



Universidad de
los Andes
Colombia

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Apuntes de Gestión y Políticas Públicas

Esta serie busca visibilizar y poner en el debate público discusiones sobre instrumentos, ideas y recomendaciones de política que se alimentan desde nuestra propia investigación, desde la experiencia de los hacedores de política y expertos, y desde la literatura de punta en el campo de los asuntos públicos: la gestión y las políticas públicas. Tiene un enfoque de coyuntura y busca contribuir con lecciones, aprendizajes, ideas e instrumentos de política a una discusión amplia entre academia, actores estatales y sociedad civil sobre potenciales respuestas a ingentes problemas colectivos y sociales.

Febrero del 2023 | No. 11

¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita?

Resumen del Seminario Permanente 2022

 | **@GobiernoUAndes**

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación

Reconocimiento como Universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964 Reconocimiento personería jurídica: Resolución 28 del 23 de febrero de 1949 Minjusticia

Seminario
Permanente 2022

¿Cuál es la reforma en salud
que Colombia necesita?

Autores

Jairo H. Restrepo

Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia

Carlos Agudelo.

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

Enrique Peñaloza

Instituto de Salud Pública, Universidad Javeriana

Juan Carlos García-Ubaque

Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

Natalia Arias

Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia

Óscar Bernal

Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes

El seminario permanente 2022 fue organizado por:

Carlos Agudelo y Juan Carlos García (Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia); Óscar Bernal y Luis Jorge Hernández (Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo y Facultad de Medicina, Universidad de los Andes); Enrique Peñaloza y Jaime Ramírez (Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana); Jairo Humberto Restrepo, Natalia Arias y Andrea Ruiz (Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia). Se contó con personal de apoyo de las universidades.

Además, en la realización de las diferentes sesiones participaron como aliados: Claudia Jaramillo (Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas); Carlos Medina (Banco de la República, sucursal Medellín); Jesús Botero (Universidad Eafit); Sergio Prada (Fundación Valle del Lili); y Andrés Escobar (Facultad de Economía, Universidad de Cartagena).



Angélica Cantor Ortiz, edición y corrección de estilo

Luisa Fernanda Gómez Avilán, diagramación e imagen

Presentación

La reforma colombiana al sistema de salud, adoptada mediante la Ley 100 de 1993, tenía como meta principal la cobertura universal del aseguramiento, financiada con recursos públicos, con una dirección estatal y una administración delegada a las entidades promotoras de salud (EPS), las cuales estarían encargadas de gestionar el riesgo en salud y el financiero, y contratar la atención con instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (Restrepo, 2022).

El país avanzó de manera importante durante las tres últimas décadas, con un mayor financiamiento público, la reducción del gasto de bolsillo, la cobertura universal del aseguramiento, un mayor acceso y mejoras en indicadores de salud.

No obstante, el sistema debe mejorar en aspectos de acceso, calidad y sostenibilidad (Banco Mundial, 2020), y enfrenta retos asociados con el envejecimiento de la población, el desarrollo de nuevas tecnologías, las presiones de costos y el continuo incremento de demandas de atención (Agudelo, 2011).

El sistema también ha evolucionado institucionalmente, con algunas mejoras a partir de la creación de la Administradora de los recursos del sistema (ADRES) y del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), así como el fortalecimiento de la regulación de precios y la política farmacéutica. Sin embargo, resulta una pérdida la desaparición del Consejo Nacional y de la Comisión de Regulación, lo que ha significado un debilitamiento de la gobernanza (Restrepo, 2022).

Luego de los intentos fallidos en 2013 y 2021, se ha abierto un nuevo debate sobre reforma al sistema de salud. Aunque el tema hizo parte de la campaña por la Presidencia y el nuevo Gobierno ha hecho anuncios sobre el particular, durante los primeros seis meses no se contó con un documento oficial. Los puntos clave, expuestos por la ministra de Salud en varios escenarios, parecen ser: Atención Primaria en Salud (APS) como eje central del sistema; fortalecimiento de la prevención; laboralización y dignificación de trabajadores y

trabajadoras de la salud; sistema de información público y transparente; eliminación de las EPS; y una política farmacéutica que favorezca la autonomía sanitaria (*Portafolio*, 2023).

En el contexto de discusión sobre reforma se destacan propuestas de diferentes organizaciones, entre ellas: i) el decálogo por un cambio estructural del sistema de seguridad social en salud, elaborado por varias personas y organizaciones a instancias de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 (Corcho *et al.*, 2021); ii) los 14 acuerdos fundamentales para una reforma en salud de la Academia Nacional de Medicina y otras organizaciones médicas (ANM, 2021); y iii) nuevos paradigmas en salud y protección social de Así Vamos en Salud (2021).

Con el propósito de contribuir al debate informado y aportar a la construcción de la reforma que el país requiere, y luego del seminario realizado en 2021 (Agudelo y Restrepo, 2022), profesores de las universidades de Antioquia, Nacional de Colombia, Los Andes y Javeriana organizaron el Seminario Permanente entre el 24 de agosto y el 30 de noviembre del 2022 (ver tabla 2). Las sesiones se desarrollaron en formato híbrido y en ellas se combinó la discusión técnica con la opinión de actores. A lo largo de las sesiones del seminario se sumaron otras organizaciones: las universidades de Caldas, Cartagena, EAFIT, Icesi e Industrial de Santander (UIS); la Gobernación de Antioquia, el Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud, la Fundación Valle del Lili, la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), la Caja de Compensación Familiar de Antioquia (Comfama), Sura y Acuerdo Vital, que comprende 23 organizaciones del sector salud, entre gremios de prestadores, aseguradores, profesionales de la salud, sociedades científicas, pacientes e industria farmacéutica.

En este Apuntes de Gestión y Políticas Públicas se recogen los aspectos centrales de la discusión adelantada a lo largo del seminario y particularmente de la última sesión, en la cual se adelantó un taller con actores del sistema en torno a: gobernanza, salud pública, prestación de servicios, talento humano y financiamiento.

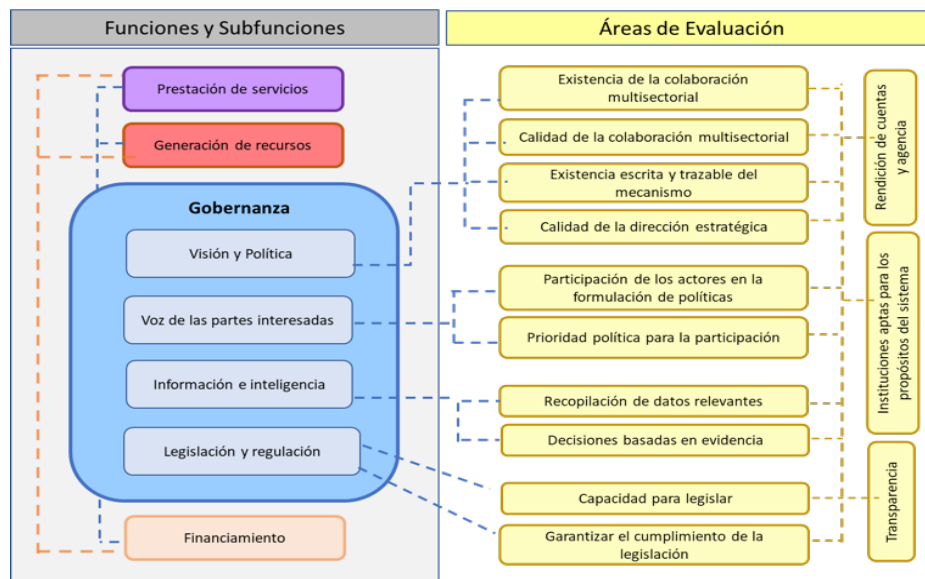
Gobernanza: fortalecer legitimidad, capacidades locales, transparencia y participación

La gobernanza, como una manera de conducir las políticas públicas con la participación de agentes estatales y no estatales, busca “garantizar que los marcos de políticas estratégicas existan y se combinen con una supervisión eficaz, creación de coaliciones, regulación, atención al diseño del sistema y rendición de cuentas” (OMS, 2007). Con el propósito de medir el pulso sobre la calidad de la gobernanza en salud en Colombia, una encuesta a líderes de opinión en el 2021 la calificó en un nivel bajo (2,3/5,0). La función mejor calificada fue “formular normas y marcos regulatorios” y las peor calificadas fueron “fomentar la participación ciudadana en la gestión y el control de las políticas del sistema”, y “observancia de la transparencia y la rendición de cuentas” (Restrepo y Zapata, 2021; GES, 2022).

La OMS y el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud han propuesto un marco de evaluación de desempeño en el que la gobernanza es considerada una función primordial y transversal en los sistemas de salud, con cuatro subfunciones (Papanicolas *et al.*, 2022):

- * Política y visión: colaboración multisectorial y calidad de la dirección estratégica.
- * Voz de las partes interesadas: participación de los actores en la formulación de las políticas.
- * Información e inteligencia: decisiones informadas por la evidencia.
- * Legislación y regulación: capacidad para legislar y garantizar el cumplimiento de las normas.

Gráfico 1. Marco de evaluación de la gobernanza en los sistemas de salud



Fuente: elaborado por el GES con base en Papanicolas *et al.* (2022).

Principales retos de la gobernanza

1. Un sistema de salud con baja legitimidad.
2. Un ministerio de salud con falta de liderazgo y capacidad técnica para la definición estratégica y la planeación a largo plazo.
3. Falta de espacios apropiados y eficaces para deliberar, coordinar y tomar decisiones.
4. Pocos mecanismos reales de participación ciudadana en la toma de decisiones.
5. Limitado trabajo inter y transectorial.
6. Exceso de normas con poca armonización y falta de mecanismos para implementarlas.
7. Debilidad en inspección, vigilancia y control, con baja capacidad para controlar la corrupción.
8. Falta de transparencia y de rendición de cuentas.

Propuestas y recomendaciones para una mejor gobernanza

1. Definir una estrategia de largo plazo para el sistema de salud, nacional y territorial, de manera consensuada y teniendo como base la Ley Estatutaria de salud.
2. Simplificar y armonizar las normas, teniendo en cuenta la política del Conpes 3816. Definir normas y estándares claros desde un enfoque intersectorial.
3. Fortalecer y hacer operativa la Comisión Intersectorial de Salud Pública.
4. Contar con una estrategia para la prevención y el control de la corrupción, incluida la evasión, los cobros abusivos y el uso inapropiado de los fondos.
5. Fortalecer la capacidad técnica y la independencia de la Superintendencia de Salud, el Instituto Nacional de Salud (INS) y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).
6. Crear un órgano de gobernanza multinivel para fortalecer la interacción entre diversos actores fuera y dentro del sistema de salud.
7. Mejorar la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones e involucrarla en la rendición de cuentas.
8. Difundir y discutir el rol de los actores, las instancias y los mecanismos para la toma de decisiones como una forma de mejorar la gobernanza.
9. Un sistema de información en salud suficiente, de calidad e interoperable, incluido la caracterización de las poblaciones a través de un Sistema Único de Información en Salud.
10. Fortalecer la transparencia con información pública sobre resultados con evaluación de desempeño y rendición de cuentas.



Tabla 1. La descentralización en el contexto de la gobernanza. Retos, propuestas y recomendaciones

| Retos | Propuestas y recomendaciones |
|--|---|
| Débil relacionamiento de la rectoría central con los entes regionales, locales y nacionales, lo cual ha debilitado el ejercicio de la autonomía territorial. | Crear una oficina de descentralización al interior del Ministerio de Salud y Protección Social. |
| Desequilibrio entre el diseño institucional del sistema de salud y el modelo de descentralización del país. | Fortalecer entes territoriales como autoridad sanitaria y en inspección, vigilancia y control, autonomía y gestión. |
| Limitada coordinación entre municipios y departamentos. | |
| La descentralización se ha basado en recursos y no en capacidad de los territorios. Necesidad de mejorar la capacidad de los municipios, departamentos. | Fortalecer los recursos técnicos, humanos y financieros de los entes territoriales. |
| Entes territoriales con recursos técnicos y humanos limitados y con poca claridad de sus funciones y responsabilidades. | Descentralización a nivel de funciones y recursos según la capacidad de los territorios. |
| Blindar la descentralización de la corrupción, el clientelismo y la politiquería. | Desarrollar espacios a nivel territorial para la presentación de iniciativas de política pública. |

Fuente: elaboración propia



Salud pública: orientar el sistema hacia la promoción y la prevención, con más capacidades territoriales y recursos incrementados y bien manejados

Son numerosas las definiciones de salud pública. Para los fines de este documento, adoptamos los conceptos de la Ley 1122 del 2007: “El conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva [...]. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad” (Art. 32).

En el marco de los determinantes sociales de la salud, los resultados en salud dependen solo de manera modesta de lo que haga el sistema de salud y la salud pública, en tanto componente de este, como lo indican los estudios de mortalidad evitable (Rojas, 2022). De todos modos, una parte significativa de la reducción de la mortalidad, la recuperación de la salud y la capacidad funcional, así como las actividades de prevención y promoción, son aportes invaluable del sistema de salud.

La salud pública ha pasado por varias fases de desarrollo en las últimas tres décadas. Una primera fase (1993-2001) abarca la aprobación de la Ley 100 y la implementación inicial del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Además, esta fase contó con un marco normativo previamente aprobado de descentralización política y administrativa y, en ausencia de un régimen de transición, la rectoría nacional quedó a la deriva. La segunda fase (2001-2006) se inició con la Ley 715 del 2001 que reordenó la distribución de recursos entre la Nación y los municipios, acoplándola a los flujos de los recursos de salud, por medio del Sistema

General de Participaciones. Durante esta fase se fortaleció progresivamente la capacidad de gestión y de dirección de la salud pública en los departamentos y municipios. La tercera fase (2007 en adelante) se inició con la reforma parcial de la Ley 100, por medio de la Ley 1122 y la expedición del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) (Agudelo, 2011).

Enfoques similares se han utilizado para el diseño de los planes decenales de salud pública 2012-2021 y 2022-2031, que delimitan las dimensiones y estrategias para la gestión nacional y territorial. La Ley 1438 del 2011 introdujo un modelo de atención primaria como una opción válida en el esquema de aseguramiento y desarrolló la estrategia de redes integradas de servicios.

En el 2015 se expidió la Ley 1571 que consagró el derecho fundamental a la salud; posteriormente se definieron el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) continuadas por el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), que recogen características de la atención primaria y las redes integradas. Estos últimos aspectos normativos e institucionales se han implementado en escaso grado.

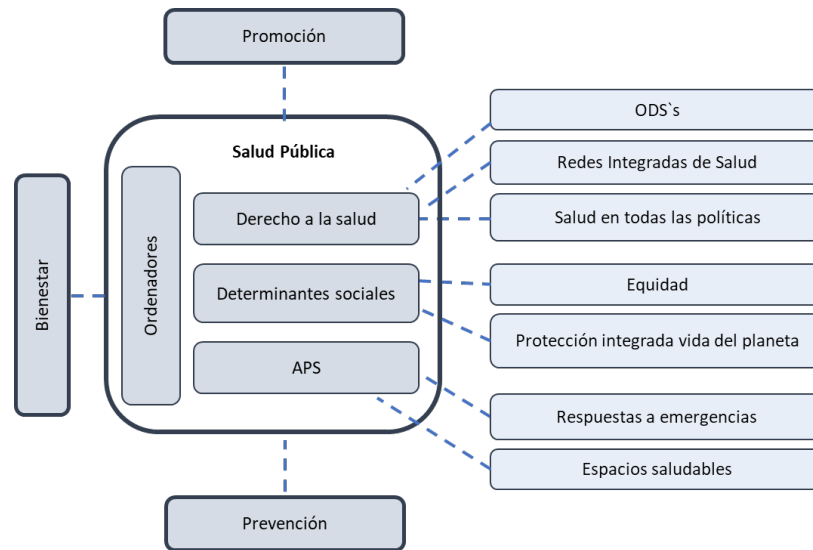
En los últimos 15 años, la salud pública ha acrecentado sus actividades y su alcance, y ha dado significativos aportes a la salud de la población. Así mismo, ha mejorado su capacidad de planeación y gestión.

La tendencia a la recuperación, a partir del plan nacional de salud pública del 2007, ha sido

similar al mejoramiento de la situación de salud de la población del país, como lo expresan los indicadores de resultados. En indicadores como esperanza de vida, mortalidad materna e infantil, cobertura, acceso y satisfacción, la evolución de Colombia ha sido reconocida como positiva

por la OCDE y comparable a la de otros países de ingresos medios (OECD, 2015). No obstante, los indicadores generales y los de salud pública experimentaron un retroceso a partir de la pandemia por covid-19, como ocurrió en buena parte del mundo.

Gráfico 2. Ordenadores para evaluar el desempeño de la salud pública en Colombia



Fuente: elaboración propia

Propuestas y recomendaciones:

1. La salud pública debe continuar siendo independiente de las acciones individuales, con responsables y recursos específicos para cada tipo de acción y una planeación concertada.
2. La promoción tiene que centrarse en un modelo de sociedad que proteja la vida, al territorio, la naturaleza y la cultura.
3. Enfoque territorial, teniendo en cuenta población urbana, rural y rural dispersa, así como las comunidades étnicas y la creciente migración.
4. Articulación entre el Análisis de Situación de Salud (ASIS), la caracterización o el perfil poblacional y los planes territoriales de salud.
5. Fortalecer la caracterización de la población, conociendo su composición, prácticas, determinantes de salud y factores de riesgo.
6. La construcción del plan de intervenciones colectivas debe ser el resultado de un acuerdo con amplia participación de todos los sectores.
7. Los entes territoriales deben liderar la gobernanza en salud pública y las acciones que afectan los determinantes sociales de la salud. Lo que exige un trabajo coordinado entre diferentes sectores como el de educación, medio ambiente, recreación, entre otros.
8. En los territorios deben conformarse equipos permanentes de talento humano, con participación de promotores de salud.
9. Es indispensable implementar ampliamente el modelo de Atención Primaria en Salud, con el alcance indicado en la Ley 1438 del 2011.
10. Fortalecer las Rutas Integrales de Atención en Salud como una buena herramienta para la integración de atenciones individuales y colectivas. Estas redes deben ser integradas e integrales, con participación público-privada y tener un componente comunitario.
11. Incrementar los recursos dedicados a salud pública y a la Atención Primaria en Salud. Los recursos adicionales para salud pública se deben destinar a complementar las acciones individuales, a producir cambios de comportamiento y afectaciones a los determinantes sociales de la salud.
12. Articular de una manera más sistemática, el trabajo de los entes territoriales con la academia.

Talento humano: lograr compromiso político y entornos favorables

“Las reformas del sector salud modifican aspectos críticos de la fuerza laboral de salud, (al tiempo) que los recursos humanos en salud son cruciales en la implementación de los cambios”

(Rigoli, F., y Dussault, G., 2003).

El talento humano en salud, ante una reforma sectorial, además de ser impactado por ella, puede facilitarla o bloquearla. Esta doble condición hace prioritario conocer sus intereses, perspectivas, creencias y comportamientos sea.

Entre los trabajadores del sector en Colombia, se han señalado niveles importantes de desestructuración, asociados a que el número de personas formadas en los diversos campos de desempeño ha crecido continua y desordenadamente frente a las necesidades, generando distorsiones ocupacionales y salariales (Agudelo-Calderón, C. A., García-Ubaque, J. C., Robledo-Martínez, R., Caicedo, C. H., 2013). Sin ser exhaustivas, se identifican cinco situaciones a considerar:

1. Distribución y retención de trabajadores de la salud: la fuerza de trabajo, especialmente especializada, se concentra en centros urbanos, siendo notoria la escasez de algunas disciplinas y profesiones, especialmente en zonas rurales, dificultando la ejecución de planes y programas y coadyuvando las inequidades en salud; para afrontar la situación faltan compromisos políticos en financiación y coordinación.
2. Migración de los trabajadores de la salud: entre países y hacia lo urbano, lo privado y lo económicamente rentable. Aunque Colombia había sido “exportador” de talento humano en salud, hoy es “atractivo” para el ejercicio profesional, lo que alerta en relación con la convalidación de títulos y autorización para el ejercicio profesional.
3. Baja compensación y motivación para el desempeño: profesionales, técnicos y auxiliares perciben una situación inadecuada en cuanto a remuneración, satisfacción y calidad de vida. El tema, que amerita mayor análisis y reflexión,

se puede asociar a la existencia de salarios y prestaciones inequitativas e inmerecidamente bajas para algunos y a la percepción de disminución del ingreso frente a las expectativas derivadas del nivel formativo y la exigencia social (incluido el salario emocional); con enfoques de la gestión del talento humano sectorial de “corto plazo” y centrados en la productividad, en vez del resultado en salud.

4. Formación y actualización de los trabajadores de la salud: pobre voluntad política de cuantificar y estructurar líneas base para establecer necesidades de talento humano y orientar su formación, lo que asociado a la creciente y descontrolada inclusión de tecnologías contribuye a su “desactualización” y dificulta, aún más, el ejercicio profesional en zonas sin acceso a la misma.
5. Doble jornada y perspectivas éticas: es frecuente el pluriempleo sectorial y los riesgos asociados a “prácticas dudosas” de instituciones y trabajadores, afectando la legitimidad social disciplinar y sectorial.



Propuestas y recomendaciones:

1. Señales claras en relación con las expectativas sociales de actuación del talento humano en salud, en especial considerando que el énfasis en atención primaria, con enfoque familiar y comunitario, implica potencializar el desempeño profesional de “generalistas con capacidad resolutoria”. Al respecto es necesario superar la visión errónea del “portero”, que se limita a “impedir el acceso” de aquel usuario que “no reúne condiciones” y enviar a la oficina correcta (especialista adecuado) al que reúne “méritos” para tal atención. El equipo básico de salud debe resolver las principales necesidades de atención, y orientar, acompañar y supervisar las atenciones complementarias.
2. Fortalecer el trabajo intersectorial, en particular en relación con la comunicación y el acceso a bienes y servicios en zonas remotas; la capacitación y educación continua; el profesionalismo; y la garantía de condiciones laborales justas.
3. Verificar pertinencia del servicio social obligatorio para eliminarlo, mantenerlo o incorporarlo (especialmente para especialistas y subespecialistas), en una clara perspectiva territorial de garantía de acceso para zonas apartadas o vulnerables
4. Crear un sistema de escalafón para el talento humano en salud, que con base en el cumplimiento de requisitos de experiencia, formación y desempeño, garantice procesos de carrera laboral con mejoras salariales y no salariales.
5. Crear incentivos económicos y no económicos para trabajar en territorios con déficit de talento humano.
6. Fortalecer la articulación de las autoridades sanitarias con los centros de formación del talento humano en salud (clínicos y no clínicos), para: i) disponer de un diagnóstico participativo y actualizable de necesidades de formación; ii) establecer y actualizar perfiles profesionales y ocupacionales; iii) facilitar el desarrollo armonioso de las prácticas formativas requeridas en el proceso educativo.

Finalmente, existen dos grupos de recomendaciones orientadas a facilitar la interacción de los propósitos de reforma con las perspectivas de los colaboradores del sistema:

1. Compromiso político y buen gobierno: para identificar y afrontar las necesidades en salud; establecer sistemas y mecanismos de planificación participativa de la fuerza de trabajo requerida para el sector; y lograr compromiso financiero

- significativo y de largo plazo que garantice los fondos para suplir necesidades.
2. Entornos propicios: adecuar los sistemas de información; propiciar y mantener mecanismos de capacitación y actualización para la fuerza de trabajo en salud, con monitoreo y evaluación; estructurar un sistema de gestión y liderazgo efectivo para la interacción entre los sistemas de salud y educación, que faciliten el adecuado desarrollo de las labores a ejecutar por los grupos ocupacionales que se desempeñan en salud; fortalecer los agentes participantes del sistema en los elementos necesarios para proveer condiciones laborales adecuadas para el buen desempeño de los trabajadores de la salud y para retener, sostener y aumentar el personal, basado en el perfil epidemiológico de cada región.

Se concluye que es indispensable lograr una alianza estratégica desde el gobierno nacional con los gobiernos subnacionales, con la academia y con los diversos agentes y grupos de colaboradores del sector orientada a entender e interactuar, de manera propositiva y resolutoria, con las expresiones de los trabajadores del sector, las cuales se hacen oír de muchas maneras, sutiles y abiertas, reaccionando a las transformaciones, apoyando, bloqueando y distorsionando las formas de acción propuestas, y viviendo o sobreviviendo, el sistema de prestación de servicios, las condiciones laborales, el grado de descentralización de la gestión, las habilidades requeridas y el sistema de salarios e incentivos, entre otros.

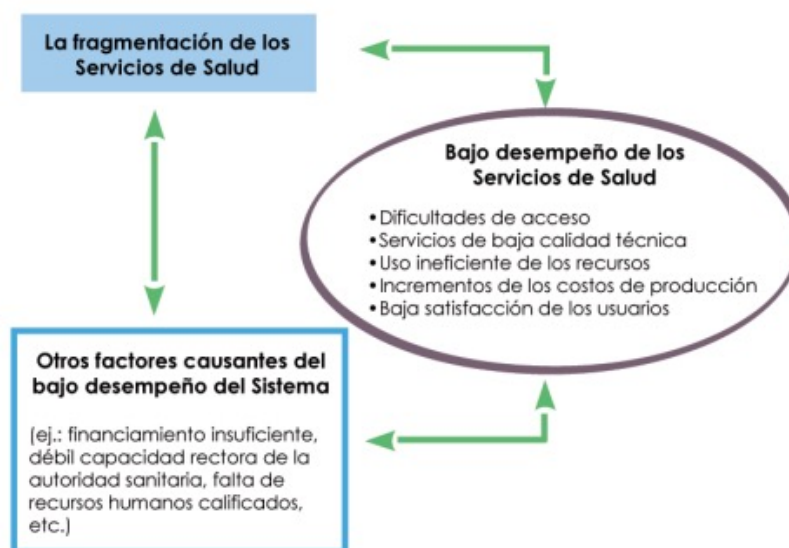
**Es indispensable
lograr una alianza
estratégica desde el
Gobierno nacional
con los gobiernos
subnacionales**

Prestación de servicios: atención primaria y salud y redes integrales e integradas de servicios de salud como garantía para mejorar el acceso

Uno de los principales problemas en la prestación de servicios de salud en Colombia es la fragmentación en la atención de los pacientes. Esto ha generado falta de acceso oportuno a los tratamientos, con efectos en el curso de la enfermedad y eficiencia en el uso de los recursos. Esta fragmentación tiene múltiples causas y una de la más importante es la falta

de coordinación entre las diferentes instituciones y los niveles de atención que hacen parte de las redes de prestación de las EPS. A esta situación se suma el predominio de acciones dirigidas al tratamiento de las enfermedades y poco desarrollo de programas poblacionales de promoción y prevención, articulados a las acciones de atención individuales.

Gráfico 3. Relación entre fragmentación y el desempeño de los servicios de salud



Fuente: tomado de Organización Panamericana de Salud (OPS, 2010).

Un elemento explícito en todos los debates acerca de las necesidades de ajuste en el sistema ha sido el desarrollo de las redes integrales de servicios de salud, enunciadas en la Ley 1438 del 2011 y con muy poco desarrollo. Los principales problemas identificados se relacionan a continuación:

1. Se evidencia una desarticulación entre la Atención Primaria en Salud (APS) y la prestación de los servicios de salud.
2. Se identifica una fragmentación en la prestación de los servicios de salud asociada con la desarticulación de las redes de prestación.
3. Los modelos de atención no parten de una conceptualización de territorios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define estas redes como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos, y por el estado de salud de la población a la que sirve” (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Esta definición plantea la necesidad de basar los sistemas de salud en la atención primaria y lograr la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. De manera que es necesario:

1. Fortalecer la APS y articularla al modelo asistencial que se debe desarrollar en las redes integrales de servicios. Para esto se requiere un adecuado diagnóstico de las necesidades de la población en el territorio, articular los prestadores públicos y privados alrededor de los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, articulados en programas de enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, tanto de los servicios individuales como los servicios de salud pública. Las redes deben hacerse cargo de las acciones colectivas para que estén articuladas con las acciones individuales, y esto implica que los equipos correspondientes hagan parte del personal de las redes y no de otras instancias.
2. Fortalecer los equipos interdisciplinarios extra e intramurales para que sean la puerta de entrada al sistema. Se requiere un ordenamiento territorial que permita ubicar los servicios complementarios con adecuado acceso a las poblaciones del territorio.
3. Un sistema de gobernanza único para toda la red, con amplia participación de los prestadores y de la población del territorio. No se debería decidir de manera anticipada la cabeza de red porque eso generaría poco compromiso por parte de todas las instituciones participantes.
4. Ajustar las normas que definen los roles del personal de salud y el concepto de los servicios que se pagan por la prestación de los diferentes profesionales. En articulación con las instituciones de educación superior, se deben fortalecer las competencias en APS de todos los profesionales que trabajen en el sector y aumentar la cantidad de personal en áreas rurales bajo un modelo de incentivos que permita que trabajen en estos lugares.
5. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con resultados en salud de las poblaciones asignadas a la red.
6. Regular la oferta pública y privada en servicios que existan excesos de capacidad instalada en un área geográfica determinada, con el fin de generar inversiones en servicios con baja capacidad.
7. Evitar hacer inversiones en alta tecnología en las instituciones públicas si existe una capacidad instalada por parte de instituciones privadas. Las inversiones del sector público se deben priorizar en servicios con baja capacidad instalada y en las áreas rurales que presenten déficit de oferta.
8. Generar capacidad instalada en los diferentes territorios, buscando una mejor distribución en el país. Se deben corregir las desigualdades como el número de camas por 1.000 habitantes que se presentan en algunos departamentos y que están muy por debajo del promedio nacional de 1.9.

Los ajustes del sistema deben alinearse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y con los servicios esenciales, lo cual debe convertirse en indicadores de equidad a tomar en cuenta al momento de priorizar, para que las personas y las comunidades reciban los servicios que se requieren sin barreras financieras, geográficas o de otra índole, y que los servicios de salud incorporen todos los servicios esenciales de calidad que vayan desde la promoción hasta la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, así como los cuidados paliativos.

Finalmente, las competencias gerenciales, de mentoría, de capacitación apropiada, son esenciales para tener una gestión de la atención que sea transformadora y que pueda producir el cambio y el mejoramiento en este desempeño que esté basado en este valor que tiene para las personas.



Financiamiento. Avances positivos: es necesario cuidar y mejorar el uso de los recursos y garantizar la sostenibilidad

Un sistema de salud es resiliente en la medida en que es capaz de lograr mayor equidad y solidaridad. Para esto, desde la perspectiva del financiamiento se plantean tres funciones claves: i) recaudación de ingresos, con al menos el 6 % del PIB proveniente de fuentes públicas y una buena capacidad de predicción de los recursos; ii) la mancomunación, lo que significa reunir los recursos en un fondo único, con foco en el acceso y la disminución de la segmentación; y iii) la asignación de recursos y la compra de bienes y servicios, con prioridad en la atención primaria y una alineación de los incentivos con los objetivos de la planeación sanitaria.

Colombia presenta un desempeño positivo en tanto se aproxima a la meta del 6 % del gasto público en salud, realiza un gasto en salud como sociedad superior a la media de América Latina y los países de ingreso medio, y el gasto de bolsillo es significativamente bajo (gráfico 4). Sin embargo, como los promedios ocultan las desviaciones y la medida del porcentaje del PIB tiene limitaciones, una comparación internacional enseña que el gasto público per cápita es bajo y superado por muchos países de la región, como Uruguay, Argentina, Chile y Costa Rica.

Es importante destacar que al presentarse una mayoría de población subsidiada se tienen fuertes impactos sobre la financiación del sistema. El presupuesto general de la Nación tiene un comportamiento creciente en la participación de los recursos del sistema mientras las cotizaciones reducen su participación a partir de varias reformas tributarias. En cuanto al uso de los recursos, se observa un salto importante en la financiación del régimen subsidiado en 2011-2012 debido a la igualación del plan de beneficios para todos los regímenes.

El propósito de la recaudación es garantizar recursos suficientes, estables, predecibles y capaces de hacer frente a perturbaciones, recaudados en forma equitativa. Colombia tiene un sistema público en tanto

la financiación está basada en recursos públicos y se provee a la población un seguro público administrado por entidades plurales (privados y mixtos).

El sistema tiene avances importantes, pero enfrenta inmensas necesidades y presiones financieras, ¿cómo hacer sostenible el sistema? Una clave está en la eficiencia. El sistema puede mejorar mucho en eficiencia, siendo cuidadosos con mecanismos para que ella funcione será posible cubrir una parte importante de los requerimientos, sin dejar de lado la necesidad de contar con más recursos en el mediano y largo plazo.

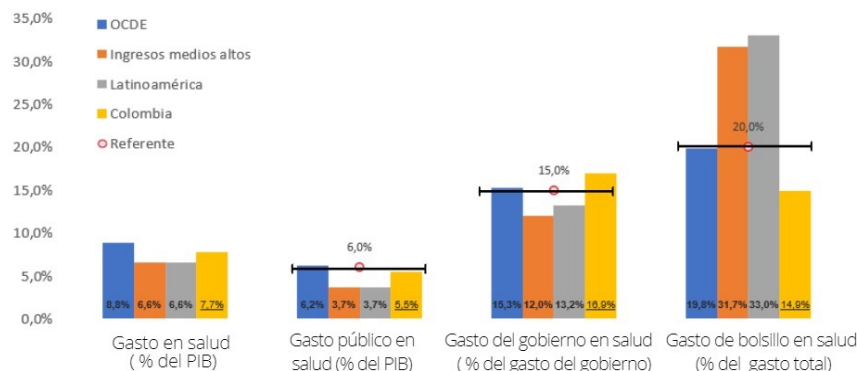
En cuanto a las presiones sobre la estabilidad financiera del sistema de salud se tienen cuatro variables importantes: envejecimiento de la población; aumento de la demanda de servicios; absorción y mejora tecnológica; y las tendencias de crecimiento en los costos, principalmente de los medicamentos.

El déficit ante las presiones financieras en los próximos 20 años llegaría a unos 2,8 puntos porcentuales del PIB, así que es necesario mejorar el uso de los recursos.

En conclusión, se necesita diseñar una estructura de financiamiento que asegure la sostenibilidad y la predictibilidad de los recursos, blindar el uso de los recursos de prácticas de corrupción y mejorar la eficiencia en el uso de los mismos.



Gráfico 4. Indicadores de gasto en salud, 2019: Colombia y grupos de países



Fuente: datos tomados de Health expenditure, World Health Organization. Cálculos del GES.

Propuestas y recomendaciones:

- **En cuanto a la recaudación de ingresos**

1. Mantener cotización ciudadana y hacerla progresiva, desde el 4 % y aumentos según ingresos.
2. Definir una regla de participación del sector salud en el recaudo de impuestos o de asignación según las necesidades del sector.
3. Nuevas fuentes e integración de recursos: impuestos saludables destinados al sector, mayor esfuerzo regional y local (recursos propios y regalías).
4. Contar con otros fondos y programas sociales transversales que ayuden a los determinantes sociales de la salud y reduzcan la presión financiera sobre el sistema.
5. Facilitar un aumento del gasto privado y el gasto de bolsillo mediante planes voluntarios.
6. Regular y aumentar el copago en servicios no financiados por la UPC, cuidando siempre el principio de equidad.

- **En cuanto a la mancomunación de recursos y riesgos**

1. Mantener y fortalecer procesos centralizados en la ADRES.
2. Nuevo cálculo de la UPC: ajuste por riesgo y asignación regional.
3. Reasignación de recursos de la UPC, destinando parte a una bolsa de propósito general con destino a la prevención en salud, y un nuevo cálculo para la atención individual.
4. Establecer el pago de una parte de la UPC sujeto a resultados en salud de los afiliados.
5. Reconfiguración de la oferta de EPS: menos EPS

con “grandes números” en territorios (regular monopolios y oligopolios).

6. Reducción en un punto del pago por evento (para inducir la eficiencia).
7. Crear incentivos para que el recurso humano esté en zonas apartadas

- **En cuanto a la asignación y compra de bienes y servicios**

1. Generalizar el giro directo con ajustes al rol de las EPS (de aseguradoras a gestoras).
2. Asignar recursos en municipios y departamentos, acorde a las necesidades y capacidades (reforma a la Ley 715 del 2001).
3. Alineación de los prestadores con los objetivos de la política de salud (incentivos eficaces).
4. Métodos de pago que promuevan la calidad, coordinación de la atención y la eficiencia. Esto puede incluir pagos por desempeño, por diagnóstico o mixtos entre otros.
5. Crear un fondo para financiar las cosas que están en el límite entre la salud y la salubridad.
6. Acuerdos de gestión entre EPS e IPS, y que reciban incentivos para promover la prevención, reducir barreras de acceso y mejorar la calidad de los servicios.
7. Crear modelos de atención integral de las enfermedades de alto costo; incentivos para quienes gestionen bien la enfermedad
8. Propiciar el uso de herramientas innovadoras asociadas a la cuarta revolución industrial, incluyendo la interoperabilidad del sistema, inteligencia artificial y Machine Learning, y uso intensivo de telemedicina, realidad virtual e internet de las cosas.

Conclusiones y reflexiones finales

La discusión adelantada entre colegas de varias disciplinas y expertos internacionales, junto con la interacción de actores del sistema de salud, como lo reconocieron de manera especial quienes participaron en la sesión final del seminario, es una buena muestra del proceso que debe adelantarse en el país para construir una propuesta de reforma que tenga en cuenta la evidencia científica, la experiencia y la opinión de los actores. En el mismo sentido, resulta fundamental reconocer los avances y logros alcanzados por el sistema y dimensionar muy bien los problemas en cuanto a su magnitud y causas.

A partir de la mirada sobre las principales funciones y temas del sistema de salud se resalta la necesidad de asumir la reforma como un proceso o un *continuum* basado en la planeación y la evaluación para la toma de decisiones oportunas y ajustadas a las necesidades del país. Aunque se requieren leyes, resulta más apropiado que ellas hagan parte de dicho proceso de planeación y evaluación en una forma ordenada, con la participación de actores y la coordinación inter y transectorial, en lugar de centrar las energías en discutir reformas demasiado ambiciosas, acaso inviables o que pueden resultar inocuas. De acá la importancia de contar con órganos y mecanismos de participación y coordinación para mejorar la gobernanza.

En cuanto a los cambios que requiere el sistema de salud, es necesario centrarse en las necesidades de las personas y no en los intereses de cada actor. Los habitantes del territorio nacional buscan una atención oportuna y de calidad, y el país necesita mantener y mejorar los indicadores de salud pública. El debate nacional se ha centrado en quién maneja los recursos, y aunque este es un elemento muy importante, los cambios involucran múltiples aspectos para lograr mejorar el acceso, la calidad de la atención y los resultados en salud.

De manera que ante la pregunta ¿cuál es la reforma en salud que Colombia necesita?, una primera respuesta se ubica en el plano del proceso. El país necesita adelantar un proceso de deliberación y concertación, bien informado por la evidencia y teniendo muy claro el estado actual del sistema, su evolución y factores críticos, para buscar el mejor arreglo institucional que permita superar las barreras y los retos del actual sistema de salud.

Además del proceso, y como puntos de la agenda para desarrollar en este, el contenido de la reforma puede agruparse en los cinco temas sobre los cuales se organizó el seminario permanente: gobernanza, salud pública, talento humano, prestación de servicios y financiamiento. Manteniendo presente que la adopción y puesta en marcha de los diferentes cambios o ajustes pueden hacerse mediante el uso de normas vigentes o el trámite de unas nuevas, incluyendo una posible ley de reforma, los principales aspectos serían:

- * **Gobernanza:** i) crear un Consejo Nacional de Salud, articulado con consejos territoriales; ii) fortalecer y hacer operativa la Comisión Intersectorial de Salud Pública; iii) mejorar la participación de la sociedad civil en la rendición de cuentas; iv) mantener independencia y asegurar la financiación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS); v) garantizar un sistema de información suficiente, de calidad e interoperable; vi) descentralización de funciones y recursos teniendo en cuenta capacidad territorial; y vii) un plan de recuperación de la red pública como proyecto de mediano y largo plazo.
- * **Salud pública:** i) diferenciar acciones individuales y colectivas, con definición de responsables (entes territoriales y EPS) y de los recursos; ii) construcción del plan de intervenciones colectivas (PIC) con participación de todos los sectores; iii) los entes territoriales deben liderar la gobernanza en salud pública (rectoría), y las acciones que afectan los determinantes sociales de la salud; iv) crear equipos permanentes en territorios, con participación de promotores de salud; y v) contar con recursos adicionales para la salud pública.
- * **Talento humano:** i) crear incentivos económicos y de otro tipo para trabajar en los territorios;
- * ii) fortalecer el sistema con la actuación de talento humano “generalista con capacidad resolutoria”; iii) mantener y ampliar el servicio social obligatorio en todas las profesiones de salud; y iv) remuneración basada en carrera y escalafón del profesional, con un mínimo o piso.
- * **Prestación de servicios:** i) contratación de servicios por redes y no por prestadores

individuales; ii) gobernanza de las redes a cargo de entidades territoriales; iii) redes con una mayor articulación público-privada; iv) articular los todos los niveles de atención mediante un pago por desempeño; v) regular la oferta pública y privada en servicios con excesos de capacidad instalada; vi) las inversiones del sector público deben priorizar la baja complejidad y las áreas rurales; y vii) fortalecer la Atención Primaria Renovada y robustecer equipos con nutricionistas y odontólogos.

* **Financiamiento:** i) hacer progresiva la cotización individual (4 % como piso y aumento según ingresos); ii) el monto recaudado por impuestos saludables, exclusivamente para salud; iii) regular y aumentar el copago en servicios no financiados por la UPC; iv) establecer la UPC ajustada por riesgo; v) reasignación de recursos de la UPC, con una parte con destino a la prevención en salud y un nuevo cálculo para la atención individual; vi) establecer el pago de una parte de la UPC sujeto a resultados en salud; y vii) incentivar la compra complementaria de seguros privados entre población con capacidad de pago.



Tabla 2. Sesiones del seminario: ¿cuál es la reforma en salud que Colombia necesita?

| Sesión | Fecha | Tema, título y enlace de video | Lugar y organizadores |
|----------|---------------|---|---|
| Apertura | Agosto 24 | “Contexto internacional y bases para una reforma a la salud en Colombia” https://www.youtube.com/watch?v=pIRCVkMtUHQ | Bogotá, Universidad Nacional de Colombia |
| 2 | Septiembre 7 | Salud pública “Contexto y bases para una reforma a la salud pública en Colombia” https://www.youtube.com/watch?v=Yjzy-V7IOLY | Bogotá, Universidad de los Andes |
| 3 | Septiembre 21 | Salud pública “Contexto y bases para una reforma a la salud pública en Colombia” https://www.youtube.com/watch?v=8HHEYIRJeYE | Manizales, Universidad Nacional y Universidad de Caldas |
| 4 | Octubre 5 | Financiamiento “Retos de financiamiento ante una reforma en salud” https://www.youtube.com/watch?v=cUyEIZU1Ky0 | Medellín, Universidad de Antioquia, Banco de la República y Universidad EAFIT |
| 5 | Octubre 19 | Prestación de servicios “Articulación de los servicios de salud en el marco de una reforma” https://www.youtube.com/watch?v=5eGs8-2-Szk | Cali, Universidad Javeriana, Fundación Valle del Lili y Universidad Icesi |
| 6 | Noviembre 2 | Sesión especial en el marco del 7º. Simposio de Health Systems Research “Reformas de sistemas de salud en América Latina: lecciones para Colombia” https://www.youtube.com/watch?v=reQSFMMOX-8&feature=youtu.be | Bogotá, Universidad Javeriana y Universidad de Antioquia |
| 7 | Noviembre 23 | Territorio y descentralización “La reforma que la Ley 715 de 2001 requiere” https://www.youtube.com/watch?v=ceVvaMh-_no | Cartagena, Universidad de Cartagena y Universidad de los Andes |
| 8 | Noviembre 30 | Gobernanza y reforma “Reforma en salud: ¿qué se necesita y cómo lograrlo” Conferencias: https://youtu.be/LP3T-ZTvtWk Conferencias: https://youtu.be/rwvVKCQELE8 | Medellín, Universidad de Antioquia y Gobernación de Antioquia |

Para conocer información detallada sobre el Seminario Permanente y las relatorías de las mesas de trabajo de la sesión realizada el 30 de noviembre del 2022, ingresar al siguiente link:

Sesión final. Reforma en salud: ¿qué se necesita y cómo lograrlo? | Grupo de economía de la salud (gesudea.co)

Referencias

- Academia Nacional de Medicina. (2021). Acuerdos fundamentales de los aspectos que, como mínimo, deberá contener el desarrollo integral de la Ley Estatutaria en Salud 1751/2015. <https://anmdecolombia.org.co/acuerdos-fundamentales-de-los-aspectos-que-como-minimo-debera-contener-el-desarrollo-integral-de-la-ley-estatutaria-en-salud-1751-2015/>
- Agudelo Calderón, C. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., y Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 2817-2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Agudelo Calderón, C. A., y Restrepo Zea, J. H. (2022). Seminario permanente 2021: “Perspectiva histórica e internacional del sistema de salud colombiano”. *Revista De Salud Pública*, 24(1), 1–2. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103001>
- Agudelo Calderón, C. A., García Ubaque, J. C., Robledo Martínez, R., y Caicedo, C. H. (2013). Caracterización del talento humano del sector salud en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(1), S-XIX. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363537008>
- Banco Mundial. (2020). Evaluación del perfil de signos vitales de atención primaria en salud para Colombia. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35021/Primary-Health-Care-Vital-Signs-Profile-Assessment-for-Colombia-SP.pdf>
- Así Vamos en Salud. (2021). Construyamos paradigmas de salud y protección social. https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/saludyproteccion_2.pdf
- Consultorsalud. (28 de marzo de 2016). El déficit del sector salud es de 5,3 billones – ANIF. <https://consultorsalud.com/el-deficit-del-sector-salud-es-de-53-billones-anif/>
- Corcho, C., Santana, P., Umbasía, L.M., Álvarez, N., Isaza, S., Rossi, F., Hernández, G., Herrera, A, Martínez, F., Andía, O., Martínez, L., y Beltrán, U. (2021). Propuesta de reglamentación y desarrollo de la ley estatutaria 1751 de 2015 para la garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia <https://co.boell.org/sites/default/files/2022-03/Salud.pdf>
- Grupo de Economía de la Salud. (2022). Lecciones de gobernanza de la pandemia del COVID-19 para Colombia. Cápsulas del GES, No. 21. <https://gesudea.co/capsulas-del-ges-lecciones-de-gobernanza-de-la-pandemia-del-covid-19-para-colombia/>
- Organisation for Economic Cooperation and Development. (2015). OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016. *OECD Reviews of Health Systems*. <https://doi.org/10.1787/9789264248908-en>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, y Figueras J. (2022). Health system performance assessment: A framework for policy analysis. *Health Policy Series*, 57. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-framework-for-policy-analysis>
- Portafolio. (12 de enero de 2023). Los puntos clave que tendrá la reforma a la salud del gobierno Petro. *Portafolio* <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/reforma-a-la-salud-puntos-clave-de-la-propuesta-del-gobierno-petro-576790>
- Restrepo, JH. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*, 24(1), Art. 1. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.103013>
- Restrepo, JH., y Zapata, OL. (2021). Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud. Documento de Trabajo, Grupo de Economía de la Salud (GES).
- Rigoli, F., y Dussault, G. (2003). The interface between health sector reform and human resources in health. *Human resources for health*, 1(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-9>
- Rojas-Botero, M.L., Fernández-Niño, J.A., y Borrero-Ramírez, Y.E. (2022). Unacceptable persistence of territorial inequalities in avoidable under-five mortality in Colombia between 2000 and 2019: a multilevel approach. *Public Health*, 213, 189-197. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.09.019>