

La salud en Colombia: visión de cambio progresivo sobre una base consolidada

Health in Colombia: Vision of Progressive Change on a Consolidated Basis

Eduan Javier Sánchez, Jorge Andrés Guinea y Alex Fernando Martínez

Maestría en Inteligencia de Negocios

Introducción

El sistema de salud colombiano ha sido foco de interés por parte del nuevo gobierno, que inició su periodo el 7 de agosto de 2022, sustentándose en las deficiencias manifiestas por parte de los diferentes actores que intervienen en el objetivo de mantener sana y protegida a la población colombiana.

Un eslogan ha caracterizado el discurso de los equipos de gobierno: “Eliminar la intermediación de las EPS”, que se propone como una de las más importantes medidas para brindar solución a los inconvenientes actuales del sistema de salud. Nos inquieta que si esta es la solución a

los problemas que enfrenta el sistema de salud en Colombia, cuáles son esos problemas. ¿Existe una solución en el mundo que podamos adoptar y que se ajuste a nuestras circunstancias políticas y económicas?

El mundo se ha visto enfrentado tal vez a una de las más grandes amenazas a su población por causa del coronavirus COVID-19, que, de acuerdo con el concepto del Ministerio de Salud (2023),

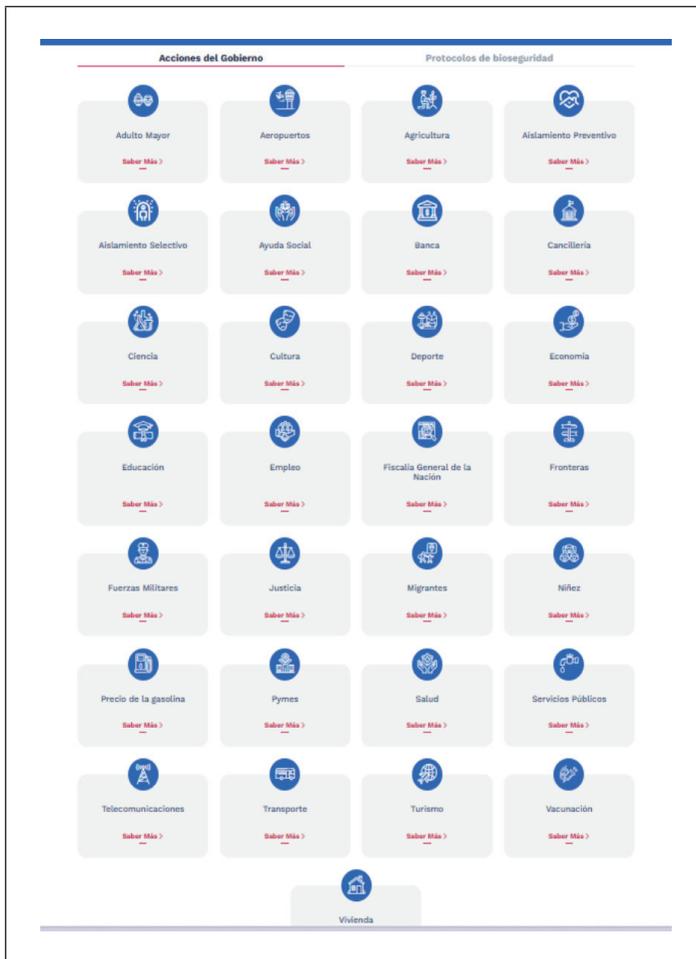
son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan infección respiratoria aguda (IRA), es decir gripa, que pueden llegar a ser leve, moderada o grave. El nuevo coronavirus (COVID-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud

pública de importancia internacional (ESPII). Se han identificado casos en todos los continentes.

En Colombia se han presentado, a corte de agosto de 2022, un total de 6.308.809 casos confirmados y lamentablemente han fallecido poco más de 140.000 personas por causa de este virus.

La amenaza obligó a nuestro gobierno a tomar medidas de prevención que afectaron el comportamiento cotidiano de la ciudadanía y se alteró el comportamiento de la población con intereses particulares o con características comunes, como los adultos mayores, la población estudiantil y los trabajadores (figura 1).

Figura 1. Clasificación gráfica de medidas del Gobierno en épocas de pandemia



Fuente: Datos abiertos. GOV.CO.

Excelentes lecciones nos dejan este proceso que ya supera los dos años de ejecución en cuanto a la necesidad imperante de los cambios en los comportamientos y la adopción acelerada de la tecnología para disminuir la afectación del ciclo productivo del país.

Destaca la concientización generalizada de adoptar con la mayor celeridad los cambios sugeridos y otros de obligatorio cumplimiento propuestos por el Estado, dentro de los cuales debemos resaltar la unificación de la administración de la capacidad instalada para el uso pertinente de las unidades de cuidado intensivo (UCI) a nivel nacional, acompañada de manera acertada, en nuestro concepto, de la estandarización tarifaria para su uso, independiente de plan de salud privado o público, sino orientado a suplir la necesidad de la población en general.

Lo anterior nos invita a pensar en las patologías de alto impacto en la población y algunas de baja frecuencia, pero de alto impacto económico para su atención que podrían estar evaluadas bajo protocolos estándar de aplicación soportados de igual manera en la estandarización de su forma de remuneración clasificada por su ubicación geográfica y esfuerzo técnico y logístico. Varios aspectos a tener en cuenta: el Estado garantiza la salud de los colombianos a través de un plan de beneficios en salud,

los recursos son finitos y obedecen a un presupuesto, los prestadores de servicios no tienen control sobre los valores que cobran por sus servicios, no existe un tarifario de referencia que permita guiar el costo-efectividad de los servicios contratados y la demanda de medicamentos es conocida por el sistema. Entonces, ¿por qué no efectuar negociaciones unificadas que permitan generar ahorros para redirigir la inversión?

Muchas inquietudes acompañan un proceso de evaluación del sistema de salud, lo cual obliga a emitir conceptos con la rigurosidad pertinente y soportados en datos, y así proponer caminos que pretendan mejorar lo ya adquirido, aprovechando los avances administrativos y tecnológicos desarrollados en estos casi 30 años del sistema de aseguramiento implantado a partir de la Ley 100 de 1993.

Este documento pretende efectuar una mirada objetiva a la situación de los aspectos más destacados del sistema de salud con el fin de evaluar si el impacto de la eliminación de las EPS generaría la esperanzadora solución anunciada por los proponentes, y proponer soluciones para ampliar la confianza sobre los actores del sistema mediante la aplicación de procesos que impacten positivamente la oportunidad y la calidad de los servicios de salud exige la población colombiana.

Generalidades del sistema de salud colombiano

En primera instancia, se hace necesario hacer una revisión general de los actores que hacen parte del sistema de salud y su interacción mediante innumerables procesos en la búsqueda del objetivo trazador.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por los siguientes actores principales:

- El *Estado*, que a través del Ministerio de Salud y Protección Social actúa como organismo de coordinación, dirección y control.
- Las *EPS*, aseguradoras responsables de la afiliación de la población al sistema, del recaudo de las cotizaciones del régimen contributivo, de reconocer y pagar las prestaciones económicas a las personas con derecho (maternas, padres y personas incapacitadas) y de administrar de manera eficiente la prestación de los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a la población colombiana.
- Las *IPS* o prestadores de servicios de salud, que son los hospitales, clínicas y centros de salud de todos los niveles de atención —incluidos los consultorios e instituciones de laboratorios clínicos, de imagenología y radiología— que prestan servicios complementarios a la atención liderada por los profesionales de salud.
- Los *colombianos*, que es la población que requiere de los servicios de atención en salud preventiva y paliativa en el territorio nacional.

Existen una serie de entidades y organismos que actúan como partes interesadas y que hacen parte fundamental del sistema de seguridad social en salud, de los cuales se destacan:

– Los entes de control, con el liderazgo de la Superintendencia Nacional de Salud y las secretarías de Salud departamentales y municipales, dependientes del Estado y el Ministerio de Salud como organismo rector del sistema.

– Los gremios y asociaciones creadas alrededor de la gestión operativa de la salud (Acemi, ACHC, asociaciones de usuarios, Organización de Pacientes de Alto Costo, federaciones médicas, etc.).

– Institutos descentralizados dependientes del Ministerio de Salud, de los cuales se destacan la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (Adres), el Invima para el control de ingreso de tecnologías en salud al sistema y el Instituto Nacional de Salud (INS), de alta valoración por su representación en los recientes eventos de afectación a la salud mundial.

– Las organizaciones creadas y potenciadas a partir de la implantación de la Ley 100 de 1993, como los operadores de medicamentos, BPO para

el procesamiento de información en salud e institutos de carácter mixto para apoyar la gestión adecuada de la inversión en salud como la Cuenta de Alto Costo y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

– La academia y sus aportes para la generación de la mejor oferta a través de profesionales en salud que impacte de manera positiva la demanda de servicios de salud de la población: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Acofame).

– Los regímenes especiales con aproximadamente un 5 % de la población distribuidos en: (1) el magisterio, (2) las fuerzas militares, (3) las universidades públicas y (5) Ecopetrol.

De acuerdo con la Ley 100 de 1993, el sistema de salud colombiano, exceptuando a los regímenes especiales, clasifica su población con el fin de identificar la fuente de financiamiento en los regímenes:

– *Contributivo*: Incluye las personas con capacidad de pago que obtienen ingreso por su labor o estado, como los trabajadores dependientes de las empresas, los independientes y los pensionados. El monto que aporta cada trabajador es del 12,5 % de su ingreso base de cotización (IBC), que para el caso de los trabajadores dependientes se distribuye en un 4 % a cargo del trabajador y el

8,5 % restante al empleador. A través de este régimen se cubre al trabajador y a su grupo familiar básico.

– *Subsidiado*: Financiado 100 % por el Estado. Incluye a las personas en condición de pobreza o vulnerabilidad, identificadas por su clasificación en los niveles I y II del Sisbén, y las personas clasificadas por el Estado como especiales prioritarios, como los menores abandonados o en condición de desplazamiento, y las comunidades indígenas, entre otros.

Independiente del régimen al cual pertenezca la persona afiliada al sistema de salud, debe contar con igual nivel de atención.

El artículo 156 de la Ley 100 de 1993 describe las características de las funciones generales del sistema general de seguridad social en salud de los cuales se destacan:

a. Funciones asignadas a las empresas promotoras de salud (EPS):

– *Afiliar*: Las EPS tendrán a cargo la afiliación de los usuarios.

– *Recaudar*: El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social, y el Fondo de Solidaridad y Garantía delegará en lo pertinente esta función en las entidades promotoras de salud.

– *Administrar prestación de servicios:* Las EPS tendrán a cargo la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras.

– *Reconocer prestaciones económicas:* Las EPS deberán reconocer las prestaciones económicas asociadas a cada trabajador, así como la administración de vida del reconocimiento que hace el Estado a las mujeres gestantes y a los responsables del grupo familiar mediante las licencias remuneradas para focalizar la atención de la primera infancia de los colombianos neonatos.

b. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (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.

c. Las EPS podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos. Para el caso de la prestación ejercida por las mismas EPS, se establece un límite

del 30 % del total de la prestación de acuerdo con la normatividad vigente.

Financiamiento

Para atender las necesidades de servicios de salud de la población colombiana, el Estado destina una cifra por cada persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de una EPS conocida como una unidad de pago por capitación (UPC). El valor de la UPC lo establece el Ministerio de Salud a comienzo de cada año con base en un estudio actuarial de suficiencia soportado en los servicios prestados en periodos anteriores por las diferentes entidades de aseguramiento, operadores de medicamentos e instituciones prestación de servicios (IPS). Para esto se hace fundamental la oportunidad y calidad de la información soporte de las operaciones de prestación de servicios.

El Ministerio de Salud ha establecido un valor promedio de UPC que se reconocerá de manera diferencial de acuerdo con la clasificación de las personas según su edad y género, que es conocido como estructura de costo. Para ello se establecieron 14 grupos de clasificación de la población a los cuales se asigna un ponderador para reconocer el riesgo asociado de acuerdo con el grupo etario y género en algunas edades (tabla 1).

Tabla 1. Valor promedio UPC

| UPC promedio | Estructura de costo | | | |
|--------------|---------------------------|--------------|------------|--|
| Grupo | Edad | Contributivo | Subsidiado | Contributivo con inclusiones de presupuesto máximo |
| 1 | Menores de un año | 2,9679 | 2,7654 | 2,9966 |
| 2 | De 1 a 4 años | 0,9530 | 0,8179 | 0,8618 |
| 3 | De 5 a 14 años | 0,3329 | 0,3267 | 0,3475 |
| 4 | De 15a 18 años (hombres) | 0,3173 | 0,3847 | 0,3354 |
| 5 | De 15a 18 años (Mujeres) | 0,5014 | 0,6381 | 0,5262 |
| 6 | De 19 a 44 años (hombres) | 0,5646 | 0,6415 | 0,5785 |
| 7 | De 19 a 44 años (mujeres) | 1,0475 | 1,0154 | 1,0683 |
| 8 | De 45 a 49 años | 1,0361 | 1,0376 | 1,0902 |
| 9 | De 50 a 54 años | 1,3215 | 1,2973 | 1,379%6 |
| 10 | De 55 a 59 años | 1,6154 | 1,5738 | 1,6332 |
| 11 | De 60 a 64 años | 2,0790 | 1,9465 | 2,0971 |
| 12 | De 65 a 69 años | 2,5861 | 2,4125 | 2,5977 |
| 13 | De 70a 74 años | 3,1033 | 2,9424 | 3,1411 |
| 14 | De 75 años y mayores | 3,8997 | 3,6575 | 3,9188 |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud estableció en 2022 el valor de la UPC anual para el régimen contributivo en la suma de \$989.712, para el régimen contributivo con inclusiones de presupuesto máximo se definió en \$1.109.221,20, para el régimen subsidiado la suma de \$927.723 y para el régimen subsidiado con inclusiones de presupuesto máximo de \$964.807,20. Es evidente que aún persiste una diferencia en el reconocimiento de riesgo de un régimen a otro; sin embargo, esto no afecta la cobertura de los servicios a los cuales tiene derecho una persona, independiente del régimen al cual pertenezca.

Es pertinente afirmar que las EPS no se financian directamente de las cotizaciones recaudadas, solo ejerce su función de recaudo, que hoy en día es ejecutada por los operadores de información y operadores financieros que directamente están consignando en las cuentas maestras del Ministerio de Salud.

De acuerdo con las cifras estimadas de UPC, el Estado dispone del dinero necesario para distribuir en las aseguradoras y EPS con el fin de que desarrollen las funciones delegadas de protección en salud de la población.

El Ministerio de Salud presentó el balance de su gestión 2021-2022 en el cual destaca los avances en el fortalecimiento del aseguramiento, el acceso a medicamentos y la interoperabilidad de las tecnologías sanitarias. Informa el Ministerio que el presupuesto destinado para el aseguramiento en salud y otras áreas prioritarias para la cartera de salud es de 73 billones de pesos para 2022, monto que será financiado en el 64 % desde el Presupuesto General de la Nación y el 36 % financiado con el recaudo de las cotizaciones del régimen contributivo. Esta cifra contrasta con el gasto en salud registrado para 2021, que alcanzó, según su informe, los 89 billones de pesos, reportando un incremento del gasto en salud per cápita de un 12 % en los últimos cuatro años (*Consultor Salud*, 2022).

De este presupuesto hace parte el cubrimiento de los servicios necesarios para garantizar la salud de los colombianos enmarcados en el plan de beneficios (PBS) y el denominado presupuestos máximos de servicios inicialmente no cubiertos por el PBS, pero que han sido incorporados como inclusiones al PBS. Los servicios aún excluidos pero que por direccionamiento médico u orden judicial deben ser cubiertos se cubren por las EPS y a través de un mecanismo de recobro se reclaman

ante el Estado. La cifra que representa este cubrimiento puede estar entre 2 y 3 billones de pesos al año.

Cobertura

De acuerdo con información publicada en la revista *Consultor Salud* (2022), a corte de mayo de 2020, el 95,8 % de la población colombiana estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud distribuida así:

- 43,6 % (22,1 millones de personas) al régimen contributivo.
- 47,8 % (24,2 millones de personas) al régimen subsidiado.
- 4,4 % (2,2 millones de personas) a regímenes especiales.

Para el Ministerio de Salud, su mayor alcance a cierre del gobierno del presidente Duque es “la cobertura universal en salud, representada en un 99,6 % de habitantes afiliados al sistema: 24.399.839 personas en el régimen contributivo y 24.745.934 en el régimen subsidiado”.

Consultada la información registrada en las bases de datos del Ministerio de Salud, encontramos que la cobertura nacional se distribuye como lo muestra la tabla 2.

Tabla 2. Cobertura nacional de aseguramiento en salud

| ? | Nacional | | |
|---|-------------------|-------------------|----------------|
| | diciembre de 2020 | diciembre de 2021 | agosto de 2022 |
| Contributivo | 23.362.083 | 24.623.736 | 23.232.124 |
| Subsidiado | 24.026.912 | 23.968.577 | 25.472.583 |
| Excepción & Especiales | 2.195.331 | 2.238.629 | 2.239.121 |
| Afiliados | 49.584.326 | 50.830.942 | 50.943.828 |
| Población DANE | 50.709.385 | 51.328.449 | 51.700.074 |
| Cobertura | 97,78% | 99,03% | 98,54% |
| Afiliados Subsidiado sin SISBEN IV | 0 | 4.983.185 | 7.257.779 |
| Afiliados Activos por emergencia sin SISBEN IV | 0 | 879.745 | 0 |
| Afiliados de Oficio sin SISBEN IV | 0 | 89.047 | 476.683 |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Se evidencia una cobertura nacional del 98,39 %. Sin embargo, se destaca que existe una población afiliada por la emergencia social originada en la pandemia que representa un 2,49 %, alcanzando la cifra de 1.285.130 personas que, a partir del 1.º de julio de 2022, quedarían sin cubrimiento en salud, lo que nos retornaría a una cifra cercana al cubrimiento aproximado del 96 % de la población colombiana.

Importante es destacar el avance alcanzado en estos casi 30 años de implementación del Sistema General de Seguridad en Salud, al pasar de un 34 % a comienzos de la década de 1990, a un nivel superior al 95 % en 2022. ¿Qué hubiera sido de muchos de nuestros compatriotas en plena pandemia sin la protección en salud que

hoy nos brinda el Estado colombiano? ¿Hubiéramos tenido los suficientes recursos al interior de cada grupo familiar para soportar las inclemencias del actuar del nefasto virus?

Identificamos en el informe del Ministerio que la cobertura nacional es alta y plausible; sin embargo, la cobertura en ciertos territorios alejados no tiene igual representación, razón por la cual queda esa tarea para diseñar las actividades pertinentes para homogenizar la cobertura en todos los territorios del país y de esa manera poder defender el nivel de equidad en la cobertura y aseguramiento de la protección en salud de la población colombiana.

Distribución de la población por EPS

Las primeras siete EPS cubren más del 70 % de la población colombiana, destacando a la Nueva EPS de naturaleza mixta (51 % del Estado y 49 % de cajas de compensación), que administra el aseguramiento de casi 10 millones de personas, representado en el 18,61 % de participación con presencia en más de 1.000 municipios del país.

Para el reconocimiento de prestaciones económicas delegado en las EPS, el Estado destina un 0,40 % del IBC de cada trabajador con el fin de fondear la demanda de incapacidades de origen común, causado a cualquier trabajador

incluido el pago de las incapacidades superiores a los 540 días continuos.

Adicionalmente, en el mismo régimen contributivo, el Estado otorga un reconocimiento por cada persona afiliada a través de las EPS que asciende a \$67,09 diarios con el fin de incentivar el desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud. De acuerdo con la composición presentada en este documento, la población promedio afiliada en régimen contributivo asciende a 23 millones de personas, que permite estimar que mensualmente se destinan para este fin alrededor de 46.300 millones de pesos, que representa cerca poco más de medio billón de pesos al año. ¿Es necesario este incentivo para fomentar la atención primaria en salud teniendo en cuenta que los procedimientos base están incluidos en el plan de beneficios? Si existe el incentivo para el régimen contributivo, ¿porque no para los afiliados en el régimen subsidiado (equidad)?

Calidad de los servicios

La intención de la Constitución de 1991, operativizada posteriormente mediante una serie de leyes, decretos y resoluciones —encabezados por la Ley 100 de 1993, la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional y el Decreto Ley 780 de 2016 y las normas que las modifican— fue la de aplicar los principios de:

– *Solidaridad*: Aquellos que más tienen aporten más para cubrir a los que no tienen suficientes recursos.

– *Equidad*: Todo colombiano tiene derecho a la salud con igual calidad, independiente de su capacidad de pago.

– *Universalidad*: Cobertura al 100 % de la población colombiana. La población que aún no están afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, denominados como “vinculados”, que, en caso de necesitar asistencia, se efectuará a través de la red de hospitales públicos y entidades sociales del Estado.

– *Calidad y protección integral de los servicios de salud*: Esta se da de manera integral desde la educación, la información y el fomento de la salud, la protección específica, la prevención, la detección temprana y el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

Desde este punto de vista, las principales problemáticas a las que se ha enfrentado el Gobierno nacional han sido, sin duda alguna, el cubrimiento de servicios sociales no previstos en la asignación anual que se hace al sector salud. Lo anterior ha conllevado que se genere un problema de funcionalidad estatal, en el cual la justicia constitucional no logra ponerse de acuerdo con el gobierno para garantizar los derechos de las personas (Molina Betancur, 2013). Esta debilidad obedece al

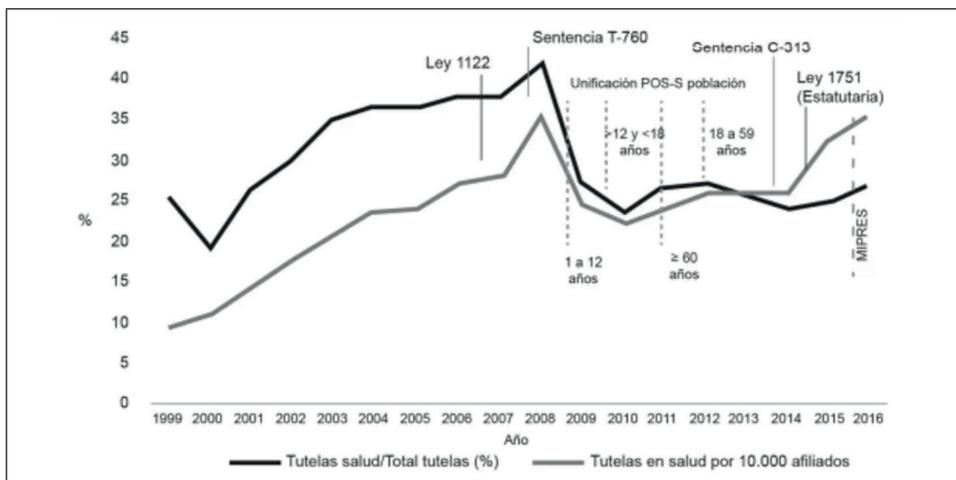
uso de la tutela como mecanismo de defensa judicial al cual acuden los colombianos cuando perciben que se está vulnerando o amenazando el derecho fundamental a la salud, consagrado en el artículo 25 de la Constitución de 1991 como

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Es bajo este panorama que se evidencia que, al momento de proteger este derecho, no se tiene en cuenta

el contexto en el cual se aplica el texto constitucional, pues no solo los recursos económicos son insuficientes para la atención de tratamientos, procedimientos y suministro de medicamentos costosos, sino que se les asigna a los jueces funciones que no les corresponden como las de decidir sobre la asignación de los recursos del Estado (García Villegas & Uprimny Yepes, 2010). Aunado a lo anterior, el ordenamiento jurídico colombiano ha desarrollado normatividad progresiva en materia de acceso a servicios de salud (quirúrgicos, asistenciales, médicos, etc.), lo que conlleva a que de un lado existan mecanismos propios dentro del sistema de salud con la misma efectividad de la acción de tutela, y del otro lado que se congestione el aparato judicial al tratar volúmenes insospechados de tutelas (Chiriví Rodríguez, 2014) (figura 2).

Figura 2. Tutelas en salud, 1997-2017
(% total tutelas y tasa por cada 10.000 afiliados)



Fuente: Defensoría del Pueblo (2017).

Lamentablemente la falta de definición de límites asociados a la protección en salud y a la interpretación ambigua de algunos procedimientos asociados a la salud o vanidad de las personas, sumadas a la deficiencia en la prestación oportuna de algunos servicios por parte de los actores EPS e IPS, han generado la exigencia por parte la población de que se garantice su derecho a la salud

mediante la tutela, en la cual interviene el poder judicial para evaluar, aceptar, negar, orientar y ordenar el cumplimiento del mandato constitucional.

La evolución de las tutelas en las últimas décadas nos brinda un panorama general de la situación actual que evidencia alguna deficiencia en la prestación de los servicios de salud (tabla 3).

Tabla 3. Crecimiento de las tutelas en salud (2006-2021)

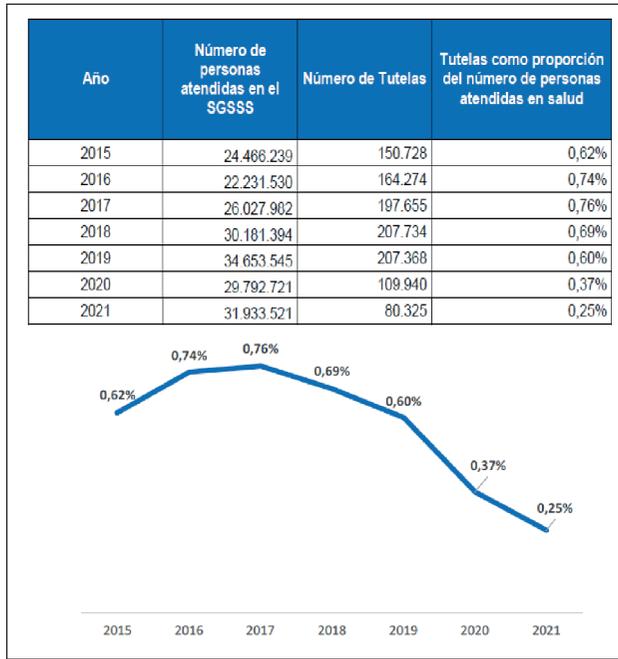
| Año | Afiliados | Proyección poblacional | Total tutelas en salud | Crecimiento tutelas en salud | Tasa-Afiliados | Tasa-Población |
|------|------------|------------------------|------------------------|------------------------------|----------------|----------------|
| 2006 | 38.461.003 | 43.405.956 | 96.226 | 18,80% | 2,6 | 2,2 |
| 2007 | 38.655.698 | 43.926.929 | 107.238 | 11,40% | 2,8 | 2,4 |
| 2008 | 39.561.521 | 44.451.147 | 142.957 | 33,30% | 3,6 | 3,2 |
| 2009 | 38.681.796 | 44.978.832 | 100.490 | -29,70% | 2,6 | 2,2 |
| 2010 | 40.047.220 | 45.509.584 | 94.502 | -6,00% | 2,4 | 2,1 |
| 2011 | 41.899.763 | 46.044.601 | 105.947 | 12,10% | 2,5 | 2,3 |
| 2012 | 42.854.862 | 46.581.823 | 114.313 | 7,90% | 2,7 | 2,5 |
| 2013 | 42.879.901 | 47.121.089 | 115.147 | 0,70% | 2,7 | 2,4 |
| 2014 | 43.515.870 | 47.661.787 | 117.746 | 2,30% | 2,7 | 2,5 |
| 2015 | 44.633.177 | 48.203.405 | 150.728 | 28,00% | 3,4 | 3,1 |
| 2016 | 46.404.041 | 48.747.708 | 164.274 | 9,00% | 3,5 | 3,4 |
| 2017 | 46.161.893 | 49.291.609 | 197.655 | 20,30% | 4,3 | 4,0 |
| 2018 | 46.623.525 | 49.834.240 | 207.734 | 5,10% | 4,5 | 4,2 |
| 2019 | 47.764.493 | 50.374.478 | 207.368 | -0,18% | 4,3 | 4,1 |
| 2020 | 44.797.533 | 50.912.429 | 109.940 | -46,98% | 2,5 | 2,2 |
| 2021 | 48.231.850 | 51.049.498 | 80.325* | -36,87% | 1,6 | 1,5 |

Fuente: Contraloría General de la República (2019).

Es evidente que la tasa de afiliados que ha impuesto tutelas en los tres años anteriores a la pandemia se encontraba por encima de 4 puntos; y en 2020 y 2021 la tasa disminuye radicalmente a 2,5 y 1,6, respectivamente, lo que representa más de un 50 % de decrecimiento (tabla 3).

Otra visión que permite evaluar la evolución de la tutela en salud es la comparación frente al número de personas atendidas en el sistema de salud (tabla 4).

Tabla 4. Tutelas en salud y personas atendidas en el SGSSS (2015-2021)



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud.

El Ministerio de Salud analiza una muestra representativa de las tutelas presentadas, la cual permite identificar la fuente financiación de acuerdo con la solicitud efectuada, lo que evi-

dencia que el 92 % de las solicitudes están cobijadas por la financiación del plan de beneficios o presupuestos máximos (servicios necesarios, pero no cubiertos por el PBS) (tabla 5).

Tabla 5. Fuente de financiación de tutelas solicitadas

| Fuente de financiamiento | Concede parcialmente lo solicitado | Concede todo lo solicitado | Niega lo solicitado | No se pudo acceder a la decisión por problemas en su digitalización | Total general |
|---|------------------------------------|----------------------------|---------------------|---|---------------|
| Financiado con UPC | 37 | 480 | 243 | 6 | 766 |
| Financiado con presupuesto máximo - MIPRES | 35 | 301 | 69 | 1 | 406 |
| Tutela por trámite administrativo no sujeto a financiación | 4 | 54 | 31 | 2 | 91 |
| Prestaciones económicas (su financiación se realiza con recursos diferentes al aseguramiento) | 1 | 11 | 7 | | 19 |
| Total general | 77 | 846 | 350 | 9 | 1282 |

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud.

Por último, se presenta la clasificación por causa de la tutela (tabla 6), en la cual se puede evidenciar que poco más del 75 % de las causales se debe

a la falta de oportunidad en prestación de servicios o a la demora en la entrega de medicamentos.

Tabla 6. Causas de presentación de tutelas como proporción del total

| Causas de presentación de tutela | Tutelas | Proporción del total |
|---|---------|----------------------|
| · Postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por la EPS. | 286 | 22,31% |
| · Postergación en el agendamiento con médicos especialistas. | 244 | 19,03% |
| · Demora en la entrega de medicamentos ya autorizados por la EPS, de los cuales el prestador manifiesta desabastecimiento. | 180 | 14,04% |
| · Solicitud de servicios complementarios no financiados con la UPC, ni mediante MIPRES y tampoco excluidos. | 157 | 12,25% |
| · Demora en el suministro de los servicios, tecnologías e insumos, prescritos por MIPRES. | 148 | 11,54% |
| · Solicitud de servicios cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo MIPRES. | 69 | 5,38% |
| · Demora en la prestación de los servicios de salud por falta de convenio con un prestador en salud de la red de prestadores de la EPS. | 41 | 3,20% |

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud.

La sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional marca el control sobre la correcta ejecución del sistema de salud, para lo cual imparte

una serie de ordenes en busca de hacer efectivo el derecho a la salud de los colombianos. Posteriormente, mediante la Resolución 256 de 2016

del Ministerio de Salud, se destaca la importancia del Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud que a nivel general se clasifican en: (1) efectividad, (2) experiencia en la atención, (3) gestión del riesgo, y (4) seguridad.

Flujo de recursos (cartera)

Se ha planteado en los últimos años la problemática ocasionada por la falta de efectividad en el flujo de los recursos del sistema, situación que ha originado la solicitud de la eliminación de

las EPS para evitar la intermediación entre el Estado (pagador) y las IPS. Sin embargo, como hemos evidenciado en líneas anteriores, las EPS no solo cumplen con la función de giro de recursos; frente a esa función existe una serie de procesos necesarios para efectuar un reconocimiento coherente con las atenciones ciertamente efectuadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El estado de cartera entre las aseguradoras EPS y las IPS no es tranquilizante, como puede observarse en la tabla 7.

Tabla 7. Estado de cartera entre las aseguradoras EPS y las IPS

| CONTRIBUTIVO | | | | |
|--|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ERP | ↕ | ERP Saldo Factura | Menor Valor | IPS Saldo Factura |
| NUEVA EPS | | \$ 2.755.755.066.575 | \$ 2.005.926.652.259 | \$ 5.384.713.012.081 |
| Medimas EPS S.A.S | | \$ 880.615.615.316 | \$ 872.226.478.500 | \$ 2.294.430.649.390 |
| EPS FAMISANAR LTDA | | \$ 889.612.457.644 | \$ 856.251.410.908 | \$ 1.906.521.394.995 |
| CAFESALUD EPS | | \$ 1.369.193.073.105 | \$ 1.003.355.189.194 | \$ 1.768.171.361.525 |
| COOMEVA EPS S A | | \$ 960.515.941.177 | \$ 865.872.427.367 | \$ 1.737.686.355.561 |
| SURA - Compania Suramericana de Servicios de Salud SA | | \$ 1.093.104.143.329 | \$ 768.506.517.844 | \$ 1.253.962.522.758 |
| EPS SANITAS | | \$ 272.264.645.755 | \$ 222.719.572.437 | \$ 1.081.557.573.908 |
| SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RE | | \$ 790.347.633.643 | \$ 429.307.226.772 | \$ 1.038.788.587.664 |
| SALUDCOOP EPS | | \$ 565.658.023.571 | \$ 398.798.922.322 | \$ 690.604.848.054 |
| COMPENSAR | | \$ 293.985.939.407 | \$ 229.439.404.791 | \$ 497.737.524.680 |
| CRUZ BLANCA EPS | | \$ 16.984.057.407 | \$ 11.896.017.698 | \$ 210.524.268.341 |
| SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS | | \$ 46.724.563.320 | \$ 39.665.410.282 | \$ 202.202.620.332 |
| COMFENALCO VALLE EPS | | \$ 98.251.741.514 | \$ 96.761.128.522 | \$ 168.672.475.897 |
| ALIANSA EPS | | \$ 40.558.450.908 | \$ 40.173.794.460 | \$ 98.280.144.973 |
| FUNDACION SALUD MIA EPS | | \$ 2.615.248.531 | \$ 2.108.031.545 | \$ 14.372.214.506 |
| Comfenalco Antioquia - Caja de Compensacion Familiar C | | \$ 18.739.632.721 | \$ 5.986.559.442 | \$ 7.094.088.084 |
| GOLDEN GROUP S.A. EPS | | \$ 3.210.100.614 | \$ 1.985.468.037 | \$ 2.835.429.927 |
| Total general | | \$ 10.098.136.334.537 | \$ 7.850.980.212.380 | \$ 18.358.155.072.676 |

| SUBSIDIADO | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Etiquetas de fila | ERP Saldo Factura | Menor Valor | IPS Saldo Factura |
| COOSALUD EPS S.A | \$ 391.607.701.357 | \$ 361.749.111.972 | \$ 1.100.111.190.391 |
| ASMET SALUD EPS SAS | \$ 520.665.985.107 | \$ 507.441.490.545 | \$ 1.036.045.526.968 |
| Comparta - Cooperativa de Salud Comunitaria Comparta EPS S | \$ 696.247.099.135 | \$ 511.361.618.010 | \$ 761.438.050.595 |
| SAVIA SALUD -ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS SAS | \$ 290.777.382.532 | \$ 277.612.185.980 | \$ 673.745.187.558 |
| EMSSANAR SAS | \$ 619.337.313.019 | \$ 389.113.448.439 | \$ 571.526.517.541 |
| EMDISALUD - EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGR | \$ 303.970.807.107 | \$ 284.819.840.746 | \$ 493.285.304.601 |
| COMFAMILIAR HUILA | \$ 197.267.326.493 | \$ 195.765.605.742 | \$ 418.363.982.358 |
| CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA | \$ 224.628.203.595 | \$ 207.788.944.769 | \$ 395.225.170.166 |
| SALUD VIDA EPS | \$ 298.595.494.458 | \$ 252.864.621.381 | \$ 337.209.650.187 |
| CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. | \$ 87.650.087.459 | \$ 85.143.376.450 | \$ 250.629.703.990 |
| ASMET - Asociación Mutual la Esperanza de el Tambo Asmet E | \$ 43.539.630.343 | \$ 21.220.199.435 | \$ 245.927.556.065 |
| EMSSANAR - ASOCIACION MUTIAL EMPRESA SOLIDARIA DE SA | \$ 31.417.196.916 | \$ 19.835.736.236 | \$ 229.104.906.248 |
| AMBUQ - ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO | \$ 373.163.126.403 | \$ 160.550.753.416 | \$ 212.758.128.800 |
| CONVIDA - Entidad Promotora de Salud del Regimen Subsidiad | \$ 120.047.010.970 | \$ 97.435.684.077 | \$ 178.221.193.563 |
| Total general | \$ 5.084.151.118.188 | \$ 4.001.058.708.875 | \$ 8.144.705.708.049 |

Fuente: Ministerio de Salud y Proyección Social.

La cartera entre entidades responsables de pago (ERP)-EPS y las IPS puede superar los 25 billones de pesos, una tercera parte del presupuesto anual del Estado para el sector salud, lo cual origina inquietudes tales como:

- ¿Qué pasó con el dinero que se giró a tiempo (descartando unos 6 billones de pesos enredados por procesos en Adres)?
- ¿Se pagaron servicios a precios por encima del mercado?
- ¿Faltó equidad en la distribución de los recursos al momento del pago?
- ¿Se priorizó a IPS con alguna cercanía a los aseguradores afectando a los demás acreedores?
- ¿La plata destinada a la salud alcanza?

– ¿Las EPS tienen con qué responder frente a sus acreedores?

Analizando las condiciones de habilitación para operar por parte de una EPS, se debe cumplir con una serie de requisitos dentro de los cuales se destacan algunos de carácter financiero, como la reserva técnica y el régimen de inversiones.

De acuerdo con el Decreto Ley 780 de 2016, “Las reservas técnicas son activos que dan seguridad y liquidez al asegurador, con ellas, en el momento que sea preciso, las EPS pueden pagar a su red de prestadores”. En todo caso, la entidad debe garantizar el recurso que respalda esta obligación financiera, según lo establecido en el Decreto 780 de 2016. De acuerdo con un estudio efectuado por la Superintendencia Nacional de Salud a corte de septiembre de 2021,

se evidencia como resultado que solo cinco EPS cumplen con este requisito.

El problema

El sistema de salud colombiano ha sido foco de interés por parte del nuevo gobierno que inició su periodo el 7 de agosto de 2022, sustentado en las deficiencias manifiestas por parte de los actores que intervienen en el objetivo de mantener sana y protegida a la población colombiana. Un eslogan ha caracterizado el discurso de los equipos de gobierno: “Eliminar la intermediación financiera de las EPS”, que se propone como una de las más importantes medidas para brindar solución a los inconvenientes actuales del sistema de salud. Nos inquieta si está realmente es la solución a los problemas que enfrenta el sistema de salud en Colombia, como también nos inquieta saber verdaderamente cuáles son esos problemas. ¿Existe una solución en el mundo que podamos adoptar y que se ajuste a nuestras circunstancias políticas y económicas?

El discurso continúa: “avanzar de manera sustancial en la garantía del derecho fundamental a la salud para toda la población en Colombia sin ningún tipo de barrera, ni económica, ni geográfica, ni sociocultural”.

Bajo este contexto y teniendo presente un enfoque holístico del problema, los logros adquiridos en los últimos 30 años con el sistema de aseguramiento

en salud son: la afiliación en salud con una cobertura de la población en más del 98 %, el alcance del plan de beneficios en salud (PBS) con un 97 % de los medicamentos y tecnologías disponibles en el país, y el bajo nivel de gasto de bolsillo de lo invertido en salud, que apenas supera el 15 %, que comparado con los países de la región (América Latina y el Caribe), que en promedio supera el 28 %, es bastante satisfactorio. Estos beneficios adquiridos contrastan al contextualizarlos a nivel de regiones alejadas, en las cuales aún se presenta una deuda importante con esta población que, aunque mínima, tienen el mismo derecho de accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Se presentan las que consideramos deficiencias del sistema de salud colombiano, que enmarcan sus problemas de mayor impacto en la población y se explican por factores como: (1) la debilidad en el flujo de los recursos de la salud, (2) la falta de oportunidad en la atención, (3) la limitación o barreras de acceso, (4) el alto volumen de quejas y tutelas, (5) las debilidades en el financiamiento del sistema (Pava *et al.*, 2021), (6) baja interoperabilidad de los sistemas de información que reducen la oportunidad de tener un mejor gobierno de los datos de salud, y (7) baja oferta de servicios y profesionales de la salud.

Es de resaltar que, de acuerdo con la información disponible por entidades

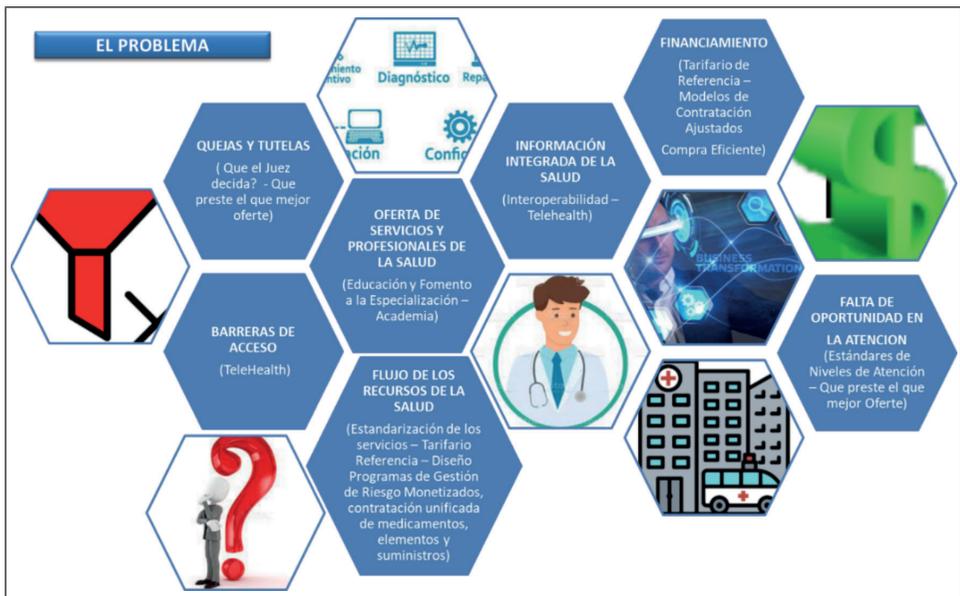
como el Ministerio de Salud y Protección Social, los problemas planteados toman vital importancia en un país en el cual:

- Existe falta de equidad en el acceso a los servicios de salud.
- El Gobierno nacional ha tenido que afrontar un cubrimiento de servicios sociales no previstos en el presupuesto anual, conllevando un problema de funcionalidad estatal, en donde la justicia constitucional parece no ponerse de acuerdo con el gobierno al

momento de garantizar los derechos de las personas (Molina Betancur, 2013).

- El 50 % o más de los casos de las tutelas y peticiones hechas al sistema de salud podrían solucionarse con medidas distintas, de tipo administrativo (García Villegas & Uprimny Yepes, 2010).
- Las funciones de depuración del recaudo y reconocimiento de prestaciones ejercidas actualmente por las EPS han madurado a través del tiempo hasta alcanzar un buen nivel de satisfacción (figura 3).

Figura 3. Problemas identificados en salud

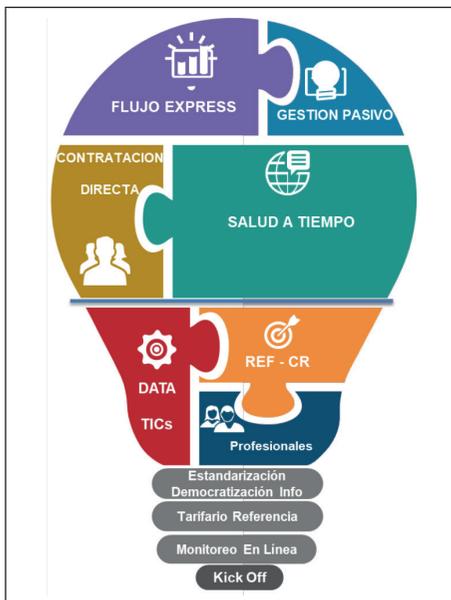


Fuente: Elaboración propia.

Las propuestas

Estas propuestas parten de la base de reconocer los avances en el curso de los últimos 30 años en el sistema de salud colombiano, destacando los procesos de automatización alcanzados en el procesamiento del recaudo a través de operadores de información y financieros, y en el control de la ordenación de servicios y tecnologías de la salud a través del sistema Mipres. Esto ha permitido efectuar la trazabilidad pertinente para atender las necesidades de salud de la población que no están cubiertos por el plan de beneficios o que requieren de una evaluación conjunta y especializada para brindar apoyo en el tratamiento de los pacientes.

Figura 4. Propuestas funcionales en salud



Fuente: Elaboración propia.

La conexión del bombillo de ideas formulado (figura 4) se establece como soporte de las propuestas funcionales que están basadas en cuatro pilares fundamentales que consideramos deben fortalecerse con el liderazgo de los ministerios de Salud y las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones:

- Estandarización de tecnologías empleadas (incluye 5 % de elementos y suministros de mayor impacto en internación hospitalaria). Estandarización de los tiempos de atención asociados a las prestaciones de mayor incidencia en la salud: tiempo de consulta (general, especializada y subespecializada), cirugías (vitales, urgentes y programables) y servicios ambulatorios (radiología, laboratorios, suministro medicamentos y elementos necesarios para la recuperación).

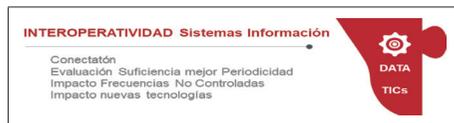
- Establecer un proceso sistemático para la generación y actualización de un tarifario de referencia. Si estamos utilizando recursos públicos, la exigencia del ajuste de costo-efectividad de los servicios prestados debe estandarizarse en el territorio nacional. El componente logístico en la valoración de la colocación geográfica del servicio es indispensable para mantener el equilibrio económico de los actores.

- Monitoreo en línea del comportamiento del uso de los recursos invertidos en salud mediante las tecnologías de la información como

big data, modelamiento predictivo y seguimiento a la demanda mediante aprendizaje supervisado.

– Democratización de la información de los eventos asociados a la atención en salud de la población para efectos de oportuno acceso en posteriores atenciones, evaluación de impacto en la demanda de servicios y elaboración de modelos que permitan efectuar seguimiento activo a la inversión en salud y los resultados obtenidos.

Interoperabilidad



La tecnología es un factor fundamental para brindar soluciones efectivas a los procesos de atención en salud. Los sistemas de información han venido desarrollándose con importantes avances para la gestión de la oferta y la demanda de los servicios de salud, al igual que para el control y la depuración del recaudo efectuado por los contribuyentes y el reconocimiento de las prestaciones económicas asociadas a los subsidios y a la relación contractual entre entidad responsable de pago ERP y las instituciones prestadoras de servicios IPS.

Es de precisar que, conforme con los temas prioritarios identificados por el gobierno de Iván Duque Márquez, en

el Informe de Empalme entre Gobiernos Nacionales (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2022), se establece que en el marco de la hoja de ruta trazada en el Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” se deberá avanzar en la implementación en todos los territorios de la llamada salud digital. Lo anterior, atendiendo al fortalecimiento del conocimiento en salud pública, la generación de capacidades, la gestión de los sistemas de información y el desarrollo de aplicativos móviles y plataformas que les permita a las personas el ejercicio del autocuidado, superando las barreras de acceso a servicios de salud (p. 79). Así mismo y conforme con las recomendaciones realizadas por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social, se recomienda que el actual gobierno aproveche las oportunidades de cooperación internacional alcanzadas con organismos como la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Americana de Cooperación sobre Salud Electrónica, para garantizar entre otras la interoperabilidad de las historias clínicas con el objeto de mejorar la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Por lo anterior, se sugiere continuar con la iniciativa del exministro de Salud Fernando Ruiz Gómez de elaborar el

documento Conpes de salud digital, en el cual se busque la concertación de acciones interinstitucionales entre carteras como el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, y el Ministerio de Educación Nacional para asegurar la creación de una agenda de salud digital que comprenda: (1) la interoperabilidad de las historias clínicas, (2) la constitución de una unidad de analítica de datos en salud, (3) el subsistema integrado de prestaciones efectivas de servicios y tecnologías en salud, (4) la generación certificados en línea, y (5) el portal de contratos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Respecto a la Unidad de Analítica de Datos (UAD), se sugiere avanzar en la formalización del equipo de analítica de datos del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, teniendo presente que durante la vigencia 2021 y el primer semestre de 2022 se avanzó en: (1) la construcción conceptual y metodológica para consolidar un modelo de gestión del conocimiento y el fortalecimiento de los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación para apoyar la toma de decisiones informadas, ambos en el marco del Plan Decenal Salud Pública (PDSP) 2022-2031; (2) la definición normativa del uso abierto de datos, documentación y formalización de la UAD en el marco del SIG y MIPG del

Ministerio de Salud; y (3) se consolidó la infraestructura tecnológica requerida para la UAD (DNP, 2022, p. 80).

Unos de los factores importantes para desarrollar son la adopción de la estandarización de los servicios y las tecnologías para la salud, y la interoperabilidad de los sistemas de información para la generación y la alimentación de un sistema único de información en salud. Este sistema único de información en salud (SUIS), asociados a la prestación de los servicios, puede ser complementario del sistema Sispro, con el cual cuenta el Estado desde hace más de 10 años. Este permitiría brindar acceso a información de salud para uso personal de cada ciudadano, con sus respectivos niveles de seguridad, así como brindar información asociada de los eventos ejecutados y el impacto de estos al resultado obtenido, y hacer seguimiento colectivo al comportamiento de la inversión en salud efectuada mediante la explotación de los datos utilizando modelos estructurados dirigidos a efectuar un monitoreo pertinente.

En 2022 se dio a conocer una serie de medidas para mejorar la operación del sistema de salud, de las cuales se destacan la Resolución 441, que busca estandarizar los acuerdos de voluntades entre asegurador y prestador, lo que sugiere una revisión periódica del comportamiento de los acuerdos y la

obligatoriedad de la implementación de notas técnicas para efectuar con mayor asertividad el seguimiento exigido. También está la Resolución 1036, que reglamenta el Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS) y su relevancia para el soporte de la factura electrónica en el sistema.

Fortalecer estos avances, ajustar lo necesario y adoptar modelos ya creados y exitosos para intercomunicar la información de los diferentes servicios de historia clínica se hace fundamental para avanzar en la formulación de modelos que brinden información adecuada para la gestión de los modelos de atención en salud a la población. Se debe aunar esfuerzos para continuar con el proyecto Conectación, iniciado en julio de 2022, que permitió integrar la información en salud de algunos hospitales públicos y privados; aumentar la conectividad en territorios (cobertura actual de internet del 60 %); y diseñar y adoptar el estándar para la prestación de servicios (no todo es para hoy).

La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud al modelo de atención primaria es indispensable para mejorar el acceso a la salud de comunidades dispersas geográficamente.

Por último, acercar a los pacientes mediante la tecnología de Tele-Salud en sus variadas modalidades se propone

como factor determinante para mejorar el indicador de accesibilidad. Esta tecnología permitirá, a la vez, conocer opiniones de expertos con una mayor celeridad, lo cual puede ser determinante en la consecución del alivio para los pacientes y en la formación holística de los profesionales de salud en formación práctica.

Profesionales de la salud



Un factor fundamental que afecta la oportunidad en la atención de los servicios de salud es la falta de oferta de profesionales. Las últimas tres décadas se han caracterizado por el aumento de facultades de Medicina, que en la actualidad suman alrededor de 60, pero es posible que no sean suficientes para brindar solución a las necesidades de profesionales de salud, que puede estar originado en la falta de una política de Estado de formación de talento humano en salud en función de la demanda de servicios.

El recurso humano en salud es el más importante de cualquier sistema de salud. Según el observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud, para 2017 había 323.039 profesionales de la salud, las auxiliares de enfermería pasaron de 179.077 en 2011 a 311.984 en 2017, y para este último año había 76.235

tecnólogos profesionales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Se debe articular la academia y los colegios médicos nacionales para que efectúen el ajuste oportuno de los cupos en los diferentes programas de especialización médica, acorde con la demanda de servicios que les será otorgado periódicamente basado en la información del sistema único de información en salud (SUIS). El aporte de este equipo interdisciplinario debe concentrarse en la pertinencia de los programas ofertados, ya que el aval de la cantidad de cupos se efectuaría con base en la información que otorgue el sistema de información.

En Colombia existen bastantes dificultades para el acceso a especialidades en áreas de la salud, dentro de las cuales se destaca el alto costo que tiene la formación en cualquier especialidad, el cual puede oscilar entre 10 a 40 millones de pesos semestrales y con una exigencia de dedicación en tiempo completo, lo cual afecta la oportunidad de apalancarse en financieramente en su trabajo.

Se sugiere fomentar la inclusión de profesionales médicos a la formación especializada mediante el otorgamiento de subsidios parciales pagaderos con dedicación temporal a beneficio de la población colombiana. También se debería establecer un valor mínimo de remuneración para los servidores de la salud, por encima

de los estándares de mercado para otros sectores.

Por último, se tendría que reconocer la importancia del profesional de la salud en la continuidad de la especie humana con diferenciales representados en la tributación y acceso a beneficios de Estado en compensación por su el servicio público prestado.

El sistema de referencia y contrarreferencia



El sistema de referencia y contrarreferencia se debe unificar con una administración descentralizada que permita conocer la oferta de los prestadores de servicios, los cuales deben estar atentos a brindar disponibilidad de acuerdo con las necesidades de la población. La mejor lección fue otorgada hace poco tiempo, con la administración de la disponibilidad de UCI en Bogotá y en algunas regiones con el fin de preservar la salud de los pacientes, con independencia de contratación directa o exclusividad por aporte diferencial. Equidad en el acceso a la salud.

Una distribución equitativa de la demanda (DED) en los actores productores de la oferta brindaría equilibrio en la prestación de acuerdo con

la oferta ofrecida por los diferentes prestadores de servicios.

Compras eficientes



Existen innumerables estudios acerca de lo que la población requiere de una atención especializada debido a las patologías que los afectan, como son los pacientes con insuficiencia renal crónica, cáncer, VIH, hemofilia y artritis reumatoide, y los que padecen de alguna enfermedad huérfana. Todos ellos tienen una característica común desde el punto de vista financiero, pues son denominados de *alto costo* debido a la inversión diferencial que se debe efectuar para atender sus necesidades de salud. Sumado a lo anterior, se presenta una cantidad importante de pacientes con las llamadas enfermedades silenciosas, en su mayoría causante de grandes dolencias y que redundan en alguna patología de alto costo previamente mencionadas.

Se ha llegado a mencionar que poco más del 50 % de la inversión en salud se hace para la atención de las patologías de alto costo. En su gran mayoría, las guías de atención para atender las necesidades de estos pacientes basan su tratamiento en el uso de medicamentos y suministros muy onerosos

en comparación con el consumo de los medicamentos necesarios para mejorar la salud de la población restante.

Se propone efectuar compras eficientes mediante la negociación directa con los proveedores de medicamentos y la industria farmacéutica, lo cual conduce a la consecución de un ahorro importante por el manejo de economías de escala al conocer, con base en el sistema único de información en salud (SUIS), la demanda de los medicamentos asociados a los tratamientos aprobados para gestionar la salud de los pacientes.

Los operadores de medicamentos continuaran efectuando su labor con un reconocimiento relativo definido por el Ministerio de Salud en los casos para lo cual las instituciones prestadoras de servicios están en deficiencia operativa para gestionar la entrega de estos a los pacientes medicados.

La formulación por parte de un profesional médico para atender las necesidades de estos pacientes se limitará a lo aprobado en las guías de manejo por parte de los profesionales de la salud integrantes del Instituto para la Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS). En caso de requerir un tratamiento diferencial mediante el uso de una tecnología no evaluada, debe presentar solicitud al IETS para su evaluación y correspondiente aprobación o sugerencia de tratamiento a seguir.

Estos servicios no podrán ser alterados por requerimientos judiciales que no estén soportados en la evaluación técnica de el IETS.

Saludo a tiempo



Establecer un estándar para la atención de servicios con la oportunidad adecuada y pertinente, en el cual los actores-asegurador (EPS del Estado o privadas) y las IPS deben prestar una agrupación de servicios o un servicio específico. No todos los servicios deben ser prestados con inmediatez y, si el estándar se prepara de acuerdo con la oferta de prestación mediante un modelo basado en los datos recopilados de la demanda, puede ser dinámico y brindaría la rigurosidad necesaria a los actores del sistema.

En caso de no cumplir con el tiempo establecido en el estándar como límite para la prestación, se registra como un incumplimiento, el cual quedara libre para la prestación del servicio por cualquier IPS de la red habilitada por el Estado. Si en un tiempo establecido no es seleccionado por una IPS, el sistema los asignará por defecto a las IPS que de acuerdo con criterios de pertinencia y costo-eficiencia se determine; para esta

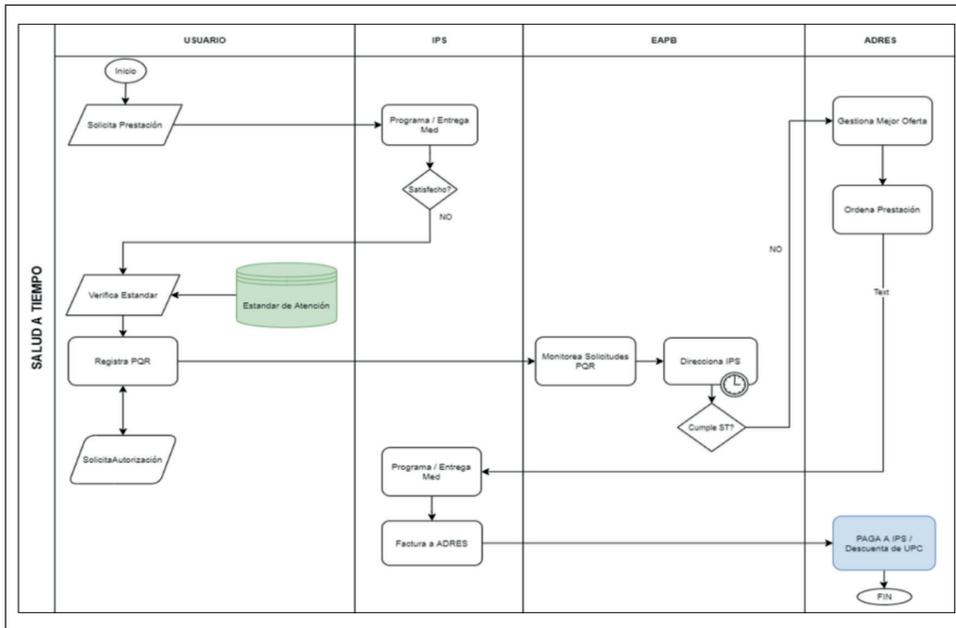
última asignación, el sistema modela una función que elige al prestador que tenga mejor puntuación en cuanto calidad y precio de referencia (se incentiva la calidad en la prestación).

Es de resaltar que, con lo anterior, no solo se lograría el descongestiónamiento judicial, sino se contribuiría al mejoramiento de la paz social. Así mismo, se recomienda que al interior de las entidades promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del país se garantice el cumplimiento en la respuesta a los derechos de petición, pues se calcula que alrededor del 20 % de las tutelas impuestas por las personas son derechos no resueltos (García Villegas & Uprimny Yepes, 2010).

La IPS que preste estos servicios facturan directamente a la plataforma del Estado a las tarifas de referencia más un 15 % de incentivo por la oportunidad ofrecida, la cual será pagada de acuerdo con los estándares establecidos, descontando de la UPC el valor a pagar sumado a un 10 % por gestión administrativa prestada por el Estado.

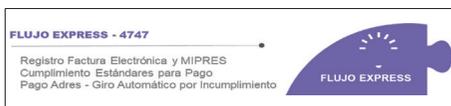
Para el registro se sugiere utilizar la plataforma Mipres, que ya cuenta con integración a la información de los prestadores de servicios mediante el Registro de Entidades Prestadoras de Servicios (REPS) (figura 5).

Figura 5. Registro plataforma Mipres



Fuente: Elaboración propia.

Registro en línea de facturación electrónica para trazabilidad ante el SGSSS



Trazabilidad desde el registro de la factura, auditoría de la cuenta por asegurador o Estado, gestión de glosa por prestador de servicios de salud (PSS) o IPS, respuesta a glosa, aceptación o paso a dirimir conflicto por tercero autorizado y pago de parte aceptada.

En caso de no cumplir con el tiempo asignado para el cargue de respuesta

de acuerdo con la normatividad, se da por aceptado en el proceso y se procede a reconocer económicamente lo registrado; si no se audita en el tiempo establecido, el monto total de la factura queda en firme, si no se responde a tiempo una glosa, queda en firme y se genera nota crédito automática a la factura, lo cual es de obligatorio cumplimiento su registro en los estados financieros tanto del asegurador-pagador y el prestador-facturador.

Una vez termine fase de trazabilidad, se procede a descontar de la UPC asignada a cada asegurador o ente territorial en representación del Estado.

Se sugiere utilizar la plataforma Mipres ya establecida para el manejo de los servicios y tecnologías NOPBS.

Gestión del pasivo



Las cifras de la cartera entre EPS o entidades responsables de pago (ERP) y las IPS tienen una diferencia representativa, por lo cual la cartera del sistema entre estos dos actores oscila entre los 15 y los 26 billones de pesos, aproximadamente. Esto, debido a la falta de integración de información e interoperabilidad rigurosa.

La conciliación de cifras se hará expedita con la implementación de la factura electrónica, los RIPS actualizados y el control sugerido en el punto anterior para monitorear y trazar los procesos de obligatoriedad en el proceso de solicitud y reconocimiento de pago exigido por la normatividad, establecido en el Decreto 4747 de 2007, que determina:

- 30 días hábiles para procesar las facturas recibidas por los prestadores.
- 15 días hábiles para gestionar las glosas presentadas.
- 10 días hábiles para levantar total o parcialmente las glosas.

– 5 días hábiles para pagar las glosas levantadas.

La gestión debe comenzar por analizar lo facturado frente al tarifario de referencia preparado por el Ministerio de Salud. Esto, con el fin de ajustar a valores de referencia y generar notas crédito automáticas frente a los resultados conciliados.

De igual manera, debe efectuarse un análisis de la información histórica facturada con el fin de verificar frente al tarifario de referencia puesto en valores en el tiempo, la costo-efectividad de lo invertido en salud y brindar soporte para otro posible ajuste a lo facturado y no pagado.

Para las cifras resultantes, ya descontado lo que se acuerde entre las partes, puede tenerse en cuenta el pago alternativo con participación en el aseguramiento por parte de las entidades prestadoras como ha ocurrido en ocasiones anteriores con algunas entidades.

Conclusiones

- El flujo de dinero para la salud requiere intervención inmediata para ejercer control efectivo y coherencia entre la prestación, pertinencia de lo cobrado y el pago oportuno.
- La oportunidad y falta de oferta de IPS-PSS para atender la demanda

de los pacientes por la limitación de contratación impacta la salud de las personas y deriva en la saturación del poder judicial.

– Utilización de herramienta Mipres para control de flujo de recursos para reconocimiento de prestaciones de salud.

– La interoperabilidad y unificación de la información en salud debe ser fortalecida.

– Estandarizar lo necesario para evitar imprecisiones entre Estado-EPS-IPS.

– Compra unificada de medicamentos y reconocimiento de ejercicio de distribución y dispensación.

– Unificación de centros de atención especializados para gestión de patologías de alto costo, los cuales podrán ser de uso indiscriminado por los pacientes asegurados independiente de su entidad de afiliación para acceder a las mejores prácticas costo efectivas definidas por el Estado a través de las personas e instituciones que defina.

– Vigilancia en tiempo real de la ejecución de las notas técnicas.

– Atención primaria en salud utilizando prestadores públicos y privados con reconocimiento de impacto en salud de la población asignada.

– Control de contratación de nuevas tecnologías mediante aprobación de IETS.

– Integración de herramienta para brindar oportunidad a los requerimientos desatendidos con flujo efectivo de cadena de valor que premie a PSS y dosifique flujo de UPC.

– Sistema de Referencia y Contrareferencia Nacional y Territorial. Ejemplo administración de UCI en pandemia.

Referencias bibliográficas

Chiriví Rodríguez, C. A. (2014). Acción de tutela en salud: Origen, evolución jurisprudencial y alternativas a su interposición. <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/13859/Acci%C3%B3n+de+Tutela+en+Salud.pdf?sequence=2>

Consultor Salud. (2022, 30 de junio). Cobertura del aseguramiento en salud llega al 99,6 %. Minsalud. <https://consultorsalud.com/cobertura-aseguramiento-salud-minsalud/>

Contraloría General de la República. (2019). *Informe de resultados, actuación especial de fiscalización*. https://www.dane.gov.co/files/control_participacion/control-interno/informes-contraloria/046-Informe-Final-AEF-BDUA.pdf

Defensoría del Pueblo. (2017). *La tutela: Los derechos a la salud y la seguridad en Colombia*. <https://www.queremosdatos.co/request/851/response/1694/attach/html/6/La%20Tute->

la%20y%20el%20Derecho%20a%20la%20salud%202017.pdf.html

Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2022). Informe de empalme entre gobiernos nacionales. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://datalog.dnp.gov.co/#informe-empalme>

García Villegas, M., & Uprimny Yepes, R. (2010). La reforma a la tutela: ¿ajuste o desmonte? https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_49.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014, 31 de marzo). Circular conjunta 030 de 2013. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Financiamiento/Paginas/Circular-30-de-2013.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Análisis de Situación en Salud (ASIS). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, 17 de noviembre). La agenda de Salud Digital para generar interoperabilidad. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/La-agenda-de-Salud-Digital-para-generar-interoperabilidad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022, 19 de julio). Colombia inició la interoperabilidad de la historia clínica. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-inicio-la-interoperabilidad-de-la-historia-clinica.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Prevención enfermedades transmisibles*. [https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid.aspx#:~:text=Los%20coronavirus%20\(CoV\)%20son%20virus,ser%20leve%2C%20moderada%20o%20grave.](https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid.aspx#:~:text=Los%20coronavirus%20(CoV)%20son%20virus,ser%20leve%2C%20moderada%20o%20grave.)

Molina Betancur, C. M. (2013). La tutela y reforma en salud: Desencanto de un juez soñador. <http://www.scielo.org.co/pdf/vniv/n127/n127a06.pdf>

Pava, R., Pérez Castillo, J. N., & Niño Vásquez, L. F. (2021, 1.º de enero). Perspectiva para el uso del modelo P6 de atención en salud bajo un escenario soportado en IoT y blockchain. <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/Tecnura/article/view/16159>

Senado la República de Colombia. (1991). Constitución Política de la República de Colombia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Anexos

Análisis Pestel

Examinamos el impacto de los factores externos que están fuera de control de la empresa llamado sistema de salud colombiano, pero que pueden afectar a su desarrollo futuro.

| FACTOR | DETALLE | PLAZO | | IMPACTO | EVALUACION |
|------------------|--|---------------------|-----------------------|---------|------------|
| | | Corto (1 a 3 meses) | Largo (Más de 3 años) | | |
| POLITICA | Cambio de Presidente | | X | Alto | Negativa |
| | Primer gobierno de Izquierda | X | | Mediano | Positiva |
| | Descentralización en Territorios | | X | Alto | Negativa |
| | Eliminación EPS | | X | Alto | Negativa |
| | Deudas del Sistema | | X | Alto | Negativa |
| ECONOMIA | Inestabilidad Dólar | X | | Alto | Negativa |
| | Aumento Tasa de Interés | | X | Mediano | Negativa |
| | Inflación | | X | Alto | Negativa |
| SOCIO - CULTURAL | Demografía | | X | Alto | Positiva |
| | Estilo de Vida | | X | Alto | Positiva |
| | Actitudes y opiniones | X | | Alto | Positiva |
| | Aspectos éticos | X | | Alto | Positiva |
| | Acceso - Conectividad | | X | Alto | Positiva |
| TECNOLOGICO | Definición Estandarización en 100% de prestaciones de salud | | X | Alto | Positiva |
| | Definición de Estándares de tiempos para atención de servicios | | X | Mediano | Positiva |
| | Definición de Estándar de Interoperatividad | X | | Alto | Positiva |
| | Unificación de información en Salud | X | | Alto | Positiva |
| | Notas Técnicas asociadas a modalidades de Contratación | | X | Alto | Positiva |

| ECOLOGICO - AMBIENTAL | FACTOR | DETALLE | | PLAZO | | IMPACTO | EVALUACION | |
|-----------------------|---|--|----------------------|-----------------------|---|---------|------------|----------|
| | | Corto (1 a 3 meses) | Mediano (1 a 3 años) | Largo (Más de 3 años) | | | | |
| ECOLOGICO - AMBIENTAL | Huella de carbono | Fortalecimiento de Ministerio de Ambiente y establecimiento de política de energías renovables | | | | | | |
| | Residuos - Eliminación | Impuesto a uso de envase plástico de un solo uso | | X | | Mediano | Positiva | |
| | Impuesto a alimentos procesados y bebidas azucaradas | Autocontrol de ambiente de desarrollo de la población generando incentivo al reciclaje | | | X | | Mediano | Positiva |
| | | Proyecto presentado en reforma del 8 de agosto de 2022 | | | X | | Alto | Positiva |
| | Resolución 1036 de 2022 | Reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, incluyendo el flujo de la información y los datos que se deben reportar en éste, y las reglas de validación que deben aplicarse como soporte para el trámite y envío de la factura electrónica de venta en salud. | | | X | | Alto | Positiva |
| | Resolución 441 de 2022 | Acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud | | | X | | Alto | Positiva |
| | Ley 1438 de 2011 | Plazos reconocimiento económico por prestaciones en salud | | X | | | Alto | Positiva |
| | | " Las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la generación de la factura con todos sus anexos, firmación y comunicación a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normalidad vigente. Una vez formadas las glosas a una factura no se podrá formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos de hechos en la respuesta dada a la glosa inicial. | | | | | | |
| | | El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si le vanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. | | | X | | Alto | Positiva |
| | Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no le ventadas y enviar las facturas enmendadas nuevamente a la entidad responsable del pago. | | | | | | | |
| | Los valores por las glosas le ventadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de las glosas o su preparación, que no fueron le ventadas * | | | | | | | |
| | Ley 1966 de 2019 | busca transparencia en la gestión por parte de los diferentes actores del sector salud, buscando el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud | | X | | | Alto | Positiva |
| | Resolución 510 de 2022 | Factura Electrónica en Sector Salud | | | | | | |
| | | Inclusión control de pago a trabajadores de la Salud con contratos de prestador de servicios o directos para evitar demoras en el reconocimiento económico. | | X | | | Alto | Positiva |

Análisis FODA Cruzado

Revisamos las fortalezas y debilidades frente a las oportunidades y amenazas

para identificar posibles estrategias para alcanzar los objetivos estratégicos.

| Fortalezas - F | | Debilidades - D | |
|--|--|---|--|
| Multiplicidad de Fuentes de Datos | | Concentración del Cuidado Personal - Alineación a ejecución, revisión es periódicas, a utocensuran | |
| PIA - SIEMRO | | | |
| Sistema de Integración de Información de Oritia | | Tarifario: Reencia de Servicios, Elementos, Medicamentos y Servicios | |
| MIPRES - Registro de Prescripciones y trazabilidad de servicios al pago al prestador | | Suficiencia de Red de Prestación | |
| Centralización de Peticiones de Servicios Desempeñados (Fuera de Salud) | | Falta de Oportunidad de Acceso a servicios en Red contratada | |
| Plataforma gestión de peticiones de servicios (Mipres) | | | |
| Registro unificado de actores de (sistema de eventos de salud): | | | |
| A. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) | | | |
| B. Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS) | | Difícil ACCESO A TERRITORIOS AISLADOS | |
| C. Sistema de Gestión Hospitalaria (RHO) | | | |
| D. Registro Único de Atención Primaria (RUAP) | | | |
| E. MI Vacuna | | | |
| Guías de Práctica Clínica | | Estadificación de Programas de Atención de Patologías Específicas | |
| Fortalecimiento del Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS | | | |
| CONECTADO - Registro Digital de Salud RES | | | |
| Inicio de la unificación de la información en salud originada en la prestación de servicios, especialmente en la historia clínica de las IPS o ISS | | Sistema nacional de referencia y contra referencia | |
| Oportunidades - O | Estrategias OD | Estrategias DO | |
| Intención de incentivar fomento a salud territorial | | Pequeños de Salud Regionalizado, sectorizado para fortalecimiento del autocuidado, diagnóstico temprano e inducción a demanda controlada de servicios de atención primaria y preventiva. | |
| Historia Clínica Electrónica con intención de estarla | Registro Nacional de Información en Salud: el sistema de salud colombiano tiene múltiples fuentes de datos, la integración de las fuentes de datos de manera homogénea permitirá reducir costos por utilización de tiempo de los resultados en salud, orientar a los profesionales médicos para la aplicación de tratamientos pertinentes. | Establecer Tarifario de acuerdo con el comportamiento del mercado. | |
| | | Revisión periódica y automática del comportamiento del mercado para proponer ajustes al Tarifario de Referencia. | |
| Nuevo gobierno con intención de mejorar el sistema de salud | | | |
| Amenazas - A | Estrategias AA | Estrategias DA | |
| Deudas entre EPS e IPS | Registro en línea de Facturación Electrónica para trazabilidad ante el SISES. Trazabilidad desde el registro de la factura, auditoría de la cuenta por asegurado o Estado, gestión de glosa por IPS o IPS, respuesta a Glosa, aceptación o paso a dinivir con efecto por tiempo autorizado, pago de parte aceptada. El caso de no cumplir con el tiempo asignado para el cargo de respuesta de acuerdo con la normatividad, se da por aceptado por el proceso a ser y se procede a reconocer el monto registrado; si no se realiza en el tiempo establecido, el monto total de la factura queda en firme, si no se responde tiempo a glosa, queda en firme y se genera nota crédito a la factura. EL PAGO: una vez termine fase de trazabilidad, se procede a descontar de la UPCAsignada a cada asegurador o ente territorial en representación del Estado. | RED - Anticipo con la Atención a necesidad de fomentar la formación especializada de profesionales de acuerdo con la demanda de servicios. Incentivar a los profesionales con seguridad laboral futura y coordinar la formación asistida en clínica. | |
| Deudas de Entidades territoriales a EPS e IPS | Fortalecimiento patrimonial de los entes delegados del Estado afectados por la incompeterencia en la resolución de las deudas del Estado por prestaciones. - Revisión de valores facturados a precios de mercado, identificación de valores ajustados y negociación con acreedores afectados de las EPS para el reconocimiento efectivo en tiempo prudencial (a lo del dinero es el tiempo que puede llevar a lo del Estado). | Elaboración de Notas Técnicas de reconocimiento comprobado a nivel nacional para el tratamiento de patologías que impactan en la salud de las personas y que precoran la optimización de la inversión en salud. | |
| Deudas de ADOES a EPS | Asignación de tiempo prioritario para auditar lo pendiente y para dinivir libre escasez y unido el mismo, se debe efectuar la liberación de acreencias para el reconocimiento a la prestación de servicios del registro en Línea de Facturación Electrónica. | Fortalecimiento del IES o Instituto independiente sin ánimo de lucro que realiza ajustes a los programas establecidos para la atención a ser de la población. Revisión la solicitud de inclusión de nuevos tecnologías, medicamentos, tratamientos con base en estudios internacionales y nacional reportados en datos de abierta a población. | |
| Eliminación de las EPS | | Presenta alternativa para la transición de las funciones delegadas y el efecto positivo o negativo del impacto de la gestión de cambio solicitado por cada variable es cada. | |
| Si función de la Red Judicial con tarjetas | | Establecer estándares para la atención de servicios con la oportunidad de acceso y pertinente en el cual los actores asegurados (Estado o privado EPS) y las IPS deben prestar una agrupación de servicios o un servicio específico. En caso de no cumplir con el tiempo establecido como límite para la prestación, se registra como un incumplimiento, el cual queda a libre para la prestación del servicio por cualquier IPS de la red habilitada por el Estado. Si en un tiempo no mayor a 8 horas no es seleccionado por una IPS, el sistema los asigna por defecto a las IPS que de acuerdo con los criterios de pertinencia y costo-eficiencia se determine. La IPS que preste estos servicios, factura directamente a la plataforma del Estado a los tarifas de referencia + un % de incentivo por la oportunidad de la cual se paga de acuerdo con los estándares establecidos de modo de la UPCAla hora pagada a un 10% por gestión administrativa prestada por el Estado. INCENTIVO por inclusión de aseguramiento y prestación en territorios aislados. | |

Canvas

| Asociaciones Claves  | | Actividades Claves  | Propuesta de Valor  | Relación con el Cliente  | Segmento de Clientes  |
|---|--|---|---|--|--|
| Quiénes Ministerio Salud | Que nos Motiva Satisfacer Necesidades de Salud | Estandarización de servicios y elementos para prestación de servicios | Fomento al autocuidado con inventivos | Seguimiento a Autocuidado | Población Colombiana en general |
| ADRES | Giro directo | Elaboración Tarifario de Referencia | Incentivos por mejora en indicadores salud pública - 256 | Observatorio Indicadores APS (Atención Primaria en Salud) - Res. 256 de 2016 | Grupos de riesgo por patologías específicas y multivariada |
| Congreso | MIPRES | Proceso de control y actualización al Tarifario | Ajuste a LPC por gestión positiva de riesgo poblacional | | Adolescentes |
| IPS - PSS | MIFACTURA (Idea de Control Estatal flujo de Recursos) | Adopción de estándares internacionales | Unificación gestión del flujo de inversión en salud mediante herramienta de control y trazabilidad | | Adulto Mayor |
| EPS - ERP | Interactividad información en salud | Notas técnicas programas de salud de mayor impacto | Mitigación del riesgo de saturación del componente judicial implementando subasta inglesa para servicios | Seguimiento a inversión en salud | IPS - PSS |
| Gremios | Financiación | Implementar MIFACTURA - unificación de facturación, auditoria, solución glosa, conciliación y pago | Revisión periódica de tecnologías, notas técnicas y efectividad de programas en lo referente a su impacto en la población intervenida | Observatorios de notas técnicas implementadas | Operadores de Información |
| Asociaciones de Usuarios Industria Farmacéutica | Foco en las | | Disminución Mortalidad Infantil | | Operadores |
| INVIMA | Control Inversión en salud | Recursos Claves  | Embarazo Adolescente Cero | Canales  | Operadores de elementos y suministros Industria Farmacéutica |
| IETS | Estandarización | MIPRES | | | Aseguradores |
| Min TICS | Nuevas tecnologías (telesalud - nuevos medicamentos) | Ajuste desarrollo tecnológico para gestión y trazabilidad de facturas del sistema | Sistema unificado y descentralizado de Referencia y Contra-Referencia | | Centros de Atención Primaria |
| Entes Territoriales | | Conectividad a nivel nacional | Vejez digna | | Comunidades Organizadas socio-culturalmente |
| Sociedades Científicas | | | | | |
| DPS - OMS Academia | | Subasta Inglesa para contratación excepcional por incumplimiento en oportunidad | | | |
| Estructura de Costes  | | | Fuentes de Ingreso  | | |
| 80 BILLONES anuales de presupuesto | | | Presupuesto Nacional para la Salud | | |
| Control tarifario para eficiencia de la inversión | | | Aportes Regimen Contributivo | | |

Cinco fuerzas de Porter



a. *Rivalidad entre los competidores existentes:*

- De 31 aseguradores, solo cinco cumplen condiciones.
- 70 % de la población cubierta por siete EPS.
- Hospitales públicos con mala gestión administrativa.
- Costos no estandarizados, no hay tarifario de referencia.
- ¿Riesgo compartido de pérdida y ganancia entre asegurador y prestador?
- Modelos de salud estandarizados y costeados.
- Gestión de actualización científica.
- ¿Incompetencia de entes territoriales?

b. *Poder de negociación de los proveedores:*

- Estado en capacidad de asumir la función delegada de administrar la salud.
- Referencias controladas por ubicación y hotelería, pero no por nivel de calidad.
- Proveedores integrados verticalmente en los servicios rentistas. Abandono de los servicios básicos de APS.
- Proveedores de servicios con claro estándar de diferenciación. Localización geográfica muy centralizada.
- ¿Modelos de contratación ganadora?
- ¿Mejor calidad o mejor reconocimiento?

c. *Poder de negociación de los clientes:*

- Alta exigencia de calidad de servicio.
- Cobertura del 95 % de la población y deficiencia de cobertura en territorios.
- Exigencia de mayor oportunidad de atención.
- No hay estándares de tiempo de atención.
- Sustitutos solo a población con capacidad de pago (complementarios y medicina prepagada).
- No pueden seleccionar proveedor de prestación.
- Libre escogencia de proveedor en situación de falla de atención o incumplimiento de estándar de atención.

d. *Amenaza de nuevos competidores:*

- Control total del Estado frente a aseguramiento privado.
- Producto no diferenciado (commodity).
- Barreras legales para ingresar nuevos aseguradores.
- El Estado ya compite con 20 % de aseguramiento a través de asegurador mixto.

e. *Amenaza de productos sustitutivos:*

- Nuevo modelo de salud orientado a la salud familiar.
- Posible creación de centros de salud de atención primaria dependiendo del Estado.
- Fortalecimiento de oferta de hospitales públicos y ESE en los productos demandantes, haciéndolos costo-efectivos en busca de su autosostenibilidad.
- La lealtad de los clientes al sistema actual es alta. En el momento que disminuya lo que hoy se otorga, habrá crisis.
- Tecnología que facilita el cubrimiento.
- Conectividad nacional como objetivo estratégico del país.