de la calidad. En la medida en que los resultados globales de la población mejoren, a mediano plazo este mecanismo podría ayudar también a reducir la tasa de crecimiento del gasto debido a menores demandas de atención producto de mejor prevención de enfermedades en el sistema.
2. Una segunda forma más efectivamente relacionada con el gasto es condicionando los gastos de administración y los excedentes. Según Bardey (2015), esto permitiría que las EPS como aseguradores, tengan incentivos complementarios relacionados a sus principales funciones: promover un gasto sostenible y al mismo tiempo aumentar los niveles de calidad en la atención.

³³ Incluso, la misma legislación que hoy está estructurando el sistema es tan fuerte (Sección 2.2.4.1), al menos en el aseguramiento, que solo pocas EPS puedan cumplir con los requerimientos para operar.

3. El tercer mecanismo, más que una tercera forma, es combinar la dos anteriores donde buenos resultados en salud generen una mayor prima per cápita en el siguiente año, y malos resultados en gasto, generen una retención de los ingresos de administración y excedentes.

Miller & Singer B. (2013), hacen un análisis riguroso acerca de los aspectos claves a tener en cuenta a la hora de implementar este tipo de mecanismos. El primer asunto que se debe considerar es qué se va a recompensar, si los resultados *per se* o los procesos que llevan a esos resultados. En el primero se puede generar selección de riesgo, mientras que el segundo, puede implicar sobreutilización o inadecuada utilización de los insumos. El segundo aspecto es a quién se debe recompensar, si la recompensa se hace a un nivel muy micro, se dificulta el pago de la prima de riesgo, algunos resultados requieren inversiones que unidades muy pequeñas no pueden asumir, y la trasmisión de la información que genera esos resultados sería más complicada. Si la recompensa se lleva a un nivel muy macro, las grandes entidades terminan llevándose los beneficios correspondientes a toda la estructura. Asimismo, las grandes entidades, podría generar incentivos financieros a los médicos que serían contraproducentes para su ejercicio como los señala Emanuel & Fuchs (2008). Finalmente, el tercer aspecto es cómo recompensar, que debe ser fijo, que debe ser variable y cuánto debería ser para crear los incentivos adecuados.

Otros dos mecanismos que deben empezar a tenerse en cuenta en la contratación y en la normativa con la cual se regula la contratación en el sistema, son los dos modelos detallados en la sección 2.2.2., riesgo compartido y atenciones médicas basada en valor (VBHC). Hacen parte de la literatura reciente, por lo cual todavía no hay evaluaciones sistemáticas al respecto, sin embargo, han mostrado algunos resultados positivos en eficiencia, selección de riesgo, y lo que es más importante aún, en salud. El primero ya tiene resultados positivos en el país (la cuenta de alto costo). En el caso de VBHC, se encuentra el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)³⁴, constituido a partir de la Ley Estatutaria. En éste, se crearon rutas específicas de atención integral para 16 grupos de riesgo, con lo que se busca garantizar la atención en salud y bienestar de forma integral para la población en los distintos territorios, poniendo al ciudadano como objetivo central del sistema de salud. Para nuestro conocimiento, todavía no existe evaluación de resultados al respecto.

³⁴ Ver Capítulo 2 para más detalles al respecto.

En el marco de lo expuesto, las EPS son, por tamaño, la mejor entidad para crear estos mecanismos de incentivo a la competencia en calidad, pues su rol permite transmitir estos incentivos a los demás actores (Bardey, 2015). Es crucial entonces, que hoy el MSPS lidere o financie un programa de investigación en torno a evaluar esquemas de contratación basados en resultados, donde se puedan entender toda la heterogeneidad presente en la implementación de este tipo de estrategia. Así como se crearon pilotos para la igualación de primas puras de los regímenes y para entender los ajustes necesarios para la implementación global, es imperativo hacerlo para la implementación de esquemas de contratación sobre resultados. Asimismo, la normativa debería ser más flexible en cuanto a la implementación de mecanismos de incentivos entre prestadores por parte de las EPS. Si existen trabas legales para la implementación de este tipo de mecanismos, no habrá incentivos para implementarlos por parte de las EPS.

Adicional al anterior mecanismo, es importante entender cuáles son los límites del SGSSS en prestaciones con buena calidad y oportunidad. En la medida en que las personas asumen más compromisos con la salud y tienen oportunidad de acceder a otras alternativas que le generan más calidad, la percepción sobre la calidad del servicio puede mejorar y se reduce la carga del sistema público en cuanto a la prestación. Un mecanismo que podría hacerse más amplio y generoso, es la deducción en la tributación o la implementación de subsidios (para quienes no declaran), con progresividad inversa, sobre el pago de planes complementarios de salud para que no toda la carga de este gasto recaiga sobre los usuarios. Además, podría hacerse más efectivo si se aplica el incentivo por edad de la población, capturando asuntos relacionados con mayor demanda de servicios.

Asimismo, se podría implementar desde las empresas, planes de salud complementarios, que generen acceso a descuesto tributarios, para incentivar su masificación. Y como última propuesta, y en el marco de discusiones acerca del papel de las cajas de compensación, se podría crear mecanismos para que los empleados puedan usar parte de este aporte en planes de salud complementarios, que les permita aliviar parte del costo. Así, estos tendrán incentivos para acceder voluntariamente a estos planes. Según el modelo de reembolsos de Zhu (2012), este mecanismo puede reducir la estructura de costos, reduciendo al mismo tiempo la tasa efectiva de cobertura³⁵, es decir, aumentando

³⁵ Esta se define como el porcentaje total de gasto asumido por el gobierno y los aseguradores (1- gasto promedio de bolsillo).

el gasto de bolsillo para los usuarios³⁶. Por tanto, su implementación debería hacerse estableciendo los beneficios mediante progresividad inversa, para no ir en detrimento de aquellos hogares que aún con el subsidio no puedan acceder a estos planes.

³⁶ Como se describe en el capítulo 4, Colombia es reconocido por tener un bajo gasto de bolsillo. Es posible entonces, que exista cierto espacio para aumentar este, si los beneficios globales de la implementación (mejores resultados en salud y sostenibilidad del sistema) compensan este aumento del gasto de los hogares.

Anexos

Tabla 3.A1. Ingresos que administra la ADRES	
Origen	Tipo de ingreso
Gobierno Central - SGP	1. Salud componente de subsidios a la demanda.
Gobierno Central - SGP	2. FONSAET.
Coljuegos	3. Monopolio de juegos de suerte y azar (novedosos y localizados).
Aseguradoras	4. Cotizaciones de los afiliados al SGSSS, incluidos los intereses recaudados por las EPS.
Aseguradoras	5. Cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional respecto de la cual estén obligados a contribuir al SGSSS y el aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales.
Cajas de compensación	6. Recursos de la CCF a partir del artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
Gobierno Central - Recaudo	7. Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE).
Gobierno Central - PGN	8. Recursos del PGN para universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios.
Gobierno Central - Recaudo	9. Recaudo del IVA definido en la Ley 1393 de 2010.
Aseguradoras	10. Del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991.
Aseguradoras	11. Contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) cobrada con adición a ella.
INDUMIL	12. Recaudados INDUMIL por impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas antitabaco.
Coljuegos	13. Del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia el literal c), rentas cedidas de salud y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, incluidos los impuestos al consumo que la Ley destina a dicho régimen.
EPS-IPS	14. Copagos que por concepto de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) del Régimen Contributivo paguen los destinatarios de tales servicios.
Sistema financiero	15. Rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del Sistema y sus excedentes.
UGPP	16. Recaudos por gestiones que realiza la Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales (UGPP).
Otros	17. Demás destinados a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la Ley o el reglamento.

Otros	18. Demás que en función a su naturaleza recaudaba el FOSYGA.
Fuente: MSPS, Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2017.	

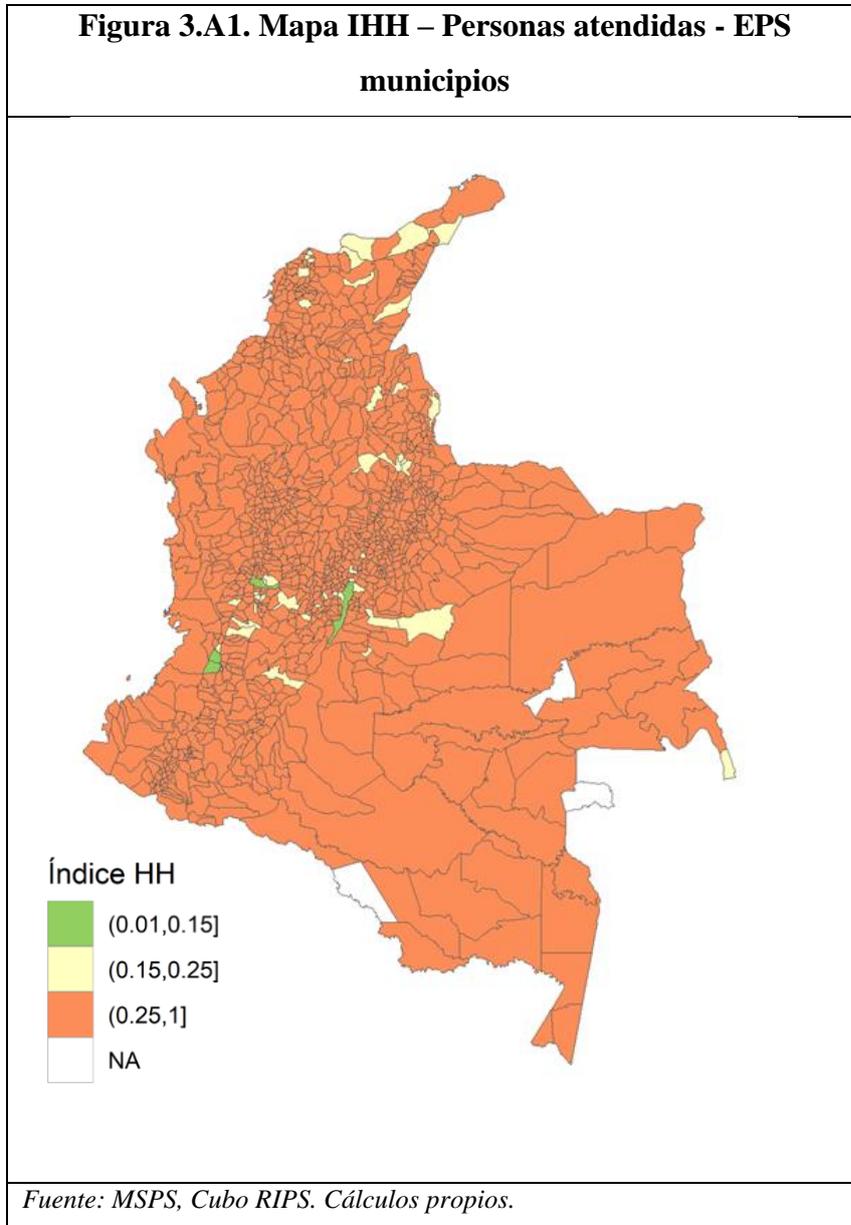
Tabla 3.A2. Flujos de salidas de los recaudos del ADRES
1. Reconocimiento y pago a las EPS por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al SGSSS, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos.
2. Pago de las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto.
3. Pago de los gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos.
4. Pago de los gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y multas.
5. Fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias.
6. Financiamiento de programas de promoción y prevención.
7. Inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.
8. Pago de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), hoy financiados con recursos del FOSYGA.
9. Medidas de atención contenidas en la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
10. Finalidades señaladas en los artículos 41 del Decreto- Ley 4107 de 2011 y 9 de la Ley 1608 de 2013.
11. Cubrimiento de los gastos de administración, funcionamiento y operación de la entidad.
12. Demás destinaciones que haya definido la Ley con cargo a los recursos del FOSYGA y del FONSAET. -
13. Pago de los gastos e inversiones requeridas que se deriven de la declaratoria de la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en el país.
Fuente: MSPS, Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2017.

Tabla 3.A3. Índices de concentración de Herfindahl–Hirschman – Municipio – capítulo							
IPS - nivel 2 – 3 - 2018							
Capítulo - procedimientos cups	variable	Media	Min.	Max.	p25	p50	p75
Consulta Monitorización Y Procedimientos	IHH	0.492	0.053	0.290	0.446	0.691	1.000
	IHH-Norm.	0.455	0.000	0.250	0.403	0.673	0.995
	N	44	1	13	29	61	211
Desempeño Funcional Y Rehabilitación	IHH	0.484	0.067	0.285	0.457	0.664	1.000
	IHH-Norm.	0.446	0.000	0.227	0.414	0.619	0.995
	N	43	1	13	29	59	200
Diagnostico Y Tratamiento En Sistema Visual y Auditivo	IHH	0.535	0.056	0.293	0.501	0.817	1.000
	IHH-Norm.	0.494	0.000	0.222	0.456	0.778	0.999
	N	31	1	10	22	46	124
Imagenología	IHH	0.501	0.055	0.258	0.472	0.732	1.000
	IHH-Norm.	0.463	0.003	0.216	0.416	0.701	0.995
	N	42	1	13	28	60	203
Laboratorio Clínico	IHH	0.474	0.064	0.248	0.421	0.685	1.000
	IHH-Norm.	0.436	0.000	0.211	0.362	0.636	0.994
	N	44	1	13	29	61	224
Medicina Nuclear Y Radioterapia	IHH	0.770	0.208	0.607	0.838	0.955	1.000
	IHH-Norm.	0.711	0.000	0.516	0.780	0.934	1.000
	N	10	1	4	8	15	32
Medicina Transfusional Y Banco De Sangre	IHH	0.493	0.061	0.299	0.460	0.696	1.000
	IHH-Norm.	0.454	0.000	0.244	0.418	0.674	0.994
	N	42	1	13	28	58	187
Nariz Boca Y Faringe	IHH	0.502	0.066	0.244	0.443	0.779	1.000
	IHH-Norm.	0.465	0.001	0.192	0.384	0.748	1.000
	N	39	1	12	26	55	167
Otros Procedimientos No Quirúrgicos	IHH	0.486	0.048	0.267	0.468	0.674	1.000
	IHH-Norm.	0.446	0.000	0.220	0.405	0.661	0.997
	N	40	1	12	27	58	159
Procedimientos Misceláneos	IHH	0.508	0.066	0.238	0.466	0.788	1.000
	IHH-Norm.	0.474	0.006	0.197	0.412	0.768	1.000
	N	40	1	12	27	57	185
Salud Mental	IHH	0.566	0.105	0.338	0.550	0.800	1.000
	IHH-Norm.	0.524	0.000	0.282	0.512	0.765	1.000
	N	31	1	10	22	46	123
Sistema Auditivo	IHH	0.526	0.070	0.314	0.513	0.737	1.000
	IHH-Norm.	0.470	0.000	0.234	0.450	0.692	0.999

	N	24	1	8	17	36	78
Sistema Circulatorio	IHH	0.521	0.071	0.320	0.491	0.744	1.000
	IHH-Norm.	0.480	0.000	0.249	0.438	0.717	0.999
	N	35	1	11	24	51	139
Sistema Digestivo	IHH	0.515	0.053	0.314	0.502	0.724	1.000
	IHH-Norm.	0.475	0.000	0.243	0.455	0.689	0.999
	N	39	1	12	26	56	153
Sistema Endocrino	IHH	0.590	0.116	0.421	0.560	0.764	1.000
	IHH-Norm.	0.529	0.000	0.349	0.500	0.740	0.998
	N	20	1	7	15	31	69
Sistema Hemático Y Linfático	IHH	0.585	0.172	0.416	0.572	0.752	1.000
	IHH-Norm.	0.538	0.000	0.349	0.526	0.723	0.997
	N	28	1	9	20	40	95
Sistema Nervioso	IHH	0.542	0.071	0.352	0.543	0.741	1.000
	IHH-Norm.	0.500	0.000	0.281	0.491	0.710	0.999
	N	33	1	11	23	48	119
Sistema Osteomuscular	IHH	0.509	0.053	0.309	0.484	0.715	1.000
	IHH-Norm.	0.470	0.000	0.228	0.440	0.699	1.000
	N	39	1	12	27	57	154
Sistema Reproductor Femenino	IHH	0.518	0.051	0.301	0.501	0.768	1.000
	IHH-Norm.	0.481	0.002	0.228	0.441	0.742	0.997
	N	40	1	12	27	57	165
Sistema Reproductor Masculino	IHH	0.514	0.043	0.312	0.495	0.713	1.000
	IHH-Norm.	0.473	0.000	0.235	0.458	0.680	0.999
	N	35	1	11	25	52	127
Sistema Respiratorio	IHH	0.533	0.080	0.351	0.504	0.724	1.000
	IHH-Norm.	0.483	0.000	0.287	0.446	0.672	0.999
	N	29	1	9	21	42	105
Sistema Tegumentario	IHH	0.495	0.049	0.283	0.463	0.696	1.000
	IHH-Norm.	0.457	0.000	0.242	0.417	0.653	0.996
	N	42	1	13	28	59	190
Sistema Urinario	IHH	0.502	0.055	0.259	0.463	0.742	1.000
	IHH-Norm.	0.461	0.000	0.225	0.403	0.691	0.998
	N	37	1	12	25	54	135
Sistema Visual	IHH	0.484	0.073	0.210	0.427	0.768	1.000
	IHH-Norm.	0.433	0.000	0.170	0.333	0.708	1.000
	N	28	1	9	20	41	97
Total	IHH	0.517	0.043	0.299	0.490	0.741	1.000
	IHH-Norm.	0.475	0.000	0.239	0.438	0.706	1.000

	N	36	1	11	24	52	224
--	---	----	---	----	----	----	-----

Fuente: MSPS, Cubo RIPS.



CAPÍTULO 4. EFICIENCIA EN EL SECTOR SALUD

La razón por la cual los economistas se han preocupado por medir la eficiencia y productividad de las empresas es la gran heterogeneidad que se ha observado en los resultados de estas, los cuales dependen en gran medida en las decisiones y prácticas llevadas a cabo, tales como gastos en I + D, utilización de la capacidad, adopción de tecnología, y otras decisiones clave de la administración. Hay un gran consenso en la literatura sobre las sustanciales diferencias en productividad, tanto dentro de una misma empresa en diferentes momentos del tiempo, como entre las empresas (Foster et al., 2008; Hall and Jones, 1999; Hsieh and Klenow, 2009; Lieberman et al., 1990).

Las dinámicas de la productividad están comúnmente asociados a dos factores, los cuales a su vez están relacionados entre sí. En primer lugar, el crecimiento de la productividad se explica por factores internos relacionados con la forma como las empresas producen y toman decisiones de inversión. Estas decisiones incluyen utilización de insumos, adopción de nuevas tecnologías, entrenamiento para los trabajadores, entre otras. En segundo lugar, las mejoras productivas se explican por factores externos a las empresas, los cuales tiene que ver con las señales económicas que definen la asignación de recursos productivos entre empresas con distintos niveles de productividad. Una asignación eficiente consiste en la capacidad de permitir que las empresas más productivas abarquen una mayor proporción del mercado, mientras que las empresas menos productivas deberían reducirse y eventualmente dejar de operar.

El sector salud en particular, requiere evaluar y medir la capacidad de todos sus participantes de prestar un buen servicio, salvaguardando la sostenibilidad en el uso de los recursos. Esto es, prestar un servicio de calidad que supla las necesidades de la población, pero en el cual a su vez no se derrochen los recursos. Debido a las complejidades inherentes a este sector, la medición de eficiencia conlleva un desafío mayor.

La gestión de la productividad abarca una variedad de problemas de gestión de la atención médica, como el mantenimiento de modelos efectivos de personal, la compra oportuna de equipos y el uso eficiente de los activos y las instalaciones de atención médica (Cantor, 2018). En medio de desafíos cada vez más complejos, las instituciones de salud están tomando conciencia de la importancia, tanto de maximizar la eficiencia como de

optimizar el valor de las inversiones en salud. Sin embargo, las instituciones de atención médica que buscan mejorar el rendimiento y maximizar los resultados de salud primero deben abordar la cuestión de cómo medir el rendimiento y cómo identificar los determinantes incluidos en la función de producción de salud.

En la literatura han surgido muchas metodologías para medir la eficiencia de las empresas. La especificación y la estimación de las funciones de frontera de producción generalmente se llevan a cabo mediante dos enfoques diferentes: análisis de frontera estocástica (SFA, por su acrónimo en inglés) y análisis de datos envolventes (DEA, por su acrónimo en inglés). En un análisis SFA, es esencial especificar a priori una forma funcional explícita de la función de producción, mientras que el enfoque DEA se caracteriza por la capacidad de determinar la eficiencia relativa de tales unidades a través de métodos de programación lineal, esto es, midiendo la distancia entre el punto donde se encuentran las unidades de producción y el punto donde se encuentra la unidad de producción más eficiente, sin especificar ninguna forma funcional para la función de producción (Ferrara, 2020). En otras palabras, a diferencia de las técnicas paramétricas, el DEA permite la determinación de la eficiencia relativa en ausencia de una descripción detallada del proceso de producción.

Si bien esto último parece hacer que este enfoque sea particularmente flexible y generalizable, el principal inconveniente de la DEA es su naturaleza determinista. Cuando se utiliza este procedimiento, no es posible reconocer si la diferencia en la eficiencia, es decir, la distancia entre la producción observada y la máxima posible se debe a la ineficiencia técnica o a los efectos de una perturbación de tipo accidental (Greene, 2008). Por su parte, el modelo paramétrico SFA, permite realizar un análisis completo de las fuentes de ineficiencia que no son directamente atribuibles a la función de producción o las perturbaciones de un tipo accidental y, por lo tanto, no son directamente atribuibles a la política corporativa. El inconveniente más importante asociado al enfoque SFA es la falta de flexibilidad asociada con la especificación de la función de producción.

En el caso colombiano, son varios los estudios que se han realizado recientemente para determinar eficiencia en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) utilizando estas metodologías. Pinzón (2003) recolecta información de 203 hospitales

públicos de baja complejidad³⁷ para el año 2001, y estima los coeficientes de eficiencia técnica relativa mediante la metodología DEA. De acuerdo con los resultados, el 70% de las instituciones operan por debajo de la frontera de posibilidades de producción, con un coeficiente de eficiencia en promedio de 0,72. De acuerdo con el autor, estos resultados obedecen a un sobredimensionamiento de sus recursos humanos. Por su parte, Peñalosa (2003) utiliza información de instituciones hospitalarias de niveles de atención 1, 2 y 3, públicos y privados a nivel nacional y obtiene como resultado que casi tres cuartas partes de los hospitales operan por debajo de la frontera de producción de eficiencia, con un índice de eficiencia promedio de 0,65. Carreño (2009), realiza el mismo análisis para hospitales públicos de 3 nivel en Bogotá; los resultados muestran gran heterogeneidad en el desempeño de los hospitales que depende de variables como la cantidad y tipo de población atendida, la ubicación geográfica, y otros factores relacionados con la capacidad técnica instalada.

Más recientemente, Montoya (2013) encuentra que los hospitales públicos de niveles de complejidad 2 y 3 presentaron un nivel promedio de eficiencia del 0,87 entre 2004-2011, con un crecimiento de alrededor del 15% en productividad durante el mismo periodo. Maza-Avila y Vergara-Schmalbach (2014) estudian el desempeño de los hospitales del departamento de Bolívar, encontrando que menos del 27% de los municipios bolivarenses se encuentran en la frontera de eficiencia. Así mismo, Murillo et al., (2018) analizan la eficiencia técnica de tres servicios de salud: Ginecología y Obstetricia, Odontología, y Urgencias; prestados en 44 hospitales públicos de primer nivel de atención del departamento del Valle del Cauca, entre los años 2007 y 2014. Los autores muestran altos niveles de ineficiencia, sobre todo en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Odontología. En general, los resultados de los estudios coinciden en que los hospitales de baja complejidad, que son mayoría en Colombia, son los más ineficientes (Bonet-Moron y Guzman-Finol, 2015).

En las últimas tres décadas, estos enfoques han recibido cada vez más atención y se convirtieron en una valiosa herramienta de medición de eficiencia y evaluación comparativa para la mayoría de las organizaciones, especialmente en el sector de la salud.

³⁷ En Colombia se adopta el modelo piramidal clásico, el cual fue diseñado como sigue. Nivel I: consulta externa y hospitalización en medicina general; Nivel II: consulta externa, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría y especialidades quirúrgicas con requerimiento intermedio de hospitalización; Nivel III: consulta externa, cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, Pediatría y todas las especialidades y subespecialidades en el nivel avanzado de hospitalización.

En este capítulo se utilizan las metodologías expuestas en el caso concreto de Colombia. Finalmente se abordan otras estrategias de eficiencia en el gasto desde el marco institucional que se han aplicado en Colombia, como es el caso del control de precios.

Este ejercicio constituye un aporte importante a la literatura en términos de evaluación de eficiencia de los prestadores de salud por dos razones. En primer lugar, es el primer ejercicio que se realiza a nivel nacional con IPS públicas y privadas de todos los niveles de complejidad. Segundo, el análisis de eficiencia desde una perspectiva interna y externa a los prestadores usando metodologías recientes ampliamente usadas en la literatura de eficiencia.

El siguiente capítulo se divide de la siguiente manera: 1) se resumen las metodologías de cálculo de eficiencia, análisis de datos envolventes, fronteras estocásticas y *misallocation*; 2) luego se describen los datos a utilizar a partir de estadísticas descriptivas; 3) se presentan los resultados obtenidos a partir de las estimaciones; 4) se describen algunas medidas de eficiencia que se han tomado recientemente en el sistema de salud colombiano; 5) se generan algunas impresiones acerca de la innovación como impulso a la eficiencia; 6) finalmente se generan unos comentarios a modo de conclusión.

1. Métodos para estimar la eficiencia

1.1 Análisis de datos envolventes (DEA)

DEA es un método de programación lineal no paramétrico usado para medir la eficiencia relativa de las unidades homogéneas de toma de decisiones (DMU, por su acrónimo en inglés) con múltiples insumos y múltiples productos. En cualquier evaluación de eficiencia que se use DEA, los analistas se enfrentan a decidir sobre cuatro consideraciones. Estas son: el tipo de modelo, el supuesto de retornos a escala, la orientación del modelo y la combinación de insumos y productos. En cualquier caso, las elecciones en estas cuatro consideraciones afectarían qué resultados se pueden obtener del análisis de eficiencia. En particular, en este estudio utilizamos un modelo de corte transversal y asumimos que las instituciones prestadoras de servicios de salud presentan rendimientos variables a escala (VRS, por su acrónimo en inglés).

Bajo este enfoque, las observaciones fuera de la frontera reflejan que la utilización de los recursos resulta menos eficiente en comparación con las prácticas empleadas por las

unidades de producción más productivas. La distancia entre la frontera y los puntos de producción representa la ineficiencia técnica. Las funciones distancia o medidas de eficiencia técnica, permiten cuantificar la ineficiencia técnica en un plan de producción, mediante la comparación de las cantidades de insumos y de productos que necesita una unidad que es técnicamente eficiente con los que utiliza una unidad ineficiente. Así, el valor de eficiencia técnica varía entre 0 y 1, donde 1 representa el valor que obtienen las unidades que operan sobre la frontera.

Este enfoque tiene como ventajas que no requiere información de precios, es decir, utiliza datos sobre unidades físicas de insumos y productos, y que los supuestos de maximización de beneficios o minimización de costos no se utilizan, por lo que está libre de los errores de especificación en la forma funcional. Sin embargo, como se mencionó previamente, DEA no considera los efectos aleatorios, por lo que los disturbios externos que ocasionen una desviación de la frontera y afecten el desempeño de una unidad son captados como ineficiencias, pudiéndose sobre o subestimar la medición.

1.2 Fronteras estocásticas (SFA)

Al igual que en DEA, la medición de la eficiencia se realiza comparando el resultado observado con el máximo alcanzable dada la tecnología de producción y la disponibilidad de insumos. No obstante, en este caso se utilizan métodos de estimación paramétricos para estimar las funciones de producción. A diferencia de la regresión tradicional, el término de error de estas estimaciones se descompone en una parte aleatoria y un componente no negativo que mide el grado de ineficiencia. De esta manera, la estructura de los modelos de frontera estocástica con datos de corte transversal, siguiendo a Aigner et al. (1977) y Meeusen et al. (1977), puede sintetizarse en:

$$y_i = f(x_i, \beta) + \varepsilon_i \text{ con } i = 1, \dots, n$$

Donde Y_i es el producto de la unidad productiva i ; X_i es el vector de insumos; $f(.)$ es la función de producción o frontera, que relaciona el producto Y y los insumos X , dependiendo del vector de parámetros β . Finalmente, ε_i es el término de error, el cual está compuesto por una variable aleatoria v_i normalmente distribuida con media cero que captura el ruido estocástico, bajo la idea de que las desviaciones de la frontera no son producto de cuestiones que se encuentran bajo el control de las unidades de producción;

y otro componente u_i , que representa la ineficiencia. Entonces, el error del modelo puede expresarse como

$$\varepsilon_i = v_i - u_i$$

Para aplicar la metodología, que utiliza como método de estimación la máxima verosimilitud, resulta indispensable la definición de la función de producción que servirá como medida de eficiencia. En la literatura comúnmente se usan funciones paramétricas como Translog y Cobb-Douglas. Sin embargo, esto puede ser demasiado restrictivo, incluso inapropiado, llevando a conclusiones erróneas en algunos casos. Por lo tanto, Ferrara y Vidoli (2017) proponen otro tipo de funciones para eliminar las limitaciones de las funciones convencionales. Dichas funciones se basan en los Modelos Aditivos Generalizados (GAM, por su acrónimo en inglés) las cuales permiten relajar la estructura lineal (polinomial) de los efectos aditivos evitando imponer una relación lineal perfecta entre cada variable explicativa y la respuesta, aunque explican la variabilidad de la respuesta utilizando una función aditiva de las entradas como en el modelo SFA. La estimación de la función de producción se hace de forma no paramétrica y dichos modelos tiene la ventaja de que las tasas de convergencia son uni-dimensionales, lo que las hace más adecuadas al no estimar una función p-dimensional (Ferrara y Vidoli, 2017).

1.3 Estimación mala asignación de insumos entre prestadores de salud

Una forma de medir las pérdidas de productividad derivadas de la mala asignación de recursos entre empresas con distintos niveles de productividad, el cual corresponde al segundo factor que explica las dinámicas de la productividad, es la metodología de Hsieh & Klenow (2009). En términos simples, estos autores miden cuánto aumentaría la productividad si el capital y el trabajo³⁸ fueran reasignados de tal forma que los productos marginales de los insumos productivos de las empresas dentro de cada sector fuesen iguales. La hipótesis principal sobre la cual recae esta metodología es que, en ausencia de distorsiones, la productividad total de los factores en ingresos³⁹ (TFPR, por sus siglas en inglés) debe ser igual entre todas las empresas. En nuestro caso tomamos la adaptación a

³⁸ En la metodología original de Hsieh y Klenow (2009) los autores utilizan una función de valor agregado en la cual las distorsiones del capital y del producto son expresadas en términos de las distorsiones del trabajo.

³⁹ La productividad total de los factores en ingresos (TFPR, por sus siglas en inglés) es definida como el producto entre la productividad física y el precio del bien final producido por cada firma.

la metodología de Dias et. al, (2016), quienes introducen un factor adicional, insumos intermedios, para identificar una distorsión más, en este caso, la distorsión al producto.

Dicha metodología se explica a continuación:

En una economía operan “s” industrias, cuya agregación está dada por:

$$Y = \prod_{s=1}^S Y_s^{\theta_s} \quad (1)$$

Donde: $\sum_{s=1}^S \theta_s = 1$.

El precio de Y es el numerario.

La agregación de empresas en la industria está dada por:

$$Y_s = \left[\sum_{i=1}^{M_s} (Y_{si})^{\frac{\sigma-1}{\sigma}} \right]^{\frac{\sigma}{\sigma-1}} \quad (2)$$

La demanda derivada es:

$$Y_{si} = Y_s \left(\frac{P_{si}}{P_s} \right)^{-\sigma} \quad (3)$$

De la demanda derivada obtenemos la siguiente expresión:

$$P_{si} = Y_s^{\frac{1}{\sigma}} P_s (Y_{si})^{\frac{-1}{\sigma}} \quad (4)$$

Donde:

$$P_s = \left[\sum_{i=1}^{M_s} p_{si}^{1-\sigma} \right]^{\frac{1}{1-\sigma}} \quad (5)$$

Para cada industria, el término genérico $Y_s^{\frac{1}{\sigma}} P_s$ se asume igual a 1. Así:

$$Y_{si} = (P_{si} Y_{si})^{\frac{\sigma}{\sigma-1}} \quad (6)$$

Ahora, supongamos que la producción de cada firma está dada por una función de producción Cobb Douglas:

$$Y_{si} = A_{si} K_{si}^{\alpha_s} H_{si}^{\beta_s} Q_{si}^{1-\alpha_s-\beta_s} \quad (7)$$

Donde A_{si} , K_{si} , H_{si} y Q_{si} son la productividad total de los factores, el capital, el trabajo, y los insumos intermedios, respectivamente. Adicionalmente, los parámetros de

participación son comunes a la industria, y las diferencias se concentran entre firmas en el parámetro de escala.

Si las firmas enfrentan además distorsiones idiosincráticas, que se traducen en impuestos o subsidios sobre su actividad, la ganancia está dada por:

$$\pi_{si} = (1 - \tau_{Y_{si}})P_{si}Y_{si} - (1 + \tau_{K_{si}})R_s K_{si} - (1 + \tau_{H_{si}})W_s H_{si} - Z_s Q_{si} \quad (8)$$

Donde $\tau_{K_{si}}$, $\tau_{H_{si}}$ y $\tau_{Y_{si}}$ representan las distorsiones al capital, trabajo y producto, respectivamente, que enfrenta cada empresa.

La condición estándar de maximización en competencia monopolística es:

$$P_{si} = \frac{\sigma}{\sigma-1} \psi_s \frac{(1+\tau_{K_{si}})^{\alpha_s} (1+\tau_{H_{si}})^{\beta_s}}{A_{si}(1-\tau_{Y_{si}})} \quad (9)$$

Donde, para todas las empresas de la industria:

$$\psi_s = \left[\left(\frac{R_s}{\alpha_s} \right)^{\alpha_s} \left(\frac{W_s}{\beta_s} \right)^{\beta_s} \left(\frac{Z_s}{1-\alpha_s-\beta_s} \right)^{1-\alpha_s-\beta_s} \right] \quad (10)$$

Las condiciones de primer orden pueden expresarse también como:

$$(1 + \tau_{K_{si}}) = \frac{\alpha_s}{(1-\alpha_s-\beta_s)} \frac{Z_s Q_{si}}{R_s K_{si}} \quad (11)$$

$$(1 + \tau_{H_{si}}) = \frac{\beta_s}{(1-\alpha_s-\beta_s)} \frac{Z_s Q_{si}}{W_s H_{si}} \quad (12)$$

$$(1 - \tau_{Y_{si}}) = \frac{\sigma}{1-\sigma} \frac{1}{(1-\alpha_s-\beta_s)} \frac{Z_s Q_{si}}{P_{si} Y_{si}} \quad (13)$$

Con las ecuaciones 11, 12 y 13, se pueden calcular las tres distorsiones.

Para evaluar el impacto total de las distorsiones, partimos de la productividad factorial total física (TFPQ), y de la productividad factorial total en ingresos (TFPR).

$$TFPQ_{si} = A_{si} = \frac{Y_{si}}{K_{si}^{\alpha_s} H_{si}^{\beta_s} Q_{si}^{1-\alpha_s-\beta_s}} \quad (14)$$

Usando (6):

$$TFPQ_{si} = A_{si} = \frac{(P_{si} Y_{si})^{\frac{\sigma}{\sigma-1}}}{K_{si}^{\alpha_s} H_{si}^{\beta_s} Q_{si}^{1-\alpha_s-\beta_s}} \quad (15)$$

$$TFPR_{si} = P_{si} A_{si} = \frac{P_{si} Y_{si}}{K_{si}^{\alpha_s} H_{si}^{\beta_s} Q_{si}^{1-\alpha_s-\beta_s}} \quad (16)$$

Reemplazando (9) en (16):

$$TFPR_{si} = \frac{\sigma}{\sigma-1} \psi_s \frac{(1+\tau_{K_{si}})^{\alpha_s} (1+\tau_{H_{si}})^{\beta_s}}{(1-\tau_{Y_{si}})} \quad (17)$$

La productividad factorial en ingresos debe ser igual para todas las firmas en ausencia de distorsiones.

De las ecuaciones (6) y (16), se sigue:

$$Y_{si} = \left(\frac{A_{si}}{TFPR_{si}} \right)^\sigma \quad (18)$$

$$P_{si} Y_{si} = \left(\frac{A_{si}}{TFPR_{si}} \right)^{\sigma-1} \quad (19)$$

Asumamos ahora que conocemos la productividad total factorial de ingresos que sería común a todas las empresas en ausencia de distorsiones, $TFPR_s^*$ (la productividad promedio cuando todos los factores son eficientemente asignados). Sabiéndolo, podríamos calcular (con las ecuaciones 18 y 19) el producto óptimo que podría alcanzar cada firma (y el valor de ese producto):

$$Y_{si}^* = \left(\frac{A_{si}}{TFPR_s^*} \right)^\sigma = Y_{si} \left(\frac{TFPR_{si}}{TFPR_s^*} \right)^\sigma \quad (20)$$

$$(P_{si} Y_{si})^* = \left(\frac{A_{si}}{TFPR_s^*} \right)^{\sigma-1} = P_{si} Y_{si} \left(\frac{TFPR_{si}}{TFPR_s^*} \right)^{\sigma-1} \quad (21)$$

Para calcular $TFPR_s^*$ calculamos las distorsiones medias que, enfrentadas por todas las empresas, llevarían a la misma demanda de factores observada:

$$(1 + \overline{\tau}_{K_s}) = \frac{\alpha_s}{(1-\alpha_s-\beta_s)} \frac{Z_s Q_s}{R_s K_s} \quad (22)$$

$$(1 + \overline{\tau}_{H_s}) = \frac{\beta_s}{(1-\alpha_s-\beta_s)} \frac{Z_s Q_s}{W_s H_s} \quad (23)$$

$$(1 + \overline{\tau}_{Y_s}) = \frac{\sigma}{\sigma-1} \frac{\alpha_s}{(1-\alpha_s-\beta_s)} \frac{Z_s Q_s}{(P_s Y_s)^*} \quad (24)$$

Donde K_s , H_s y Q_s son las demandas agregadas, y $(P_s Y_s)^* = \sum_{i=1}^{M_s} (P_{si} Y_{si})^*$

Con esas distorsiones, es posible calcular⁴⁰:

$$TFPR_s^* = \frac{\sigma}{\sigma-1} \psi_s \frac{(1+\bar{\tau}_{K_s})^{\alpha_s} (1+\bar{\tau}_{H_s})^{\beta_s}}{(1-\bar{\tau}_{Y_s})} \quad (25)$$

Ahora bien⁴¹:

$$(1 - \bar{\tau}_{Y_s}) = \left(\frac{\sigma}{\sigma-1} \right) \left(\frac{Z_s Q_s}{1-\alpha_s-\beta_s} \right) \left(\frac{1}{K_s^{\alpha_s} H_s^{\beta_s} Q_s^{1-\alpha_s-\beta_s}} \right) \left(\frac{K_s^{\alpha_s} H_s^{\beta_s} Q_s^{1-\alpha_s-\beta_s}}{\sum_{i=1}^{M_s} A_{si}^{\sigma-1}} \right)^{\frac{1}{\sigma}} \quad (26)$$

Alternativamente⁴²:

$$TFPR_s^* = \left(\frac{\sum_{i=1}^{M_s} A_{si}^{\sigma-1}}{K_s^{\alpha_s} H_s^{\beta_s} Q_s^{1-\alpha_s-\beta_s}} \right)^{\frac{1}{\sigma}} \quad (27)$$

Usando las ecuaciones (16) y (25), podemos calcular:

$$\ln \left(\frac{TFPR_{si}}{TFPR_s^*} \right) = \alpha_s \ln \left(\frac{1+\tau_{K_s}}{1+\bar{\tau}_{K_s}} \right) + \beta_s \ln \left(\frac{1+\tau_{H_s}}{1+\bar{\tau}_{H_s}} \right) - \ln \left(\frac{1-\tau_{Y_s}}{1-\bar{\tau}_{Y_s}} \right) \quad (28)$$

La ganancia real que se obtendría de eliminar la distorsión puede expresarse como:

$$\frac{Y_s^*}{Y_s} = \frac{\left[\sum_{i=1}^{M_s} (Y_{si}^*)^{\frac{\sigma-1}{\sigma}} \right]^{\frac{\sigma}{\sigma-1}}}{\left[\sum_{i=1}^{M_s} (Y_{si})^{\frac{\sigma-1}{\sigma}} \right]^{\frac{\sigma}{\sigma-1}}} \quad (29)$$

O equivalentemente,

$$\frac{Y_s^*}{Y_s} = \left[\frac{\sum_{i=1}^{M_s} A_{si}^{\sigma-1}}{\sum_{i=1}^{M_s} (A_{si} TFPR_{si}^*)^{\sigma-1}} \right]^{\frac{\sigma}{\sigma-1}} \quad (30)$$

De la ecuación (30) se sigue que, si no hay dispersión en la TFPR, entonces no habrá ganancias de productividad. Dado que la TFPR es siempre positiva, la dispersión hará la suma mayor, y habrá mayores ganancias de eliminar las distorsiones.

Un punto importante es que el método determina cuánto se ganaría en eficiencia con los mismos insumos. Por ello, no tiene efectos de precio sobre los factores, y puede

⁴⁰ Nótese que para calcular $TFPR_s^*$ se requiere $(1 - \bar{\tau}_{Y_s})$, lo que a su vez requiere $(P_s Y_s)^*$, que sólo se puede calcular conociendo los $(P_{si} Y_{si})^*$, para cuyo cálculo se requiere $TFPR_s^*$.

⁴¹ Ver Días et al (2016), Appendix B, pag. 44.

⁴² Nótese que la clave es la ecuación 6. Permite despejar el producto, y calcular la productividad física.

considerarse una aproximación adecuada al costo de la ineficiencia, desde el punto de vista del equilibrio general.

Las ganancias en términos de valor agregado son:

$$\frac{V_S^*}{V_S} = \frac{(P_S Y_S) \left(\frac{Y_S^*}{Y_S}\right) - Z_S Q_S}{P_S Y_S - Z_S Q_S} = \frac{\left(\frac{Y_S^*}{Y_S}\right) - q_S}{1 - q_S} \quad (31)$$

2. Datos y estadística descriptivas

En este ejercicio se usa información de diferentes fuentes para consolidar una base de datos de insumos y productos para la mayor cantidad posible de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Colombia. Específicamente, se usa información de IPS públicas y privadas que funcionen en todo el territorio nacional y que estén clasificadas en todos los niveles de complejidad. Para esto, consultamos los registros de SISPRO⁴³, ADRES⁴⁴, REPS⁴⁵, RIPS⁴⁶ y los estados financieros publicados por la Super Intendencia Nacional de Salud (ver Tabla 4.1).

El resultado de unir dichas fuentes de información nos permite tener dos conjuntos de datos con los cuales se realizan dos tipos de ejercicios. Para el primer ejercicio, se construye un panel de datos balanceado de 1.364 IPS para los años 2017, 2018, 2019. Para este ejercicio se usa como producto el total de atenciones por cada IPS, que incluye atenciones de consultas y procedimientos, y como insumos los costos de dichas atenciones y variables de capacidad instalada como número de camas, ambulancias, salas y tipos de servicios (Tabla 4.2). Para el segundo ejercicio, utilizamos información más detallada que nos permitiera analizar la diferencia de la eficiencia entre IPS públicas y privadas, y los tres niveles de complejidad. Construimos una base de datos de 1.794 IPS para el año 2018, de las cuales 772 son públicas y 1.022 privadas. Para este ejercicio usamos como variables de resultado los egresos hospitalarios y citas, y como insumos indicadores de capacidad instalada, costos por atenciones, ingresos y giros directos realizados por la ADRES. Estas IPS representan aproximadamente el 27,8% y el 36,5%

⁴³ Sistema Integrado de Información de la Protección Social.

⁴⁴ Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁴⁵ Sistema de Información de Prestaciones de Salud.

⁴⁶ Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

del total de IPS habilitadas en 2018 de acuerdo con la ADRES⁴⁷, respectivamente. En las Tablas 4.A1 y 4.A2 se encuentran las estadísticas descriptivas de dichas variables.

Tabla 4.1. Variables y Fuente

Tipo	Variables	IPS	Año	Fuente
Output	Total atenciones	Todas	2017-2019	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS
Input	Costos atenciones	Todas	2017-2019	
Output	Total egreso de pacientes	Todas	2016I-2019I	SISPRO. Monitoreo de Calidad (MOCA)
Output	Citas Medicina General	Todas	2016I-2019I	
Output	Citas Odontología General	Todas	2016I-2019I	
Output	Citas Cirugía General	Todas	2016I-2019I	
Input	Número de Camas	Todas	Último reporte	SISPRO. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS
Input	Número de Ambulancias	Todas	Último reporte	
Input	Número de Salas	Todas	Último reporte	
Input	Número de Servicios que presta la IPS	Todas	Último reporte	
Input	Giro directo realizado por la ADRES	Publicas	2017-2018	ADRES
Input	Activos Fijos	Privadas	2017-2018	Estados Financieros Superintendencia Nacional de Salud
Input	Costos por atención en salud	Privadas	2017-2018	
Output	Ingresos	Privadas	2017-2018	

Fuente: SISPRO, ADRES, RIPS y Super Intendencia Nacional de Salud. Cálculos propios.

Tabla 4.2. Listado de variables

Variables		Ejercicio 1 2017-2019	Ejercicio 2 2018
<i>Output</i>	Total atenciones	x	
	Total egreso de pacientes		x
	Citas Medicina General		x
	Citas Odontología General		x
	Citas Cirugía General		x
<i>Input</i>	Número de Camas	x	x
	Número de Ambulancias	x	x
	Número de Salas	x	x
	Número de Servicios que presta la IPS	x	x
	Giro directo realizado por la ADRES		x
	Activos Fijos		x
	Costos por atenciones	x	x
	Ingresos		x
<i>Observaciones</i>		1.364	1.794

Fuente: SISPRO, ADRES, RIPS y Super Intendencia Nacional de Salud.

⁴⁷ De acuerdo con los registros de la ADRES, en 2018 había un total de 4.909 IPS habilitadas para recibir el giro directo.

En cuanto al tema de la mala asignación de recursos, un estudio reciente ha estimado las ganancias posibles de productividad para el sector de salud y otros sectores⁴⁸. De él tomamos la información correspondiente al período 2011 a 2015 (Tabla 4.7).

3. Resultados

Se realizó el análisis de eficiencia usando las metodologías DEA (*orientado-insumos*) con el supuesto de rendimientos variables a escala (VRS), y SFA⁴⁹, este último con sus variantes de modelos aditivos generalizados con y sin el supuesto de monotonidad. Los resultados de este primer ejercicio se describen en la Tabla 4.3. Como se puede observar, los resultados son bastante consistentes entre los cuatro modelos, aunque en general los resultados de DEA son inferiores. En promedio, las IPS tuvieron un nivel de eficiencia de 0,81, 0,81 y 0,83 en 2017, 2018 y 2019, respectivamente. Esto indica que, las IPS pudieron haber prestado la misma cantidad de atenciones usando en promedio 19% menos insumos. Respecto a otros referentes internacionales, Samut & Cafri (2016) realizan un análisis a nivel de hospitales para un grupo de países de la OCDE y encuentran que, en promedio, dichos países obtuvieron un nivel de eficiencia de 0,88 entre 2000 y 201.

Tabla 4.3. Indicador de Eficiencia IPS – 2017-2019 (SFA y DEA)

	2017				2018				2019			
	Promedio	Mediana	Max	Min	Promedio	Mediana	Max	Min	Promedio	Mediana	Max	Min
SFA	0,84	0,84	0,90	0,77	0,85	0,85	0,90	0,79	0,85	0,85	0,91	0,78
GMA-SFA	0,81	0,82	0,89	0,72	0,80	0,80	0,88	0,70	0,85	0,85	0,91	0,79
GMA-SFA-MONO	0,81	0,81	0,89	0,71	0,79	0,79	0,88	0,68	0,86	0,86	0,91	0,80
DEA	0,79	0,78	1,00	0,66	0,79	0,78	1,00	0,68	0,77	0,75	1,00	0,63
Total	0,81				0,81				0,83			
<i>Observaciones</i>		1.364				1.364				1.364		

Nota: SFA: análisis de fronteras estocásticas estándar; GAM-SFA: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados; GAM-SFA-MONO: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados y con restricciones de monotonidad; DEA: análisis de datos envolventes (orientado-insumos) con VRS. Fuente: SISPRO y RIPS. Cálculos propios.

⁴⁸ Botero, J. A., Medina, D. S., Tamayo, C. E., Arellano, M., & Echeverri, C. (2020). *Misallocation and Productivity: A Survey Analysis for Colombia*. Universidad EAFIT, Inter-American Development Bank (mimeo)

⁴⁹ En la Figura 4.A1 se encuentran las distribuciones de los indicadores de eficiencia para todos los modelos.

Aunque los resultados muestran un nivel de eficiencia promedio bajo en comparación con los países de la OCDE, es importante considerar las diferencias entre las categorías en las que se pueden agrupar las IPS. En nuestro caso, separamos las IPS por privadas y públicas, y las públicas son categorizadas por la complejidad en el nivel de atención. Para dichos propósitos, se realizó un ejercicio adicional de DEA para el año 2018 usando el modelo *orientado-insumos* bajo el supuesto de rendimientos variables a escala (VRS). Los resultados de la Tabla 4.4 son consistentes con los de otros autores y reflejan la predominante ineficiencia en los niveles de atención más bajos. Las IPS públicas de nivel 1 tienen los indicadores de eficiencia más bajos en comparación con las demás categorías. De hecho, solo el 10% de las IPS que operan bajo este esquema lo hacen de forma eficiente (Tabla 4.5). Lo anterior refleja una de las principales falencias del sistema de salud en la actualidad. A saber, son los niveles de atención básicos los encargados de promover la prevención entre los pacientes para evitar enfermedades más graves que repercuten en la sostenibilidad financiera del sistema.

Tabla 4.4. Índice de Eficiencia por naturaleza y nivel de complejidad – 2018 (DEA)						
DEA-Orientado Insumos (VRS) -2018						
Categoría	#	Promedio	Promedio Ponderado	DS	P50	Min
Públicas	772	0,51	0,52	0,24	0,42	0,10
Nivel 1	659	0,52	0,53	0,23	0,43	0,18
Nivel 2	92	0,77	0,72	0,22	0,78	0,32
Nivel 3	21	0,88	0,91	0,19	1,00	0,51
Privadas	1.022	0,73	0,76	0,30	0,95	0,09

Nota: valores promedio ponderados por tamaño. Cada categoría corresponde a un ejercicio separado que incluye solo las IPS que pertenecen a la misma. Fuente: SISPRO, ADRES y Super Intendencia Nacional de Salud. Cálculos propios.

Por su parte, las IPS públicas de nivel 3 y las privadas presentan en promedio los niveles más altos de eficiencia. Las IPS públicas del nivel de atención más complejo, tuvieron niveles de eficiencia de 0,91, y las privadas de 0,76. Así mismo, el 57% de las IPS públicas de nivel 3 prestaron sus servicios de forma eficiente, mientras que en las privadas

(sin importar el nivel de complejidad) el resultado fue 45%. No obstante, al realizar el ejercicio para todas las IPS públicas, es decir, incluyendo todos los niveles de atención, su nivel de eficiencia es muy inferior en comparación con las IPS privadas, lo que sugiere una gran heterogeneidad en el desempeño entre de las IPS públicas, mientras que las IPS privadas son más homogéneas entre sí.

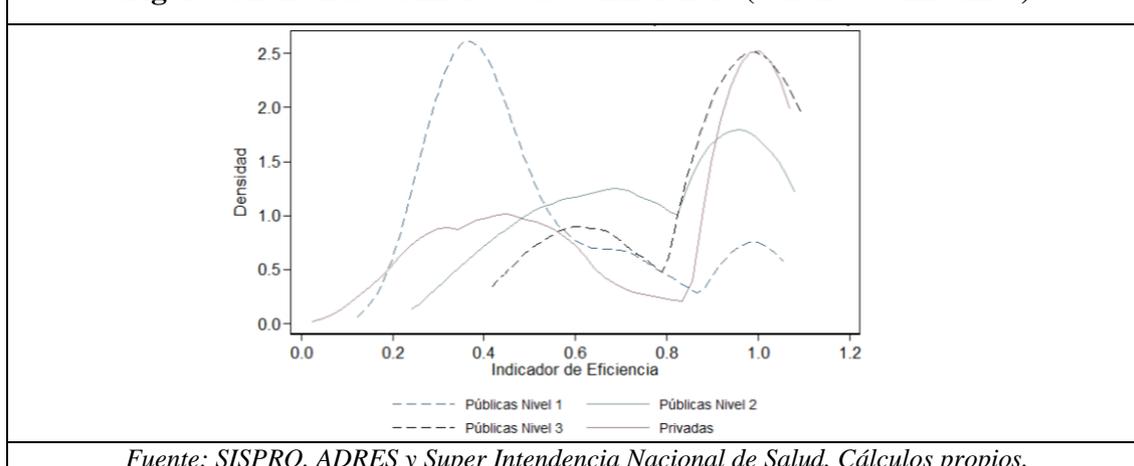
Tabla 4.5. IPS que se encuentran sobre la frontera de producción 2018 (DEA)

<i>Orientado Insumos (VRS)</i>			
Categoría	# IPS	# IPS sobre la frontera	% IPS sobre la frontera
IPS Públicas (Nivle 1)	659	69	10%
IPS Públicas (Nivle 2)	92	27	29%
IPS Públicas (Nivle 3)	21	12	57%
IPS Privadas	1.022	462	45%
TOTAL	1.794	570	32%

Fuente: SISPRO, ADRES y Super Intendencia Nacional de Salud. Cálculos propios.

En la Figura 4.1 se muestra la densidad del indicador de eficiencia para cada una de las categorías. Como se observa, una gran proporción de IPS públicas de nivel 1 se encuentran concentradas en niveles bajos de eficiencia, mientras que hay una alta concentración de IPS públicas de nivel 3 y privadas con niveles altos de eficiencia.

Figura 4.1. Densidad Indicador de Eficiencia (Orientado Insumos)



Una de las principales falencias de la estimación de la eficiencia en el sector salud consiste en el sesgo que puede generar la variable de resultados. El número de atenciones que prestan las IPS podría estar correlacionado con otros factores no observados y,

adicionalmente, podría ser un “*bad outcome*” al no constituir un resultado en salud que se esperaría si se quisiera ser más eficiente en términos de reducción de costos. Es decir, un aumento en las atenciones dado un nivel de insumos no necesariamente refleja un aumento en la eficiencia si se espera, por el contrario, que las IPS logren reforzar sus esquemas de prevención de tal modo que alcancen mejores resultados en salud sin necesidad de prestar un mayor número de atenciones. Con el objetivo de robustecer nuestros resultados, realizamos el mismo ejercicio anterior usando dos nuevas variables de resultado: proporción de satisfacción global de los usuarios de la IPS⁵⁰ y la inversa de la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días⁵¹. Dichos indicadores nos permiten evaluar la eficiencia en términos de algunos de los indicadores que se usan en el país para determinar la calidad de las IPS.

En la Tabla 4.6 se observa la comparación de los resultados por categorías de IPS⁵². Como se puede apreciar, hay una gran diferencia en el indicador de eficiencia de las IPS públicas entre el resultado original (mismo presentado en la Tabla 4.4) y los nuevos resultados usando los indicadores de salud mencionados. En términos de la satisfacción global y de la inversa de las tasas de reingreso hospitalario, las IPS públicas obtuvieron un indicador de eficiencia de 0,29 y 0,37, respectivamente. Por niveles de atención vemos que las IPS públicas de nivel 3 continúan siendo las más eficientes bajo todos los indicadores, no obstante, fallan en términos de reingreso hospitalario. Estos resultados evidencian la gran heterogeneidad en el desempeño entre IPS públicas de distintos niveles de complejidad. Finalmente, las IPS privadas obtuvieron mejores resultados en el caso de satisfacción global, y en el caso de reingresos hospitalarios solo están 4 puntos por debajo del resultado inicial.

Aunque este ejercicio de robustez refleja un peor escenario en términos de magnitud, los resultados originales mantienen validez ordinal. En general, la eficiencia de las IPS privadas es mayor y los resultados son más consistentes entre todos los indicadores. Por el contrario, las IPS públicas tienen un peor desempeño y este se agudiza cuando las medimos por medio de indicadores de eficiencia. A pesar de estas diferencias, nuestros

⁵⁰ Se calcula como el cociente entre el número de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta ¿cómo clasificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta.

⁵¹ Cociente entre el número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 15 días, por el mismo diagnóstico de egreso en el periodo y el número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el periodo.

⁵² Los resultados completos se encuentran en las Tablas 4.A3 y 4.A4 de la sección de Anexos.

cálculos posteriores se centrarán en los resultados originales debido a que la heterogeneidad de la productividad entre IPS públicas y privadas se captura mejor en nuestro indicador de eficiencia asignativa.

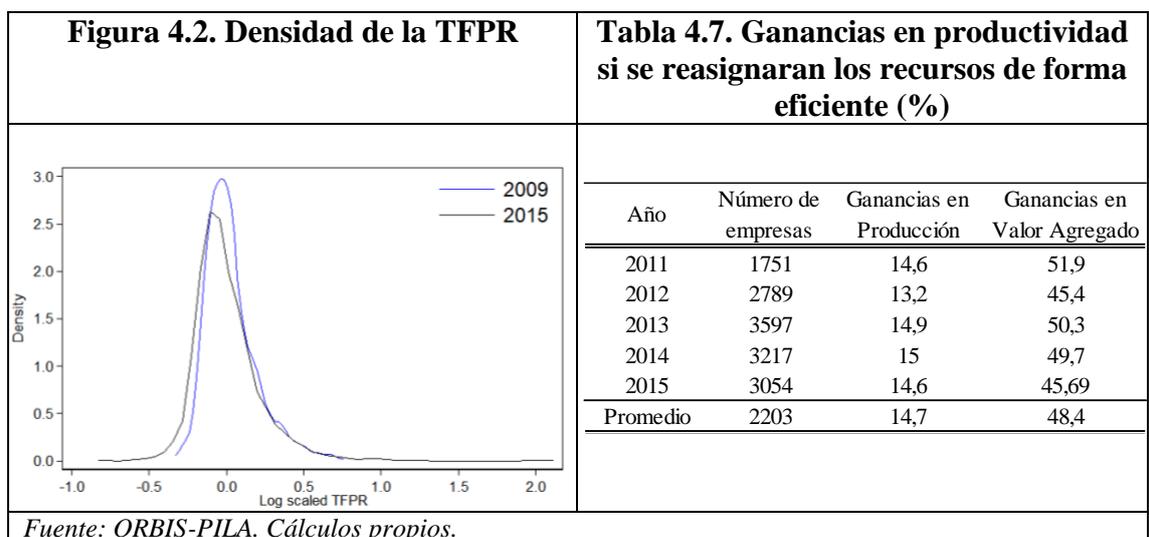
Tabla 4.6. Indicador de Eficiencia promedio con nuevos <i>outcomes</i>			
Categoría	Original	Satisfacción Gobl	Inversa de la Tasa de Reingreso Hospitalario
Públicas	0,52	0,29	0,37
Nivel 1	0,53	0,43	0,48
Nivel 2	0,72	0,75	0,50
Nivel 3	0,91	0,91	0,66
Privadas	0,76	0,79	0,72
<i>Observaciones</i>	1.794	1.429	1.186

Nota: valores promedio ponderados por tamaño. Cada categoría corresponde a un ejercicio separado que incluye solo las IPS que pertenecen a la misma. Fuente: SISPRO, ADRES y Super Intendencia Nacional de Salud. Cálculos propios.

Por último, estimamos las ganancias en términos de productividad que se obtendrían si se asignaran los recursos del sistema de salud de forma eficiente entre IPS, siguiendo la metodología de Dias et. al, (2016) descrita en la Sección 2.3 del presente capítulo. Esto es, si se permitiera a las IPS más eficientes cubrir mayor parte de la prestación de servicios de salud respecto a las IPS más ineficientes. De acuerdo con esta metodología, en ausencia de distorsiones la productividad total de los factores en renta (TFPR) sería igual para todas las empresas, es decir, entre mayor sea la dispersión de la TFPR, mayores serán las distorsiones en el sector.

En la Figura 4.2 se observa que un leve desplazamiento hacia la izquierda de la densidad de la TFPR, lo que implica un mayor nivel de IPS con niveles de productividad inferiores al promedio del sector. Además, la TFPR se volvió un poco más dispersa, evidenciado un leve incremento en las distorsiones y, por ende, en las pérdidas de productividad asociada a mala asignación entre IPS. En efecto, los resultados que obtenemos indican que si se reasignaran de forma eficiente los recursos entre las empresas que participan en el sector salud en Colombia, se tendría una ganancia promedio en términos de productividad del orden del 14,7% y 48,4% en producción bruta y valor agregado, respectivamente (Tabla 4.7). Dichas ganancias no varían significativamente al largo de nuestro periodo de referencia. Esto implica que, reasignando los recursos de forma eficiente, sin aumentar el

nivel de recursos con que cuenta el sector actualmente, se podría aumentar la atención de salud a la población colombiana en promedio, en un 15%.



4. Medidas de eficiencia en el gasto en salud

Desde el marco institucional se han tomado algunas medidas para promover un gasto eficiente entre los principales participantes del sector. A continuación, describimos las más importantes.

4.1. Valores máximos de recobros y presupuestos máximos “techos”

A través de las resoluciones 205 y 206 de 2020, MSPS logró establecer los presupuestos máximos con los que contarán las EPS, de manera anticipada, para ser las responsables de gestionar y administrar de forma directa y eficiente los recursos destinados a servicios y medicamentos que no son financiados con cargo a la UPC. Lo anterior, se hace con el objeto de poner fin a los mecanismos de recobros mediante los cuales dichas entidades gestionan ante el sistema de salud el reconocimiento de todo lo que no cubre el pago por capitación.

De igual forma, basándose en una metodología que contempla información histórica de valores de recobros, de frecuencias de usos de servicios y tecnologías por parte de los afiliados al sistema, y en un factor de crecimiento; las resoluciones contemplan los montos que serán girados específicamente a cada una de las EPS del régimen contributivo, subsidiado y a las entidades obligadas a compensar que operan en el país.

Así, para el año 2020 se estipuló que las entidades que operan en el régimen contributivo dispondrán de recursos por un valor de 3.3 billones de pesos y las del régimen subsidiado por un monto de 594.5 mil millones de pesos; lo que supondría un ahorro para el sistema del orden de 0.2 billones de pesos si se le compara con los recobros efectuados durante 2019 (4.1 billones).

Presupuestos Máximos 2020	
Régimen Contributivo	3.3 billones
Régimen Subsidiado	594.5 mil millones
Total	3.9 billones
<i>Fuente: MSPS – Resolución 206 de 2020</i>	

Recobros 2019
4.1 billones
<i>Fuente: ADRES</i>

Ahorro aproximado 2020	0.2 billones
-------------------------------	---------------------

Ahora bien, la medida contempla que una vez se comiencen a transferir los montos de presupuestos máximos, la gestión de medicamentos y servicios que no se cargaran bajo dicho concepto aplicará para: servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC u otras fuentes de financiación; medicamentos clasificados por el INVIMA como vitales no disponibles y que no tengan definido un valor de referencia; medicamentos adquiridos por medio de compras centralizadas o acuerdos de riesgo compartido según lo determine MSPS; medicamentos que contengan el principio Nusinersen; medicamentos incluidos en normas farmacológicas y que no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país⁵³; medicamentos que requieran los usuarios diagnosticados por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo; servicios y tecnologías expresamente excluidas por MSPS; procedimientos en salud nuevos en el país; y servicios complementarios no asociados a una condición de salud y que no sean prescritos por el profesional de la salud, autorizados por una autoridad competente o que dada su naturaleza deban ser cubiertos con recursos de otros sectores.

⁵³ Este procedimiento aplicará hasta que se defina la financiación de los medicamentos con cargo al presupuesto máximo.

Respecto a la disponibilidad de los recursos, la ADRES será la institución responsable de transferir los montos del presupuesto máximo a las EPS dentro de la vigencia fiscal respectiva, considerando los ajustes a los que se pueda dar lugar. El esquema de transferencias estipula que estas deben realizarse con un carácter mensual y proporcional según le corresponda a cada entidad dentro de los 10 primeros días de cada mes. Al mismo tiempo, la ADRES deberá supervisar y dar seguimiento a la adecuada ejecución de los recursos por parte de las promotoras, según lo contemplado en la circular 13 de 2020, con el ánimo de promover su suficiencia y con ello la prestación de los servicios de salud a los que los colombianos tienen derecho. En este sentido, la normatividad también establece los lineamientos rectores que aplicaran sobre los ahorros generados por las EPS respecto al presupuesto máximo. Así, se estipula que el 60% del monto ahorrado deberá ser retornado a la ADRES para financiar los sobrepagos de otras EPS, y el 40% restante lo podrán utilizar las EPS para el financiamiento de los posibles riesgos de superación que afronten durante la misma vigencia.

4.2. Control de precios de medicamentos

En esencia, el control de precios de medicamentos en el sistema de salud colombiano se instauró a través del decreto 4474 de 2010, mediante el cual se adoptaron medidas para establecer el valor máximo para el reconocimiento y pago de recobros de medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del entonces FOSYGA. En el marco de dicho decreto, los valores máximos se determinan siguiendo una metodología que tiene en cuenta los siguientes factores:

- Frecuencia.
- Precios de venta en el canal institucional.
- Precios internacionales en el canal institucional.
- Precios reportados por los laboratorios al SISMED.
- Concentración del principio activo.
- Unidad/medida y cantidad de la presentación comercial.

Así mismo, es necesario mencionar que se han implementado dos tipos de control de precios de medicamentos en el sistema de salud colombiano: libertad vigilada y control directo. Según la circular 03 de 2013, en el régimen de libertad vigilada quienes venden medicamentos debido a su actividad empresarial podrán determinar libremente su precio, con la única condición de informar a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos

y Dispositivos Médicos sobre sus operaciones comerciales de acuerdo con la norma vigente. En cambio, el régimen de control directo dictamina que la Comisión será la responsable de fijar el precio máximo de venta de los medicamentos, en uno o más niveles de la cadena de comercialización, y para un periodo determinado de tiempo.

Con lo anterior, resultado de una serie de circulares que han reglamentado la medida y de las cuales 8 siguen vigentes⁵⁴, es inobjetable resaltar que han sido apreciables los esfuerzos del gobierno por tratar de reducir los costos inducidos al sistema por concepto del valor de recobro de medicamentos. Con la entrada en vigor de la circular 10 de 2020, se anexaron 770 nuevas fórmulas al esquema de control de precios para alcanzar un total de 2.487 medicamentos regulados; esto a su vez, según MSPS, terminará significando un ahorro anual adicional para el sistema de 320 mil millones de pesos sobre la base de 880 mil millones que se alcanzó en 2019, por lo que el ahorro total estimado para 2020 sería de 1.2 billones.

Medicamentos con Control de Precios	Ahorro Estimado del Sistema 2020
2.487	1.2 billones
<i>Fuente: MSPS</i>	

4.3. Compras centralizadas

Se reglamenta en Colombia el mecanismo de negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud a través de la ley 1753 de 2015, por la cual en su artículo 71 modifica el artículo 88 de la ley 1438 de 2011. En un amplio concepto, la norma establece que MSPS será la autoridad responsable de establecer los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios para los elementos ya mencionados. De este modo, los precios resultantes de las negociaciones serán obligatorios para los proveedores y compradores y estos, a su vez, no podrán transarlos por encima de dichos valores. Además, indica que el Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos.

Sin embargo, no es hasta 2017 que el gobierno utiliza por primera vez este mecanismo para reducir el alto costo respecto al tratamiento de una enfermedad relevante en materia

⁵⁴ Las circulares vigentes que reglamentan el control de precios de medicamentos en el sistema de salud colombiano son: 04 de 2010, 06 de 2013, 04 de 2016, 07 de 2018, 08 de 2018, 09 de 2019, 10 de 2020 y 11 de 2020.

de salud pública: la hepatitis C. En consecuencia, con MSPS haciendo de gran proveedor, el sistema ha logrado percibir importantes ahorros en la provisión de medicamentos para dicha patología que rondan el 86% para el 2018 y el 75% en 2019; esto respecto al valor promedio que se pagaría por los tratamientos en un escenario de compras de mercado.

	2018	2019
Ahorro Compra Centralizada Hepatitis C	86%	75%
<i>Fuente: MSPS</i>		

De este modo, MSPS busca cumplir con la ejecución de políticas orientadas a garantizar el acceso a los medicamentos por parte de la población, de la mano con las acciones y mecanismos necesarios para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. La innovación como impulso a la eficiencia

Sin duda alguna son importantes los retos que los países alrededor del mundo deberán continuar afrontando en materia de salud, pues si bien estos han logrado sobrellevar los desfases en la sostenibilidad de sus sistemas, las tendencias demográficas entre otros aspectos no dan tregua. En este sentido, los grandes avances en tecnologías de información y comunicación, los nuevos desarrollos y mecanismos de biotecnología, y una reestructuración del modelo pensado en resultados de salud, se constituyen como piezas elementales de la futura reconfiguración de la prestación del servicio. No obstante, se espera que los impactos sean diferenciales entre países desarrollados y emergentes debido a que el éxito de la implementación de los planes de mejora dependerá, en gran medida, de la solidez y las condiciones socio económicas y demográficas conexas al sistema de salud. (Tabla 4.8).

Tabla 4.8. Los cuatro elementos del sistema de prestación de servicios sanitarios que tendrán un impacto diferente en el mundo desarrollado y en el mundo en desarrollo		
Elemento del sistema de prestación de servicios de salud	Nivel de impacto y soluciones potenciales	
	Mundo desarrollado	Mundo en desarrollo
Reducción del costo	Impacto: alto - Reducción del costo administrativo con la automatización	Impacto: alto

	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de los residuos con diagnósticos y tratamientos más específicos - Reducción del costo de desarrollo de drogas con desarrollos <i>in silico</i> y medicina de precisión 	<ul style="list-style-type: none"> - Escalamiento de la atención sanitaria básica sin un aumento proporcional de los costos
Mejora en el acceso a la atención médica	<p>Impacto: moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar un mejor apoyo sanitario en zonas remotas y la conveniencia de la telemedicina 	<p>Impacto: muy alto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar asistencia sanitaria básica basada en una plataforma a una gran población, utilizando una combinación de sistemas de registros sanitarios electrónicos universales (EHR, siglas en inglés) y aplicaciones sanitarias móviles
Resultado en salud	<p>Impacto: alto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la conciencia de la salud con aplicaciones de bienestar - Mejora en el diagnóstico con diagnósticos basados en la IA y tratamientos específicos - Paso a la atención médica basada en valores donde el resultado es la nueva moneda del éxito y el enfoque de los actores de la atención médica - Hacer que los tratamientos sean más específicos e individualizados con el paso a la medicina de precisión 	<p>Impacto: moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejora de los resultados de la salud para la creciente clase media
Experiencia del consumidor	<p>Impacto: alto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la experiencia del consumidor con un menor tiempo de espera, mejorar el compromiso a largo plazo 	<p>Impacto: bajo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer que la experiencia del cliente es importante para un pequeño porcentaje de la población urbana en un mercado mayormente de dinero en efectivo
Fuente: Cornell University, INSEAD, & WIPO (2019). Traducción propia.		

En primer lugar, se prevé que habrá alivios considerables en la carga financiera que soporta el sector por medio de la reducción del costo. En el caso de los países desarrollados, la participación directa que ejercen sobre los desarrollos tecnológicos les permitirá hacer uso de estos para atenuar problemas de sostenibilidad financiera mediante múltiples mecanismos. Entre los métodos que se involucran, se destaca la puesta en práctica de inteligencia artificial (IA) para hacer más eficiente la estructura de procesos del sistema y el desarrollo de nuevos tratamientos con enfoques específicos, entre otros. En cuanto a las economías en desarrollo también tendrán un importante impacto en este rubro al permitirse alcanzar mayor cobertura en la prestación básica del servicio mediante el uso de los nuevos avances tecnológicos, lo que se podría lograr sin tener que incurrir en incrementos de igual magnitud en sus costos operacionales.

En segundo lugar, las TICs vuelven a desempeñar un papel protagónico en mejorar el acceso a la atención médica. Inicialmente, el impacto sería mayormente importante en los países en vía de desarrollo, donde aún existe mucho camino por recorrer en relación con la cobertura del servicio en salud. Así, una adecuada estrategia de uso de las tecnologías de información le permitirá al sistema acceder a un mayor porcentaje de la población, caracterizar su condición sanitaria, realizar el debido seguimiento e incluso asistirle de manera remota. Por su parte, el efecto en los países desarrollados sería algo más moderado pues el grado de progreso de su sistema en esta materia es elevado.

En tercer lugar, con miras a reorientar el sistema hacia un modelo en el que el resultado de salud del usuario sea el indicador por excelencia de la calidad en la prestación del servicio, se tiene la expectativa de que los factores que se han presentado al principio de esta discusión impacten considerablemente los sistemas en los países desarrollados. Este grupo de países cuentan con todas las condiciones para concientizar la población acerca de llevar un estilo de vida de bienestar y, además, para implementar toda la batería tecnológica que permite precisar los estándares de la atención médica dirigida al usuario específico. Contrario a lo anterior, las economías en desarrollo poseen limitantes socioeconómicas y demográficas que restringen el alcance de dicha práctica; por lo tanto, su impacto solo se dejaría sentir en el nicho de la población que puede acceder a tales beneficios. El principal desafío entonces para Colombia en este es aspecto, es decidir sobre la importancia de este elemento en la reorientación del sistema de salud, y plantearse objetivos de economía desarrollada, como lo ha venido haciendo de manera destacada en la protección sanitaria de la población.

Finalmente, resultado de todo lo anterior, habrá lugar a una mejora en la experiencia del consumidor de servicios de salud, esto como resultado de la interacción del individuo con el sistema. Nuevamente, para los países desarrollados se prevé un mayor impacto, por los logros ya alcanzados en sus sistemas de salud. Por otra parte, los propios limitantes socioeconómicos y demográficos que exhiben los países en desarrollo hace que los beneficios sean extensivos solo al grupo de la población de mejores ingresos, por lo que los retos para este grupo de países siguen siendo importantes. Colombia en este aspecto, ha logrado importantes avances, solo con el hecho mismo de que la población vulnerable ya tiene acceso al mismo plan que las personas del contributivo. Por supuesto, el principal desafío será mejorar la calidad y oportunidad en la prestación que, en el marco de las propuestas de este trabajo, pueden acelerarse precisamente cuando se sitúe el ciclo del cuidado del paciente como el objetivo central del sistema.

6. Consideraciones finales sobre los resultados de eficiencia

Desde la perspectiva de eficiencia económica, el sector carece de los incentivos adecuados para contribuir a generar los mayores beneficios posibles en términos de salud con los recursos disponibles. En teoría habría dos formas aumentar la productividad del sector. En primer lugar, una asignación correcta de los recursos, basada en la productividad de las empresas que participan en el sector, podría contribuir a obtener mejores resultados (componente de asignación eficiente). Bajo una asignación eficiente, las empresas más productivas poseerían la mayor participación en el mercado, mientras que las empresas menos productivas deberían tender a decrecer, e incluso a desaparecer en caso tal de que su nivel de productividad sea demasiado bajo. En segundo lugar, mejores decisiones administrativas al interior de las IPS conllevarían a una mejor gestión de los recursos y permitirían mejorar la eficiencia dentro de las IPS (Componente de eficiencia dentro de las IPS).

En este capítulo hemos encontrado que las IPS operan con un nivel promedio de eficiencia de alrededor del 0,82⁵⁵ y que, si se asignaran los recursos de forma eficiente entre las IPS, se obtendría un crecimiento de la productividad de hasta un 15%. Si consideramos un horizonte de 20 años, alcanzar un mayor nivel de eficiencia y productividad en el sistema, es decir, mejorar a la asignación de recursos entre IPS y mejorar la eficiencia al interior de las IPS hasta alcanzar el nivel promedio de los países de la OCDE (0,88), implicaría una tasa de crecimiento anual del 0,82% en productividad por el primer componente (asignación eficiente) y de un 0,35% por el segundo componente (eficiencia dentro de las IPS). Por lo tanto, si se mejorara la eficiencia en general, el sistema podría alcanzar un crecimiento de hasta el 1,17% anual sin aumentar el stock de recursos actual del sector (Tabla 4.9).

El objetivo debería ser entonces el fortalecimiento de la capacidad de gestión de todos los participantes del sistema. Esto a su vez requiere la coordinación de la política pública, tanto nacional como regional para garantizar que los recursos del sector se administren adecuadamente. La anterior estrategia contribuiría a aliviar la carga financiera del sistema al priorizar la correcta gestión de los recursos actuales en lugar de proponer una expansión de los mismos.

⁵⁵ Este valor corresponde al promedio de los resultados obtenidos para los años 2017,2018 y 2019 reportados en la Tabla 4.3.

Tabla 4.9. Tasa de crecimiento anual de la productividad en un horizonte de 20 años			
Descripción	Asignación Eficiente entre IPS	Eficiencia al interior de las IPS	Total
Asignación eficiente aumenta la productividad en 15% y la eficiencia al interior de las IPS pasa de 0,82 a 0,88.	0,82%	0,35%	1,17%
<p><i>Nota: para los cálculos consideramos que el nivel máximo de eficiencia que pueden alcanzar en promedio las IPS es del 0,88. Dicho nivel corresponde al indicador de eficiencia promedio de los países de las OCDE encontrado por varios estudios recientes: Asandului et al., (2014), Samut & Cafri (2016), Behr & Theune (2017). Como referente, Kim et al., (2016) encuentran que, en promedio, los países de la OCDE tuvieron un crecimiento anual de 0,4% en la productividad del sector salud entre 2002 y 2012. Dicho crecimiento refleja solo la mejora en eficiencia en el uso de los recursos y crecimiento tecnológico, es decir, no incluye el componente de eficiencia asignativa. Fuente: cálculos propios.</i></p>			

Anexos

Tabla 4.A1. Estadísticas Descriptivas (Ejercicio 1)

	Promedio	DS	Min	Máx
Output				
Atenciones	36.650	59.407	4	636.998
Input				
Costos de atenciones	2.201	3.411	1	25.464
Camas	24	49	0	515
Ambulancias	2	2	0	37
Salas	2	2	0	37
Servicios	27	26	0	430
Observaciones	1.364			

Nota: valores monetarios expresados en millones de pesos colombianos. Fuente: SISPRO y RIPS. Cálculos propios.

Tabla 4.A2. Estadísticas Descriptivas (Ejercicio 2)

	Promedio	DS	Min	Máx
Output				
Número de Egreso de pacientes hospitalizados	606	1.755	0	23.529
Citas de Medicina General	4.447	13.565	0	267.773
Citas de Odontología General	1.549	5.443	0	118.016
Citas de Cirugía General	234	921	0	20.015
Input				
Camas	26	60	0	607
Ambulancias	1	2	0	32
Salas	2	3	0	50
Servicios que presta	23	19	0	143
Valor girado por ADRES	5.815	14.199	7	147.033
Activos fijos	10.263	35.973	0	594.464
Costos por atención en salud	18.638	53.366	0	679.681
Ingresos	25.419	67.684	0	894.490
Observaciones	1.794			

Nota: valores monetarios expresados en millones de pesos colombianos. Fuente: SISPRO, ADRES y Super Intendencia Nacional de Salud. Cálculos propios.

Tabla 4.A3. Indicador de eficiencia con output – Satisfacción Global
DEA-Orientado Insumos (VRS) -2018

Categoría	#	Promedio	Promedio Ponderado	DS	P50	Min
Públicas	596	0,46	0,29	0,24	0,40	0,02
Nivel 1	510	0,49	0,43	0,21	0,43	0,13
Nivel 2	71	0,76	0,75	0,23	0,79	0,25
Nivel 3	15	0,92	0,91	0,14	1,00	0,50
Privadas	833	0,76	0,79	0,28	1,00	0,11

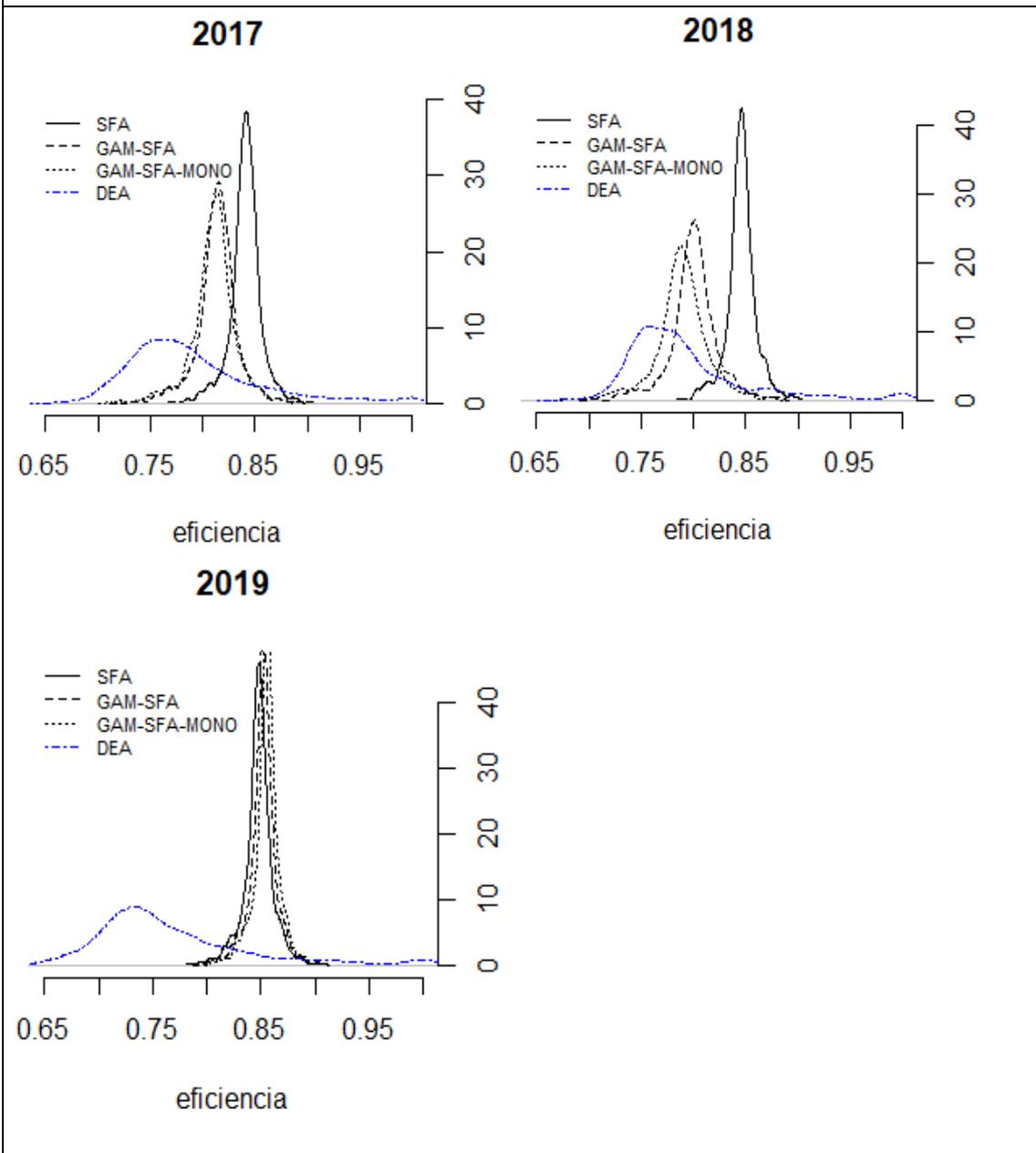
Fuente: SISPRO, ADRES y Super Intendencia Nacional de Salud. Cálculos propios.

Tabla 4.A4. Indicador de eficiencia con output – Reingreso Hospitalario
DEA-Orientado Insumos (VRS) -2018

Categoría	#	Promedio	Promedio Ponderado	DS	P50	Min
Públicas	606	0,46	0,37	0,24	0,43	0,03
Nivel 1	496	0,50	0,48	0,21	0,45	0,12
Nivel 2	90	0,55	0,50	0,29	0,47	0,14
Nivel 3	20	0,60	0,66	0,38	0,46	0,16
Privadas	580	0,64	0,72	0,30	0,59	0,10

Fuente: SISPRO, ADRES y Super Intendencia Nacional de Salud. Cálculos propios.

Figura 4.A1. Estimación Eficiencia con RIPS



Nota: SFA: análisis de fronteras estocásticas estándar; GAM-SFA: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados; GAM-SFA-MONO: análisis de fronteras estocásticas con modelos aditivos generalizados y con restricciones de monotonicidad; DEA: análisis de datos envolventes. Fuente: RIPS, cálculos propios.

CAPITULO 5. LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

Este capítulo aborda, a partir de un modelo de equilibrio general computable, el tema de la sostenibilidad financiera del sistema. En la primera sección, se presenta el modelo⁵⁶. La sección segunda aborda los temas de calibración. La sección tercera analiza los hechos estilizados en lo relativo al gasto en salud, para evaluar su impacto en las proyecciones de ingresos y gastos del sistema, que se presentan en la sección cuarta. La sección quinta aborda las conclusiones.

1. Descripción del modelo

Para evaluar el problema de la sostenibilidad del sistema, se ha empleado un modelo de equilibrio general computable, calibrado para Colombia, año 2018, al que se integra la institución encargada del sistema general de seguridad social en salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. La información base de calibración proviene de las Cuentas Nacionales de Colombia y de la ejecución presupuestal de la ADRES, de acuerdo con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

El modelo consta de 13 ramas productivas y 17 productos (ver Tabla 5.A1.); incorpora cuatro tipos de factores (capital, trabajo calificado, trabajo no calificado asalariado y trabajo no calificado no asalariado), de forma tal que permite modelar en detalle la evolución de los aportes que hacen los trabajadores al sistema de seguridad social, y detalla, además de la ADRES, dos instituciones públicas, el Gobierno Nacional Central y el Resto del Gobierno. El modelo permite analizar el resultado presupuestal de esas entidades, y garantiza el cierre macroeconómico igualando el ahorro interno y externo con la inversión realizada. Para definir el ahorro externo, se modela de manera detallada la balanza de pagos, y se hace endógena la tasa de cambio.

Para analizar el sistema de salud, se modela en detalle la institución encargada del mismo en Colombia, la ADRES. Las rentas de la ADRES provienen fundamentalmente de tres fuentes: las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que

⁵⁶ En la sección de Anexos se encuentra la descripción detallada del modelo.

hacen las personas vinculadas al sistema, las transferencias que provienen de otras instituciones del gobierno y las provenientes de otras fuentes. Las Contribuciones son a su vez de tres tipos: aportes que realizan los empleados del sector formal y las empresas que los contratan, cuando ello es el caso; los aportes que liquidan trabajadores del sector informal al sistema; y los aportes de los pensionados. Las transferencias de otras instancias del gobierno provienen del Gobierno Nacional Central, que transfiere recursos provenientes del impuesto de renta y realiza aportes directos, o de los Gobiernos Locales, destinadas primordialmente a financiar el Régimen Subsidiado, con recursos que provienen, entre otras fuentes, del Sistema General de Participaciones. Los recursos adicionales provienen del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) y del seguro obligatorio (SOAT); de regalías y del Fondo de Salvamento del Sector Salud (FONSAET) y de recursos de capital. En el modelo se ajusta el funcionamiento de la ADRES con los copagos y las cuotas moderadoras, a fin de obtener una visión general del sistema y de sus posibles fuentes de financiamiento.

La estructura básica del modelo se describe en la Figura 5.1 y se resume así: hay dos tipos de tecnologías, formal e informal. La primera, produce bienes y servicios a partir del uso de capital y trabajo, genera empleo asalariado y recauda aportes a la seguridad social de los trabajadores empleados.

La tecnología informal opera a partir de trabajo no asalariado, no involucra capital en la producción, y produce bienes y servicios, a partir de una tecnología de coeficientes fijos, que demanda insumos intermedios y trabajo en proporciones fijas⁵⁷.

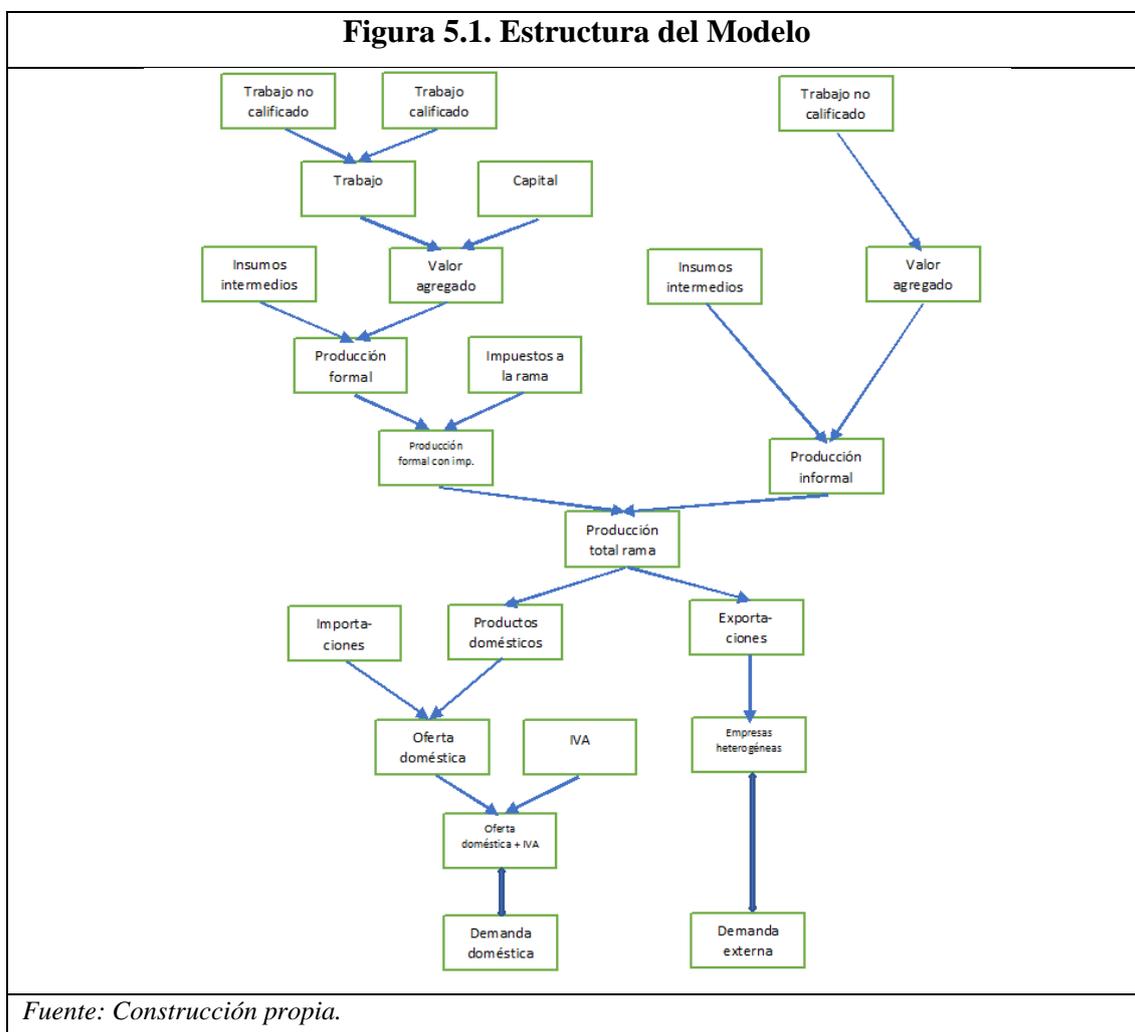
Los productos y servicios de ambas tecnologías conforman la oferta agregada de las ramas productivas en el país. Esa oferta (que se plasma en tipos de productos, a través de la matriz de producción), se pone a disposición de “empresarios de valor agregado”, que los usan para proveer bienes y servicios a agentes demandantes, bien sea en el país o en mercados mundiales.

La consolidación de oferta doméstica e importaciones se modela mediante un sistema de funciones CES⁵⁸ en tanto que, para modelar las exportaciones, se asumen supuestos de la nueva teoría del comercio internacional, y se introducen empresas heterogéneas, en la

⁵⁷ La distinción es importante, porque permite analizar el impacto que la formalización laboral puede tener en el sistema.

⁵⁸ Lo que en la literatura se denomina habitualmente el sistema de Armington (1969).

tradición de Melitz⁵⁹, buscando reflejar el acceso a mercados internacionales como un proceso dinámico asociado a la productividad y a los costos de transacción internacionales.



Los mercados de factores generan rentas factoriales a los hogares y a las instituciones, que realizan a su vez transacciones entre ellas, correspondientes a lo que en Cuentas Nacionales se denomina Distribución Secundaria del Ingreso.

Los hogares reciben además transferencias de instituciones públicas, remesas del exterior y dividendos e intereses de las empresas. Pagan impuestos, contribuciones a la seguridad social y reciben transferencias en efectivo o en especie del sistema de seguridad social, y definen su consumo mediante un Sistema Lineal de Gasto Extendido, que incluye también decisiones de ahorro. Las empresas destinan sus excedentes al ahorro, lo mismo que las

⁵⁹ Melitz (2003).

entidades públicas, que ejecutan planes exógenos de gasto, dejando un saldo residual, que engrosa el ahorro doméstico, disponible para financiar la inversión que se realice. El ahorro doméstico se completa con el ahorro externo, que corresponde como es habitual a la financiación del saldo en Cuenta Corriente de la Balanza de Pagos, en un régimen de tasa de cambio flexible. El modelo es un modelo “guiado por el ahorro”, en la concepción convencional de cierres macroeconómicos, y se usa para proyectar la economía en un horizonte de 20 años (2020-2040).

2. Calibración

El modelo se calibra para 2018, a partir de las Cuenta Nacionales de Colombia. La Matriz de Contabilidad Social utilizada se resume en la Tabla 5.1, para el agregado de ramas, productos y hogares.

	RAMA	PRODUCTO	FACTORES	IMPUESTOS	HOG	EMP	GNC	GOB	ADRES	RM	AHORRO
RAMA		1,873,793									
PRODUCTO	979,003				621,870		28,275	123,600	43,941	147,369	210,255
FACTORES	867,715										
IMPUESTOS	27,075	91,141			24,579	44,426					
HOG			574,234			104,182	28,268	61,527	2,163	23,221	
EMP			283,643		33,306		18,116				
GNC			5,258	131,077	-	8,848					
GOB			4,580	52,034	36,273	35,036	104,526				
ADRES				4,110	18,835		12,767	10,457			
RM		189,379				23,055	6,632	883			
AHORRO					58,732	119,518	-	53,401	35,983	65	49,359

Fuente: DANE. Cálculos propios.

La idea es proyectar la economía en un horizonte de 20 años, y modelar de manera expresa el funcionamiento del sistema de salud, sus rentas y sus egresos. Se consideraron dos escenarios de referencia. El escenario de crecimiento que se considerable viable antes de la crisis del COVID, y un escenario ajustado para la post-crisis. En ambos escenarios, se simula el impacto que tendrán los cambios demográficos, las presiones de costos, el aumento de la demanda y la integración de nuevas tecnologías, y se simulan diversas alternativas de ajustes del sistema, en lo relativo a sus rentas y a su eficiencia.

Las rentas asociadas al mercado laboral dependen del empleo formal e informal, y del grado de disposición de los trabajadores informales para aportar al sistema. Dependen también del volumen de contribuciones de los pensionados, que reflejan la cantidad de pensionados y la tasa a la que cotizan al sistema.

Las transferencias de otras instancias del gobierno se asocian a las rentas de éstas, a través de participaciones fijas, bien sea en los recaudos impositivos, o en el sistema general de participaciones.

Los desembolsos del sistema corresponden a los pagos por UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, y a los repagos adicionales que genera el sistema, y que ahora se plasman en el sistema de techos para procedimiento y medicamentos no incluidos en el Plan Básico de Salud. Las Tablas 5.2 y 5.3 resumen los rubros fundamentales de los flujos de ingresos y gastos de la ADRES. A esas cifras se adicionan los copagos y cuotas moderadoras, que representan en el año base de calibración un 1.66% de los ingresos por UPC o por recobros, de las EPS.

Tabla 5.2. Ingresos de la ADRES

	2018	2019
INGRESOS		
1. Aportes directos de la nación	8,157,948,984,384	9,700,121,670,830
2. Imporrenta CREE	4,109,681,379,231	5,296,460,675,170
3. Otros: regalías, FONSAET	411,362,063,920	410,126,000,112
4. FONSAT y SOAT	1,629,107,901,856	1,805,283,654,505
5. Contribuciones al SGSSS		
Régimen contributivo CSF	6,385,998,948,940	6,828,592,620,878
Régimen contributivo SSF	12,448,824,196,177	13,499,244,128,544
6. Regímenes especiales y Aportes cajas de compensación	1,345,180,988,867	1,448,378,883,917
7. Otros (incluye UPC subs. Vigencias anteriores y diversos)	880,734,862,707	1,366,583,962,666
8. Recursos ET		
SGP régimen subsidiado	6,898,329,424,468	8,428,995,552,662
FONPET	2,012,000,000,000	202,166,760,328
Departamentales, Distritales y Municipales	1,210,269,273,722	1,732,448,722,521
Otros	336,163,789,289	440,492,737,902
Subtotal	45,825,601,813,561	51,158,895,370,035
RECURSOS DE CAPITAL		
1. Plan de desarrollo		2,416,364,213,294
2. Otros	342,465,338,646	427,157,792,036
Subtotal	342,465,338,646	2,843,522,005,330
TOTAL	46,168,067,152,207	54,002,417,375,365

Fuente: Ministerio de Hacienda. Cálculos propios.

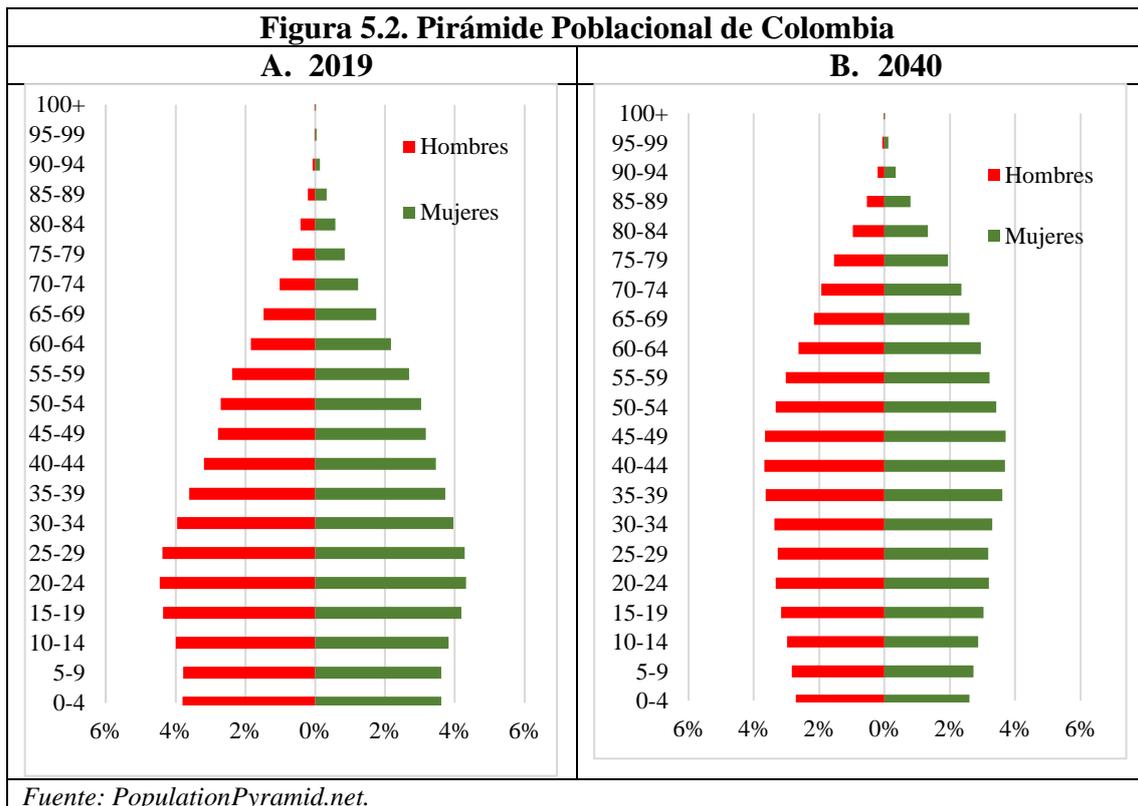
Para modelar este gasto, se considera explícitamente la evolución de la pirámide poblacional y el factor de ajuste de cada grupo etario, el incremento en la demanda de servicios de cada grupo etario, el incremento real en los costos de procedimiento y medicamentos, y la tasa de absorción de nuevas tecnologías médicas. La endogenización de la evolución de la pirámide poblacional refleja proyecciones demográficas del DANE,

complementadas con información de PopulationPyramid.net, como se ilustra en la Figura 5.2.

La fundamentación de las proyecciones de los demás indicadores de gasto se presenta en la sección siguiente.

Tabla 5.3. Gastos de la ADRES		
	2018	2019
GASTOS		
1. Transferencias al sector público y otras transferencias	177,885,004,660.56	196,342,965,172.31
2. Administración de los recursos del SGSSS		
UPC Contributivo	20,853,564,046,904.00	22,359,232,165,505.00
Promoción y prevención R.C.	501,639,752,236.00	507,398,585,894.00
Incapacidades, licencias y regímenes especiales	1,682,629,986,170.00	1,610,504,000,358.00
Régimen subsidiado	19,264,383,441,676.80	21,944,580,194,628.10
Recobros	3,143,248,359,000.39	4,161,066,545,883.42
Otros: Atenciones en salud, accidentes etc	480,059,243,550.77	454,598,600,348.28
TOTAL	46,103,409,834,198.50	51,233,723,057,789.10

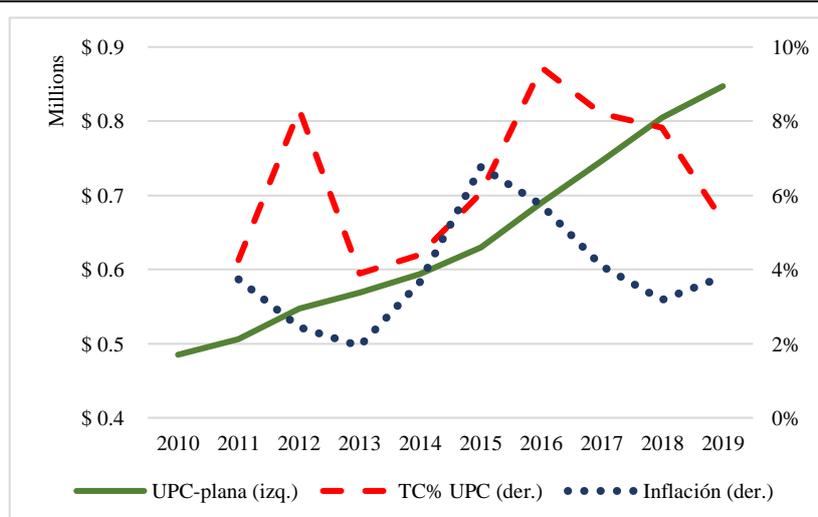
Fuente: Minhacienda. Cálculos propios.



3. Hechos estilizados sobre el gasto en salud

El gasto en salud en Colombia, como se detalló en el Capítulo 1, es relativamente bajo comparado con los países miembros de la OCDE. Sin embargo, éste en los últimos años, ha venido experimentado progresivos aumentos relacionados con varios hechos que vienen generando cambios en el SGSSS del país. En esta sección se van a abordar algunos aspectos relacionados con esta afirmación. Un elemento introductorio para la discusión es cuál ha sido la tasa de crecimiento de la prima pura del sistema. La Figura 5.3 muestra que la UPC plana⁶⁰ ha venido creciendo sostenidamente, y que todos los periodos excepto por 2015, este crecimiento ha estado por encima de la inflación. Además, este crecimiento es conservador respecto al de la UPC reconocida. Según un informe del ADRES de 2019, la UPC reconocida ha crecido entre 2011-2017, 8%, mientras que la plana creció en promedio 6.4% (ADRES, 2019).

Figura 5.3. Evolución UPC plana, tasa de crecimiento de la UPC e inflación.



Fuente: MSPS, resoluciones para la fijación de la UPC anual. Banco de la República, series de inflación.

Esto evidencia que claramente, según los cálculos del ministerio, los recursos necesarios para cubrir las demandas de atenciones promedio de los usuarios vienen creciendo de manera sostenida, y que por importante que sea el asunto en el tema del derecho a la

⁶⁰ Valor Promedio Ponderado de la UPC para el régimen contributivo. Con esta UPC base, se calculan las UPC a reconocer dependiendo del grupo etario, zona especial y grandes ciudades. Asimismo, se calcula la UPC del régimen subsidiado, como una fracción de esta UPC. En los últimos años, esta fracción ha venido creciendo como parte del proceso de unificación de primas.

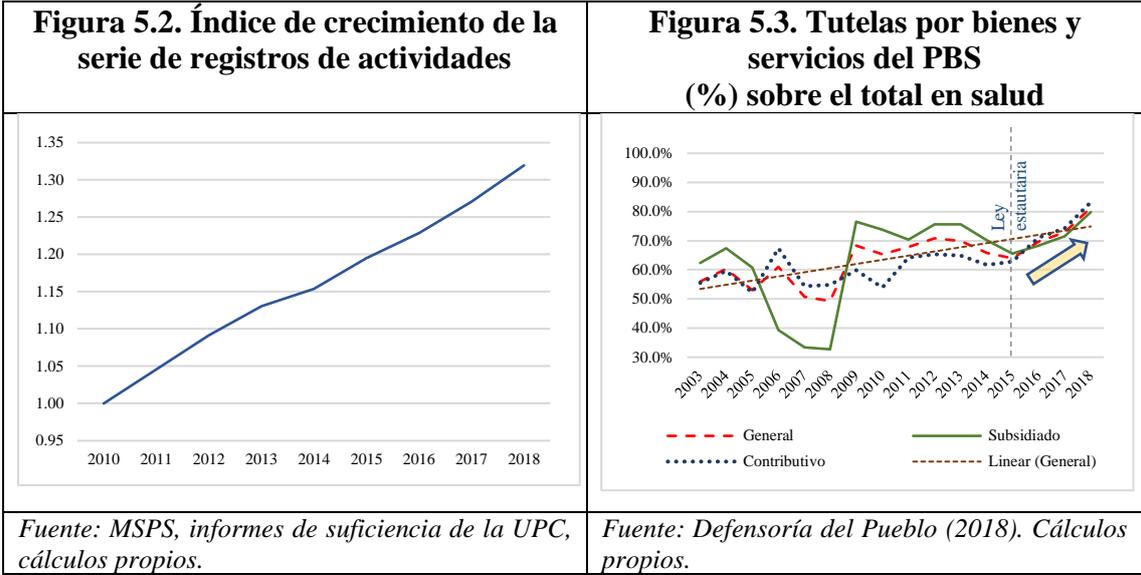
salud, es importante también entender cuál va a ser el aumento en el gasto a mediano plazo, y que estrategias desde el punto de vista de los ingresos del Estado se podrían implementar para hacer frente a estos requerimientos.

A continuación, se detallan algunos hechos estilizados, que sugieren o podrían explicar las tendencias de gasto a mediano plazo en el sistema de salud.

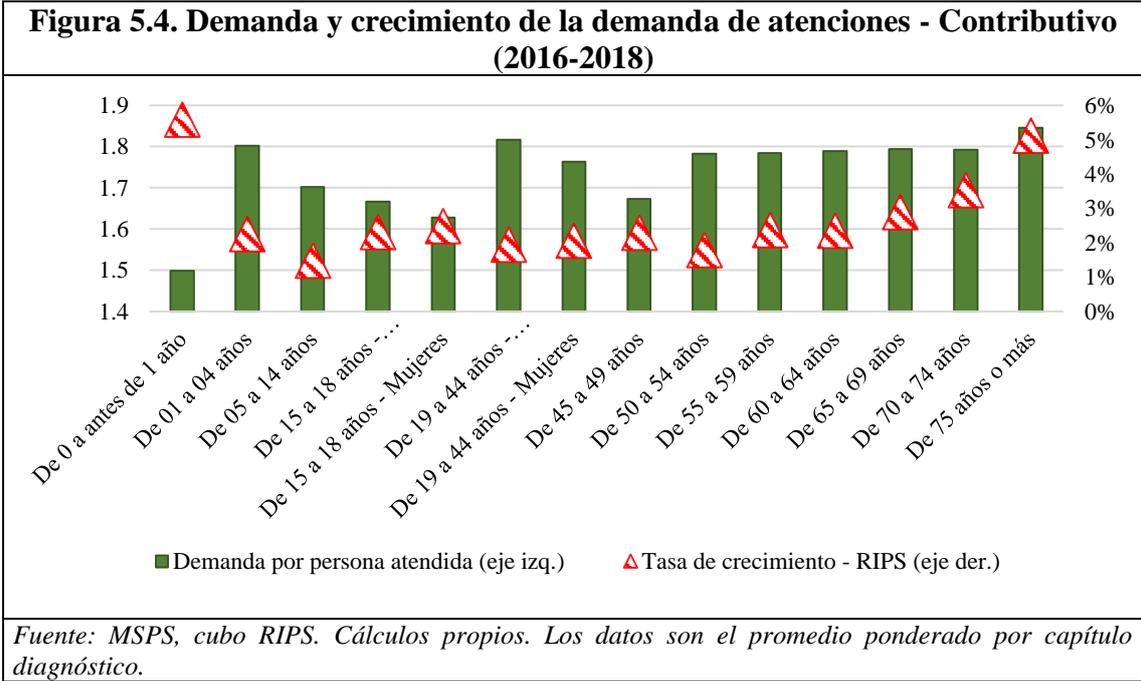
3.1. La demanda de atenciones

Como se ha detallado a lo largo del documento, Colombia en los últimos 10 años ha hecho importantes cambios estructurales en el SGSSS en favor de los usuarios y, por tanto, la demanda de atenciones. Algunos de estos cambios son la unificación de planes de atención de ambos regímenes en 2012; la ley estatutaria de 2015, que implicó un cambio en el entendimiento del PBS, donde se pasó de un sistema de lista de inclusiones, a un sistema de lista de exclusiones, es decir, se generó una ampliación en el PBS; la creación de Mipres para atender la demanda de atenciones no incluidas en el PBS; la limpieza del sistema de las EPS con problemas financieros y malos indicadores de atención, y lo que implica en demanda de atenciones migrar a una EPS que relativamente de más garantías.

Todos estos cambios responden a un cambio en la mentalidad de la sociedad en términos de acceso al sistema, y lo refuerzan. Hoy claramente hay más herramientas y facilidades para acceder a más a servicios. La Figura 5.2, muestra el índice de crecimiento del registro de actividades según cálculos del MSPS. Éste muestra que a raíz de estos cambios la demanda de atenciones viene creciendo sostenidamente a tasas del 4% anual. Incluso, si revisamos la serie a partir de 2015, año de la reforma estatutaria, el ritmo del crecimiento aumenta, llegando en 2018 a 4.9% anual. Por otro lado, la Figura 5.3, muestra las series de el porcentaje de tutelas del bienes y servicios del PBS respecto al total. Este ha venido creciendo tendencialmente desde 2003, pasando de ser el 56% a ser en 2018 el 81%. Asimismo, en los últimos 3 años, después de la Ley estatutaria, el repunte en el crecimiento ha sido mayor. Evidencia que captura un cambio estructural en lo que a la reclamación del derecho a la salud se refiere. Hoy el PBS es más amplio, lo que implica que los usuarios tienen derecho a más servicios, por lo cual demandan el derecho a recibirlos de manera oportuna. Estos dos elementos claramente evidencian una mayor demanda por servicios de salud en el marco del modelo actual.



Para ampliar esta discusión, la Figura 5.4 muestra la demanda promedio de atenciones por grupo etario entre los años 2016-2018, según información reportada en el cubo de RIPS, y la tasa de crecimiento de esta demanda en el mismo periodo. Dos elementos claves del gráfico: por un lado, la demanda promedio por persona atendida es más alta en los grupos etarios de mayor edad. Asimismo, el crecimiento promedio ponderado por capítulo diagnóstico de estos grupos es de los más altos. Este hecho interactuado con las tendencias demográficas de la población, relacionadas en la Figura 5.2, es una evidencia sugestiva sobre el importante potencial de crecimiento de la demanda de atenciones a largo plazo, acorde con las tendencias mundiales en términos demográficos.



3.2. Innovación en el sector

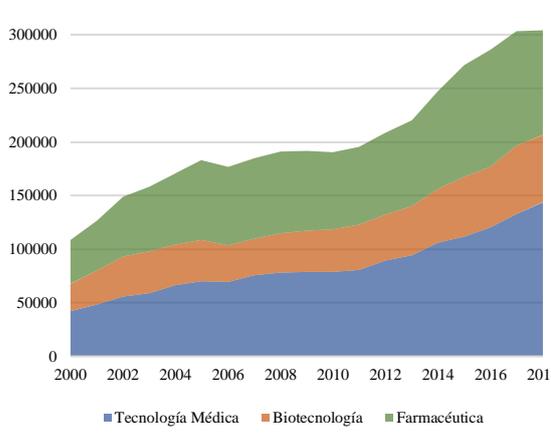
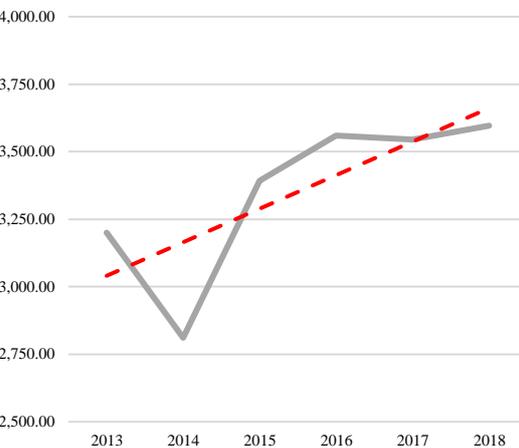
Fuertemente relacionado con lo anterior, se encuentra las innovaciones o nuevas tecnologías en salud. Como señala Giedion, U., Bitrán, R., Tristao, I. (2014), con base en estudios revisados, la difusión y el uso de nuevas tecnologías médicas son el principal determinante del crecimiento del gasto per cápita en las últimas décadas. Por otro lado, Bergquist, Fink, & Raffo (2017), investigadores de la organización mundial de propiedad intelectual (WIPO), las tecnologías médicas son el campo de investigación más frecuentemente encontrando en los clústeres de innovación que existen en el mundo. Muy cerca de este, se encuentran las farmacéuticas. Asimismo, según la información de patentes de la WIPO (Figura 5.5), los sectores de tecnologías de la salud vienen creciendo fuertemente. El sector que más viene creciendo en patentes es el de tecnologías médicas, con una tasa de 7.14% desde el año 2000 (en los últimos 5 años la tasa es del 8.7%). Seguido de este viene el de biotecnología, con una tasa de crecimiento del 5.41% (en los últimos 5 años la tasa es del 6.6%). Por último, las farmacéuticas, con una tasa de crecimiento del 5.27% (en los últimos 5 años la tasa es del 4.4%).

Según el número de patentes a 2018, el sector de tecnología médica se encuentra en el puesto número 4⁶¹ con un total de 143,659 patentes (las primeras tres son industrias TI), el farmacéutico se encuentra en el puesto 12 con 97776, y finalmente el de biotecnología se encuentra en el puesto 26 con un total de 62,773. Estos indicadores pueden ser conservadores en el cálculo de la innovación del sector, pues otros sectores como los TI, eléctricos e ingeniería mecánica, instrumentación, ingeniería artificial generan importantes efectos derrame de su innovación en el sector salud (Cornell University, INSEAD, & WIPO, 2019).

Adicional a este resultado, en el Capítulo 4 del informe del Índice de innovación Global 2019, Francis Collins, resalta que a 2019, científicos han identificado las causas moleculares de 6500 enfermedades humanas, de las cuales actualmente solo 500 de éstas tienen tratamiento. Asimismo, según el autor, la biomédica va a generar importantes avances en los próximos años para tratar enfermedades que no se tenía pensado que se pudieran tratar en el corto plazo. Esto toca dos asuntos claves del gasto en salud, incrementos de la demanda de prestaciones por las nuevas capacidades del sector para

⁶¹ Este puesto también lo ocupa en crecimiento relativo a las demás industrias.

tratar enfermedades, e incrementos en los costos, pues al ser nuevas tecnologías, sus costos en principio son más altos (Cornell University et al., 2019).

Figura 5.5. Número de patentes según el Tratado de Cooperación en materia de Patentes (PCT)	Figura 5.6. Per cápita real de nuevas tecnologías no financiadas por la UPC*
 <p data-bbox="247 918 798 929">■ Tecnología Médica ■ Biotecnología ■ Farmacéutica</p>	
<p data-bbox="239 936 798 963"><i>Fuente: WIPO statistics database. Cálculos propia.</i></p>	<p data-bbox="821 936 1353 996"><i>Fuente: MSPS, informes de suficiencia de la UPC, cálculos propios.</i></p>
<p data-bbox="239 1014 1353 1128"><i>Nota: *el valor total lo estima el MSPS con base en la información que suministra el ADRES. El valor es la diferencia en costo entre lo que las EPS entrega a los afiliados que no es financiado con la UPC contra la tecnología homóloga financiada por la UPC. El per cápita se calcula para los compensados del contributivo.</i></p>	

Esta evidencia tiene importantes consecuencias sobre el gasto en salud del país, pues toda esta innovación se transmite rápidamente hacia al sector. No solo por la capacidad de absorber nuevas tecnologías en el país⁶², sino porque como afirma Emanuel & Fuchs (2008), las farmacéuticas tienen sistema de marketing bastante desarrollados, que aceleran la capacidad de transmisión en el sector. Asimismo, como se referencio en la sección 1.1, hoy los usuarios por derecho no se les puede negar el acceso al sistema, y si así fuera, la tutela ha mostrado ser muy efectiva para los usuarios a la hora de demandar servicio que en principio no se encuentran incluidos en el PBS.

Para entender un poco esto, la Figura 5.6 muestra, el per cápita real de nuevas tecnologías que no se financia con la UPC pero que tiene un homólogo en el PBS⁶³. La tasa de crecimiento de este indicador (sobre la tendencia), es del 4% (2.9% sobre lo observado). Evidencia clara, de la presión que generan las nuevas tecnologías sobre el gasto. Además,

⁶² De acuerdo con el mismo informe del WIPO, Colombia se encuentra en el puesto 16 como uno de los más importadores de alta tecnología (13.2% del PIB).

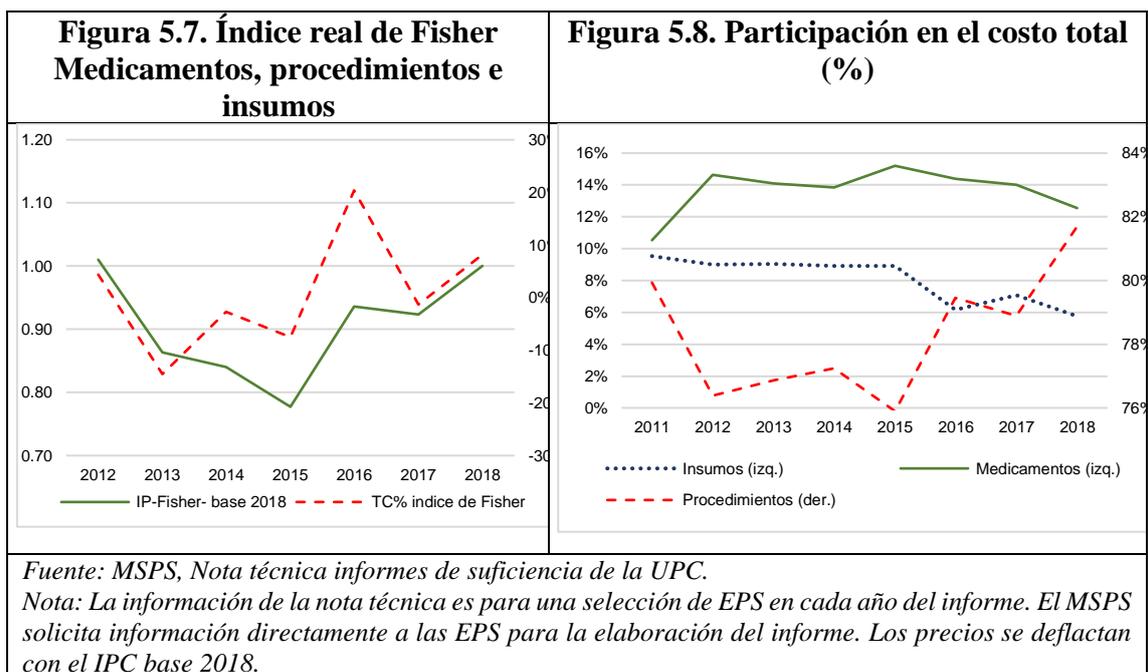
⁶³ Estas se financian mediante el mecanismo de recobros.

es indicador se considera subestima el asunto de las inclusiones asociadas a nuevas tecnologías, dado que se basa en una comparación con respecto a homólogos financiado con la UPC.

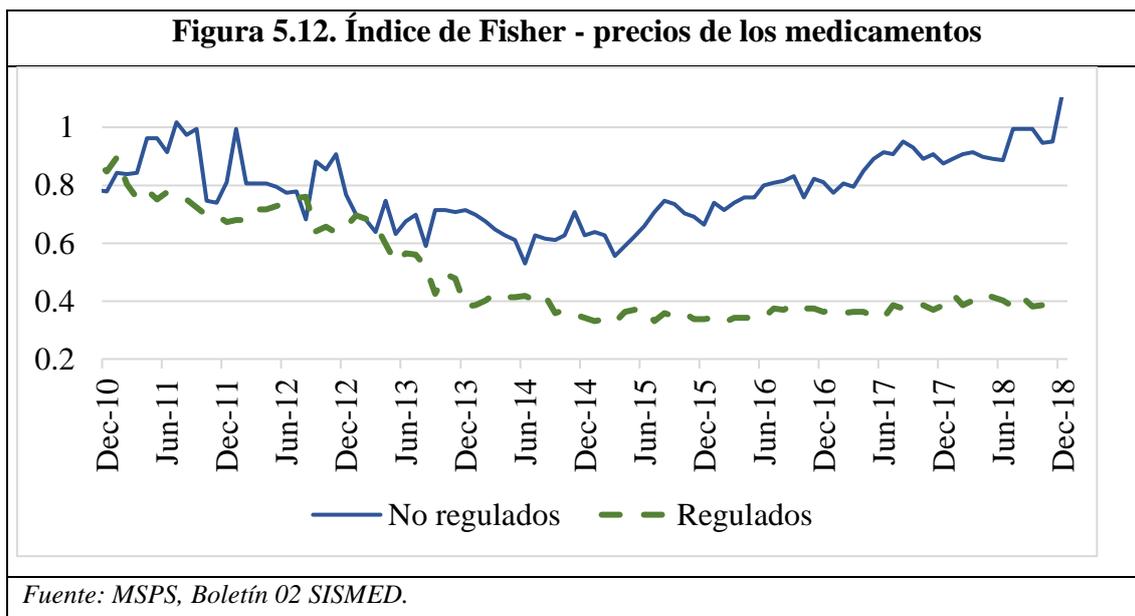
3.3 Costos de los insumos, procedimientos y medicamentos.

Para relacionar las dos secciones anteriores, la Figura 5.7 muestra el índice real de precios de Fisher para los insumos, medicamentos y procedimientos, utilizando información de EPS del régimen contributivo. Es evidente que hay un cambio estructural a partir de 2016, año en el cual la Ley estatutaria comienza a generar los cambios mencionados anteriormente. Antes de 2016, la tasa de crecimiento fue negativa, luego de este año, esta tasa se volvió positiva y relativamente alta. Es importante aclarar que esta información viene de las notas técnicas del informe de suficiencia de cada año. Para esto el MSPS, recolecta información de algunas EPS (las que cumplen algunos requerimientos de cobertura) para determinar cuál será el crecimiento de la UPC del próximo año. El cálculo del costo promedio se hace dividiendo el gasto total de cada uno deflactado con el IPC, dividido por la cantidad de procedimiento, medicamentos o insumos. Esta información podría tener sesgos en cuanto a la selección de EPS bajo reporte en los primeros años, información incompleta por parte de las EPS, y finalmente un aspecto clave, que la Ley Estatutaria implicó más control por parte del ministerio y el ADRES, que pudo generar que EPS comenzaran a reportar con más rigor la información. No obstante, estas anotaciones, el fuerte cambio en la tendencia es diciente de que se debe poner atención a estos crecimientos.

En el mismo sentido, la Figura 5.8 muestra un crecimiento importante de la participación de los procedimientos en el total de gasto de estos ítems, pasando de 76% en 2015 a 82% en 2018. Si interactuamos este resultado con el hecho de que la innovación en tecnología médicas viene creciendo a un acelerado ritmo, existe entonces una posibilidad mayor de presiones al gasto en salud.



Finalmente, la Figura 5.12 muestra el índice de precios de Fisher para los medicamentos calculado por el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED). Nuevamente la información muestra dos momentos. Antes de mayo de 2013, los precios de los medicamentos venían decreciendo a tasas del -11.3% aproximadamente (corrigiendo por inflación). A partir de esta fecha, cuando se emite la circular 03 de 2013, se empezaron a regular o imponer precios máximos a algunos medicamentos utilizando una metodología de precios de referencia internacional. Esto implicó una reducción sustancial en el índice de precios de los regulados, pasando de 0.7 aproximadamente, a un nivel promedio de 0.4. En el caso de los no regulados, esta tendencia a la baja se mantuvo hasta 2014, luego, los niveles del índice empezaron a aumentar. Después del 2015, igual que en el caso de los costos de procedimiento e insumos, los precios comenzaron a crecer sustancialmente. Corrigiendo por la tasa de crecimiento de la inflación, el crecimiento promedio del índice de los regulados fue de 0.8%, mientras que el de no regulados estuvo en niveles de 8%. Este resultado sorprende, dado el hecho de que se han estado implementado estrategias como la inclusión de más medicamentos a la lista de regulados, y adicional a esto se han estado haciendo compras centralizadas de medicamentos por paquete, de tal forma que se han generado reducciones adicionales en el precio.



3.4 Espacio para aumentar la oferta de procedimientos especiales de diagnóstico.

Colombia recientemente obtuvo la acreditación como miembro oficial de la OCDE, hecho que impone presión adicional sobre el cumplimiento de muchos indicadores. En lo que atañe al tema de salud, Colombia tiene críticos rezagos con respecto a sus nuevos pares. Las Figuras 1.18-1.21, del primer capítulo de este documento, muestra comparaciones en 2018 de cuatro indicadores que se asocian a la capacidad instalada del país⁶⁴. Como se describe allí, Colombia tiene fuertes rezagos, en todos los indicadores se encuentra bastante alejado de la media OCDE y en menor medida, pero también con importantes brechas, de los países pares de la región. Claramente, hay una diferencia en las demandas de estos países con lo que Colombia actualmente tiene; la mayoría de estos países ya vivieron un cambio estructural en su composición demográfica, según Labour Force Statistics de la OCDE, en promedio a 2018 la población mayor (65 años o más) de este grupo de países es 17.16% del total, casi el doble de Colombia (8.06%). Esto, junto con lo que se proyecta será la estructura demográfica a 2040 en el país según nuestros cálculos, implica que Colombia deberá aumentar su capacidad instalada tanto en tecnología médica como en el número de médicos para responder a una población con mayor demanda de atenciones. Por supuesto, esto implicara mayores esfuerzos en gasto para responder a estas necesidades.

⁶⁴ Médicos por mil habitantes, tomografías computarizadas por millón de habitantes, unidades de resonancia magnética por millón de habitantes y camas de hospital por 100 mil habitantes.

La información presentada sugiere entonces que la Ley Estatutaria efectivamente ha generado cambios estructurales en el sistema. La salud como un derecho fundamental, es valiosa en términos sociales, pero impone fuertes retos al sistema en términos de sostenibilidad. Asimismo, elementos estructurales como cambios en la estructura demográfica y la creciente innovación de las tecnologías en salud presionan aún más las finanzas del sistema. Es importante entonces evaluar cuales son las tendencias a largo plazo en el gasto de sistema, y a la luz de esto, generar sugerencias de política para que lo logrado en el papel se pueda hacer sostenible en el largo plazo.

3.5. Impacto fiscal reducción aporte a salud pensionados – ley de crecimiento económico

En Colombia, desde la Ley 100 de 1993 los pensionados independientemente del valor de su mesada pensional han aportado para su salud el 12% de ésta. En 2019, la Ley 210 de 2019 modificó el artículo 142 de esa Ley, referente al aporte a salud. Así, desde 2020, el aporte a salud por parte de los pensionados que ganan menos de 2 salarios mínimos (SMMLV), se reducirá gradualmente de la siguiente forma:

- 4% para los que ganen ≤ 1 SMMLV – 2020-2021
- 8% para los que ganen ≤ 1 SMMLV – A partir de 2022
- 1% para los que ganen > 1 & ≤ 2 SMMLV – 2020-2021
- 2% para los que ganen > 1 & ≤ 2 SMMLV – A partir de 2022

Una importante reducción, que ya se había intentado hacer en 2018, pero que la Corte Constitucional tumbó principalmente por razones de impacto económico.

Este ajuste va a generar un importante alivio para las personas beneficiarias, quienes veían contraer fuertemente sus ingresos cuando se pensionaban. Por un lado, la mesada pensional no alcanza niveles mayores al 70%, salvo contados casos. Por el otro lado, el aporte a salud le aumentaba de 4% a 12% antes de la reforma (en el neto la contracción es de 4 p.p., pues dejan de pagar pensión). Por lo cual, la reforma es verdaderamente aportante en términos sociales y redistributivos⁶⁵. Sin embargo, en el marco del

⁶⁵ Una de las razones para que la CC, no aprobara en su momento la reforma de 2018, o para que el gobierno no la aceptara, fue que en el senado el proyecto de Ley fue reformado para aplicar este mismo alivio, pero en todas las pensiones, esto claramente hubiera sido regresivo y hubiera generado una presión fiscal importante, para lo cual la Ley no contemplaba soluciones.

entendimiento de la sostenibilidad financiera del sistema de salud, más allá de este resultado para la sociedad, es importante revisar el impacto fiscal de esta medida, pues afecta directamente a un sector, que hoy depende cada vez más de aportes públicos.

La Tabla 5.6 reporta la información disponible y los cálculos de los potenciales efectos de este ajuste sobre los recursos del sector. Para diciembre de 2019, en el RPM, los pensionados de <1SMMLV son el 53% de los pensionados en Colpensiones, y 15% de los de FOPEP-regímenes especiales. En el caso del RIAS, representan el 50% de los pensionados aproximadamente. Para un total de 953 mil pensionados. En el caso de los pensionados que se encuentran en el rango de 1 a 2 SMMLV, estos representan el 25% en Colpensiones, 29% en FOPEP, y 24% en RIAS. En total, son 622 mil pensionados. Esto globalmente significa que 1.5 millones de pensionados (66% de todos) van a ver aumentos en su ingreso disponible con la reforma.

Tabla 5.4. Costo fiscal de la reducción de aporte a salud pensionados

Rango salarial (SMMLV)	Total pensionados Dic-2019	participación	Pensión promedio	Costo fiscal		
				2020	2021	2022
Régimen de prima Media (RPM) - Colpensiones						
<= 1	736,325	53%	\$ 881,272.10	\$ 344,428	\$ 380,869	\$ 842,333
> 1 <= 2	342,377	25%	\$ 1,254,027.90	\$ 56,973	\$ 61,265	\$ 133,613
Total	1,391,680	100%	\$ 1,617,230.18	\$ 401,401	\$ 442,134	\$ 975,946
Régimen de prima Media (RPM) - FOPEP y regímenes especiales						
<= 1	123,530	15%	\$ 881,272.10	\$ 57,783	\$ 63,897	\$ 141,314
> 1 <= 2	235,674	29%	\$ 1,254,027.90	\$ 39,217	\$ 42,171	\$ 91,972
Total	801,191	100%	\$ 2,357,993.07	\$ 97,000	\$ 106,068	\$ 233,286
Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad (RAIS)						
<= 1	93,402	50%	\$ 881,272.10	\$ 43,690	\$ 48,313	\$ 106,849
> 1 <= 2	44,289	24%	\$ 1,254,027.90	\$ 7,370	\$ 7,925	\$ 17,284
Total	187,552	100%	\$ 2,172,439.86	\$ 51,060	\$ 56,238	\$ 124,132
Costo fiscal total aproximado (miles de millones \$)				\$ 549,462	\$ 604,440	\$ 1,333,364

Fuente: Colpensiones, datos abiertos. FOPEP, página web. Ministerio de trabajo, Subdirección De Pensiones Contributivas. Cálculos propios.

Nota: Se usa el valor de pensión promedio de Colpensiones en los dos grupos. Las participaciones de FOPEP y regímenes especiales se hacen con la información reportada para el FOPEP. Para el cálculo de RAIS, se utiliza la participación desde el año 2012 para los afiliados activos con edades mayores a 55 años, reportada a la superintendencia financiera.

Para el cálculo, se asumió un crecimiento de la pensión promedio igual al crecimiento promedio del salario mínimo 2010-2020 (5.3%) en todos los grupos. Para el crecimiento del número de pensionados, se asumió un 5%, correspondiente al crecimiento anual de pensionados en Colpensiones de los últimos 3 años.

Utilizando la información disponible, y con una serie de supuestos (ver nota Tabla 5), se puede calcular el faltante fiscal potencial para los años siguientes. Para el 2020, la cifra alcanza los \$ 549,462 millones (1.7 % del PGN de salud en 2020), aumenta \$ 604,440 millones en 2021 (1.8 % del PGN de salud), y finalmente en 2022, una vez la tarifa se reduce planamente según la Ley, el costo fiscal asciende a aproximadamente 1,33 billones de pesos (3.6% del PGN de salud de 2020).

Este faltante, va a generar una presión enorme al gobierno para cubrir los gastos estructurales del sistema. Adicionalmente, el sector viene incrementando su dependencia del gasto público, por lo cual, esto genera más presión a la sostenibilidad financiera del sistema, y pone en aprietos la capacidad del Estado de responder con las demandas en salud de parte de la población, en el marco de una sociedad que tiene la salud como un derecho fundamental y que viene aumentando sus demandas de atenciones y el costo de estas, por diferentes razones como se detalla en la sección 3 de este capítulo.

3.6. Supuestos para las proyecciones

Utilizando la información anterior, se construyeron tres índices que permiten capturar las tendencias de crecimiento de la demanda de atenciones; crecimiento de los precios de insumos, medicamentos y procedimiento; y la inclusión de nuevas tecnologías. La Tabla 5.4 resume los supuestos utilizados para la construcción de estos índices. Una gran dificultad para construir estos índices es el asunto de la información, especialmente para construir el índice de demanda. En este ejercicio se utilizó la información que reporta el MSPS adjunta con los informes de suficiencia de la UPC (Fisher de precios y per cápita de tecnologías) y la información del cubo RIPS-SISPRO (demanda de atenciones).

En el caso del índice de precios, el comportamiento ha sido relativamente estable en los 7 años de información utilizada con una tasa promedio del índice de Fisher de 1.004%. Al ser una tasa conservadora con respecto a lo observado en los últimos años (4.97%), después de la Ley estatutaria, utilizamos un crecimiento exponencial como supuesto para la proyección del índice. Para el índice de la cápita de nuevas tecnologías con homólogo en el PBS, la tasa de crecimiento estimada es 2.89% en términos reales. Nuevamente, se utiliza un crecimiento exponencial teniendo en cuenta que la innovación en el sector, según WIPO, tiene altas tasas de crecimiento, y se proyectan importantes avances en el

mediano y largo plazo, por lo cual, la inclusión de estos avances presiona el costo al ser elementos no incluidos en el PBS.

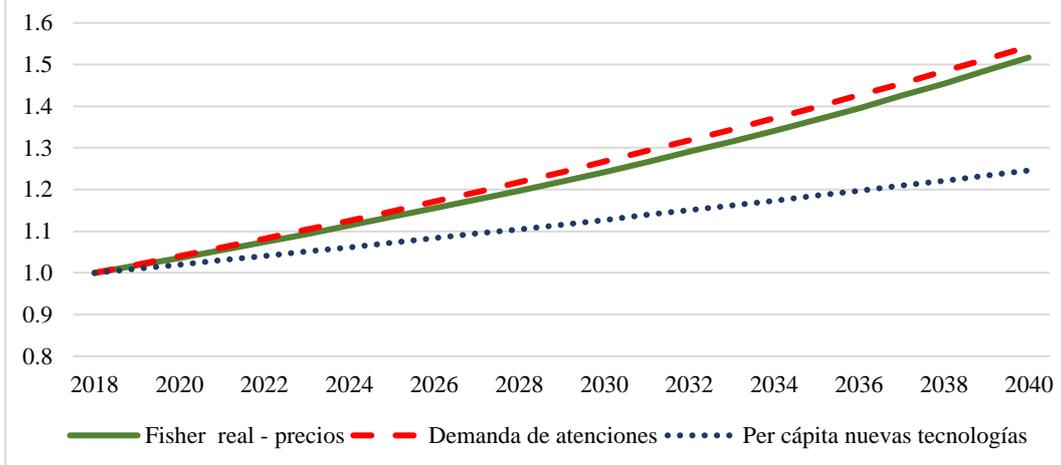
Tabla 5.5. Supuestos índices de precios, demanda y nuevas tecnologías

Índice	División	Tasa de crecimiento	Series usadas	Tipo de crecimiento	Fuente
Fisher real - precios	-	1.004%	2012-2018	Exponencial	MSPS- Nota técnica: informes de suficiencia
Per cápita real nuevas tecnologías	-	2.89%	2014-2018	Exponencial	MSPS- Informes de suficiencia
	0 a antes 1 año	5.59%			
	01 a 04 años	2.25%			
	05 a 14 años	1.48%			
	15 a 18 años - H	2.31%			
	15 a 18 años - M	2.49%			
	19 a 44 años - H	1.94%			
Demanda de atenciones*	19 a 44 años - M	2.07%	2016-2018	logístico	MSPS- Cubo RIPS - SISPRO
	45 a 49 años	2.29%			
	50 a 54 años	1.79%			
	55 a 59 años	2.37%			
	60 a 64 años	2.35%			
	65 a 69 años	2.90%			
	70 a 74 años	3.54%			
	75 años o más	5.13%			

*Nota: *Se utilizan las participaciones de cada grupo etario en el total de la población para construir un índice ponderado. Para generar un crecimiento logístico se utiliza como valor de capacidad de carga (K), la demanda promedio máxima observada en los datos para cada grupo. La información para el índice de precios y el per cápita de nuevas tecnologías son deflactados con el IPC base 2018.*

Finalmente, el índice de demanda se proyecta utilizando la tasa de crecimiento de la demanda de atenciones por persona atendida para cada grupo etario según la UPC-salud. Se construye el índice ponderado, con la información de participación en la población de cada grupo etario. Para el comportamiento del índice se considera una tasa de crecimiento logística, pues permite capturar un crecimiento con límite en el horizonte (rendimientos decrecientes). Se asume como límite o capacidad de carga (K), la demanda máxima promedio observada en la información para cada grupo etario. Los capítulos utilizados de procedimientos CUPS, son los del 1 al 24, los cuales están relacionados a procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. La Figura 5.13 muestra las proyecciones de estos índices para un horizonte de 20 años.

Figura 5.13. Proyecciones de los índices

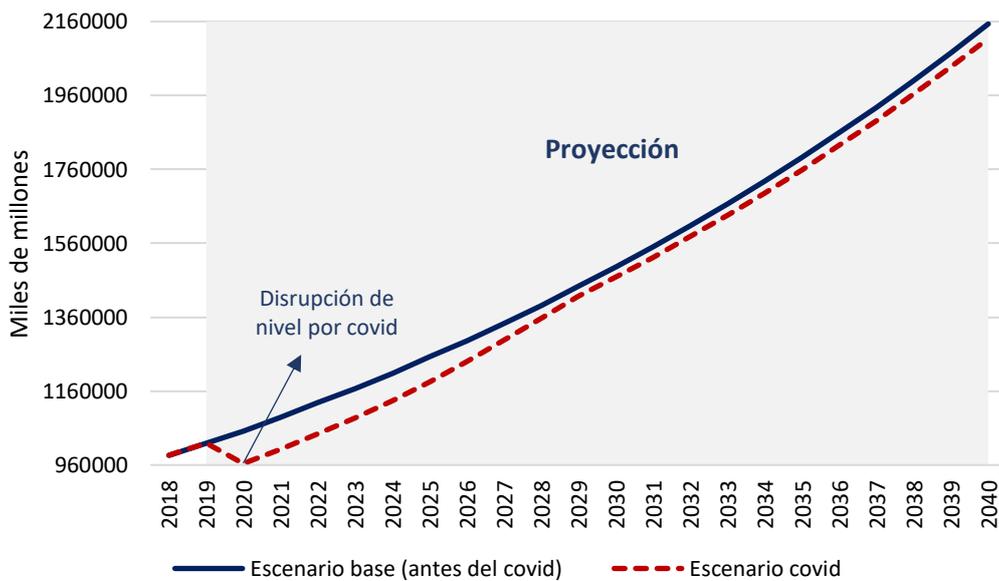


Fuente: Cálculos propios.

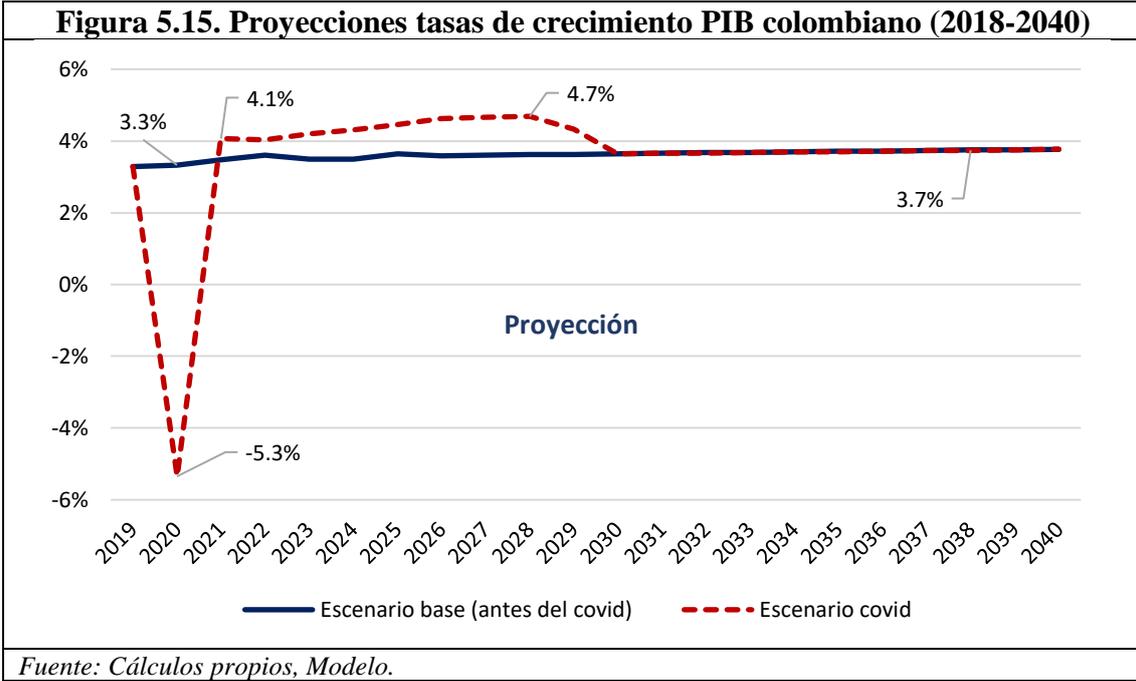
4. Proyecciones

Las tasas de crecimiento del PIB en el escenario básico y en el escenario COVID-19, se presentan en la Figura 5.14. La crisis del COVID-19 genera no sólo impactos de corto plazo, sino también impactos de largo plazo, que se reflejan en una caída permanente del PIB del orden del 2%. Las tasas de crecimiento esperada se presentan en la Figura 5.15.

Figura 5.14. Proyecciones PIB colombiano (2018-2040)



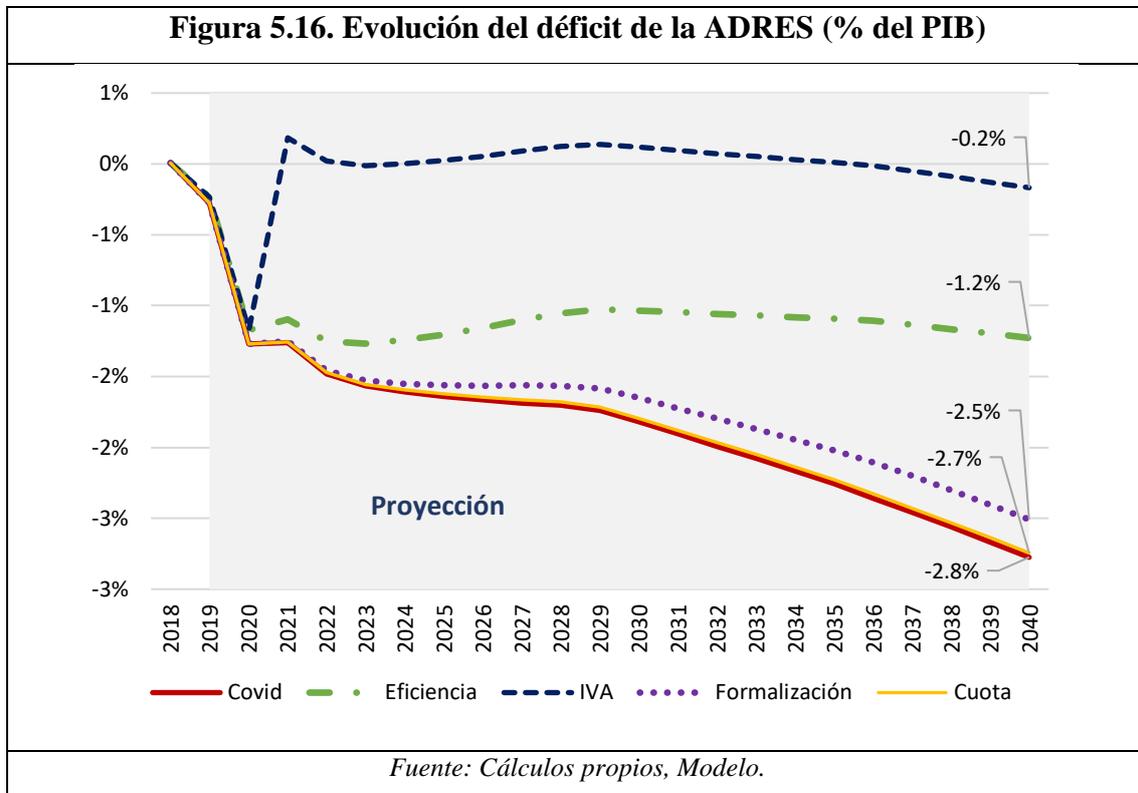
Fuente: Cálculos propios. Modelo. MM pesos 2018.



Las proyecciones básicas indican que la presión de costos generará un déficit creciente en el sistema de seguridad social en salud, del orden de 2.8 puntos porcentuales del PIB en el horizonte de la proyección, con el gasto público pasando del 4.7% al 7.3% del PIB. Este incremento en el gasto (y en el déficit del sistema), sin duda, requerirá una acción coordinada en cuatro frentes: reajustes en las cuotas moderadoras y copagos, que dupliquen en un horizonte de 20 años el aporte de las personas al sistema; un esfuerzo de formalización, que eleve el porcentaje de empleo informal que cotiza a la seguridad social de niveles del orden del 9% actual, al 85%; un decidido esfuerzo por mejorar la eficiencia del sistema, en línea con los análisis de eficiencia ya presentados; y un incremento de las rentas impositivas que se asignen al sistema, por la vía, probablemente, de un aumento del IVA, aprovechando que el país ha diseñado ya una estrategia de devolución del IVA a los grupos sociales más desfavorecidos, atenuando así los efectos regresivos del impuesto.

La Figura 5.16 presenta la evolución del déficit, en los escenarios planteados: un escenario de referencia, llamado COVID, que refleja los impactos de la pandemia, tal y como se pueden apreciar ahora y los efectos de la presión de costos sobre el sistema; un primer escenario de incremento de cuotas moderadoras y copagos, que reduce el déficit en 0.1% del PIB; un segundo escenario de incremento de los aportes a la seguridad social, en lo que pudiera llamarse una estrategia de FORMALIZACIÓN; el escenario de mejora en la EFICIENCIA, en el que se impulsa, a través de reformas institucionales, la mejora

de productividad en el sector; y un escenario de incremento del IVA, que permita el ajuste del sector a las presiones de costos que seguramente experimentará en el horizonte de los próximos veinte años.



4.1. Escenario de referencia: COVID

El escenario de referencia recoge las presiones fundamentales que se observan en el sector, en un entorno de recuperación económica post-COVID, que debería permitir reencontrar el crecimiento a partir de 2021. Esas presiones fundamentales se resumen en cinco grandes tendencias, que se han analizado en la sección 3 de este capítulo : el cambio en la pirámide poblacional, con su consiguiente impacto sobre la demanda de servicios al sistema; el aumento de la demanda de servicios, como consecuencia de una población más empoderada respecto a sus derechos fundamentales, y más consciente de las posibilidades de salud que el sistema les ofrece; las presiones en costos de medicamentos y procedimientos que, a pesar de los controles implementados, seguirá seguramente incidiendo en el sistema; la adopción de nuevas tecnologías médicas, en el entorno de innovación profunda que caracteriza al mundo actualmente; y las consecuencias de las medidas que el país ha adoptado recientemente , bien sea como parte de su estrategia de enfrentamiento del COVID, y que incluye desembolsos adicionales al sistema de salud

durante 2020, o como parte de la ley de crecimiento, en el caso de la tasa de aportes a la salud de los pensionados de menos de dos salario mínimos mensuales.

La Tabla 5.7 resume las grandes partidas de ingresos y gastos de la ADRES, tal y como las permite proyectar el modelo.

Tabla 5.7. Proyecciones Ingresos y Egresos de la ADRES como porcentaje del PIB

	2021	2022	2026	2027	2031	2032	2036	2037	2038	2039	2040
1.1.APORTES ASALARIADOS	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%	1.0%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%
1.2.APORTES NO ASALARIADOS	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1.3.APORTES PENSIONADOS	0.8%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%
1.4.RECURSOS ET	1.3%	1.3%	1.3%	1.2%	1.3%	1.3%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%
1.5.IMPORRENTA	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%
1.6.APORTES NACIÓN	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	0.9%	0.9%	0.9%	0.9%
1.7.OTRAS RENTAS	0.5%	0.5%	0.4%	0.4%	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
1.RECURSOS	4.8%	4.6%	4.5%	4.4%	4.4%	4.4%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%	4.5%
2.1.UPC CONTRIBUTIVO Y SUBSI	-5.1%	-5.2%	-5.2%	-5.2%	-5.4%	-5.5%	-5.9%	-6.0%	-6.1%	-6.2%	-6.3%
2.3.RECOBROS Y TECHOS	-0.5%	-0.5%	-0.5%	-0.5%	-0.5%	-0.5%	-0.5%	-0.6%	-0.6%	-0.6%	-0.6%
2.4.PREVENCIÓN Y OTROS	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.3%	-0.3%	-0.3%	-0.3%	-0.3%	-0.3%	-0.3%
2.5.OTRAS PRESTACIONES	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.2%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.1%	-0.1%
2.GASTOS	-6.1%	-6.1%	-6.1%	-6.1%	-6.3%	-6.4%	-6.8%	-6.9%	-7.0%	-7.2%	-7.3%
3. SUPERÁVIT O DÉFICIT	-1.3%	-1.5%	-1.7%	-1.7%	-1.9%	-2.0%	-2.4%	-2.5%	-2.6%	-2.7%	-2.8%

Fuente: proyecciones del modelo.

Para enfrentar un déficit como el proyectado, se requerirían acciones en uno de los tres frentes posibles que definen el “calce” de un sistema: reduciendo los gastos; incrementando los ingresos; o utilizando de manera más eficiente los recursos.

La primera vía parece tener un alcance limitado en la Colombia posterior a la ley estatutaria: los ciudadanos se sienten cada vez más empoderados; los jueces, cada vez más decididos a garantizar los derechos fundamentales de los ciudadanos. La posibilidad de cubrir el desfase con cuotas moderadoras y copagos (que deberán sin duda ser incrementados y relacionados con las conductas de los pacientes, haciendo por ejemplo a las primeras más efectivas, como estímulos no sólo al buen uso del sistema, sino también a las conductas apropiadas de cuidado de la salud) se tropezará con la dificultad de elevar de manera sustancial los gastos de bolsillo en una economía con niveles altos de pobreza e informalidad, así que hemos diseñado un escenario moderado, que busca incrementar su aporte en 5 puntos básicos del PIB en el horizonte de 20 años⁶⁶. Será también posible incentivar el uso de seguros privados, que canalicen parte de la demanda a segmentos especializados de servicio, con condiciones determinadas de calidad, pero esperar de ello un efecto importante sobre la sostenibilidad del sistema, quizás sea demasiado optimista.

⁶⁶ Hoy representan el 0.07% del PIB y pasarían a representar el 0.12%.

Así que lo que se consiga en este respecto, dependerá de la cuidadosa definición de exclusiones del sistema, a través del procedimiento definido en resolución 330 de 2017.

Los caminos esenciales dependerán de las dos vías alternas: el aumento de los ingresos y logros importantes en lo relativo a la eficiencia. En cuanto al aumento de ingresos, este puede estar asociado a rentas específicas del sistema, o a rentas generales. Y la eficiencia, dependerá de arreglos institucionales adecuados, que generen los incentivos correctos para fomentar el esfuerzo productivos.

4.1.1. Cuota moderadoras y copagos.

El primer escenario contempla el incremento de cuotas moderadoras y copagos, haciendo que el pago per-cápita real pase de \$15.233 anuales a \$45.865 en el horizonte de 20 años. Ello, sin embargo, aporte sólo 0.1% de ajusta al déficit, aunque su implementación ciertamente enviará señales adecuadas en lo relativo el uso racional de los servicios.

4.1.2. La formalización de la economía

Un segundo ejercicio de evaluación de ingresos adicionales analiza la integración del trabajo informal al sistema contributivo. Se asume que, en el horizonte de 20 años, se llegue a que el 85% de los trabajadores informales aporte un 12,5%, liquidado sobre el 40% de su ingreso laboral. Dichas contribuciones aumentan los ingresos del sistema en 0,3% del PIB, dado un nivel de informalidad proyectado en el modelo del 38,5%. Ello ayuda a corregir el déficit de referencia, pero es insuficiente para atender el incremento de gastos que el escenario de referencia predice.

4.1.3. Aumento de la eficiencia

Los análisis de eficiencia muestran oportunidades de mejora del 15% en productividad asociada a la asignación de recursos, y mejoras potenciales de la eficiencia interna de las unidades productivas, que podrían pasar del 82% al 88%. La simulación asume entonces una tasa de mejora de la eficiencia del orden del 1,17% anual, en el horizonte de los 20 años. Tal mejora en la eficiencia aportaría 1,2% de reducción del déficit, contribuyendo por ello de manera decisiva a la viabilidad del sistema.

Ahora bien: ¿cómo propiciar esa mejora? El tema tiene que ver esencialmente con el diseño institucional del sistema de salud: un sistema centrado en la persona, y no en las instituciones de salud, que prevenga la enfermedad antes que tratarla; centrado en los logros de calidad y no en los eventos de atención a los pacientes; y en el que las redes de atención se constituyan en esquemas de incentivos para el desempeño eficiente de prestadores de servicio y aseguradores. El capítulo 3 se ha ocupado de las formas de contratación que pueden hacer posible la transformación, y que contribuirán a la sostenibilidad del sistema.

4.2. Rentas adicionales del sistema: ¿un ajuste del IVA para la salud?

Para el déficit residual (todavía del 1,2% del PIB) es necesario arbitrar nuevos recursos: no provendrán estos de rentas asociadas a los factores, luego de que el país ha entendido que los sobrecostos factoriales afectan el empleo y la formalidad. Ni provendrán tampoco de impuestos a las empresas, gravadas ya de manera excesiva, respecto a los países que ahora definen nuestro referente: la OECD.

La fuente obvia (además del impuesto a la renta de las personas) debe ser el IVA: se requiere un incremento del orden del 14% en los recaudos de totales por concepto de impuestos indirectos, destinado esa suma en su totalidad a la salud, para alcanzar un equilibrio sostenible del sistema.

El IVA ha sido atacado como un impuesto regresivo, y efectivamente lo es, en la medida en que el consumo de bienes y servicios no es proporcional a los ingresos de las personas. Pero el reciente mecanismo de devolución del IVA a los grupos desfavorecidos, permite esterilizar la parte más compleja del problema de regresividad, y posibilita un esquema plano, más transparente, en el que sea más difícil evadir, y en el que la salud se asocie al consumo como un complemento indispensable: destinar una proporción fija del consumo a la salud puede resultar una idea interesante en estos tiempos de pandemia, y puede mejorar la eficiencia del sistema, haciéndonos a todos responsables, en tanto que consumidores, de la salud individual y colectiva.

De acuerdo a los cálculos que se realizaron, un incremento del recaudo del IVA del 14%, que equivaldría a un aumento de la tarifa nominal del orden del 1.4%, pero que puede

estructurarse de manera alternativas, reduciendo el gravamen pero extendiéndolo a todos los bienes y servicios, con la debida compensación a los más desfavorecidos, puede representar además un cambio radical en la concepción que la sociedad tiene de los impuestos, situándolos no en el momento de creación de la riqueza, sino en el momento del disfrute máximo de la misma, a través del consumo. Con ello, se evitan gravámenes onerosos a la producción, se establecen sistemas uniformes y generales, fácilmente controlables, y se involucra a la totalidad de la sociedad en el financiamiento de los derechos fundamentales que se desea preservar.

Anexos

Tabla 5.A1. Estructura del Modelo

RAMAS PRODUCTIVAS	PRODUCTOS
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	Productos agropecuarios
Explotación de minas y canteras	Productos mineros
	Petróleo
Industrias manufactureras	Alimentos
	Bienes livianos
	Bienes intermedios
	Industria Pesada
Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado; Distribución de agua; evacuación y tratamiento de aguas residuales, gestión de desechos y actividades de saneamiento ambiental	Electricidad, gas y agua
Construcción	Construcciones
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas; Transporte y almacenamiento; Alojamiento y servicios de comida	Comercio
	Trasporte
Información y comunicaciones	Tecnología de la información y comunicaciones}
Actividades financieras y de seguros	Servicios financieros
Actividades inmobiliarias	Servicios inmobiliarios
Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria; Educación; Actividades de atención de la salud humana y de servicios sociales	Servicios del Gobierno
Actividades de atención de la salud humana	Servicios de Salud
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreación y otras actividades de servicios; Actividades de los hogares individuales en calidad de empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares individuales como productores de bienes y servicios para uso propio	Servicios varios
Actividades profesionales, científicas y técnicas; Actividades de servicios administrativos y de apoyo	

Fuente: elaboración propia.

A1. Estructura General del Modelo CGE

El Modelo de Equilibrio General Computable que se utilizó para evaluar lo concerniente a la sostenibilidad financiera del SGSSS colombiano en el horizonte de proyección de 20 años, fue programado en el software de optimización GAMS. De este modo, fuera de la conceptualización económica que brinda consistencia a los resultados del modelo, éste se fundamenta en un bien construido sistema de ecuaciones que busca simular el funcionamiento de la economía colombiana, involucrando los actores que participan en ella, y sobre el cual es posible simular los escenarios que se pretenden analizar.

En primer lugar, debido a que el lenguaje de programación de GAMS admite el uso de conjuntos para simplificar el número de ecuaciones que deben ser incluidas explícitamente en el programa, se lleva a cabo la siguiente agrupación de variables:

Nombre del Conjunto	Descripción
I	Productos
II	Ramas productivas
INST	Instituciones
EDAD	Grupos etarios
S	Destinos de exportación

Fuente: Modelo CGE

Seguido a lo anterior, se procede a asignar los valores iniciales que tomarán las variables que contempla el modelo en lo que respecta al sistema económico agregado. Para esto, se hace uso de la calibración resultante del tratamiento de los datos de cuentas nacionales que permiten la construcción de la Matriz de Contabilidad Social, tal como se describe en la sección de calibración del presente capítulo. De la misma forma, se declara la respectiva parametrización del modelo, lo que terminará por condicionar que el flujo circular de la economía sea consistente y representativo con el aparato productivo colombiano; esto para su año de calibración 2018⁶⁷ y durante la ventana de proyección de 20 años que se logra estimar.

Una vez asignada la información inicial que el modelo requiere para su debido funcionamiento, este presenta un complejo sistema de ecuaciones, que describe con un importante nivel de detalle, el contexto de equilibrio general sobre el que se fundamenta y a través del cual repercuten los efectos de los distintos escenarios que se proyectan. De esta manera, el modelo consigue servir de representación empírica para la estructura económica discutida en la primera sección de este capítulo y que bien se resume en la Figura 5.1.

Ahora, dado que el sistema de ecuaciones que integra el modelo sirve de base, entre otras cosas, para el cálculo en valor de las principales variables macroeconómicas que caracterizan la economía (PIB, consumo, inversión, recaudo y gasto público, etc); es posible a partir de estas integrar módulos⁶⁸ que faciliten la estimación y el posterior

⁶⁷ La calibración del modelo se realiza para 2018 debido a que es el último año para el que la información de cuentas nacionales, publicada por el DANE, se encuentra disponible en su totalidad.

⁶⁸ Los módulos hacen referencia a sistemas de ecuaciones adicionales, mediante los cuales haciendo uso de los resultados que arroja el modelo es posible incorporar y obtener resultados para temas de estudio particulares.

estudio de tópicos relevantes en materia de crecimiento, desarrollo y bienestar económico. Así, entre esos casos el modelo considera al mercado laboral, caracterización de hogares por deciles urbanos y rurales, la balanza de pagos, el deficit presupuestal del Gobierno Nacional Central y, para los fines del presente trabajo, al SGSSS. La siguiente tabla expone a grandes rasgos cada uno de los módulos mencionados con las variables de mayor relevancia que permiten analizar.

Módulo	Variables Relevantes
Mercado laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo calificado • Empleo no calificado • Empleo total • Tasa de informalidad • Tasa de desempleo
Hogares por deciles urbanos y rurales	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso disponible • Ahorro • Pago de impuestos • Aportes a seguridad social • Rentas laborales
Balanza de pagos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta corriente • Remesas • Renta factorial
Déficit GNC	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresos totales del GNC • Inversión del GNC • Ahorro del GNC • Transferencias del GNC • Gasto en pensiones del GNC • Pago de intereses por deuda del GNC • Egresos totales del GNC • Déficit del GNC
SGSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Aportes al SGSSS • Recursos de las entidades territoriales • Aportes de la Nación • Ingresos totales del SGSSS • Pagos por concepto de UPC para el régimen contributivo y subsidiado • Pago de recobros • Gastos totales del SGSSS • Ahorro/deuda del SGSSS

Fuente: Modelo CGE

Finalmente, puesto que la principal intención del modelo es evaluar la sostenibilidad financiera del SGSSS en un plazo de 20 años bajo los escenarios descritos a lo largo del capítulo, se construye un módulo conexo que permite obtener mediante dinámica

recursiva resultados para las variables de interés durante el lapso descrito. Para tal fin, el modelo opera recurrentemente en cada periodo con la actualización de una serie de supuestos que modifican de forma exógena el comportamiento de variables que se podrían considerar *drivers* de la economía colombiana. En este sentido, los supuestos poseen toda la fundamentación teórica y práctica puesto que buscan generar escenarios plausibles y realistas, además, entre los destacan se tiene: el precio de los hidrocarburos, el índice de uso de la capacidad instalada, cambios técnicos en la participación de factores en la función de producción, tasa de inflación, composición del mercado laboral, crecimiento poblacional según composición etaria, eficiencia del SGSSS, tasa de crecimiento de las prestaciones del SGSSS, aportes al SGSSS, entre otros.

CAPÍTULO 6. RECOMENDACIONES FINALES

La sostenibilidad del sistema de salud colombiano depende de acciones en tres frentes: en la moderación en las presiones de gastos, cuando ello sea posible; en las mejoras en la eficiencia, asociadas a cambios profundos en la estructura general del sistema y en los mecanismos de contratación y pago; y en la generación de nuevas rentas, que permitan el calce del sistema. Esta sección resume las acciones fundamentales que es posible emprender en los tres frentes, y analiza temas adicionales, relativos al sistema de información y a los hospitales públicos.

1. Moderación en las presiones de gastos del sistema

Las medidas relativas a este frente pueden clasificarse en dos grandes categorías: las relacionadas con el estado general de salud de los colombianos y con los requerimientos que resultan de ello para el sistema de atención de la salud; y las relacionadas con la racionalización de la demanda de servicios.

El primer tipo de medidas depende de cambios estructurales en el sistema, que ya se han emprendido en el país a partir de la Política de Atención Integral en Salud, pero no sobra recalcar los ejes fundamentales de la transformación disruptiva del sector salud, que habrán de garantizar su desempeño eficiente en el futuro, y las dificultades fundamentales que se enfrentan en su implementación.

Esos ejes son:

- El énfasis en modelos de pago por resultados (P4P, por sus siglas en inglés) y no en modelos de pago por eventos.
- Centrar el sistema en el paciente y no en las unidades de atención médica, concediendo la importancia debida a la atención ambulatoria y el contacto permanente con los usuarios del servicio.
- Cambiar el énfasis de atender al paciente enfermo por el de prevenir la enfermedad y mantener su salud.
- Acceder a más datos, que ayuden a manejar la salud de la población, usando analítica e Inteligencia Artificial, de la manera más personalizada posible.

Los problemas de esta transformación están asociados a su vez a las dificultades para definir adecuadamente los resultados en el modelo P4P; a los problemas de asimetría de información que son prevalentes en el esquema; y a la resistencia que pueden oponer algunos grupos sociales y algunas instituciones (incluyendo aquellas del sector judicial) a los cambios requeridos.

El problema de la dificultad para definir los resultados tiene que ver con la triple dimensión de los servicios de salud: son, de una parte, servicios esenciales, que definen en bienestar de las personas; son servicios técnicos, sujetos a altos requerimientos de calidad; y son servicios personalizados, que pueden ser brindados con diversos grados de oportunidad y de satisfacción a los usuarios.

Alinear esas tres dimensiones del resultado resulta complejo, porque no necesariamente son congruentes en su ejecución: es posible que el sistema opere eficientemente desde el punto de vista técnico, pero que sea débil en cuanto a su capacidad de prevención y de generación de estados meritorios de salud para sus usuarios; es posible que brinde atención oportuna, pero deficiente técnicamente; es posible que seas preventivo, pero no provea servicios satisfactorios para el usuario.

Esas dimensiones de la calidad pueden, además, estar desalineadas respecto a conceptos convencionales de eficiencia, asociados a criterios de cantidad de servicios prestados y no a su calidad.

Hay, por consiguiente, un reto importante de diseño de mecanismos y mercados, tanto más complejo, cuanto que hay asimetrías de información profundas que deben ser atendidas mediante sistemas de contratación basados en incentivos, como los que se analizan más adelante. Los diseños deben ser suficientemente claros y eficientes, como para evitar las resistencias al cambio que seguramente se darán en un esquema como el colombiano, en el que los agentes participantes tienen intereses claramente definidos y existe un alto grado de intervención de autoridades judiciales.

La racionalización de la demanda de servicios, por su parte, puede propiciarse a través de dos acciones fundamentales: la revisión del esquema de copagos y cuotas moderadoras; y la promoción de esquemas privados de aseguramiento, a través de incentivos tributarios.

De acuerdo con la normatividad, las cuotas moderadoras tienen el objetivo de regular la utilización y estimular el buen uso del servicio de salud. Los copagos, por su parte, son

un aporte que hace la persona que utiliza los servicios y corresponden a una parte del valor total del mismo. Estos aportes se han mantenido bastante estables, ya que su última modificación, después de su implementación en la Ley 100 de 1993, se dio a través del Acuerdo 365 de 2007 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, lo que significa que su estructura no se ha modificado en más de una década.

Pero, en cambio, el sistema de salud colombiano ha experimentado grandes cambios en las dos últimas décadas: se ha alcanzado aseguramiento y cobertura casi universal con efectos positivos en varios indicadores de salud. Adicionalmente, se ha experimentado una fuerte tendencia hacia la judicialización del sistema, que refleja el hecho de que, apoyados por el sistema judicial, los ciudadanos son más conscientes de sus derechos y reclaman con más vehemencia los servicios salud.

En este contexto vale la pena repensar cual debería ser el aporte de los ciudadanos en la financiación del sistema de salud que quieren tener. Un sistema en el cual casi toda la población tiene acceso a los servicios de salud, incluyendo aquellos de alto costos e intensivos en nuevas tecnologías sin diferenciación entre regímenes, y en el cual se demanda cada vez mayor calidad y oportunidad en la atención, debería ser consistente con un aumento en su financiación por parte de los ciudadanos.

El gasto de bolsillo en Colombia ha caído de forma casi sostenida desde 2008 y en el año 2017 fue de 1,18% del PIB. Dicha proporción es muy baja si lo comparamos con el gasto de los hogares de otros países que cuentan con sistemas de salud que gozan de reconocimiento internacional como es el caso de Italia (2,07%), España (2,09%) y Japón (1,4%). Lo anterior, anterior sugiere que habría un margen para aumentar el aporte por parte de los hogares en Colombia vía copagos y cuotas moderadoras sin ir en contravía de los logros alcanzados.

Actualmente las cuotas moderadoras recaen sobre los cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo, mientras que los afiliados al régimen subsidiado están exentos de este pago. Lo anterior se justificó en su momento por el hecho de que no se quería que este se convirtiera en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud por parte de la población más vulnerable. Sin lugar a duda, ello debe haber contribuido al acceso a los servicios de salud de este grupo poblacional. Pero quizás deba revisarse el tema. La Ley Estatutaria de 2015 garantiza el derecho a la salud de toda la población y lo consagra como un derecho fundamental. Dicha garantía debe servir para evitar que las cuotas

moderadoras sean una barrera para el acceso, pero extender su uso al régimen subsidiado, de tal forma que estas sean consistentes con los ingresos de esta población, podría estimular el buen uso de los servicios de salud de esta población. La cuota moderadora podría incluso hacerse dependiente de algunas acciones preventivas que, realizadas por las personas, le dieran el derecho a la exención actual: exámenes periódicos de salud, que generen derecho a no pagar la cuota en el uso habitual de los servicios.

Por otra parte, bajo la normatividad actual, los copagos recaen sobre los beneficiarios en el régimen contributivo y sobre la población del nivel 2 del Sisbén en el régimen subsidiado. Dichos copagos corresponden a proporciones fijas sobre el valor total del servicio y dependen del nivel de ingreso de las personas. Además, dichos aportes no deben superar unos umbrales por evento y por año en caso de que una misma persona sea sujeto de varios procedimientos al año. En este sentido, un beneficiario del régimen contributivo cuyo cotizante tenga ingresos mayores a 5 SMMLV pagará a lo sumo 4,6 SMMLV al año sin importar el número de procedimientos que le sean realizados. Por lo tanto, sin ir en contravía de los principios de progresividad, se podría pensar en aumentar los copagos en las categorías de más altos ingresos.

Debería entonces dejar de concebirse el aumento en el aporte a la financiación del sistema por parte de los hogares como un retroceso en lo ya logrado. Por el contrario, este cambio contribuiría a aliviar en cierta medida la carga del sistema sobre los recursos públicos y también generarían mayor conciencia entre la población sobre el buen uso del sistema estimulando su sostenibilidad en el tiempo y haciendo posible que podamos como sociedad seguir gozando de un sistema de salud comparable con el de los países desarrollados.

Finalmente, los seguros privados complementarios serían una alternativa más a la financiación de servicios, y podrían aliviar presiones sobre el sistema público, administrado por la ADRES. Podría propiciarse por ejemplo la contratación de seguros empresariales para empleados, que operasen como planes de medicina alternativos, y que recibiesen un estímulo tributario, a través de deducciones de gasto adicionales en el impuesto de renta. La empresa contrataría el seguro para sus trabajadores, y recibiría a cambio una deducción especial, semejante a la que hoy se aplica en la contratación de discapacitados. Ello iría en la vía correcta de lo que se llama ahora “*stakeholder capitalism*”, y aliviaría demandas de servicios al sistema público, con beneficio para las

tres partes involucradas: empresas, personas y sistema de salud. El costo fiscal sería seguramente inferior al que resulta de atender las demandas por el sistema general de salud.

2. Mejoras en la eficiencia

El análisis de eficiencia realizado indica que hay un potencial de mejora de eficiencia en el sistema, que hay que aprovechar. Pero muchas de las ineficiencias son propiciadas por los sistemas de contratación utilizados, basados en unidades de capitación y “pagos por eventos”. Así que, para desatar las fuerzas de la mejora en eficiencia, hay que repensar integralmente los esquemas de contratación y pago vigentes en el sistema.

En el caso colombiano, se tiene un sistema de aseguramiento regulado (SGSSS), donde existe un administrador (ADRES) de todos los recursos del sistema (aportes privados y fondos públicos), quien transfiere recursos a los aseguradores (EPS) mediante una cápita (UPC), que según el cálculo del MSPS es adecuada para cubrir los bienes y servicios incluidos en un plan de beneficios (PBS). Las EPS pueden tener naturaleza privada, pública y mixta, siendo las privadas las que tienen más participación en el sistema. Asimismo, se especializan en un régimen: contributivo (EPS-C) y subsidiado (EPS-S). El primero, es financiado mayoritariamente por recursos privados, y atiende principalmente a los cotizantes y su núcleo familiar, el segundo es financiado mayoritariamente por recursos públicos, y asegura especialmente a población pobre y vulnerable.

Las EPS, para prestar las atenciones requeridas por sus afiliados, contratan con los prestadores (IPS) de una zona en específica, generando redes de atención para los afiliados que cubren principalmente el PBS. Estas IPS pueden ser de naturaleza privada, pública y mixta. Las EPS-S por normativa deben contratar el 60% de su gasto con las IPS públicas del país. Adicionalmente, las EPS e IPS contratan con farmacéuticas para la provisión de todas las tecnologías en salud necesarias para llevar a cabo las atenciones (canal institucional de la provisión de medicamentos).

En términos de la contratación, las EPS tienen por normativa tres formas alternativas con las IPS: capitación, evento y caso/paquete. La capitación solo puede ser utilizada para atenciones que requieren procedimientos de baja complejidad. Normalmente, los contratos capitados incluyen todos los procedimientos y tecnologías necesarias para esas atenciones. Estos contratos fundamentalmente, debido a la normativa, están concentrados

en la atención básica o primaria (procedimientos ambulatorios). Las atenciones más complejas normalmente se contratan por evento, donde cada procedimiento, medicamento e insumo utilizado es facturado y cobrado a la EPS. En cuanto a la relación con las farmacéuticas, dependiendo de la contratación, esta es llevada a cabo por la IPS, por la EPS, o por ambas.

Finalmente, y desde este año, todo procedimiento y tecnología en salud no cubierto por el PBS debe ser cubierto por las EPS utilizando unos recursos adicionales que le son girados para cubrir estos gastos (presupuestos máximos, ley 1955 de 2019, Plan de Desarrollo). Históricamente, este gasto ha sido dominado fundamentalmente por las tecnologías en salud proporcionadas por las farmacéuticas⁶⁹ (MSPS, 2018). Antes de esa ley, las EPS no estaban obligadas a contratar óptimamente, pues todo era recobrado al administrador del sistema. Ahora, gran parte del riesgo (primario y técnico) es asumido por la EPS, por lo cual la contratación es un elemento importante para reducir posibles sobrecostos y pérdidas asociadas a la incertidumbre de lo no PBS.

Con el panorama general del sistema como funciona hoy⁷⁰, es necesario detallar el sistema de incentivos asociado a su funcionamiento. El actor fundamental del sistema es la IPS, pues es quien presta las atenciones; los aseguradores y farmacéuticas dependen de ellas para su operación. El mecanismo que hoy existe en la norma, incentiva a las IPS a aumentar el número de atenciones, fundamentalmente de procedimientos de mediana y alta complejidad, pues allí la contratación principalmente se hace mediante el pago por evento. Este tipo de contrato no tiene elementos asociados a resultados en salud, por lo cual, para la IPS, no es óptimo invertir recursos en promoción y prevención. De hecho, con este mecanismo, el riesgo financiero que asumen es bajo, pues todo se factura. En cuanto a información, el mecanismo no incentiva la revelación de toda la información. De hecho, hace lo contrario, pues revelarla podría ser perjudicial para contrataciones futuras. Puede ser incluso óptimo para las IPS inflar los costos en orden de que las señales mejores sus contratos futuros.

En el caso de las EPS, dadas las rigideces de la contratación, y los incentivos anteriormente evidenciados en las IPS, lo óptimo es reducir los costos en las atenciones:

⁶⁹ Según el informe del MSPS, para 2014 y 2015, más del 77% de los recobros aprobados eran para medicamentos (MSPS, 2018).

⁷⁰ Se resumieron los elementos gruesos del funcionamiento, por supuesto, el sistema es más complejo, pero no es el objetivo de este trabajo ahondar en los detalles más específicos de su funcionamiento.

negando prestaciones mediante autorización; ralentizando el proceso de autorización y pago; cuando le es posible, imponiendo contratos a las IPS donde éstas se vean obligadas a reducir el número de atenciones; y aumentar los recobros. En información, las EPS revelan lo que los contratos revelan, por lo cual dependen de IPS y farmacéuticas quienes son las que le venden bienes y servicios.

En cuando al administrador, al utilizar la UPC como mecanismo directo de asignación de recursos, depende completamente de los reportes generados por todos los actores del sistema. Los sobrecostos inflan la UPC, malos reportes impiden un adecuado cálculo, y el no reporte genera información incompleta en la determinación de la UPC. Asimismo, la UPC se calcula sobre actividades, por tanto, un sistema que premia el hacer muchas actividades en salud, implícitamente está generando incrementos en la UPC no correlacionado con mejoras en el bienestar en salud de la población. El gobierno, por su naturaleza, está obligado a proteger la información de los agentes involucrados, revelando solo lo que por Ley están obligados a reportar.

Un sistema como el descrito penaliza a aquellos actores que pretenden actuar en función de ciclo de cuidado del paciente: una EPS que hace las cosas bien en oportunidad y calidad, atrae a aquellos usuarios que requieren más atenciones (más propensos a enfermarse o utilizar los servicios sanitarios), generando así un problema de selección adversa, que castiga sus intereses. Una IPS que se preocupa por la salud de sus pacientes, vería reducidos sus ingresos, pues con atenciones efectivas que reduzcan la probabilidad de eventos futuros, estaría reduciendo los ingresos esperados.

Para cambiar completamente el funcionamiento del sistema, en orden de mejorar la salud y la eficiencia en el gasto, es crucial cambiar el mecanismo existente de asignación de recursos. La propuesta de este trabajo se enmarca en un hecho evidente: todo sistema de salud está creado para mejorar el bienestar de largo plazo de la población, lo que implica generar intervenciones tempranas que reduzcan la probabilidad de sufrir enfermedades complejas difíciles de tratar (condiciones crónicas, costosas, y a veces, intratables). Es así como la idea de contratación basada en resultados en salud por cada peso gastado (*value-based healthcare*) toma forma.

Si el sistema impone como función objetivo mayores resultados en salud por cada peso gastado, un mecanismo (pueden existir muchos) que asigna los pagos, puede ser aquel que, a partir de distintos indicadores reportados por las EPS, genere una repartición de

beneficios proporcional a sus resultados en salud. Es decir, el ADRES o el MSPS, determinan una meta global anual en resultados/unidad de gasto para todo el país prospectivamente. Al final del año, dependiendo de los resultados revelados por las EPS, las ordena de mayor a menor, y asigna proporcionalmente las ganancias obtenidas más un premio adicional. Para poder hacer parte de la repartición de beneficios, la EPS debe haber logrado resultados óptimos en salud/gasto (haber generado ganancias sociales al sistema). Este mecanismo, debe implementarse de tal forma que siempre sea más beneficioso hacer lo mejor en función del bienestar de largo plazo de la población, y no lo que hoy sucede, donde lo óptimo es maximizar el número de actividades que generan más rentabilidad. Por tanto, las EPS que reporten malos resultado en salud/unidad de gasto, pueden penalizarse de varias formas: entran en proceso de seguimiento por parte de la autoridad, lo cual desde el punto de vista del mercado es considerado como una mala señal; y puede advertírsele sobre una posible reducción del número de afiliados para asignarlos aleatoriamente a las demás EPS⁷¹, si los números no mejoran en un tiempo establecido.

Lo anterior implica que la entidad que vigila las EPS e IPS, tendrá un rol determinante en este nuevo sistema. Hoy la superintendencia de Salud se encarga de hacer que se cumplan las normas del sistema de salud y proteger los derechos de los ciudadanos respecto a las atenciones en salud. Sin embargo, como lo planteó Jiménez (1999), con total vigencia en la actualidad, es necesario reformar el régimen jurídico de las entidades de control, lo cual en el marco de la actual propuesta es imperativo por varios elementos entrelazados.

Primero, es necesario dotarla de mayores capacidades técnicas, administrativas y sobre todo jurídicas, para el adecuado ejercicio de control y vigilancia de un sistema que cambia su objetivo al cuidado integral de las personas y por tanto la forma de consecución de los mismos. Segundo, establecer independencia en el organismo⁷², dado que hoy el sistema funciona con unipersonalidad (Jiménez, 1999) y dependiente del ejecutivo. Organismos de control con colegiatura o junta, como funciona en otros países, promueven la independencia en el organismo, imponiendo la capacidad técnica en las decisiones, lo

⁷¹ Estos afiliados, podrían no entran en el próximo año del cálculo, para generar una progresiva transición entre EPS que no afecten los resultados previamente obtenidos por estas EPS.

⁷² Este cambio no es fácil en Colombia, por distintos factores relacionados a la norma que rige la función pública. Precisamente, el 14 de mayo de 2020, el Consejo de Estado generó nulidad al decreto 1817 de 2015, que dotaba de cierta independencia algunas superintendencias del país (Consejo de Estado, Sentencia 11001032400020150054200 de 2020).

cual es necesario especialmente en el sector salud, donde confluyen varios elementos técnicos y con alta diversidad sectorial en su funcionamiento. Asimismo, la OCDE (2011) le recomendó a Chile algunos elementos para fortalecer la independencia de sus superintendencias: términos mínimos para el encargado; disposiciones clarificadas en la Ley acerca de los motivos por los cuales podría retirarse del cargo al encargado; y elementos de competencia y transparencia en su elección.

Finalmente, se debe establecer claridad acerca de las tareas de la superintendencia, pues existen elementos de su vigilancia que se pueden mezclar con las funciones de otras superintendencias como la de Industria y Comercio en asuntos de precios de medicamentos, regulación de los monopolios, y asuntos de competencia económica; o la Superintendencia Financiera, en lo referente a la supervisión de la industria aseguradora y de los riesgos financieros de las EPS e IPS. Estos temas son más afines a la regulación financiera que a la regulación del negocio de salud.

En todo caso, los mecanismos de contratación que se implementen no deben generar la salida masiva de EPS del sistema. Por ello, no deben convertirse en un esquema único de funcionamiento del sistema. Lo óptimo entonces, es crear un sistema como lo sugiere Allard (2015), donde se genere una combinación en la contratación. El MSPS, debe determinar qué tanto del gasto se paga prospectivamente mediante una cápita, y que parte del gasto se compensara con el mecanismo sobre resultados. Nuevamente, el mecanismo debe ser tal, que una parte importante de los ingresos recaiga en el segundo mecanismo y no el primero. Así, el primer mecanismo será solo es un mecanismo mediante el cual se garantiza una sostenibilidad mínima de la EPS, con baja o ninguna rentabilidad.

Para aplicar el anterior mecanismo, es clave mejorar el cálculo de la UPC que el MSPS hace anualmente. Actualmente, según cálculos de Riascos, Romero, & Serna (2018), la fórmula que actualmente se usa, la cual condiciona por características demográficas y de región, solo predice el 30% del total de los gastos de salud en el quintil superior de la distribución de gastos⁷³. Por lo cual, una fórmula que incluya además ajustes relacionados con morbilidades claves de la población y su duración, mejorarían el cálculo de la UPC. Asimismo, dado que el sector produce mucha información diariamente, junto con los avances en metodologías de *Big Data*, como el *matching learning*, el MSPS podría

⁷³ Los mismos autores encuentran que, condicionando ex ante sobre indicadores de 29 enfermedades de larga duración, el ajuste pasa de 30% a 40%.

mejorar los métodos para predecir, e incluso pensar en uno que se ajuste en periodos de tiempo más cortos. De cualquier forma, un mejor ajuste de riesgo, es clave para la implementación de incentivos sobre resultados.

Si el sistema determina este mecanismo a nivel ADRES-EPS, debe permitir el mismo a nivel para EPS-IPS, de tal forma, que las EPS se encarguen de alinear su contratación sobre el mecanismo de resultados⁷⁴. La relación de estos dos agentes es más antagónica, pues mientras uno puede beneficiarse reduciendo los costos de las atenciones y las atenciones mismas, el otro se puede ver perjudicado en su sostenibilidad financiera. Así, un mecanismo a este nivel que genera compatibilidad de incentivos entre ambos agentes es el conocido contrato de riesgo compartido⁷⁵. Este es complementario al mecanismo de resultados por unidad de gasto, debido a que se puede esperar que el hecho de que ambos asuman los riesgos restringe menos a la IPS en la búsqueda de un buen resultado en salud. Asimismo, esto puede hacer que las IPS generen contratos con los médicos de la misma manera, un pago fijo y un pago variable en función de los resultados en salud en todo el ciclo de cuidado de sus pacientes⁷⁶. Innovaciones disruptivas como la telemedicina son claves para esta reorganización.

El elemento fundamental de este mecanismo de asignación, son los indicadores de valor generado en salud por unidad de gasto. Este asunto es el más complejo de resolver porque según el esquema jerárquico planteado por Porter (2010), se deben tener una gran variedad de indicadores de salud y gasto en todo el ciclo del cuidado para poder hacer un efectivo seguimiento. La obtención de estos indicadores requiere tener en cuenta muchos aspectos tales como “que se va medir”, “como se debe reportar”, “que se espera en los resultados” (Porter, 2010). Asimismo, se debe tener en cuenta el qué, cómo y a quién se va a recompensar (Miller & Singer-Babiarz., 2013). Al ser una tarea tan determinante y demandante, es necesario definir una entidad que se encargue fundamentalmente de la investigación y construcción continua de estos indicadores.

⁷⁴ Precisamente, porque se debe generar esta transmisión, es necesario que los pagos asociados al mecanismo de resultados sean lo suficientemente grandes para que tanto EPS como IPS vean rentable mejorar la salud de sus afiliados.

⁷⁵ Ver capítulo 3.

⁷⁶ Esto podría implicar que los médicos deban tener grupos de pacientes asignados (parecido a un médico familiar). La asignación de los pacientes debe ser aleatoria y condicionada por una distribución uniforme de grupos de riesgo, que no perjudique a unos médicos respecto a los otros.

Se podría pensar en reformar una entidad como el IETS o el INS, donde ya hay equipos de trabajo especializados en seguimiento y evaluación en salud. Un ejemplo, en orden de reorganizar estos actores del sector, de la mano de mayor capacidad presupuestaria para llevar a cabo tan importante tarea, es el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE, por sus siglas en inglés). Este instituto adscrito al Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés), cumplen un rol fundamental en la promoción de la excelencia clínica y del cuidado en el Reino Unido. Una mirada a la estrategia para los próximos 5 años de este instituto (NICE, 2021), muestra precisamente objetivos fuertemente alineados con los planteados en este documento para el SGSSS: 1) evaluación tecnológica rápida, robusta y con capacidad de respuesta; 2) orientaciones actualizadas que integren las últimas pruebas, prácticas y tecnologías en un formato útil y utilizable; 3) trabajar con sus socios estratégicos para aumentar el uso de sus orientaciones, supervisar su adopción y medir su impacto en los resultados en salud y las desigualdades en materia de salud; y finalmente 4) liderazgo en datos, investigación y ciencia.

Existen en el mundo ya algunos ejemplos relacionados con la propuesta⁷⁷. Según un artículo publicado en NEJM Catalyst en 2018, en Estados Unidos, el *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, ha implementado este mecanismo, donde el 40% de su gasto está asociados a pago por desempeño, incluyendo tres programas que impactan el reembolso del hospital a través de Medicare: El Programa de Compras Hospitalarias Basadas en el Valor (VBP), el Programa de Reducción de Readmisiones Hospitalarias (HRRP), y el Programa de Reducción de Condiciones Adquiridas en el Hospital (HACRP) – (NEJM Catalyst, 2018). En el primero, se genera un "fondo de valor común " al reducir en un 2% todos los pagos de Medicare a los hospitales de cuidados agudos. Estos fondos se redistribuyen luego a los hospitales según su desempeño en medidas que se dividen en cuatro dominios de calidad: (1) seguridad, (2) cuidados clínicos, (3) eficiencia y reducción de costos, y (4) experiencia centrada en el paciente y el cuidador. En el Segundo, los hospitales con un rendimiento deficiente en relación con otros hospitales deben aceptar hasta un 3% de reducción de sus pagos a Medicare. Y finalmente, el HAC reduce los pagos en un 1% a los hospitales en el cuartil inferior de rendimiento basado en medidas ajustadas al riesgo de las condiciones adquiridas en el

⁷⁷ Sin embargo, para nuestro conocimiento, no existen evaluaciones sistemáticas de este modelo.

hospital, tales como infecciones en el sitio quirúrgico, fracturas de cadera resultantes de caídas o llagas por presión⁷⁸ (NEJM Catalyst, 2018).

Incentivos a los usuarios para hacer parte de un sistema basado en el ciclo de su cuidado, también deben ser establecidos. La promoción y prevención también dependen imperativamente del compromiso de las personas. Una propuesta en este aspecto es reformar el sistema de copagos y cuotas moderadoras, haciendo que la asistencia al cuidado de primer nivel para control, reduzca a futuro los gastos de bolsillo asociados a eventos y enfermedades costosas. Asimismo, una segunda propuesta en esta dirección es que el sistema de impuesto indirectos sea más efectivo gravando los malos hábitos. Si se piensa desde el contrato social correspondiente a los recursos del sistema, se debe tener en cuenta que gran parte del gasto en salud es público, por lo cual, este mecanismo limita los malos subsidios cruzados que hoy implícitamente existen en el sistema (los que cuidan su salud subsidian los malos hábitos de los que no lo hacen). Por tanto, impuestos que desincentiven consumos excesivos de ciertos alimentos, que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad, reducen estas externalidades negativas.

Para complementar lo anterior, y orden de dar alternativas a los usuarios que relacionan cuidado con atenciones, un mecanismo adecuado es incentivar los planes complementarios de salud. Se propone entonces: 1) ampliar los descuentos en la tributación hoy existentes, a personas y firmas, para la masificación de esta alternativa, estableciendo el beneficio mediante progresividad inversa (menor beneficio a mayores ingresos); 2) subsidiar parcialmente a aquellos hogares que no se benefician vía descuentos tributarios; 3) redefinición de los posibles usos de los aportes a las cajas de compensación. Este mecanismo podría ir en la dirección adecuada en cuanto a mejoras en calidad del servicio, y reducción a la carga del sistema en cuanto a la prestación. Además, podría hacerse más efectivo si se aplica el incentivo por edad de la población, capturando asuntos relacionados con mayor demanda de servicios.

Bajo este nuevo esquema, la división de IPS como existe (baja, mediana, y alta complejidad) se debe reconsiderar, teniendo en cuenta que ahora la atención primaria es determinante en los beneficios de las IPS. Esto porque la obtención de buenos resultados con bajo gasto pasa por hacer un riguroso ejercicio en la promoción y prevención. Así,

⁷⁸ Esta reducción en los pagos a los hospitales, según NEJM Catalyst, le ha generado ahorros a Medicare aproximadamente de 350 millones de dólares al año (NEJM Catalyst, 2018).

una organización adecuada en esta dirección, son las redes del cuidado del tipo RIAS, donde cada IPS aporte su especialidad y capacidad instalada, y el mecanismo de pago diseñado por la EPS condicione las ganancias al ejercicio colectivo de la red (por supuesto, con proporcionalidad en los ingresos).

Finalmente, este nuevo esquema especializaría al país de forma importante, y unos de los réditos a mediano plazo tanto para EPS como IPS, dado el conocimiento ganado en la práctica del nuevo sistema, sería la posibilidad de exportar sus capacidades y generar aseguramiento y prestación en otros países de la región rezagados en estos procesos.

2.1 Hospitales públicos: necesarios pero ineficientes

Los hospitales públicos del país son entidades fundamentales en el ecosistema de salud, específicamente, en las regiones, donde por sus características y baja demanda, solo se ha podido llevar salud mediante subsidios a la oferta. Sin embargo, más allá de este relevante aspecto, hay elementos que generan incentivos perversos en su operación: por ejemplo, 60% del gasto del régimen subsidiado y de las EPS públicas del régimen contributivo debe ser con entidades públicas (decreto único 780 de 2016), y por ser subsidio a la oferta, sus ingresos son retrospectivos. Así, el sistema de incentivos hoy establecido, lleva a los hospitales a que su operación está basada en la actividad, y que la eficiencia en el uso de los recursos, no sea parte de la ecuación –la concepción de lo público y sus límites no parece ser fácilmente discernible. También es cierto, que estos pueden sufrir del colateral asociado a la selección de actividades que una IPS privada puede realizar (Gaviria, 2020).

En línea con lo anterior, y el rediseño del sistema, los incentivos para los que administran estos centros, deben ser ajustados en orden de que coincidan con un sistema basado en resultados y la eficiencia. Los hospitales públicos también deben entrar a competir en resultados, teniendo en cuenta por supuestos las limitaciones de ser públicos. Adicionalmente, una segunda opción, es que estos se puedan poner en concesión con privados, lo que ajustaría los incentivos a la competencia privada, y mantendría el carácter de bien público.

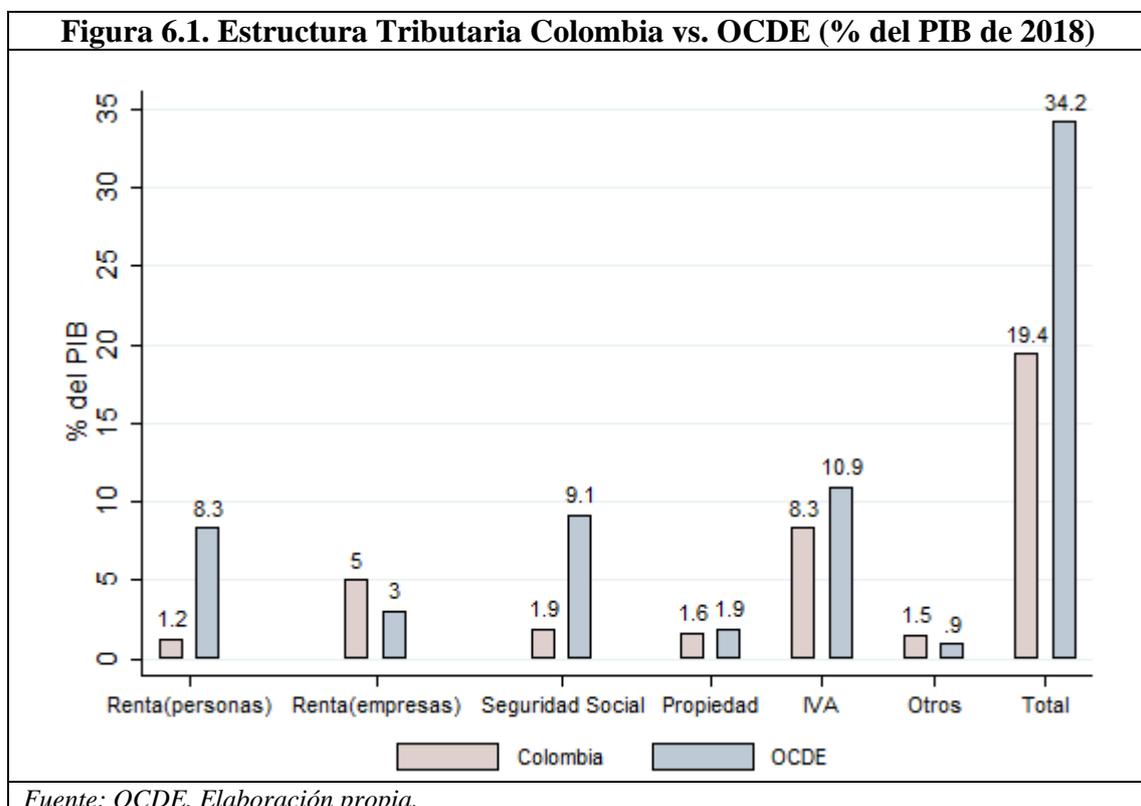
3. Nuevas rentas para el sistema

La financiación del sistema ha sido un tema polémico en el país: inicialmente concebido como un sistema de contribuciones asociadas al pago salarial, ha ido girando hacia un

esquema financiado con rentas tributarias de los diversos niveles de la administración pública. Los “impuestos a la nómina” han mostrado efectos negativos sobre el mercado de trabajo, y han sido paulatinamente desplazados por otro tipo de recursos.

Nuestra propuesta es girar el sistema hacia la financiación con impuestos indirectos: aunque generan distorsiones, y tienen un sesgo distributivo negativo, sus efectos son menores a los que se tendrían con impuestos a los factores productivos o al capital, y pueden ser recaudados de manera más efectiva que los impuestos a la renta de las personas. Además, no carece de sentido que los gastos de salud se financien con impuestos asociados al consumo, en la medida en que el consumo define, de manera decisiva, el estado de salud de las personas.

De acuerdo con nuestros cálculos, un incremento de recaudos del IVA del orden del 20%, permitiría financiar el sistema en el horizonte de los próximos veinte años. La devolución del IVA recién implementada esterilizaría el efecto distributivo más indeseable, y ello podría servir de base a una nueva concepción de ese tipo de impuesto, que podría asociarse a un beneficio colectivo y racionalizarse en sus tarifas para hacerlo más efectivo, acercando así al país a estándares internacionales como los observados en la OECD (Figura 6.1).



Por supuesto, una dosis de impuestos personales puede fortalecerse a través de los aportes a salud obligatorios, en los contratos de servicios que se realicen con empresas. Ello ya es una realidad en Colombia, y tendrá seguramente efectos importantes futuros en las rentas del sistema.

4. Sobre los sistemas de información

Nuestra propuesta, y es en general lo que la literatura dice sobre el futuro de la salud, está cimentada en el uso efectivo de la información. Todos los datos que hoy existen, junto con los importantes avances en técnicas de analítica e Inteligencia artificial para su uso (*big data*), permitirán hacer más eficiente el uso de los recursos, principalmente en aspectos asociados a oportunidad y el diagnóstico temprano, elementos innatos de un sistema que gira en torno al cuidado de las personas.

Colombia, hoy tiene importantes barreras en este aspecto, a pesar de que la normativa (resumida en el estatuto único en salud 780 de 2016), impone obligatoriedad en su reporte⁷⁹. No toda la información es bien reportada⁸⁰, es decir, no hay un control riguroso (público) de lo que se está pagando con recursos públicos.

Por ejemplo, no es posible encontrar la información sobre costos dependiendo de la contratación entre EPS-IPS, que según información de RIPS muestran alta varianza en el costo por atención a nivel de CUPS-IPS. De igual forma, si se usan estos costos para analizar el gasto en salud, el resultado no es coincidente con la información reportada en la nota técnica de los informes de suficiencia. El asunto no es menor, pues es la información de EPS-IPS-farmacéuticas, el insumo principal del cálculo de la UPC y el nuevo mecanismo de valores máximos para los recobros.

Es imperativo entonces, que la política de datos abiertos sea rigurosamente implementada en el sector salud. Como se detalló en el capítulo 4, la innovación asociada a eficiencia

⁷⁹ Incluso a partir de la Ley de Transparencia 1712 de 2014, la procuraduría emitió una respuesta a un radicado sobre la obligatoriedad de las IPS y clínicas privadas de reportar información en el marco de esta Ley. La respuesta: la información que reporten “será aquella relacionada con la prestación del servicio público y fundamental de salud y con los dineros o recursos públicos que reciban, intermedien o administren” (Procuraduría General de la Nación, 2016; pág. 3).

⁸⁰ Un hecho documental: la información que se utiliza para el cálculo de la suficiencia de la UPC, es a partir de una selección de EPS del contributivo, que reportan la información de manera directa a este grupo técnico, precisamente, porque la información que se reporta en los softwares específicos no parece ser confiable. Además, paradójicamente, según se puede deducir de estos informes, el problema se complica más en los reportes del subsidiado, entidades que concentran más recursos públicos que el contributivo (es bueno recordar que negocian el 60% del gasto con IPS públicas).

en salud, depende fundamentalmente de un robusto sistema de información para: 1) la investigación, creación y cálculo de indicadores basados en resultados/gasto; 2) la telemedicina y el *matching learning*, para el cambio disruptivo del sistema; 3) para el diseño de contratos óptimos con metas en salud.

CONCLUSIONES

EL sistema de salud colombiano muestra importantes avances, en cobertura, calidad y costos. Sin embargo, enfrenta grandes retos, asociados al envejecimiento de la población, al previsible desarrollo de nuevas tecnologías, a las presiones de costos en los mercados de medicamentos y procedimientos, y especialmente, al continuo incremento de demandas de atención, que parece reflejar un acuerdo social profundo acerca de lo que el sistema debe proveer a los colombianos: un servicio de salud integral, confiable y oportuno, accesible para todos, y de bajo costo de bolsillo.

Pero, así como es clara la existencia de un “derecho fundamental” a la salud, que se plasma en la constitución y las leyes, en los fallos judiciales y, especialmente, en las expectativas y esperanzas de la gente, no es claro que haya un consenso acerca de cómo financiarlo. En lo referente a ello, los colombianos parecemos creer que eso es “cosa del estado”, olvidando que el estado no dispone de recursos distintos a los que aportamos a través de impuestos y gravámenes. El escenario básico de este estudio indica que las presiones de costos y servicios habrán de representar cerca de 3 puntos adicionales del PIB en el horizonte de los próximos veinte años, y que tendremos en consecuencia, que encontrar caminos para atender el descalce entre recursos y necesidades que ello implicará.

Pero sólo hay tres caminos, cuando de ajustar un sistema de ingresos y egresos se trata: moderar las presiones de gastos; incrementar los recursos; o usar los recursos de forma más eficiente.

La posibilidad de contener las presiones de costos puede verse desde dos ángulos: de una parte, como un problema de reducción de la demanda de servicios; de otra, como un proceso de transformación estructural del sistema, que permita mejoras sustanciales en el estado de salud de los colombianos, reduciendo las necesidades de atención de enfermedades y dolencias no previstas y extraordinarias.

En lo primero, las posibilidades son limitadas: hay todavía un atraso importante en la universalización del servicio, y está todavía en desarrollo la legislación que plasma la transformación profunda del sistema, desplegada en la ley estatutaria de 2015. No luce factible refrenar al ciudadano común en sus demandas al sistema, ni imponer restricciones profundas a la prestación del servicio, a través de sobrecostos, racionamientos o demoras

en la prestación. Habrá, por supuesto, que trabajar en una cuidadosa delimitación de la calidad estándar de servicios que el sistema debe ofrecer a sus usuarios, deslindando aspectos sofisticados de cualificación del servicio en cuanto a oportunidades y modos de prestación, que puedan ser atendidos mejor con la ampliación de programas de salud complementarios y seguros privados. Pero la imbricación del sistema con el aparato judicial y la clara percepción de la gente de sus derechos fundamentales, hacen improbable que se alcancen grandes logros en este frente.

Distinta es la situación con el enfoque estructural de reducción en la demanda de servicios, asociado, de una parte, a la prevención y el cuidado primario, y de otra, a la transformación disruptiva del modelo de atención, que dejará de ser un modelo centrado en unidades de prestación del servicio para pasar a ser un modelo basado en las personas, intensivo en el uso de información y apoyado en el despliegue de la Inteligencia Artificial y el Big Data. Sin embargo, la transformación estructural que ello implica (y que el país ha empezado a avizorar a través del PAIS, y de su implementación a través de MAITE y de RIAS), será sin duda la tarea más importante de innovación en el sistema, y al respecto, quizás lo que se deba emprender es una Misión profunda de transformación del sector, que entienda la forma como la salud va a ser afectada por la cuarta revolución industrial, y por las tendencias de Digitalización, Descentralización y Automatización que han de definir el futuro de nuestras sociedades.

Entre tanto, los caminos viables de corto y mediano plazo pasan por la provisión de nuevos ingresos al sistema, y por la búsqueda incansable de la eficiencia en el uso de los recursos.

En cuanto a lo segundo, creemos haber detectado oportunidades interesantes de mejora en el sistema, tanto en lo relativo a la asignación de recursos en el sector, como en lo relativo a la eficiencia interna de las unidades productivas. En lo primero, es claro que hay distorsiones asignativas, asociadas probablemente a los sistemas de contratación y al patrón de especialización de aseguradores y prestadores de servicios, que podría mejorarse sustancialmente, con sistemas de contratación “alineados en incentivos”, y que remuneren la calidad y el valor agregado general del servicio. Esos incentivos deberán impulsar al tiempo la transformación productiva al interior de las unidades, generando por lo menos una mejora en eficiencia superior al 20% en el horizonte de los próximos veinte años.

Pero en esto, como en todo lo concerniente al diseño de mercados y mecanismos, “el diablo está en los detalles”. No basta con plantear metas grandilocuentes de eficiencia, o hablar de propósitos colectivos de mejora en eficiencia: hay que diseñar estructuras organizacionales y esquemas institucionales de operación que privilegien la búsqueda de la eficiencia, en todos los niveles del sistema. Los esquemas de pago por atenciones generan incentivos inadecuados, y dejan de lado la verdadera razón de ser del sistema: la mejora de la salud y del bienestar de la población. El informe analiza cambios sustanciales en las formas de contratación como “drivers” fundamentales de la transformación productiva: esquemas de contratación de riesgo compartido, cuidado de la salud basado en el valor, esquemas de atención integral mediante redes de servicio, son entre otros los elementos fundamentales a los que habrá que dirigir los esfuerzos, y ello, en medio de transformaciones disruptivas profundas, que abren nuevas posibilidades de medición y de evaluación de la salud de la población.

No bastará, en nuestra opinión, con ello: será necesario proveer recursos adicionales al sistema, del orden de 2 puntos del PIB, para garantizar su sostenibilidad. Los aportes y contribuciones de aquella parte de la fuerza de trabajo que, en Colombia, denominados informal, tendrán un papel limitado, aportando quizás 0.3% del PIB.

En ese orden de ideas, es necesario el concurso de otras formas de impuestos, y creemos que la mejor alternativa es aquella asociada a los impuestos indirectos: los sesgos distributivos pueden ser atenuados por la devolución del IVA que el país acaba de implementar, y no carece de justicia el que sea el consumo de bienes el que financie la atención de los estados de salud de la población que los consumo, sin afectar la creación de riqueza por la vía de impuestos a los factores o a la actividad productiva, o sin imponer cargas de control excesivas en impuestos a las personas, cuya eficiencia todavía no controlamos.

Un recaudo adicional de cerca del 20% en el IVA permitiría cerrar la brecha, y podría diseñarse de tal manera, que además propiciara el cumplimiento de metas alternativas: eficiencia en el recaudo, equidad entre sectores, progresividad limitada, y probablemente, sobretasas a los consumos que generasen externalidades negativas al sistema de salud.

REFERENCIAS

Introducción

Barber, S. L., Lorenzoni, L., & Ong, P. (2019). *Price Setting and Price Regulation in Health Care: : lessons for advancing Universal Health Coverage*.

<https://doi.org/10.1787/ed3c16ff-en>

OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

SNS (2019). *Sistema de Cuentas de Salud 2017: principales resultados*.

Superintendencia Nacional de Salud.

Porter, M. E. (2010). What is value in health care. . *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.

Capítulo 1

Defensoría del Pueblo. (2019). *La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018*. Bogotá, D. C.

Giedion, U., Bitrán, R., & Tristao, I. (Ed.). (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)*.

Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2013). Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. *CEPAL*.

García-Ramírez, J., Nikoloski, Z., & Mossialos, E. (2020). Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *International journal for equity in health*, 19(1), 1-15.

Ministerio de Protección Social. (2016). *Seguimiento a recobros No Pos del régimen contributivo. Resultados 2014 y 2015*. Grupo de estudios sectoriales y de evaluación de política pública.

Morales, L., & Medina, C. (2017). Assessing the Effect of Payroll Taxes on Formal Employment: The Case of the 2012 Tax Reform in Colombia. *Economía* 18(1), 75-124.

OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.

- OECD (2015), *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264248908-en>
- Restrepo-Zea, J. H., Casas-Bustamante, L. P., & Espinal-Piedrahita, J. J. (2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Rev. Salud Pública*, 20 (6), 670-676.
- Santamaría, M. (2020). *La Salud en Colombia: Avances y Retos de un Sistema*. ANIF. Popayán, febrero 5 de 2020.
- Tandon, A., Murray, C. J., Lauer, J. a, & Evans, D. B. (2002). Measuring health system performance for 191 countries. *The European Journal of Health Economics*, 3(3), 145–148. <https://doi.org/10.1007/s10198-002-0138-1>
- Uprimny, R., & Durán, J. (2014). Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia. *Serie Políticas Sociales CEPAL*, 197.
- Vaca, C. (2015). *El Plan de Beneficios de Colombia ¿Qué lecciones nos deja?* CRITERIA: Banco Interamericano de Desarrollo.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000 health systems: Improving performance*. World Health Organization -WHO. Geneva.

Capítulo 2

- Circular 03 de 2013. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Bogotá D.C, Colombia, 21 de mayo de 2013.
- Circular 04 de 2010. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Bogotá D.C, Colombia, 01 de junio de 2010.
- Circular 06 de 2013. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Bogotá D.C, Colombia, 03 de octubre de 2013.
- Circular 04 de 2016. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Bogotá D.C, Colombia, 22 de diciembre de 2016.
- Circular 07 de 2018. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Bogotá D.C, Colombia, 06 de agosto de 2018.
- Circular 09 de 2019. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Bogotá D.C, Colombia, 08 de mayo de 2019.

Circular 10 de 2020. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, Bogotá D.C, Colombia, 27 de enero de 2020.

Consejería presidencial para las Comunicaciones. (2019). Abecé del acuerdo de punto final. Retrieved from <https://id.presidencia.gov.co/Documents/190723-ABC-Acuerdo-Punto-Final.pdf>

Constitución Política de Colombia 1991. Secretaria del Senado, Bogotá D.C, Colombia, 4 de julio de 1991.

Decreto No 806 de 1998. Diario Oficial No 43.291, Bogotá D.C, Colombia, 5 de mayo de 1998.

Decreto No 1011 de 2006. Presidencia de la República de Colombia, Bogotá D.C, Colombia, 3 de abril de 2006.

Decreto 4474 de 2010. Presidencia de la República de Colombia, Bogotá D.C, Colombia, 29 de noviembre de 2010.

Decreto No 1429 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, 1 de septiembre de 2016.

Decreto 682 de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, 18 de abril de 2018.

Decreto 521 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, 6 de abril de 2020.

Decreto Único 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, 6 de mayo de 2016.

Ley 100 de 1993. Diario Oficial No 41.148, Bogotá D.C, Colombia, 23 de diciembre de 1993.

Ley 715 de 2001. Secretaria del Senado, Bogotá D.C, Colombia, 21 de diciembre de 2001.

Ley 1122 de 2007. Secretaria del Senado, Bogotá D.C, Colombia, 9 de enero de 2007.

Ley 1438 de 2011. Secretaria del Senado, Bogotá D.C, Colombia, 19 de enero de 2011.

Ley 1607 de 2012. Diario Oficial No 48.655, Bogotá D.C, Colombia, 26 de diciembre de 2012.

Ley 1751 de 2015. Secretaria del Senado, Bogotá D.C, Colombia, 16 de febrero de 2015.

Ley 1955 de 2019. Diario Oficial No 50.964, Bogotá D.C, Colombia, 25 de mayo de 2019.

MinSalud. (2017). Abecé ADRES.

MinSalud. (2018). Abecé MIPRES.

MinSalud. (2019). Abecé Regulación de Precios de Medicamentos.

- MinSalud. (2020). Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>
- OECD (2015), OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264248908-en>
- Prada-Ríos, S. I., Pérez-Castaño, A. M., & Rivera-Triviño, A. F. (2017). Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: El caso de Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 51–65. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cips>
- Resolución 205 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, 17 de febrero de 2020.
- Resolución 206 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, 17 de febrero de 2020.
- Resolución 618 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C, Colombia, 17 de abril de 2020.

Capítulo 3

- Atehortúa Mira, S. M. (2018). *Contratación de servicios de salud entre las entidades responsables de pago y las instituciones prestadores de servicios de salud* (Universidad de Antioquia). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Bardey, D. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. *Monitor Estratégico*, (7), 4–7.
- Barrubés, J., Honrubia, L., de Vicente, M., Nake, A., Sopeña, L., Vilardell, C., ... Portella, E. (2019). *Value-Based Healthcare: de la teoría a la acción*. Barcelona: Antares Consulting.
- BCG. (2018). How Dutch Hospitals Make Value-Based Health Care Work. Retrieved from <https://www.bcg.com/publications/2018/how-dutch-hospitals-make-value-based-health-care-work.aspx>
- Carranza, J. E., Riascos, A. J., & Serna, N. (2015). Poder de mercado, contratos y resultados de salud en el sistema de salud colombiano entre 2009 y 2011. In *Borradores de Economía* (No. 918). Retrieved from <http://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/6229>
- Emanuel, E. J., & Fuchs, V. R. (2008). The perfect storm of overutilization. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 299(23), 2789–2791. <https://doi.org/10.1001/jama.299.23.2789>
- Franco Restrepo, C. (2015). *Recobros: quién se beneficia y quién no?* (Universidad

- Nacional del Colombia). Retrieved from <http://www.bdigital.unal.edu.co/51638/>
- McGuire, T. G., & Van Kleef, R. C. (2018). Risk sharing. In *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice* (pp. 105–131). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811325-7.00004-X>
- Miller, G., & Singer B., K. (2013). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. In *NBER Working Paper*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00126-7>
- Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1002530>
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results*. Harvard Business Press.
- Prada-Ríos, S. I., Pérez-Castaño, A. M., & Rivera-Triviño, A. F. (2017). Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: El caso de Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 51–65. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cips>
- Riascos, A., & Camelo, S. A. (2017). A Note on Risk-Sharing Mechanisms for the Colombian Health Insurance System. In *Documentos CEDE*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2973568>
- Rumbold, B., Alakeson, V., & Smith, P. C. (2012). Rationing health care. *Is it Time to Set out More Clearly what is Funded by the NHS*.
- US Department of Justice, & Federal Trade Commission. (2010). *Horizontal merger guidelines*. Retrieved from <http://www.justice.gov/atr/horizontal-merger-guidelines-08192010>
- Van Barneveld, E. M., Lamers, L. M., Van Vliet, R. C. J. A., & Van De Ven, W. P. M. M. (2001). Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: A tradeoff between selection and efficiency. *Journal of Health Economics*, 20(2), 147–168. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(00\)00077-1](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(00)00077-1)
- Zhu, Z. (2012). *Optimal Financing Structure Mechanism Design for Healthcare Insurance*. Purdue University.

Capítulo 4

- Aigner, D., Lovell, C. K., & Schmidt, P. (1977). Formulation and estimation of stochastic frontier production function models. *Journal of econometrics*, 6(1), 21-37.
- Asandului, L., Roman, M., & Fatulescu, P. (2014). The efficiency of healthcare systems in Europe: A data envelopment analysis approach. *Procedia Economics and Finance*, 10, 261-268.

- Behr, A., & Theune, K. (2017). Health system efficiency: A fragmented picture based on OECD data. *PharmacoEconomics-open*, 1(3), 203-221.
- Bonet-Morón, J. A., & Guzmán-Finol, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana*, 22.
- Cantor, V. J. (2018). Integrated analysis of healthcare efficiency: a systematic review. *Journal of medical systems* 42(1), 8.
- Carreño D., A. (2009). Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. *Revista Universidad y Empresa*, 11(17), 203-222.
- Caves, D. W., Christensen, L. R., & Diewert, W. E. (1982). The economic theory of index numbers and the measurement of input, output, and productivity. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1393-1414.
- Cornell University, INSEAD, & WIPO. (2019). *The Global Innovation Index 2019: Creating Healthy Lives—The Future of Medical Innovation*. Retrieved from <https://www.globalinnovationindex.org/gii-2016-report#>
- Dias, D. A., Marques, C. R., & Richmond, C. (2016). Misallocation and productivity in the lead up to the Eurozone crisis. *Journal of Macroeconomics*, 49, 46-70.
- Ferrara, G. (2020). Stochastic frontier models using R. *Handbook of Statistics*, 42, 299-326.
- Ferrara, G., & Vidoli, F. (2017). Semiparametric stochastic frontier models: A generalized additive model approach. *European Journal of Operational Research*, 258(2), 761-777.
- Foster, L. H. (2008). Reallocation, firm turnover, and efficiency: selection on productivity or profitability? . *Econ. Rev.* 98 (1), 394–425.
- Greene, W. (2008). *The econometric approach to efficiency analysis*. Oxford University Press.
- Hall, R. J. (1999). Why do some countries produce so much more output per worker than others? . *Q. J. Econ.* 114 (1), 83–116.

- Hsieh, C. T., & Klenow, P. J. (2009). Misallocation and manufacturing TFP in China and India. *The Quarterly journal of economics*, *124*(4), 1403-1448.
- Kim, Y., Oh, D. H., & Kang, M. (2016). Productivity changes in OECD healthcare systems: bias-corrected Malmquist productivity approach. *The International journal of health planning and management*, *31*(4), 537-553.
- Lieberman, M. L. (1990). Firm-level productivity and management influence: a comparison of US and Japanese automobile producers. *Manage. Sci.* *36* (10), 1193–1215.
- Maza-Avila, F., & Vergara-Schmalbach, J. C. (2014). La inversión en salud en el departamento de Bolívar. Un análisis de eficiencia y productividad. *Panorama Económico*, *22*, 117-128.
- Meeusen, W., & van Den Broeck, J. (1977). Efficiency estimation from Cobb-Douglas production functions with composed error. *International economic review*, *18*(2), 435-444.
- Montoya, A. (2013). Análisis de eficiencia del sector hospitalario: el caso colombiano. *trabajo para optar al título de maestría en Economía, Universidad del Rosario*.
- Murillo, K. P., Rocha, E. A., & González, C. A. (2018). Análisis de eficiencia multidireccional en hospitales públicos del Valle del Cauca. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *17*(34).
- Peñaloza, R. M. (2003). Evaluación de la Eficiencia en instituciones hospitalarias públicas y privadas con Data Envelopment Analysis (DEA). *DNP*.
- Pinzón, M. J. (2003). Medición de eficiencia técnica relativa en hospitales públicos de baja complejidad mediante la metodología Data Envelopment Analysis (DEA). *DNP*.
- Samut, P. K., & Cafri, R. (2016). Analysis of the efficiency determinants of health systems in OECD countries by DEA and panel tobit. *Social Indicators Research*, *129*(1), 113-132.

Capítulo 5

- ADRES. (2019). *Recursos que se convierten en salud: análisis y evolución del ponderador de la UPC*.
- Armington, P. S. (1969). A theory of demand for products distinguished by place of production. *Staff Papers*, 16(1), 159-178.
- Bergquist, K., Fink, C., & Raffo, J. (2017). Identifying and ranking the world's largest clusters of inventive activity. In *Economic Research* (No. 34).
- Cornell University, INSEAD, & WIPO. (2019). *The Global Innovation Index 2019: Creating Healthy Lives—The Future of Medical Innovation*. Retrieved from <https://www.globalinnovationindex.org/gii-2016-report#>
- Emanuel, E. J., & Fuchs, V. R. (2008). The perfect storm of overutilization. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 299(23), 2789–2791. <https://doi.org/10.1001/jama.299.23.2789>
- Melitz, M. J. (2003). The impact of trade on intra-industry reallocations and aggregate industry productivity. *econometrica*, 71(6), 1695-1725.

Capítulo 6

- Gaviria, A. (2020). Sobre el Sistema de Salud Colombiano. In J. C. Londoño (Ed.), *Al filo de la vida*.
- Jiménez, C. (1999). Un régimen jurídico propio de las actividades de vigilancia y control. *Contexto*, (6), 26–32.
- Miller, G., & Singer B., K. (2013). Pay-for-Performance Incentives in Low- and Middle-Income Country Health Programs. In *NBER Working Paper*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375678-7.00126-7>
- MSPS- Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública. (2018). *Seguimiento a Recobros no POS Régimen Contributivo: Resultados 2014 y 2015*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- National Institute for Health and Care Excelente (NICE). (2021). NICE strategy 2021 to 2026. In NICE Publishing. <https://www.nice.org.uk/about/who-we-are/corporate-publications/the-nice-strategy-2021-to-2026>
- NEJM Catalyst. (2018). What Is Pay for Performance in Healthcare? Retrieved April 18, 2018, from NEJM Catalyst website:

<https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0245>

OCDE. (2011). Mejores políticas para el desarrollo: Perspectivas OCDE sobre Chile. In *OECD Publishing*. <https://doi.org/10.1787/9789264095755-es>

Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1002530>

Procuraduría General de la Nación. (2016). *Radicado SIAF 103635*. Retrieved from <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/siaf103635.pdf>

Riascos, Á. J., Romero, M., & Serna, N. (2018). Risk Adjustment Revisited using Machine Learning Techniques. *Proceeding Series of the Brazilian Society of Computational and Applied Mathematics*, (2), 1–7. <https://doi.org/10.5540/03.2018.006.02.0319>