



Centro de Pensamiento
en Seguridad Social

CEPESS

**Una revisión a
las propuestas
de reforma al
sistema de salud
colombiano**

Documento Técnico de Política Pública No. 2

05 de junio de 2024

Bogotá, D. C. - Colombia

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
1 LA POLÍTICA DE SALUD.....	8
2 LOS SISTEMAS DE SALUD.....	11
2.1 Aspectos conceptuales	11
2.2 La arquitectura y operación en la experiencia internacional	13
2.2.1 Alemania.....	13
2.2.2 Corea del Sur	16
2.2.3 Estados Unidos	19
2.2.4 Francia	23
2.2.5 Italia	26
2.2.6 Noruega.....	30
2.3 Las similitudes de la experiencia internacional	32
2.4 Las disimilitudes de la experiencia internacional.....	33
2.5 La arquitectura y operación en Colombia.....	34
3 LA ORGANIZACIÓN INDUSTRIAL DEL SERVICIO DE SALUD	37
3.1 La experiencia internacional	37
3.1.1 Alemania.....	37
3.1.2 Corea del Sur	38
3.1.3 Chile.....	41
3.1.4 Estados Unidos	43
3.1.5 Finlandia	45
3.1.6 Francia	47
3.1.7 Indonesia.....	49
3.1.8 Japón.....	50
3.1.9 Noruega.....	53
3.1.10 Países Bajos	54

3.1.11	Reino Unido.....	57
3.2	La experiencia colombiana.....	58
3.2.1	El tamaño de mercado	59
3.2.1.1	Atributos, origen y cambios socio demográficos de la demanda... 59	
3.2.1.2	Origen étnico-racial de la población 2024	60
3.2.1.2.1	Índices de interdependencia 1985 a 2018	61
3.2.1.3	localización y concentración de la población como riesgo o demanda potencial.....	62
3.2.1.3.1	Localización y concentración	62
3.2.1.3.2	Densidad poblacional y otros indicadores de localización	64
3.2.1.3.3	Demanda como necesidad de salud epidemiológicamente declarada 67	
3.2.1.4	La estructura de mercado.....	70
3.2.2	La estructura de mercado sanitario o de los servicios de salud	71
3.2.2.1.1	Generalidades del mercado sanitario o de los servicios de salud 72	
3.2.2.2	Recursos de oferta.....	73
3.2.2.3	Mercado de medicamentos	74
3.2.2.4	Capacidades institucionales.....	75
3.2.3	Integración y coordinación asistencial	76
3.2.3.1	Integración vertical y horizontal	76
3.2.3.1.1	Definición de la integración vertical para el mercado de la salud 77	
3.2.3.1.2	Continuidad y alcance de la integración.....	78
3.2.3.1.2.1	Antecedente nacional.....	78
3.2.3.1.2.2	Estudios nacionales	78
4	ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA 2023-2024.....	80
4.1	La economía política de las reformas	80
4.2	La propuesta de reforma del GNC.....	86

4.3	Los aspectos legales de la primera propuesta gubernamental	91
4.3.1	Tipo de leyes y reforma a la salud	91
4.3.2	Talento humano en salud	95
4.3.3	Flujo de recursos en el Sistema de Salud.....	98
4.4	La economía de la reforma	102
4.4.1	El eje central del diseño del sistema de salud.....	103
4.4.1.1	La atención primaria en salud-APS	103
4.4.1.1.1	Los centros de atención primaria y los equipos básicos de salud en la APS 109	
4.4.1.2	La administración financiera centralizada.....	112
4.4.1.2.1	Un recorrido con lecciones que no se pueden olvidar	112
4.4.1.2.1.1	Régimen Contributivo 1994 - 2011	112
4.4.1.2.1.2	Régimen Subsidiado 1994 - 2011	116
4.4.1.2.1.3	Régimen Contributivo 2011 a la fecha	119
4.4.1.2.1.4	Régimen Subsidiado 2011 a la fecha	127
4.4.1.3	Administradora de Recursos de la salud - ADRES	130
4.4.1.4	Ajuste en los mecanismos de asignación de los recursos	136
4.4.1.5	Cambios en las fuentes y usos	141
4.4.1.5.1	Fuentes	141
4.4.1.5.2	Cotizaciones.....	143
4.4.1.5.3	Aportes fiscales	143
4.4.1.5.4	Otros aportes	144
4.4.1.5.5	Usos	144
4.4.1.6	Entidades de gestión	156
4.4.1.6.1	Las funciones de las EPS en el actual sistema	156
4.4.1.6.2	Las Gestoras de Salud y Vida-GSV	158
4.4.2	Las reformas y la organización industrial.....	163
4.4.2.1	Descentralización.....	163
4.4.3	El problema de los derechos residuales y los múltiples principales	167

4.4.3.1	Derechos residuales.....	167
4.4.3.2	Los múltiples principales	168
4.4.3.3	El faltante, los costos de transacción.....	169
4.4.3.4	El tema de la información.....	171
4.4.3.5	Observación.....	172
4.4.3.6	Integración y coordinación.....	172
4.4.3.7	Contenido de reforma.....	173
4.4.3.7.1	Enfoque	173
4.4.3.7.2	La integración y la oferta	174
4.4.3.7.3	Integración y enfoque diferenciado	174
4.4.3.7.4	Integración y la atención básica.....	174
4.4.3.7.5	La integración y el desempeño	175
4.4.3.7.6	La integración y la autorregulación médica	175
4.4.3.7.7	Observaciones	177
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	179
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	185

INTRODUCCIÓN

Las personas le dan un gran valor a su salud pues de ella depende su existencia y su bienestar. Por ello, cuando se proponen acciones estatales o privadas con el propósito de modificar en algún sentido la prestación del sistema de salud, la reacción inmediata de los individuos es calificar la propuesta con base en algún criterio que considera para sí como el de mayor mérito, sin considerar, normalmente, el resto del conjunto de criterios. Las reacciones y los juicios individuales que se emiten son evidencia de que la cuestión de la salud se articula con aspectos cruciales como la ética, la política, la economía, la filosofía y el derecho. La diversidad de perspectivas que puede tomar el tema conduce a que en la controversia sobre las modificaciones a la operación y la prestación del servicio de salud se diluya la identificación de los elementos centrales que deben orientar una reforma al sistema.

El Centro de Pensamiento en Seguridad Social (CEPESS) elaboró un examen de la propuesta gubernamental de transformar el sistema de seguridad social en salud, enmarcado por cuatro elementos que no agotan la materia: la operatividad, la organización industrial, las implicaciones económicas y financieras y unos elementos jurídicos fundamentales del proceso. Estos elementos se miran en otras experiencias en el entorno mundial y en el contexto nacional. La idea es mostrar que no tenemos el mejor sistema de salud del mundo, pero tampoco el peor. Cada país desarrolla su modelo de acuerdo con sus circunstancias concretas. No hay receta única, como se muestra en el segundo capítulo donde se sintetizan sistemas de salud de salud representativos en el ámbito internacional.

Los estudios económicos muestran que los sistemas de salud en el mundo funcionan en una organización industrial en la que imperan estructuras de mercados no competitivos. Los países difieren en el predominio de las estructuras de mercado, están los que tienden a estructuras monopólicas y los que desarrollan oligopolios con diferentes formas de competencia y colusión con diferentes pautas de reacción. Con la heterogeneidad existente, tampoco existe una receta universal que permita diseñar y ejercer regulaciones perfectas. Cada país acopla su regulación a su entorno específico. La lección que se obtiene del tercer capítulo y la última sección del cuarto es que en cada país se debe profundizar el estudio de las estructuras de mercado subyacentes en la prestación de los servicios de salud para poder conseguir el mejor sistema con la mejor regulación.

El caso colombiano se desarrolla a propósito de las reformas propuestas al sistema de salud vigente. Ese es el tema del cuarto capítulo. Ni las propuestas del Gobierno Nacional Central son tan novedosas como algunos comentaristas pretenden mostrar, ni el actual sistema desconoce completamente los elementos básicos de las reformas. Si se piensa con serenidad se observa que el actual sistema de aseguramiento tiene componentes básicos de los elementos esenciales de las propuestas pero que requiere ejecución, más acción y coordinación entre los diferentes interesados. Esto se muestra en el cuarto capítulo.

Y el documento cierra con unas consideraciones y unas conclusiones. La experiencia muestra que cambiar por cambiar puede salir costoso. Es preferible evaluar y modificar de manera práctica lo que se tiene frente a una renovación total que implica una curva de aprendizaje de largo tiempo y unos costos financieros, económicos y sociales no despreciables. Esto lo deben pensar con serenidad todos los grupos de interés.

La decisión del Senado de archivar el proyecto que fue aprobado en la Cámara abrió una ventana de oportunidad para revisar nuevamente el tema, con mayor razón cuando ya existe otra propuesta acordada entre el Gobierno Nacional y las entidades promotoras de salud. El CEPESS le hace una invitación cordial a la sociedad colombiana para adelantar un debate que decante los diferentes elementos con el fin de dar claridad, que con respeto se valoren los beneficios y los costos de bienestar en que se puede incurrir y se tome una decisión con base en la razón, no en la pasión, que contribuya a incrementar el estado de salud de la población y los residentes en el país.

1 LA POLÍTICA DE SALUD

Los Estados contemporáneos consideran a la salud como un asunto estratégico. Hace parte integral de la geopolítica internacional, la estabilidad sociopolítica interna, el bienestar social y el crecimiento económico de largo plazo de los países. Estos aspectos hacen de la salud una cuestión política que se piensa desde diferentes enfoques sociales, jurídicos, políticos y económicos. Al mismo tiempo, el servicio de salud involucra a varios grupos de interés: la población como usuaria y como contribuyente, el Estado, los gremios de los profesionales de la medicina, las universidades, las asociaciones de entidades de salud, la industria farmacéutica, la industria de maquinaria y equipo médico, los gremios de seguros y la tecnocracia. Todos estos intereses se manifiestan en una perspectiva política sobre la salud en una sociedad.

Los aspectos políticos y los intereses de los diferentes actores se interrelacionan y se materializan en una posición política y en una manifestación sobre lo que consideran el *deber ser* de la prestación del servicio de la salud. Ante los múltiples intereses involucrados es necesario conciliar los puntos de vista y materializar el acuerdo social en la política de salud y en su realización efectiva. Estas son las razones de por qué tiene que ser una política de Estado, no de gobierno.

La orientación y la organización que se adopte para el diseño y ejecución de la política de salud debe tener como eje el interés general y el bienestar social, pues de lo que se trata es de *la vida de todas las personas*. Los principios compatibles con el interés general son:

- a. *La salud es un derecho humano*: su *acceso y prestación* es universal, nadie puede ser excluido por algún tipo de causa. Ninguna vida es más valiosa que otra.
- b. *Libertad*: el individuo es autónomo para solicitar o retirarse de la prestación de los servicios cuando así lo considere, y es libre para elegir los profesionales médicos de su confianza para que lo atiendan.
- c. *Oportunidad*: la prestación del servicio debe tener correspondencia con el tiempo óptimo para atender un estado de salud determinado.
- d. *Equidad*: ciudadanos en similar estado de salud deben recibir los mismos beneficios.
- e. *Eficacia*: la prestación del servicio alcanza el mínimo de pérdida de salud en la sociedad.
- f. *Suficiencia*: El uso de los servicios por parte del ciudadano debe ser pertinente con su estado de salud; y la prestación debe ser congruente con la situación de salud de la persona.
- g. *Eficiencia*: El uso de los servicios por parte del ciudadano debe ser coherente con la disponibilidad de recursos; y los responsables de la prestación deben utilizar su disponibilidad para alcanzar el máximo estado de salud de la sociedad.

En el mundo contemporáneo un acuerdo social razonable sobre la salud individual y colectiva se fundamenta en estos principios y toma forma en las leyes que rigen el diseño y la ejecución de la política general de salud, las políticas específicas de salud –salud pública, salud mental, salud reproductiva, farmacéutica, etc.–, la organización del sistema de salud, los alcances de la dirección, regulación y control por parte del Estado, las fuentes y usos de recursos económicos y financieros, las funciones del sector privado empresarial en la prestación de los servicios, los derechos y deberes de la población, la autonomía médica y la bioética, entre los elementos más importantes (Kumar et al., 2022; Rana, et al. 2022).

Estos principios guían a los sistemas de salud de los países con los mayores avances en bienestar social y mejores estándares en el mundo. Y también están en la legislación colombiana. Se incorporaron en la Ley 1438 de 2011, que modificó el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, y la Ley 1751 de 2015, así como en las Sentencias T-859 de 2003, T-760 de 2008 y C-313 de 2014 de la Corte Constitucional. Y la ley exige que los principios que establece para el sistema de salud sean interpretados “de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás” (Ley 1751 de 2015, art. 6).

Los principios están interconectados y exigen que el diseño de la política guarde consistencia, y ahí se encuentra uno de los aspectos más difíciles en la delineación de los sistemas de salud. La dificultad estriba en lograr que haya coherencia, responsabilidad y sensatez al fijar los vínculos y los límites entre los principios. A manera de ejemplo, la autonomía de los profesionales de la salud para determinar el tratamiento que debe seguir un paciente se relaciona con los límites que se fijen a los beneficios del usufructuario y su costo financiero, tres elementos que deben guardar coherencia en las normas pues el tratamiento requerido profesionalmente puede desbordar los beneficios a que tiene derecho, pero que, siendo indispensable para mantener la vida del paciente, conduce directamente a la cuestión ética de si es socialmente aceptable que se abandone al individuo a su suerte si no tiene los recursos financieros para cubrir el costo de la enfermedad. En el caso colombiano, este último aspecto es el fundamento de la Ley 972 de 2005, que en esa ley quedó relativamente aislado de los principios, inconveniente que se enmendó con la Ley 1751 de 2015.

Así las cosas, una reforma a un sistema de salud necesariamente es una cuestión política porque es una negociación entre todas las partes interesadas para alcanzar un pacto sobre lo que *debe ser* el sistema de salud de una sociedad. Entonces, *el problema* de una reforma al sistema de salud no es que sea un tema político, porque por definición lo es.

La *cuestión de fondo* es que el acuerdo político entre las partes interesadas establezca un sistema de salud que sea coherente, no genere incentivos perversos en favor de alguna de las partes y no ocasione costos sociales, financieros, políticos y económicos, lo que se logra con un conjunto de normas coherentes que delimiten con claridad las responsabilidades de

dirección y administración, las obligaciones en la actividad de producción y prestación del servicio, los beneficios que se entregan, y las reglas de acceso y financiamiento del sistema; por consiguiente que la arquitectura operativa del sistema de salud forme un entorno que incentive a todas las partes interesadas a cooperar para alcanzar el objetivo común –el máximo estado de salud individual y general–, que las disuada de realizar acciones para obtener o ganar un poder decisorio o un poder de mercado, y que las desincentive a crear problemas de agencia. Y que el diseño de la estructura, la disposición y el enlace entre las unidades de administración, control y prestación del servicio de salud sean consistentes y pertinentes con la especialización funcional, la delegación de responsabilidades operacionales, las competencias entre niveles de gobierno y los grados de descentralización administrativa y operacional del sistema.

2 LOS SISTEMAS DE SALUD

2.1 Aspectos conceptuales

El sistema de salud es un conjunto estructurado de unidades administrativas y operativas que están constituidas por funcionarios, técnicos y profesionales que con maquinaria, equipos, insumos e instalaciones ofrecen servicios de salud a la población. Un *buen* sistema presta los servicios con calidad, oportunidad, equidad, eficacia, suficiencia y eficiencia. Dentro del sistema interactúan todos los agentes interesados, que pueden ser públicos o privados, y que operan las unidades de servicio que lo integran, por lo tanto, para que el sistema funcione sin restricciones se requiere una coordinación entre las unidades, una armonización entre los intereses de los agentes y que éstos estén sujetos a los intereses generales y al objetivo último que es mantener y aumentar el estado de salud de la población.

El diseño operativo de un sistema se puede hacer con una administración centralizada o descentralizada. En el primer caso el sistema se gestiona desde el nivel de Gobierno Nacional Central-GNC, y en el segundo los niveles de gobierno subnacionales y locales participan de manera activa en la gestión de los subsistemas. Administrar el sistema implica la planeación operativa y financiera, la organización de las unidades especificando las jerarquías, las funciones y la articulación entre ellas para que exista interoperabilidad y el funcionamiento sincrónico del sistema, por último, también involucra la organización y operación del subsistema de regulación, vigilancia y control del sistema de salud, que entre sus funciones tiene las de seguimiento y evaluación del desempeño, y que deben generar información precisa y confiable para que las autoridades tomen a tiempo decisiones sobre la planeación y ejecución financiera y en la adquisición de bienes y servicios, introduzcan disposiciones oportunas que eviten efectos socioeconómicos nocivos y modifique a tiempo las políticas, planes, proyectos e inversiones que presenten dificultades y se conviertan en obstáculo para alcanzar los objetivos y las metas en salud.

En los modelos operativos centralistas el GNC es el pagador único, es decir, realiza las liquidaciones a todos los proveedores de servicios, los cuales pueden ser públicos o privados y pueden prestar los servicios de atención médica, provisión de medicinas, laboratorios, radiología, etc. El financiamiento del sistema se hace con recursos fiscales nacionales y el servicio de carácter universal en todo el sentido de la palabra: para todas las personas que residen de un país y cubre por completo el servicio, por tanto, los gastos de bolsillo son nulos para los ciudadanos. Este sistema se conoce internacionalmente como el modelo de Beveridge, que hasta mediados del siglo XX era universal en el acceso, pero que exigía pagos a los usuarios, por ejemplo, en el caso del Reino Unido el gasto de bolsillo no fue nulo. Los análisis indican que el modelo puede lograr una reducción de costos gracias a las economías

de escala obtenidas en los volúmenes de compra. Sin embargo, este beneficio solo se materializa si la administración gubernamental no es capturada por grupos de interés y si el sistema de regulación, vigilancia y control opera de manera eficaz.

Pero este sistema también muestra pérdidas de oportunidad, suficiencia y eficacia porque hay demora en los tiempos de acceso a los servicios médicos y se incrementa el uso por parte de algunos ciudadanos lo que contribuye a crear congestión. Además, como el financiamiento queda sujeto al proceso presupuestal, los ajustes macroeconómicos o los choques a las finanzas públicas pueden restringir el financiamiento del sistema (Kumar, 2022).

La seguridad social en salud es otro modelo centralista pero limitado a los trabajadores y empleados que están inscritos y son cotizantes. Este seguro se llama modelo Bismarck. No obstante, es un seguro que cubre todas las preexistencias que tengan los afiliados. Hasta hace unas tres décadas era un modelo relativamente autónomo con respecto a los sistemas nacionales de salud, pero con la difusión en el mundo, en lo corrido del siglo XXI del servicio de salud universal con enfoque de derechos, la seguridad social en salud en muchos lugares quedó integrada a los sistemas nacionales de salud.

La diferencia entre países está en la forma como se relaciona con el sistema de salud, en la cantidad de aseguradoras y en el grado de participación del sector privado en la gestión de las unidades administrativas o de las unidades operativas. El financiamiento de este modelo se hace con contribuciones a la nómina que las pagan los empleados y empleadores. Los países difieren en la tasa y el ingreso base de cotización, y en la participación porcentual que le corresponde a trabajadores y empleados. Por lo general el Estado controla el costo de los servicios de salud y las ganancias de las aseguradoras tiende hacia el mínimo. El mayor problema que tiene este modelo es la cobertura de la población por el requisito de afiliación –ser trabajador dependiente o independiente con capacidad de pago– y le sigue los problemas de suficiencia, eficacia y eficiencia que están asociados a la delimitación de beneficios que se determina en la política de salud y de seguridad social, así como a las restricciones que imponen las entidades privadas de aseguramiento.

El tercer modelo es el de seguro nacional de salud sin ánimo de lucro. Es una combinación de los dos anteriores donde el gobierno nacional desempeña la función de pagador central y las unidades administrativas y operativas del sistema pueden ser públicas o privadas. La cobertura es universal pero la política de salud permite que en este sistema existan los seguros privados o seguros médicos prepagados. Este modelo tiene las mismas ventajas y problemas de los sistemas anteriores.

Y el cuarto es el modelo mixto de salud, nombre que se origina por la forma de financiación del sistema, donde la cobertura no es universal, la provisión de los servicios básicos de salud los provee el gobierno, normalmente dirigidos a la población de menores ingresos, y se complementa con el sector privado que vende servicios de salud o seguros a la población que

tiene capacidad de pago. En este caso los gastos de bolsillo cubren gran parte de los servicios de salud de la población, y son grandes las desigualdades de acceso y asequibilidad al sistema.

Ninguno de los anteriores modelos se presenta en forma pura en los países. La negociación política entre los diferentes grupos involucrados, y el interés y la capacidad del Estado para imponer uno u otro modelo dejan como resultado una combinación de elementos de los modelos que puede ir desde las mezclas más inconsistentes que llevan a un sistema de salud inestable o con operación ineficiente, ineficaz, insuficiente e inequitativa, hasta composiciones con las que se obtienen buenos resultados.

El arte de construir un buen sistema se encuentra en la capacidad de negociación y gestión que permite combinar actividades del sector público y del sector privado en los subsistemas donde cada uno de estos sectores tiene la mayor eficacia, eficiencia y suficiencia, al tiempo que minimiza las inconsistencias y crea un ambiente organizacional y un conjunto de reglas que incentiva a los integrantes a cumplir los principios rectores del sistema y reduce el riesgo de crear ventajas o posiciones dominantes para algunos agentes, o el riesgo que unos agentes depreden el sistema en detrimento de la sociedad.

2.2 La arquitectura y operación en la experiencia internacional

La funcionalidad de los sistemas de salud a nivel mundial se analiza desde las perspectivas política, económica, cultural y de las actuaciones propias de cada país. Pese a que varios sistemas de salud puedan tener semejanzas, su arquitectura y operación se vinculan con el entorno sociocultural de cada nación y le dan una identidad específica (GES, 2017; Kumar et al., 2022; Murray y Frenk, 2000; Rana, et al. 2022). Como se muestra en esta sección, la operación de la seguridad social en salud y, en general, de los sistemas de salud están determinados por el principio rector –si es un enfoque económico¹ o de derechos²–; por el tipo de Estado –confederado, federado o unitario– en el que se diseñan, implementan, manejan, vigilan y controlan; y por la capacidad de la sociedad para exigir que se cumplan sus objetivos y sus metas.

2.2.1 Alemania

La salud opera como un seguro obligatorio para todos los ciudadanos, de cobertura universal por su carácter de obligatoriedad. El sistema es segmentado pues existen dos tipos de seguros.

¹ Principio de eficiencia.

² Principio de universalidad.

El primero es el seguro médico obligatorio (Gesetzliche Krankenversicherung-GKV) para los trabajadores dependientes y sus familias, que cubre la enfermedad y los cuidados de larga duración que, a 2023, tiene una cobertura del 90% de la población alemana, cifra que incluye a individuos que no tienen ingreso y son subsidiados³. El segundo es un seguro médico privado (Private Krankenversicherung-PKV), de carácter sustitutivo, que es obligatorio para los trabajadores independientes, quienes deben contratar un seguro complementario de cuidados de larga duración y que también debe cubrir a su familia; la prima y la protección de riesgos es acordada entre el asegurado y la aseguradora; en este segmento está afiliado el restante 10% de la población. Los afiliados al GKV tienen la opción de comprar el PVK, si la persona tiene la capacidad financiera para realizar la compra.

Las aseguradoras del GKV operan con el principio de solidaridad que surge de transferencias cruzadas entre afiliados por nivel de ingreso, de jóvenes a viejos, de saludables a enfermos, de personas solas a familias; desde luego, no es novedoso porque este tipo de compensaciones son características en el sector de los seguros (Zweifel et.al. 2021). La cotización se cobra directamente sobre la nómina y pasa al fondo de salud o sanidad, que también recibe los subsidios gubernamentales, en el cobro se incluye el seguro complementario de cuidados de larga duración.

Los ciudadanos eligen libremente su aseguradora médica entre ciento cinco (105) en el GKV y cuarenta y dos (42) en el PVK disponibles en el territorio alemán (Blümel, et.al., 2020). Todos los ciudadanos reciben el mismo beneficio básico, tanto en el segmento GKV como en el PVK. El seguro médico cubre la enfermedad, las visitas y tratamientos médicos, los medicamentos, la hospitalización, las vacunas y cualquier tratamiento necesario como la rehabilitación. En el componente de cuidados de larga duración se incluye los servicios de asistencia residencial y ambulatoria y las ayudas asistenciales. No están incluidas las consultas con médicos privados, las habitaciones privadas en los hospitales, tratamientos médicos alternativos, implantes dentales, gafas y lentes de contacto.

El procedimiento en el sistema de salud alemán indica que un usuario enfermo se dirige al médico de familia, el cual se escoge libremente. Este médico actúa como el primer control del sistema y es quien determina la hospitalización, si es necesario. Dependiendo de la gravedad, pasa a ser atendido por la red de especialistas. Los médicos familiares y los especialistas son los responsables de las recetas de los medicamentos de prescripción obligatoria. La ley plantea los beneficios en términos generales, pues el Comité Conjunto Federal es el que tiene la función de incluir en los beneficios tanto las tecnologías como los medicamentos con base en las evaluaciones de tecnologías sanitarias.

³ Se calcula que hay 16 millones de personas en el GKV, que agrega beneficiarios del trabajador y personas afiliadas gratuitamente.

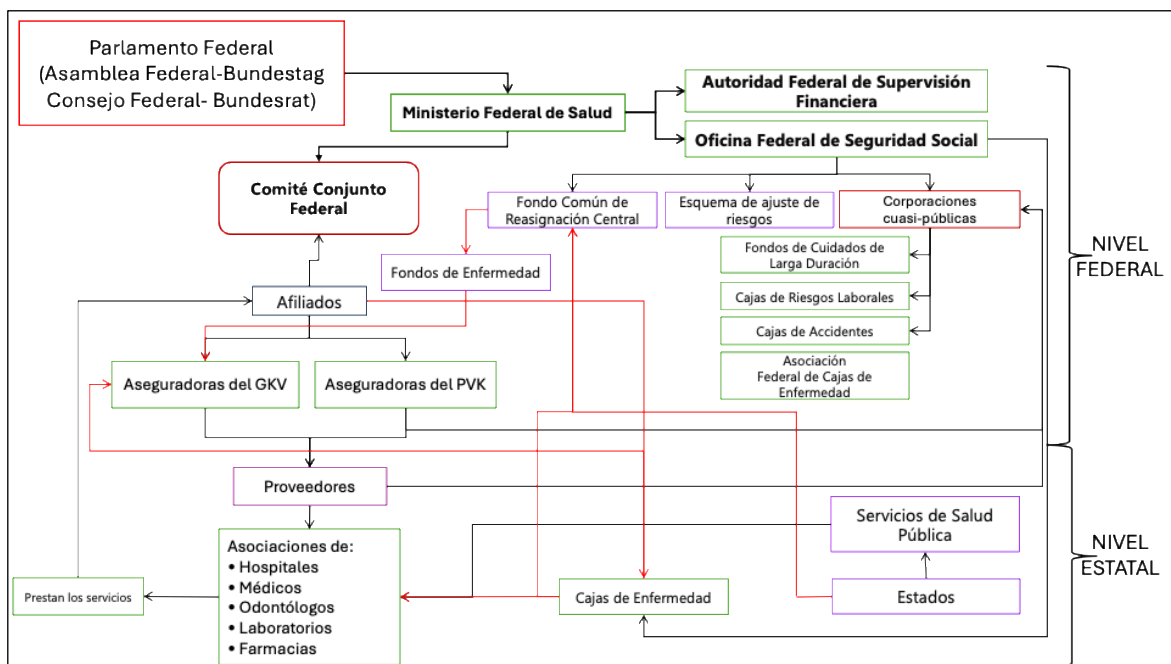
La ley marco de salud regula el sistema, pero el servicio no es estatizado; las aseguradoras, las asociaciones de médicos, de hospitales, de laboratorios de servicios médicos y de farmacias se organizan y operan bajo la ley, sin embargo, hay fragmentación en la legislación, en la planificación y regulación de la atención ambulatoria, hospitalaria y de larga duración, y se presenta separación organizacional, financiera y de regulación entre el GKV y el PVK que hace compleja la gobernanza del sistema alemán (Blümel, et.al., 2020), y que aumenta porque carece de un sistema de información sanitaria integrado.

En su planificación y operación el sistema de salud tiene dos niveles, el federal y el estatal. En el primero, como se muestra en la figura 1, el Parlamento Federal legisla y controla políticamente todo el sistema. Existen varios ministerios federales que tienen responsabilidades en la salud, por ejemplo, el Ministerio de la Alimentación y Agricultura con promoción de la nutrición saludable, pero es el Ministerio Federal de Salud el que tiene las funciones de los elementos esenciales del sistema, como son la supervisión y la regulación en la afiliación y la prestación de los servicios de salud en un sistema que opera de forma corporativista y donde las organizaciones juegan diferentes roles pues tienen distintos intereses. En específico, el Ministerio de Salud es el responsable de la promoción de la salud, la vigilancia de los fármacos, la distribución de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos, la supervisión de los órganos corporativistas federales, tales como el Comité Conjunto Federal y la Asociación Federal de Médicos del GKV (Blümel, et.al., 2020).

La Autoridad Federal de Supervisión Financiera se encarga de vigilar las aseguradoras privadas, y la Oficina de Seguridad Social gestiona el Fondo Común de Reasignación Central (Figura 1) y supervisa la legalidad de las decisiones de las corporaciones cuasi-públicas que administran los sistemas de seguros, como los Fondos de Cuidados de Larga Duración que administran ese tipo de seguro, las Cajas de Riesgos Laborales que administran el seguro de riesgos laborales del sector privado y las Cajas de Accidentes que gestiona los riesgos laborales del sector público.

En el nivel estatal, los Gobiernos de los Estados tienen la responsabilidad de las inversiones de los planes estatales de necesidades hospitalarias, por tanto, estos gobiernos tienen la mayor inversión en tecnología médica y construcción, mantenimiento y reparación de instalaciones hospitalarias. Igualmente tienen las funciones de supervisión de los empleados de las instituciones de salud, de los medicamentos y de la prevención y monitoreo de enfermedades transmisibles y de las actividades comerciales de producción de alimentos.

Figura 1. Sistema de salud de Alemania



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.

Fuente: diseño propio con base en Blümel, et.al. (2020).

Las Cajas de Enfermedad controlan y pagan los cobros que hacen los seguros, así como algunos cobros directos que hacen los prestadores. A su vez, en el nivel federal, hacen parte de la Asociación Federal de Cajas de Enfermedad que tiene la función de hacer la negociación colectiva con los prestadores, acordar los planes de pago por atención hospitalaria y ambulatoria y definir los reembolsos por productos farmacéuticos. En general, en el sistema los pagos a los diferentes prestadores son trimestrales, ya sea por parte del fondo de salud o de las cajas hacia las aseguradoras o a los médicos y a los hospitales.

Como la fuente de recursos del sistema de salud es la contribución sobre la nómina y hay déficit recurrente el gobierno lo cubre con los ingresos de la tributación general.

2.2.2 Corea del Sur

El sistema de salud es de asegurador único, la afiliación es obligatoria y universal. El único asegurador es el Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS, por sus siglas en inglés). El sistema está formado por el seguro social en salud, la asistencia pública y los servicios sociales. El componente de la seguridad social en salud lo integra el seguro de cuidados de largo plazo y el seguro de atención a largo plazo para personas mayores; el componente de

asistencia pública tiene la asistencia médica; y los servicios sociales tienen el bienestar para personas mayores y para los discapacitados servicios médicos.

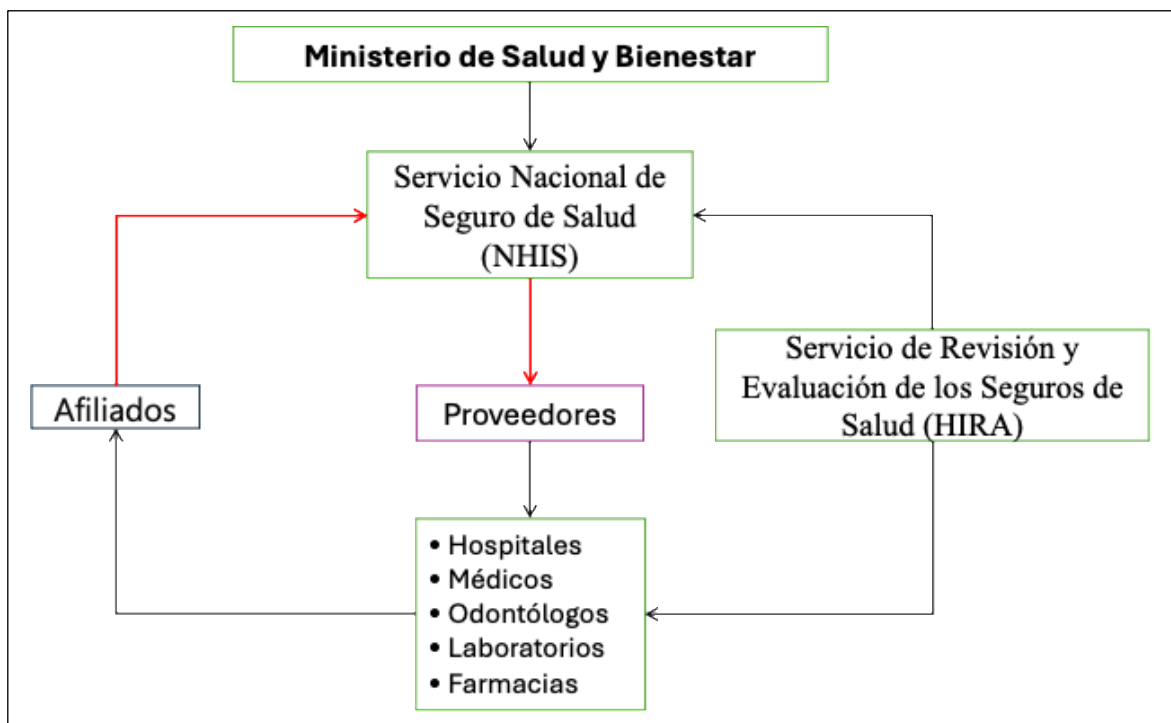
El Ministerio de Salud y Bienestar Social es el rector del sistema de salud, y en específico del Sistema de Seguridad en Salud (HSS). Tiene la responsabilidad del diseño de la política y la supervisión del sistema. Igualmente, administra los hospitales nacionales especializados⁴ en zonas donde el sector privado no oferta servicios o estos son escasos. El Servicio Nacional de Seguro de Salud (NHIS) es la aseguradora única, es una institución sin ánimo de lucro y tiene como función operar el programa de servicio de salud desde los cobros a los afiliados, pasa por la negociación de los contratos con los operadores médicos y llega hasta la entrega de los beneficios al afiliado (Figura 2).

La evaluación de las tarifas del servicio médico, la calidad y la idoneidad de la atención médica están a cargo del Servicio de Revisión y Evaluación de los Seguros de Salud (HIRA), quien entrega los resultados de la evaluación al NHIS para que tome las acciones correctivas correspondientes. El NHIS y el HIRA son entidades administrativamente separadas del Ministerio de Salud y Bienestar, pero están bajo su control.

El NHIS realiza tareas generales como administrar las elegibilidades de los asegurados, recaudar la contribución y la gestión de pagos de los beneficios del seguro. Asimismo, es responsable de implementar proyectos de prevención para mantener y mejorar la salud de los asegurados y sus dependientes, recaudando las cinco principales contribuciones sociales: seguro de salud; seguro de cuidados a largo plazo; pensión nacional; seguro de empleo; y compensación por accidentes laborales.

Figura 2. Sistema de salud de Corea del Sur

⁴ Son 17 hospitales psiquiátricos y 3 de tuberculosis.



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.
Fuente: diseño propio con base en NHIS (2024).

El HIRA administra la cobertura de reembolso, las solicitudes de reembolso farmacéutico, la codificación y el precio de los dispositivos médicos y diagnósticos bajo la supervisión del ministerio. También está a cargo de las revisiones de reclamaciones médicas, la evaluación de la calidad, la gestión de medicamentos y la revisión de la utilización de medicamentos, la inspección y los arreglos de pago.

Los gobiernos subnacionales administran los centros médicos regionales y algunos locales. Y los municipios tienen un centro de salud pública que ofrece servicios básicos como controles médicos, vacunación, atención prenatal y atención médica básica.

El diseño y la ejecución de la política le da mucho peso a la prevención porque les permite disminuir el costo, en especial en enfermedades crónicas que tienen una tendencia creciente en el sistema. Por eso incentiva los chequeos médicos periódicos, examen físico, campañas de vida saludable, programas de educación en cuidados de la salud.

Por ley es obligatorio para los residentes asegurarse al seguro de salud, excepto las personas de bajos ingresos que pasan a ser parte de la asistencia pública y los veteranos que tienen un sistema aparte, la denominada atención médica para veteranos. Como es sistema único,

naturalmente, las personas no tienen libertad de elección de aseguradora. El trabajador asegurado tiene como beneficiarios al cónyuge, los ascendientes y descendientes en línea recta, incluso los del cónyuge y los hermanos.

El sistema separa entre los asegurados empleados y los autónomos. En el primer grupo están los empleadores y sus trabajadores. En el segundo se encuentran los agricultores, pescadores y los trabajadores por cuenta propia. Los afiliados que son empleados pagan con base en su salario mensual –contribución sobre la nómina– y los autónomos tienen como base de cotización el cálculo de sus ingresos y una medición indirecta que se hace con el valor del automóvil y las propiedades del hogar, con base en los cuales se les establece una puntuación, y a los rangos de puntuación se les asigna un valor monetario. Los ingresos por contribuciones complementan con recursos ordinarios del presupuesto y los impuestos al tabaco y cigarrillo.

El sistema también es diferencial en el cobro pues hace reducciones a los trabajadores que laboran en islas y zonas remotas, los discapacitados, los autónomos que viven en un pueblo pesquero o agrícola, las familias monoparentales, mujeres solteras mayores a 55 años, huérfanos o asegurados mayores a 65 años, entre otros. Igualmente hay exenciones al pago como las personas que trabajan en el extranjero y no tienen dependiente en el país, o los que prestan el servicio militar y los reclusos. Al beneficiario le corresponde sufragar un copago del 10% del servicio recibido, el restante lo cubre el seguro; pero el copago tiene un límite máximo anual que es diferente según el nivel de ingresos del asegurado (NHIS, 2024).

El afiliado tiene derecho a prestaciones de atención médica, exámenes diagnósticos, servicios de laboratorio, productos farmacéuticos, y atención dental. Así mismo recibe dinero por los costos en recursos y materiales para perfusión peritoneal y diálisis peritoneal automatizada que haya comprado, en caso de dar a luz en sitio distinto a los hospitales, a los tratamientos con oxígeno, entre otros casos. Y se le compensan los copagos excesivos, se le reembolsan los gastos en aparatos médicos para discapacitados o por gasto de embarazo y parto.

El seguro de salud entrega los servicios en fases. Al afiliado se le atiende en las instituciones de atención médica –clínicas y hospitales, excepto los de tercer nivel– y luego, si el estado de salud lo amerita, previa presentación del comprobante que le entrega el médico que lo atendió, el beneficiario pasa a los hospitales de tercer nivel de complejidad. Una vez se recibe la atención, paga la totalidad del gasto (NHIS, 2024).

2.2.3 *Estados Unidos*

El modelo de salud lo rige el principio de eficiencia, es mixto con predominio de pago prestación privada: los individuos pueden elegir cualquier seguro médico privado o pueden

tener seguros grupales de empleadores, ambos adquiridos en el mercado de seguros. Igualmente, deben tener una cuenta de ahorros individual para la salud, la Health Saving Account-HSA, que les ayudará a cubrir los gastos en salud en la edad de retiro. En la época de jubilado también debe tener su seguro de salud privado que pagará con su pensión, el HSA o sus ingresos de capital. El gobierno federal tiene dos seguros especiales que gestiona directamente, el de defensa y el de los veteranos. Y para la población adulta mayor que no tiene suficiente capacidad de pago tiene dos programas, uno para los que pueden pagar lo básico en salud y el otro para subsidiar a los de menor ingreso.

El sector público provee un seguro, suministrado por el Gobierno Federal, denominado Medicare y que está dirigido a personas mayores de 65 años que sean ciudadanos o residentes permanentes. Al Medicare pueden ser elegibles individuos menores de 65 años que sean incapacitados, tengan fallo renal permanente o esclerosis lateral amiotrófica. El programa no cubre todos los gastos médicos ni los costos de la mayor parte de los cuidados de largo plazo. Los cincuenta estados ofrecen un seguro, los Programas de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Programs-MSP) que ayuda a las personas que no tienen la capacidad para pagar la prima mensual de Medicare.

Coexiste un programa para personas de menores ingresos, el Medicaid, que es cofinanciado por los gobiernos federal, estatal y del condado, y es administrado por cada uno de los cincuenta estados. Por último, como parte del tema de salud, existe un programa de ayuda alimentaria del gobierno federal, el Supplemental Nutrition Assistance Program-SNAP, que ayuda a los individuos a pagar alimentos.

El Medicare tiene cuatro partes y para ingresar el individuo debe estar inscrito en el seguro social y puede elegir la cobertura de acuerdo con su presupuesto. Los individuos pagan una prima mensual para acceder a Medicare parte A, pero es gratuita para individuos que hayan trabajado en el sector público y pagado impuestos⁵ en Medicare, o como beneficiario de su cónyuge actual o anterior, o beneficiario de un hijo fallecido y totalmente asegurado, o si recibe beneficios del seguro social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios-RRB. El pago se hace sobre la nómina y se considera como parte del impuesto para la seguridad social cuya tasa es del 1,45% del ingreso neto o después de impuestos hasta US\$168.600, pero si es superior a US\$200.000 paga un adicional de 0,9%. Si el individuo es cuenta propia paga 2,9% sobre el ingreso neto.

Por la parte B es voluntaria y el individuo que la tome paga una prima mensual que depende de nivel de ingreso y de su situación, en 2024 se calcula una prima estándar de US\$174,7 mensual. Para 2024 se considera como individuo de alto ingreso aquellos que siendo solteros

⁵ En Estados Unidos económicamente el pago se considera un impuesto y la declaración se presenta en el Internal Revenue Service, que es la administración de impuestos de ese país.

tienen ingresos superiores a US\$103.000 al año y si está casado superior a US\$206.000 al año. En cuanto a *cambio de situación*, si los ingresos se redujeron se solicita una disminución en el monto adicional que debe pagar. Los eventos que se consideran como cambio de situación que reduce ingreso son matrimonio, divorcio, muerte del cónyuge o pérdida de ingreso. Los individuos que prueben que tienen ingresos bajos pueden solicitar que lo incorporen en el programa Ayuda Adicional para obtener una reducción en la parte D, o en los deducibles y copagos. A las partes A y B se les llama Medicare Original.

Por la parte C se paga un adicional que incluye un conjunto de planes. Y por la parte D, que es voluntaria, se paga otra prima que depende del nivel de ingreso individual y se considera que es un plan independiente o integrado de Medicare Advantage de acuerdo con la forma como lo adquiera el individuo. Quien en C tenga el plan privado de pagos por servicio (Private Fee-for-Service -PFFS) no necesita adquirir la parte D.

La parte A es el seguro de hospital: atención médica en hospitales, en instituciones de enfermería especializada—excluye los centros de atención a largo plazo—, el hospital para enfermos terminales y cuidados de salud en el hogar para pacientes ambulatorios (SSA, 2024). Y la parte B es el seguro médico que cubre los servicios médicos, servicios de salud preventivos, la atención ambulatoria, servicios de salud mental, el cuidado de salud en el hogar, el equipo médico duradero y algunos servicios preventivos. Existen unas pólizas suplementarias o Medigap que cubren los copagos, co-seguros y los gastos deducibles de la parte B.

La parte C, ahora denominado como Medicare Advantage, cubre las partes A, B y D, por consiguiente, para acceder a ella el individuo debe estar afiliado a las partes A y B. El Medicare Advantage incluye los planes de organización para el mantenimiento de la salud, de organización de proveedores preferidos, para necesidades especiales y los privados de pagos por servicio. En C se adiciona la cobertura de oftalmología, audición y odontología. Y la parte D es la cobertura de medicamentos recetados.

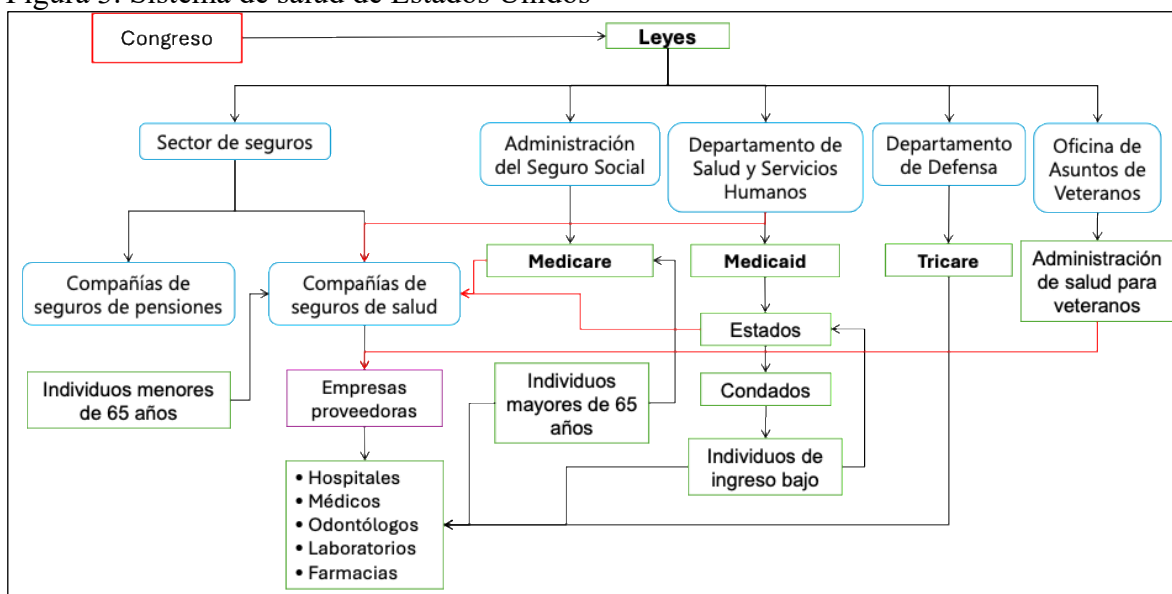
Al Medicaid tienen acceso los niños, mujeres embarazadas o individuos adultos mayores de 65 años que sean de bajos ingresos, las comunidades indígenas y las comunidades originarias en Alaska. Las condiciones de entrada al programa difieren por estado y por tipo de beneficiario: calificado (QMB), de bajos ingresos especificado (SLMB), individuo calificado (QI) o trabajador discapacitado calificado (QDWI). La calificación de bajo ingreso se toma del dato de porcentaje de nivel de pobreza federal. La guía general para todos los estados muestra que para QMB en 2024 se requiere que el individuo tenga un ingreso mensual de USA\$1.275 o si es una pareja de USA\$1.724, excepto si vive en Alaska o Hawaii; y unos activos individuales máximos de USA\$9.430 si es un individuo o de USA\$14.130 en pareja. Al ser un programa cofinanciado por los diferentes niveles de gobierno, los beneficios que

reciben los individuos cambian de estado a estado⁶ pero, por lo general, cubre facturas médicas y hospitalarias.

Los trabajadores dependientes e independientes o cuenta propia compran su seguro en el sector financiero, en específico, en las corporaciones de seguros y pagan el impuesto de seguro (Figura 3). El para el resto de las personas el gobierno tiene dos programas, el Medicare que lo gestiona la Administración del Seguro Social y el Medicaid que lo administra el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los U.S. La gestión en ambas entidades en sus respectivos programas consiste en la inscripción de los beneficiarios, el seguimiento de los servicios prestados y los pagos a las entidades privadas prestadoras de los servicio, normalmente las empresas de seguros, pues los servicios del Medicare partes A, C y D los contrata con el sector privado y una cantidad pequeña de servicios del Medicare parte B la entrega directamente el gobierno; y el Medicaid lo contrata con las compañías de seguros privadas.

Y los sistemas especiales, el de veteranos y defensa, los gestiona la Oficina de Asuntos de Veteranos (Office of Veterans Affairs) y el Departamento de Defensa, respectivamente. La contratación la hacen con los proveedores: hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, etc.

Figura 3. Sistema de salud de Estados Unidos



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.

Fuente: diseño propio con base en SSA(2024) y HHS(2024).

⁶ Los requisitos de ingreso y los beneficios en cada estado se pueden consultar en <https://www.medicaid.gov>

El Congreso hace el control político y la Oficina de Presupuesto del Congreso realiza análisis de todo el sistema de seguridad social en salud. Igualmente, al cierre fiscal recibe los informes de los resultados fiscales como los correspondientes a la gestión de la Administración del Seguro Social, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Departamento de Defensa y de la Oficina de Asuntos de los Veteranos.

A nivel estatal se tienen los sistemas de salud subnacional, incluido el Medicaid, pero también los servicios de salud mental y los hospitales públicos. Y en el nivel local están los condados y las ciudades con los departamentos de salud y con la prestación de algunos servicios hospitalarios. En la administración Trump los niveles subnacional y locales recibieron mayores funciones administrativas en el servicio de salud (Rice et al., 2020), sin embargo, eso no significa que hayan asumido prestaciones directas de servicio, al contrario, se fortaleció el sector privado.

2.2.4 *Francia*

Tiene un seguro de salud universal de carácter nacional y de tipo mixto. Opera un sistema de salud tipo bismarckiano en el seguro social en salud y Beveridgeano con el Sistema de Salud Nacional (Or, et al., 2023). El sistema es heterogéneo. Existe un régimen general que aplica a la mayoría de la población, un régimen agrícola para los trabajadores del sector agropecuario, un régimen autónomo para los trabajadores independientes diferentes a profesionales y agrícolas, y un régimen especial para categorías especiales como el empleo doméstico.

Los recursos se obtienen de las cotizaciones de trabajadores que tienen como base el salario, los aportes de las empresas y los recursos presupuestales que llegan a los hospitales públicos, los establecimientos médico-sociales y la atención ambulatoria (Ministère du Travail, 2024; Parent, 2009). El afiliado se identifica con la tarjeta de seguridad social en salud, la Carte Vitale, que es electrónica, y es obligatoria para la población. El individuo tiene la posibilidad de comprar un seguro médico adicional, el Mutuelle, que cubre el copago, pero su adquisición tiene como requisito estar afiliado al seguro universal.

La población tiene libertad para elegir los establecimientos que prestan los servicios de salud. A los 16 años la persona elige un médico de cabecera y le entregan la Carte Vitale donde tiene almacenada la información sobre los derechos al seguro de enfermedad. Los padres pueden pedir la expedición de la tarjeta cuando las(os) niñas(os) cumplen los doce años.

El médico de cabecera puede ser general o un especialista, y tiene la función de orientar al paciente dentro del sistema de salud, es decir, de remitirlo a los servicios médicos como los de laboratorio o a especialistas, y es su responsabilidad mantener la historia médica

actualizada. Si el ciudadano acude directamente al especialista se le penaliza con una reducción en el reembolso por el costo en que incurre, excepto en caso de servicios de emergencias, psiquiatría, pediatría, ginecología y oftalmología.

El sistema cubre los servicios médicos, paramédicos, odontológicos, de hospitalización, de laboratorio y de medicinas (Ministère du Travail, 2024). Los servicios los presta los hospitales, los consultorios médicos y laboratorios públicos y privados con y sin fines de lucro. El 60% de los hospitales son públicos, el 15% privados con ánimo de lucro y el restante sin ánimo de lucro.

Los exámenes tienen cobertura total, estos y las hospitalizaciones cuando se solicitan no necesita realizar el pago, es suficiente presentar la tarjeta de afiliación. La mayoría de los medicamentos no tienen copago (ticket modérateur), y aquellos que lo tienen se cubren con el seguro adicional pues el 96% de la población lo adquiere. A las mujeres embarazadas con más de seis meses de gestación y a los pacientes con enfermedades de larga duración se les suspende los copagos. Además de los copagos existen las tasas y contribuciones (franchise médicale), de €24 en intervenciones con tarifas iguales o mayores a €124, de un euro por cada consulta o para el examen radiológico, pero como máximo €4 diarios para el mismo médico o laboratorio, o de €50 por año y por persona.

El usuario paga de manera directa al establecimiento o al médico que lo atiende y a la farmacia que le provee los medicamentos. Luego le presenta la factura al sistema y éste le reembolsa desde el 15% para medicamentos de escasa importancia, 65% del valor monetario de los antibióticos, o el 80,0% del costo de servicio médicos, o el 100% para enfermedades que tienen un tratamiento largo o su valor es elevado y para medicamentos esenciales, pago que se hace directamente a la cuenta bancaria del asegurado. Si el paciente paga el seguro médico adicional el reembolso es del 100%. El beneficiario se convierte en un agente que controla el costo con la obligatoriedad de pagar al recibir el servicio, además toma conciencia del costo y racionaliza el uso de servicios. En el caso de las hospitalizaciones es el hospital el responsable de enviar al sistema la factura y los datos del seguro del paciente.

El sistema de seguridad social en salud es centralizado. El Parlamento francés estudia y aprueba la ley de financiación de la seguridad social y define los objetivos de la seguridad social en salud. La gestión la desarrolla el Ministerio de Trabajo, Salud y Solidaridad que tiene la función rectora del sistema y es el encargado de diseñar las políticas de salud, controlar la implementación de la Ley de Salud, regular el sistema, supervisar a los profesionales y a los establecimientos médicos, administrar los fondos de seguridad social, coordinar la seguridad social en salud y pensiones, asignar los presupuestos, coordinar la distribución de profesionales y equipos médicos, y garantizar el acceso a la salud. Recibe apoyo de la Conferencia Nacional de Salud (Conférence nationale de santé-CNS), el Comité de Alerta –que también informa al Congreso–, la Alta autoridad Sanitaria (Haute autorité de

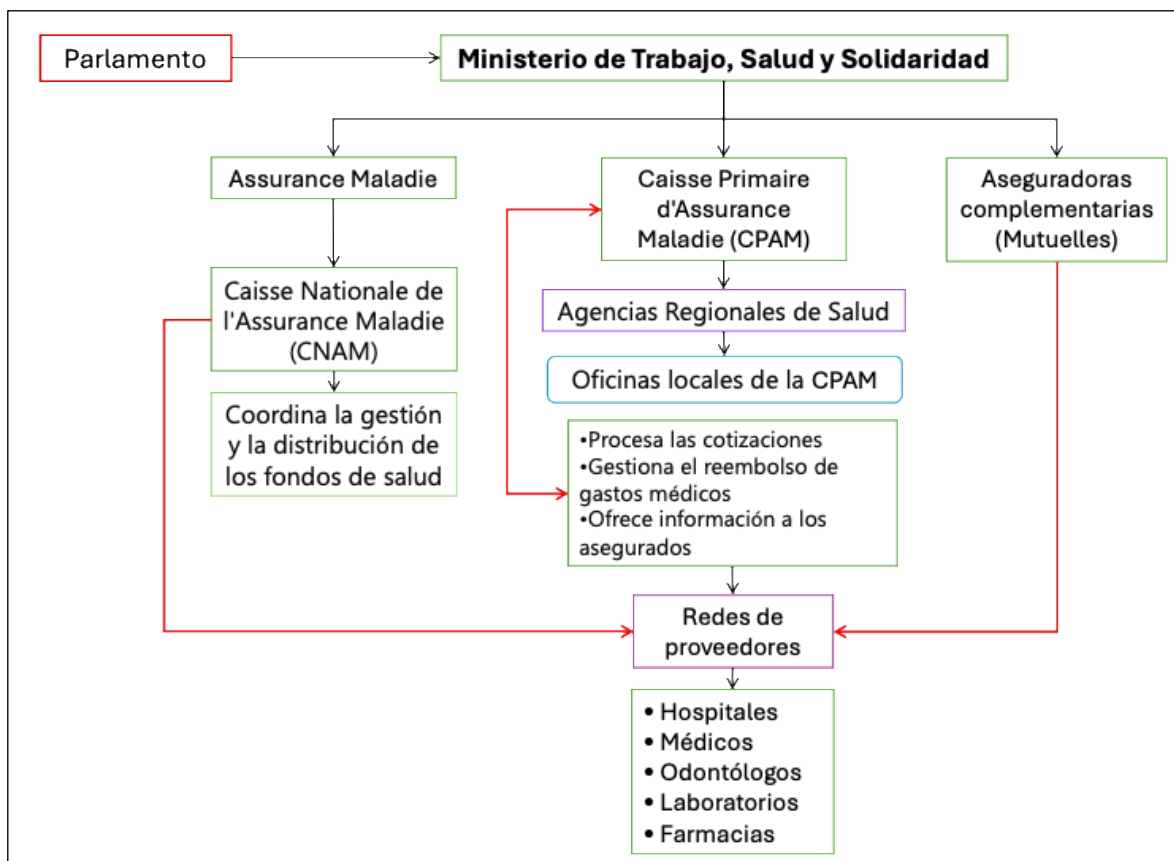
santé-HAS) y el Alto Consejo para el Futuro del Seguro de Salud (Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie-HCAAM). En la ejecución la Dirección General de Prestación de Servicios Sanitarios (Direction générale de l'offre de soins-DGOS) se encarga de garantizar la implementación de las políticas y la estrategia del sistema de salud.

Como se muestra en la figura 4, el sistema opera a partir de la Assurance Maladie y de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CNAM). La Assurance Maladie es la entidad encargada de administrar el seguro de enfermedad. Coordina sus funciones con la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), responsable de emitir las tarjetas Vitale, actuar con oficinas locales de la seguridad social en las regiones, y gestionar el procesamiento y el reembolso de costos cubiertos por el seguro, así como la gestión de licencias de maternidad y subsidios familiares

En las veintidós regiones que tiene Francia operan las Agencias Regionales de Salud (Agences regionales de santé-ARS) que tienen la función de prevención, atención y apoyo al sistema con el propósito de garantizar el acceso en términos de una atención con continuidad, seguridad y calidad. Adaptan las políticas nacionales a las características regionales en términos de su población y epidemiologías y lo hace con los programas regionales de salud compuestos por los planes regionales de prevención, de organización de atención urbana y hospitalaria, y los de organización médico-social.

Y en el ámbito local la atención primaria tiene como centro los médicos generales. Las estructuras urbanas o ambulatorias las componen médicos, odontólogos, fisioterapeutas, etc. independientes o asalariados que pueden operar de manera individual o en grupo, en consultorios o en centros de salud. Están los centros hospitalarios divididos en las categorías de hospitales públicos, clínicas privadas con fines de lucro y los hospitales, centros oncológicos, centros de diálisis, etc. privados de interés colectivo. Y se encuentran los establecimientos médico-sociales que están integrados, entre otros, por los de alojamiento para personas mayores dependientes (los EHPAD por sus siglas en francés), y para personas discapacitadas o en condición de dependencia.

Figura 4. Sistema de salud de Francia



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.
Fuente: diseño propio con base en Ministère du Travail (2024)

2.2.5 Italia

Es un seguro de salud universal que opera bajo el enfoque de derechos. El derecho se hace efectivo con las actividades de salud que llevan a cabo un conjunto de entidades públicas y privadas integradas en el Servicio Nacional de Salud (Servizio Sanitario Nazionale-SSN). En la legislación italiana los servicios de salud son un recurso social que debe dar acceso y atender a toda la población en igualdad de condiciones (SSN, 2024). Los ciudadanos tienen libertad de elegir la entidad que lo atenderá y no puede ser obligados a someterse a un tratamiento de salud, excepto si lo ordena un juez.

El sistema se financia con impuestos nacionales y locales más los copagos que tienen como objetivo explícito que se haga un uso razonable de los servicios de salud. Los ciudadanos tienen acceso a los servicios a través del Sistema de Tarjeta de Salud (Sistema Tessera

Sanitaria), sistema que articula el Registro Nacional de Pacientes⁷ (Anagrafe Nazionale degli Assistiti-ANA) con los datos del Registro Tributario. La Autoridad Sanitaria Local (Azienda Sanitaria Locale-ASL) transmite los datos del afiliado y el Ministerio de Economía y Hacienda emite la tarjeta electrónica Tesserata Sanitaria (TS-CNS) que tiene el código fiscal que identifica al ciudadano. Es único código de identificación permite que el afiliado acceda a otros servicios de la administración pública y sea atendido a nivel nacional porque las entidades que prestan los servicios están unificadas en las bases de datos⁸, integración informática que le posibilita al sistema hacer seguimiento al gasto del sector salud.

Los beneficios que recibe el ciudadano quedan enmarcados en los Niveles Esenciales de Asistencia (Liveli essenziali di assistenza-LEA), que son:

1. Prevención colectiva y salud pública: el SSN garantiza un conjunto de actividades de prevención, vigilancia y control, que incluye seguridad alimentaria en términos de protección de la salud del consumidor y sanidad animal e higiene veterinaria urbana, entre otras.
2. Asistencia distrital: atención primaria en salud, emergencia sanitaria territorial, farmacéutica, protésica, y asistencia sanitaria y social domiciliaria y comunitaria, atención ambulatoria especializada y sociosanitaria residencial y semi-residencial.
3. Atención hospitalaria⁹: incluye cirugías, rehabilitación, atención de emergencia, trasplante de células, órganos y tejidos, y en cirugías estéticas solo se incluyen las que se requieren por consecuencia de accidentes, de resultados de procedimientos médico-quirúrgicos y malformaciones congénitas o adquiridas.

Los ciudadanos efectúan copagos para los servicios del LEA: visitas a especialistas y pruebas de diagnóstico instrumental y de laboratorio se paga hasta un máximo de €36,15 por receta, servicios realizados en urgencias que no sean de carácter de emergencia o de urgencia sin hospitalización y tratamientos térmicos. No se paga el copago en situación de ingreso asociado a la edad o condición social, la presencia de patologías raras o crónica, cuando hay reconocimiento de condición de discapacidad, o en los casos particulares de embarazo, diagnóstico precoz de algunos tumores y detección de VIH. Desde 2000 todos los medicamentos no tienen copago, pero para cerrar el déficit la mayoría de las regiones introdujeron unos pagos a los medicamentos clasificados como clase A o esenciales para enfermedades graves y crónicas. Si el ciudadano solicita en la farmacia los medicamentos de marca paga la diferencia entre el de marca y el medicamento genérico que le receta el médico.

⁷ Decreto Legislativo de 7 de marzo de 2005, artículo 62-ter, disponible en <https://www.salute.gov.it/portale/lea/archivioNormativaLea.jsp>

⁸ Decreto del Primer Ministro de 1 de junio de 2022, disponible en <https://www.salute.gov.it/portale/lea/archivioNormativaLea.jsp>

⁹ Decreto del Primer Ministro de 12 de enero de 2017, disponible en <https://www.salute.gov.it/portale/lea/archivioNormativaLea.jsp>

Todos los ciudadanos están en el SSN, sin embargo, los que deseen y tengan capacidad de pago pueden comprar con proveedores privados servicios médicos (De Belvis, 2022), que no necesariamente son equivalentes a un seguro privado, pues la demanda se puede limitar a un servicio en específico como, por ejemplo, un examen de laboratorio. En el lado opuesto están los indigentes que al ser declarados como tales tienen acceso gratuito en el sistema.

En términos de organización y gobernanza el sistema de salud italiano lo gestiona el Estado y tiene tres niveles o LEA. El primero nivel corresponde al gobierno nacional central. El nivel lo integra el Ministerio de Salud (Ministero della Sanità) que tiene la dirección del sistema, el Consejo Superior de Salud¹⁰ (Consiglio Superiore di Sanità) que es un órgano de consulta técnico-científica del ministerio que se divide en cinco secciones temáticas; el Instituto Superior de Salud (Istituto Superiore di Sanità-ISS), dedicado a la investigación, control y asesoramiento técnico-científico en salud pública; y la Conferencia Estado-Regiones (Conferenza Stato-Regioni) que es una instancia en la que se institucionaliza las relaciones y la colaboración entre el gobierno central y las regiones y las provincias autónomas, en el ámbito de sus competencias, en el financiamiento y la prestación de servicio de salud.

El segundo nivel es el regional que involucra al Departamento de Actividades de Salud (Assessorato alle attività sanitaria), la Conferencia Regional Permanente y la Agencia Regional de Servicios de Salud. Las regiones y provincias autónomas de Trento y Bolzano directamente o sus agencias de salud competentes son las autoridades de salud frente a los operadores acreditados.

Y el tercer nivel es el local que incluye a las Autoridades Locales de Salud (Aziende Sanitarie Locali-ASL), tienen personería jurídica y autonomía administrativa y financiera y su responsabilidad es organizar la asistencia sanitaria en su territorio (Figura 5) así como garantizar la prestación de los servicios de salud con los hospitales, laboratorios y consultorios públicos y privados acreditados.

El Ministerio de Salud es el responsable del diseño de la política salud que se especifica en el Plan Nacional de Salud que define objetivos y metas para tres años y en el cual los tres niveles tienen responsabilidades en la ejecución y los resultados y que, por lo tanto, se requiere que trabajen de manera coordinada y complementaria.

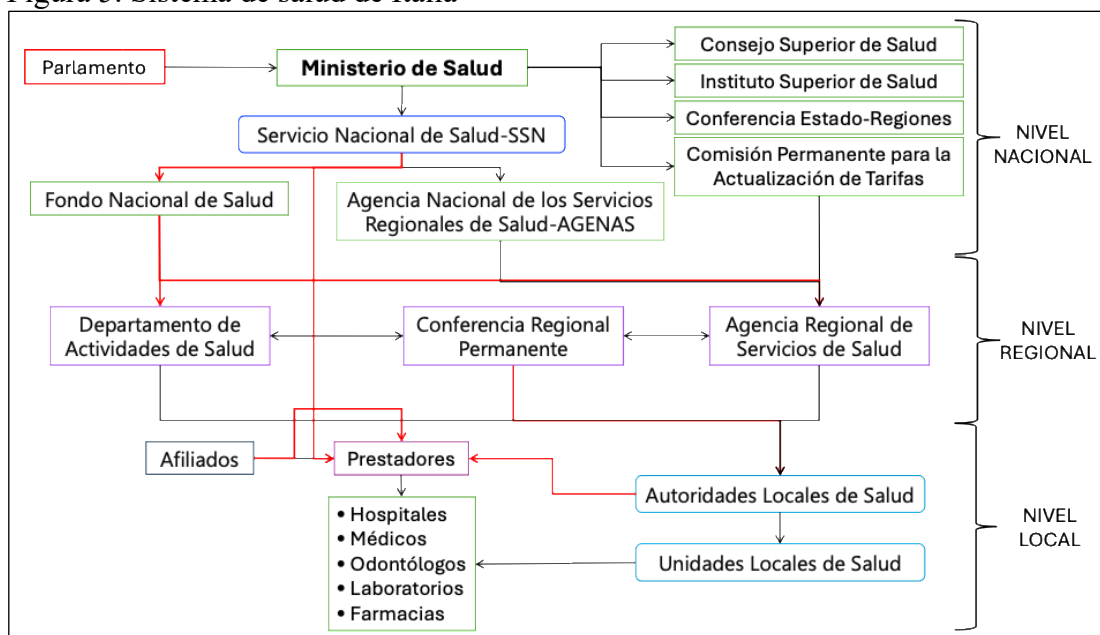
En el nivel nacional se creó la Comisión Permanente para la Actualización de Tarifas, que integrada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Hacienda, la Conferencia de Regiones y Provincias Autónomas y la Agencia Nacional de los Servicios Regionales de

¹⁰ Decreto del Ministro de la Salud de 1 de marzo de 2022.

Salud (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-AGENAS), y tiene el propósito de promover el ensayo de metodologías para calcular las tarifas de los pagos a los servicios médicos, definir criterios para el pago de los servicios de telemedicina y actualizar las tarifas máximas de referencia para los pagos de los servicios a los establecimientos o empresas de salud en todas las regiones. El Fondo Nacional de Salud es quien define las inversiones en salud para el año fiscal.

La prestación de los servicios de salud está a cargo de hospitales públicos de diferentes niveles de complejidad; los hospitales y las estructuras privadas acreditadas ante el SSN, que son empresas con fines de lucro y que se financian con los servicios que le vende al Servicio Nacional de Salud y a los individuos que toman la decisión de adquirir el servicio privado; y los organismos acreditados del tercer sector que son entidades sin ánimo de lucro, acreditadas por el SSN, y que se financian con recursos del SSN o la demanda individual, pero cuyo excedente se reinvierte en la salud de la comunidad. Los hospitales públicos o privados son de tipo regional o interregional.

Figura 5. Sistema de salud de Italia



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.
Fuente: diseño propio con base en SSN (2024) y De Belvis (2022).

El sistema de salud italiano es descentralizado, pese a que es el Gobierno Nacional Central el que lo dirige y paga gran parte de su funcionamiento. Como de muestra en la figura 5, el control gubernamental sobre los prestadores de los servicios se hace a nivel regional y local, y las regiones tienen grados de autonomía para gestionar el sistema en las localidades de su

jurisdicción con entidades como el Departamento de Actividades de Salud (L'assessorato alle attività sanitaria), la Conferencia Regional Permanente (Conferenza regionale permanente) y la Agencia Regional de Servicios de Salud (L'agenzia per i servizi sanitari regionali). A nivel municipal operan las Autoridades Locales de Salud (Aziende Sanitarie Locali-ASL) y las Unidades Locales de Salud (USL). El control sobre las regiones con respecto a la prestación del servicio lo hace el gobierno nacional con el Comité Permanente de la Prestación de los LEA (Comitato LEA).

Los gobiernos locales y regionales pagan a los proveedores públicos y privados¹¹. Los cálculos de pago toman como referencia las tarifas máximas que actualiza el gobierno nacional y que expide por decreto del Presidente del Consejo de Ministros¹², y los gobiernos regionales modifican las tarifas de referencia¹³ de acuerdo con las condiciones de la región, pero con la obligación de cumplir el equilibrio presupuestal y con base en los acuerdos interregionales para la compensación de la movilidad sanitaria, siempre que el acuerdo haya sido aprobado por la Conferencia Estado-Regiones.

2.2.6 Noruega

El seguro es universal que opera en un sistema de salud semi-descentralizado. Se cubre con impuestos nacionales, subnacionales y locales. Los residentes reciben como beneficio la atención esencial, no existe una lista de beneficios médicos o de medicinas, y los servicios especializados se entregan según se defina la necesidad y la evaluación que los gobiernos hagan de las tecnologías de salud. Los ciudadanos incurren en gastos de bolsillo en los servicios de cuidados de largo plazo, odontología y medicinas (Saunes, et al., 2020). Existen seguros privados pero la compra de este tipo de seguros es baja, pese a que creció desde 2010.

El Estado es el responsable del servicio de salud a la población. El Ministerio Noruego de Salud y Servicios Asistenciales es el rector del sistema de salud; la Dirección de Salud de este ministerio tiene la dirección central del sistema y el Instituto de Salud Pública desempeña es la entidad asesora. Los Consejos Regionales de Salud realizan la gestión hospitalaria y la coordinación de los servicios. En el plan de salud el gobierno nacional estableció 19 comunidades de atención médica donde los municipios y los fideicomisos de salud son los encargados de desarrollar y planificar los servicios de salud. Los fideicomisos hospitalarios

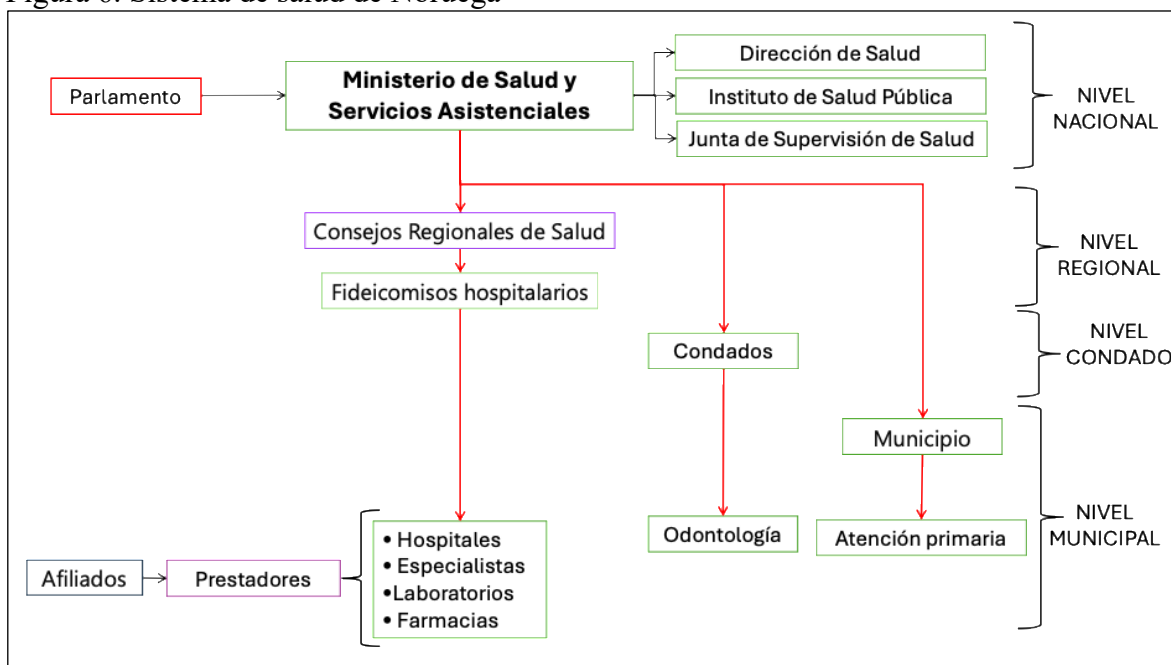
¹¹ A los proveedores privados se les denomina instalaciones y hospitales.

¹² Hasta 2024 se actualiza el Decreto del Presidente del Consejo de Ministros de 12 de enero de 2017 para definir las nuevas tarifas de los niveles esenciales de atención.

¹³ Las tarifas de referencia para 2024 se encuentran disponibles en <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2023&codLeg=95791&parte=1%20&serie=null>

y farmacéuticos están a cargo de cuatro autoridades sanitarias regionales (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2020).

Figura 6. Sistema de salud de Noruega



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.

Fuente: diseño propio con base en Norwegian Ministry of Health and Care Services (2024) y Saunes, et al. (2020).

El ministerio provee la atención hospitalaria y la medicina especializada, los condados tienen la responsabilidad de prestar los servicios odontológicos a los niños y a una parte de la población vulnerable, y los municipios se encargan de la atención primaria, la atención a largo plazo y la salud pública. Los gobiernos subnacionales y locales se guían por la regulación que expide el órgano rector del sistema, en especial lo concerniente a adquisiciones de bienes y servicios médicos. Los municipios ejecutan un tercio del gasto en servicios de salud. El Comité de Examen y Análisis del Sistema de Competencia General de los municipios advierte que los municipios rurales pequeños presentan el menor grado de cumplimiento legal en materia de salud porque tienen problemas de capacidad de gestión (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2024; Norwegian Ministry of Labor and Social Inclusion, 2024).

Los proveedores de servicios son públicos con una pequeña participación privada. Están organizados en asociaciones: Spekter que aglutina a los hospitales, Virke que representa a las organizaciones sin ánimo de lucro, a las farmacias y a los centros de rehabilitación privados,

y Norwegian Association of Local and Regional Authorities que agrupa a los empleadores (Saunes, et al., 2020). Todos participan en las discusiones sobre regulación del sistema e incluso en los temas relacionados con las condiciones laborales del sector.

2.3 Las similitudes de la experiencia internacional

Los sistemas de salud de diversos países manifiestan que el acceso y la prestación de los servicios de salud se abordan de varias formas, cada una acorde con el entorno sociopolítico en que se inscriben. No obstante, existen similitudes que permiten extraer enseñanzas.

- La mayoría asume la salud con el enfoque de derechos y construyen el sistema con un seguro de salud universal con el propósito garantizar el acceso a la atención.
- La equidad, la eficiencia, la suficiencia y la eficacia son dos principios básicos que guían el diseño de los sistemas de salud y la prestación de los servicios.
- Se le da prioridad a la atención primaria y a los servicios esenciales.
- Por principio de eficiencia, le dan prelación a la prevención.
- Existen límites a los beneficios y en presencia de gobiernos regionales o locales autónomos se presenta una diferenciación en la cobertura de algunos servicios.
- El financiamiento del sistema se cubre con una combinación de impuestos y contribuciones
- Coexisten el aseguramiento público y privados de la salud.
- La cantidad de prestadores de servicios de salud está correlacionada con el tamaño de mercado, en Alemania, con 84,4 millones de personas, tiene 105 prestadores para un promedio de 803.663 personas por prestadora.
- En todos los países, como es de esperarse, la salud pública queda en la órbita exclusiva del Estado.
- Existe delegación de responsabilidades administrativas y operacionales en diferentes órganos y niveles de gobierno.
- Los grados de descentralización del sistema de salud se adapta a las necesidades locales y a la autonomía regional o municipal que tiene el país. La parte central diseña la política, gestiona los ingresos, controla los costos para el sistema con la expedición de tarifas de referencia para los bienes y servicios, estudia las tecnologías, y supervisa, vigila y controla la operación de todo el sistema. La ejecución y una parte de la planeación se hace a nivel local.
- En todos los sistemas está presente el sector privado como prestador y proveedor. El nivel de su participación en la provisión del servicio de salud depende de la capacidad instalada que tiene el Estado y de la forma como quiere participar el sector privado, por ello se presentan diferentes tipos de asociación privada en la prestación de los servicios, desde las entidades sin ánimo de lucro como en Italia, hasta las asociaciones

de profesionales como en Alemania. El sector privado siempre es el proveedor de insumos, medicamentos, maquinaria y equipo.

Estas características enseñan que los sistemas contemporáneos de salud son universales y que en el ordenamiento de los principios sitúan a la equidad en segundo lugar, seguido por la eficiencia, la eficacia y la suficiencia. A partir de ese ordenamiento se definen los beneficios a los afiliados y se diseña el sistema delegando responsabilidades a diferentes niveles gubernamentales y privados. La descentralización es inevitable por las características locales y regionales de la salud de la población, la cantidad de usuarios y de servicios a proveer. En todos los sistemas el sector privado es prestador de servicios de salud y proveedor de tecnologías de salud. Por último, los sistemas son financieramente desequilibrados y se utilizan recursos tributarios para cubrir los déficits en aquellos países donde la fuente principal de ingresos son las contribuciones a la nómina.

2.4 Las disimilitudes de la experiencia internacional

Se destacan notables diferencias que reflejan la diversidad de enfoques y contextos. Cada país desarrolla su propio modelo según su contexto cultural, económico, político y social. Algunas de las principales disparidades entre los sistemas son:

- En unos sistemas los servicios de salud hacen parte de un sistema del sistema de seguridad social, como en Alemania, en otros es independiente, como en Noruega e Italia.
- La cesta de beneficios cambia de acuerdo con el consenso y cohesión social que se manifiesta en la dimensión política de la sociedad.
- En unos casos predomina un sistema que tiene como centro la atención curativa, en otros la preventiva.
- En unos sistemas, como en Alemania y Francia, el proceso de atención empieza con el médico de familia o de cabecera y a partir de ahí se remite la persona a los servicios especializados, en otros sistemas hay acceso directo a la atención especializada y en los sistemas con predominancia de seguro privado como en Estados Unidos, de acuerdo con la capacidad de pago del individuo.
- La integración de los sistemas de información del sistema de salud es heterogénea entre países, poca en Alemania, alta en Francia e Italia.
- Unos sistemas trabajan con pagador único, como Corea, otros con múltiples, como Italia.
- Las diferencias en el tamaño de población y la concentración o dispersión en el espacio conducen a diferentes diseños de sistemas de salud: Noruega con 5,5 millones de personas y un diseño sencillo, Alemania con 84,4 millones de personas y un sistema complejo o la República de Corea con 53 millones y un sistema simple.

Estas diferencias resaltan la complejidad y la adaptabilidad necesarias al abordar los desafíos de la atención médica a nivel internacional. Y se tiene que subrayar la importancia de considerar las especificidades culturales y contextuales al diseñar políticas y estrategias de salud.

2.5 La arquitectura y operación en Colombia

El sistema de salud se fundamenta en el enfoque de derechos (Ver sección 4.1) con acceso universal a la población y cobertura integral de las contingencias. La salud hace parte del sistema de seguridad social que se divide en dos regímenes. El primero es el contributivo para personas vinculadas con un contrato de trabajo, los independientes con capacidad de pago y sus beneficiarios –padres, cónyuge y los hijos menores o dependientes–. El segundo es el régimen subsidiado que cubre a las personas que no tienen la capacidad para pagar el monto de cotización. Además, existe la posibilidad de adquirir un seguro médico privado o medicina prepagada que es de libre elección para quien tenga la capacidad para comprarlo, pero que para adquirirlo es requisito estar afiliado en el régimen contributivo.

La arquitectura vigente del sistema de salud tiene dos niveles de operación. En el primero se encuentran las funciones de dirección general, manejo de los fondos de recursos monetarios, y la inspección, vigilancia y el control que desempeñan las entidades del GNC (Figura 7). En este ámbito se encuentra la autoridad del sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social que diseña, adopta, dirige, coordina, ejecuta y evalúa la política de salud y salud pública, dirige el sistema de vigilancia, administra recursos financieros y acredita a las entidades promotoras de salud-EPS y a las instituciones prestadoras de servicios-IPS. Está el Instituto Nacional de Salud que tiene funciones de vigilancia y control en salud pública, vigilancia epidemiológica, gestiona el desarrollo, el conocimiento y la investigación en salud y biomedicina y es laboratorio nacional de referencia. Se encuentra el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y alimentos-INVIMA que cumple la función de inspección, vigilancia y control sanitario sobre alimentos, bebidas, medicamentos, dispositivos médicos, productos biológicos, plaguicidas y otros productos. Y también lo conforma la Superintendencia de Salud que inspecciona, vigila y controla el sector salud.

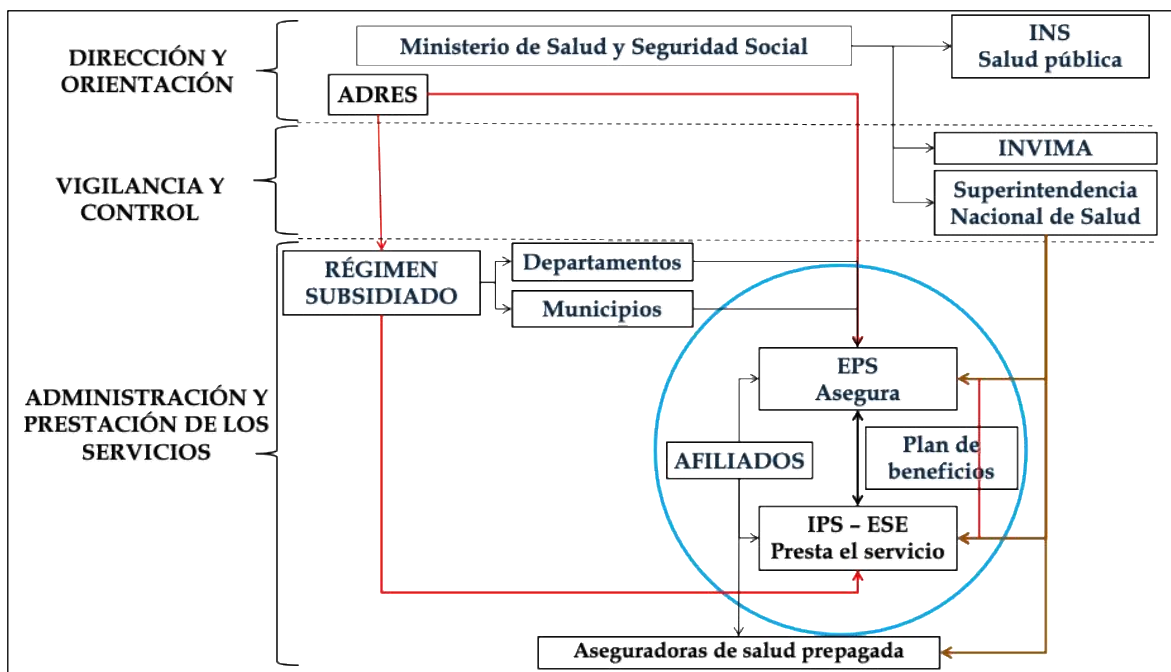
En este nivel está la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADDRESS que recauda y administra los recursos financieros del sistema de salud. Es la entidad encargada de girar y pagar a las EPS por el aseguramiento, y hoy también paga directamente a las IPS del régimen subsidiado, así como el pago a los proveedores de medicamentos, insumos y dispositivos no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud. La

Administradora liquida los pagos de acuerdo con los precios estimados por el Ministerio de Salud y Seguridad Social para el año y las frecuencias esperadas de uso de los servicios de salud. Es lo que se conoce como Unidad de Pago por Capitación-UPC. En 2023 el gobierno no ajustó la prima con las frecuencias de 2022, incrementó la UPC en el porcentaje de la inflación. Como resultado, al no actualizar las frecuencias y mantenerlas en niveles del año anterior introdujo un riesgo financiero a los operadores del sistema y contribuyó a deteriorar los indicadores financieros de las EPS.

El segundo nivel, subordinado al primero, se producen y se proporcionan los servicios de salud, en consecuencia, es donde la persona se encuentra efectivamente con el sistema. Es el núcleo que permite alcanzar los objetivos y metas de la política y los planes de salud, es decir, el máximo estado de salud de la sociedad. En este nivel la administración de la prestación de los servicios la hace el sector privado con las EPS y la producción del servicio la efectúa las IPS privadas y públicas.

Las EPS gestionan el proceso de afiliación de los usuarios tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, y les suministran a sus afiliados el Plan Obligatorio de Salud-POS para lo cual contrata y paga a las IPS para que proporcionarán los servicios a sus afiliados y a los proveedores de medicamentos y dispositivos médicos. Como promotoras autorizan los servicios y los procedimientos médicos, las hospitalizaciones y la entrega de farmacéuticos. Y las IPS prestan la atención médica a los afiliados de las EPS con las cuales tengan contrato. Facturan a las EPS los tratamientos y servicios prestados.

Figura 7. Sistema de salud de Colombia



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.

La línea marrón indica la vigilancia y control

Fuente: diseño propio

Los afiliados reciben los servicios, medicamentos, bienes y dispositivos médicos previstos en el Plan de Beneficios en Salud. La ley estatutaria de la salud, Ley 1751 de 2015, señala que los servicios y tecnologías de salud se suministren de manera integral, por eso el POS es igual para los dos regímenes. Existen exclusiones en servicios y tecnologías que anualmente adopta el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁴, la mayoría de ellas en servicios médicos se catalogan como de carácter estético y las de medicamentos se relacionan con no esenciales y de venta libre como el acetaminofén. Estas exclusiones y algunos medicamentos o bienes que no están excluidos pero que por diferentes motivos las EPS no se los entregan a sus afiliados, explican los gastos de bolsillo de los hogares, lo que deja a Colombia en el ámbito internacional como uno de los países con menor nivel de este rubro de gasto.

¹⁴ Para la vigencia 2024 véase la Resolución No. 641 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0641-de-2024.pdf>.

3 LA ORGANIZACIÓN INDUSTRIAL DEL SERVICIO DE SALUD

3.1 La experiencia internacional

3.1.1 Alemania

Tipo de sistema de salud. Cuenta con uno de los mejores sistemas de salud del mundo (Subsección 2.2.1), con una gran cobertura en salud, cortas listas de espera y buena tecnología, sin embargo, los costos de atención médica están entre los más caros de Europa.

Dinámica poblacional: La población está envejeciendo: uno de cada cinco alemanes tiene 65 años o más y alrededor del 6% de la población tiene más de 80 años, grupo etario que aumentará aún más en el futuro. En particular, la proporción de personas en edad de trabajar pasó de 51,65% en 1980 a 57,16% en 2022 (World Bank, 2023).

Cobertura. Es uno de los países europeos con el mayor gasto en salud. Existe un grado relativamente bajo de copago, con un 13.6% del gasto en salud proveniente de gastos directos de bolsillo de los hogares. El sector de la salud es un importante sector de empleo, proporciona trabajo a casi 5.7 millones de personas y representó el 12.3% del empleo total al final de 2018. Entre 2000 y 2018, el número de personas que trabajan en el sector de la salud aumentó en 1.653.000 equivalente a un crecimiento de 41.1% (Statistisches Bundesamt, 2024).

Regulación. Existe una fuerte separación sectorial de los servicios: la salud pública, la atención ambulatoria, la atención hospitalaria, y la atención a largo plazo están separadas y organizadas de manera diferente en términos de planificación, financiación y gobernanza. Esta fragmentación y gobernanza descentralizada y compleja presenta desafíos para la atención de salud en términos de coordinación y continuidad de la atención, calidad de los servicios para los pacientes y eficiencia en la asignación de recursos.

La remuneración de las farmacias está regulada en la “Ordenanza de precios de productos farmacéuticos con receta médica” (AMPreisV), que se aplica a todo el mercado con receta médica independientemente de la fuente de pago. Los hospitales y las farmacias comunitarias pueden dispensar medicamentos. Las farmacias en línea y por correo tienen los mismos requisitos legales que las tradicionales y se usan principalmente para medicamentos sin receta. Los productos no etiquetados como "solo en farmacia" también pueden venderse en droguerías, tiendas de alimentos saludables y supermercados (Blümel et al., 2020).

Infraestructura de oferta. Cuenta con una amplia red de hospitales, con un promedio de un hospital por cada 68.000 habitantes. La disponibilidad de atención hospitalaria es alta en general, aunque es mejor en áreas urbanas que en áreas rurales. En 2016, el 90,4% de la población urbana podía llegar a un hospital de atención aguda en 15 minutos en automóvil, en comparación con solo dos tercios de la población rural. La utilización tanto de la atención hospitalaria como ambulatoria es elevada, y hay indicaciones de un exceso de servicios, lo que también se refleja en un alto consumo de productos farmacéuticos. En 2018, había un total de 1.925 hospitales que proporcionaban 498.192 camas. De estos, 552 hospitales eran de propiedad pública, 650 eran privados sin fines de lucro y 723 eran hospitales privados con fines de lucro, con participaciones de camas del 48%, 33% y 19%, respectivamente (Blümel et al., 2020).

Tecnología de información. En términos organizacionales a nivel nacional, la introducción de la tarjeta de salud electrónica (elektronische Gesundheitskarte - eGK) es, como mucho, el proyecto más importante para el intercambio estandarizado de información en todos los sectores de atención médica. La introducción de la eGK, así como la garantía de un intercambio seguro de datos, es encomendada a las asociaciones corporativas y a la gematik GmbH desde 2005. A partir de 2015, el uso de las tarjetas de salud electrónicas es obligatorio para que los asegurados tengan derecho a los beneficios del seguro de salud obligatorio.

Mercados. La industria farmacéutica en Alemania es una de las más poderosas entre los países desarrollados y contribuye significativamente al mercado de exportación. En 2018, 119.535 personas estaban empleadas en 364 empresas productoras de productos farmacéuticos. Los medicamentos son altamente regulados y su entrada al mercado es responsabilidad compartida entre el Instituto Paul Ehrlich (PEI) y el Instituto Federal de Medicamentos y Productos Médicos (BfArM). La regulación nacional se aplica a los medicamentos no aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Existen procedimientos específicos para medicamentos huérfanos y otros, y el reconocimiento mutuo se utiliza cuando un medicamento ya está en el mercado en otro país. En casos de peligro público, solo el BfArM puede rechazar la entrada al mercado de un medicamento.

Otros aspectos. Entre los retos que enfrenta, se encuentra la separación marcada entre la atención ambulatoria y hospitalaria, lo que dificulta la coordinación del tratamiento; y un marco de gobernanza complejo que promueve el incrementalismo y dificulta las reformas.

3.1.2 Corea del Sur

Tipo de sistema de salud: Es un país que desde la posguerra experimenta una notable recuperación en términos de infraestructura. Es un sistema de aseguramiento social, con una

amplia participación del mercado y seguros voluntarios. Es reconocido como líder en innovación médica y figura entre los países con la mejor atención médica a nivel mundial. Su sistema de salud es centralizado desde 1977, aunque algunas áreas tienden a descentralizarse. Con la reforma de 1989 y en solo 12 años se instauró la cobertura universal (Moon, 2012). El parlamento coreano aprobó una reforma del sistema de financiación que exigía que todos los fondos de enfermedad se fusionaran en un único plan de seguro nacional. Hasta ese momento, operaban más de 350 sociedades de seguros de salud, a las que pertenecían los trabajadores, según su profesión o lugar de residencia. La introducción del seguro nacional de salud condujo a la adopción de un modelo de pagador único (Subsección 2.2.2), con tasas de contribución uniformes y el mismo paquete de beneficios (Toth, 2021). Como resultado de la implementación de la cobertura universal aumentó la demanda de servicios médicos.

Dinámica poblacional: El sistema de salud está influenciado por la distribución de la población, la proporción de personas en edad de trabajar pasó de 61,2% en 1980 a 40,96% en 2022 (World Bank, 2023), y más del 50% de los coreanos residen en el área metropolitana de Seúl. Aunque esta ciudad cuenta con una política de salud pública bien desarrollada, la alta concentración de población presenta desafíos. Los pacientes de todo el país tienen la libertad de elegir la clínica de su preferencia para recibir atención médica, esto provoca una migración significativa de personas hacia hospitales en las principales ciudades, como lo señala Moon (2012). Este problema se intentó abordar con incrementos en los copagos para desincentivar las visitas hospitalarias en ciudades principales, pero no fue suficiente y resultó en una disminución en los niveles de calidad del sistema.

Cobertura: En el informe de la OCDE sobre el sistema de salud se indica que en 2018 la cobertura del NHI fue de 97%. El porcentaje restante corresponde al Programa de Ayuda Médica que cubre a personas de bajos ingresos. El 86,9% de los hogares surcoreanos cuentan con un seguro privado de salud con el que buscan cubrir gastos relacionados con enfermedades costosas, tratamientos contra el cáncer o para protegerse ante accidentes. Esto se refleja en que en 2019 el pago propio representó un poco más del 30% del gasto en atención médica, cifra que supera el promedio de la OCDE que es de un 20%. El gasto en la contratación de seguros privados aumentó como producto de la pandemia.

El porcentaje de hogares con seguro privado se justifica por los copagos que fluctúan entre el 20% y el 60% para servicios de salud específicos (y una tasa de contribución promedio del 5,08% del salario, y una contribución adicional de un seguro a largo plazo, 4,78% de las contribuciones al Seguro Nacional de Salud-NHI). No es sorprendente que el NHI se financie principalmente de contribuciones, subsidios y gastos de bolsillo.

Además, como un indicador de la robustez del sistema de salud, se introdujo el seguro obligatorio de cuidados a largo plazo (LTCI) en 2008, cuyo financiamiento se basa en los

ingresos y activos de los ciudadanos. Este programa beneficia a personas con una edad mínima de 65 años o a aquellos que padecen enfermedades como la demencia o daños cerebrovasculares.

Oferta de infraestructura: El número de clínicas y profesionales médicos creció, aunque de manera desigual entre lo público y lo privado. Se ampliaron los servicios públicos de atención de salud en zonas rurales donde rara vez se producía inversión del sector privado. En 1980, había apenas 80 hospitales, cifra que llegó a 296 para 2006, mientras que el número de médicos se duplicó en ese período, pasó de 42.554 a 85.369.

Los hospitales especializados, como los hospitales psiquiátricos y los hospitales antituberculosos, y los centros de salud pública para los servicios de atención primaria de salud eran establecimientos públicos. La expansión de la infraestructura y el personal médico después de las reformas de salud de 1989 y 2000 fue crucial para satisfacer la creciente demanda de atención médica en el país. Esto fue especialmente importante después de que, hasta la década de 1980, se comenzara a prestar atención a la necesidad de un cambio estructural en el sistema de salud. (Bae Chun et al., s. f.).

En lo concerniente a los servicios hospitalarios, la mayoría de los médicos ejercen en consultorios de carácter privado, y la mayoría de los hospitales son de propiedad privada. Es relevante señalar que la atención brindada en clínicas y hospitales de índole privada está cubierta por el NHI. Además, el HIRA supervisa la calidad de estos servicios (Subsección 2.2.2). Por otro lado, en las zonas metropolitanas abundan las clínicas privadas, mientras que en las zonas no metropolitanas su presencia es menor. En estas últimas, los centros de salud públicos parecen desempeñar un rol más prominente en la prestación de atención primaria de salud. (OECD, 2019). De manera interesante, el 67% de las clínicas para inicio de siglo, ya habían incluido los historiales electrónicos, y cuentan con sistemas avanzados en tecnología.

Mercados: En 2009 solo cinco fabricantes entre las empresas farmacéuticas empleaban a más de 1000 personas. La mayoría de estas empresas son pequeñas, con alrededor de 30 trabajadores en promedio, y se centran en el desarrollo de genéricos. Para que un genérico pueda circular en el país, solo se requiere que tenga los mismos ingredientes, forma de dosificación y concentración que el medicamento original, además de obtener el permiso del médico que lo receta (Korean Pharmaceutical Manufacturers' Association, 2009).

A medida que la globalización continúa, las fusiones para aumentar el tamaño de las empresas serán inevitables si estas quieren sobrevivir a la fuerte competencia de las empresas farmacéuticas globales y extranjeras. Las grandes empresas farmacéuticas, en particular, son reconocidas por su liderazgo en investigación y desarrollo (I+D), con algunas invirtiendo hasta el 90% de sus utilidades en esta área, como se menciona en el sitio web de la Asociación de Investigación y Desarrollo de Corea (KDRA, 2023).

En contraste con otros países, como Japón, el proceso de autorización de mercado no es muy complejo. Los fabricantes tienen que presentar datos sobre seguridad y eficacia cuando desarrollan un nuevo producto. Además, aunque no existen regulaciones estrictas para controlar la disponibilidad de medicamentos alternativos o complementarios, sí hay un sólido sistema de regulación de precios. Este sistema se estableció como respuesta a situaciones en las que los costos farmacéuticos representaban casi el 30% del gasto total en atención médica.

Otros aspectos. El desarrollo futuro del sistema de atención médica de este país dependerá de que los principales interesados asuman la responsabilidad de asegurar un cambio de paradigma desde la predominancia actual de la atención médica aguda hacia un mayor enfoque en la atención médica preventiva. Este objetivo es fundamental en términos de mantener tanto la sostenibilidad del sistema nacional de salud como la salud de la población en una era de crecientes enfermedades crónicas.

3.1.3 Chile

Tipo de sistema de salud. El sistema de salud chileno es ampliamente reconocido por muchos expertos como uno de los mejores en América Latina. Este sistema de salud se pone a prueba en varios factores, incluyendo el avanzado estado de envejecimiento poblacional, una baja tasa de fecundidad y en paralelo, una mortalidad reducida.

Los hospitales, especialmente los situados en grandes urbes como Santiago, destacan por su alta tecnología y calidad, compiten favorablemente con instituciones de países europeos y estadounidenses a un costo considerablemente menor. La reforma de salud implementada a principios de siglo instauró una cobertura universal, ofrece paquetes de beneficios médicos que abarcan una lista prioritaria de más de 50 condiciones de salud, respaldadas por garantías específicas legalmente establecidas, como acceso, calidad, oportunidad y protección financiera.

Tiene una administración descentralizada, donde la responsabilidad de organizar la educación, los servicios sociales y la atención primaria de salud recae en los municipios. A nivel regional, las Autoridades de Salud Regional (SEREMIS) juegan un papel importante en el diseño e implementación de acciones de salud pública. Diversos modelos de sistema coexisten en el sistema de salud, el sistema público es de tipo seguridad social, el sistema asistencial público provee atención gratis a los asegurados públicos, y los seguros y proveedores asistenciales privados tienen modalidad de mercado (Gattini y Morales, 2023).

La deducción estándar de nómina es del 7%, lo cual mantiene parcialmente el sistema público de salud, FONASA, lo demás va por parte de financiación gubernamental. Sin embargo, toda

la gobernanza, regulación y supervisión son realizadas por el Ministerio de Salud. La distribución entre los sistemas públicos y privados en salud muestra que la sanidad pública se enfoca en atención primaria, el sector privado tiende a centrarse en servicios secundarios especializados. Aproximadamente el 20% de la población opta por tener un seguro de salud privado, y el número de instalaciones se divide equitativamente entre públicas y privadas, pero el número de ciudadanos que utiliza las instalaciones públicas es aproximadamente 70%.

Dinámica poblacional. Las proyecciones con base en el Censo 2017, estos fenómenos se intensificarán con el tiempo, previéndose que para 2050 haya 176 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años (INE, 2017). En particular, su proporción de personas en edad de trabajar pasó de 61,42% en 1980 e a 45,66% en 2022 (World Bank, 2023).

Cobertura. Es importante destacar que aproximadamente el 25% de la población chilena reside en zonas con alta ruralidad, cubriendo cerca del 82% del territorio nacional (OECD, 2020). Por ende, alcanzar una cobertura de salud efectiva en estas áreas requiere de esfuerzos adicionales en términos de políticas de cobertura sanitaria.

La cobertura de salud es proporcionada principalmente por el Fondo Nacional de Salud-FONASA, financiado por el Estado, o por esquemas de cobertura privada como las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). FONASA abarca aproximadamente al 78% de la población, mientras que las ISAPRES cubren alrededor del 17-18%, y un 3-4% adicional está bajo un esquema de seguro de las Fuerzas Armadas.

Oferta de talento humano. Dos tercios de las camas de hospital de Chile atienden a ciudadanos pobres y de clase media. Las listas de espera para cirugías electivas son comunes y la satisfacción del público con la atención médica está disminuyendo. Los planes gubernamentales anteriores para mejorar la calidad de los hospitales públicos han pasado por alto la mejora de la fuerza laboral de enfermería como solución, recomendando en cambio proporciones paciente-enfermera sustancialmente peores que los estándares internacionales, como lo ilustran las leyes de personal de enfermería seguro en California (EE.UU.) y Queensland (Australia) de no más de cinco pacientes por enfermera y el personal de atención de cabecera se mezcla con porcentajes bajos de enfermeras. Además, Chile tiene una de las proporciones de enfermeras por médico más bajas entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico-OCDE, con cerca de 1,2 enfermeras por médico en Chile, en comparación con un promedio de tres en los países de la OCDE. enfermeras por médico, que se considera el estándar de productividad. (Lancet, 2021)

Tecnología de la información. El Ministerio de Salud promueve iniciativas para modernizar los sistemas de salud y mejorar la eficiencia a través de la implementación de tecnologías de la información, incluidos los registros electrónicos de salud (INE,2022). Sin embargo, el

progreso en la adopción y la implementación de ERS puede variar según la región y la institución de salud.

Otros aspectos. El sistema de salud es eficiente y tiene una excelente relación entre costos y cobertura. Sin embargo, enfrenta desafíos significativos debido al crecimiento de la población en edad de jubilación y las enfermedades costosas asociadas a la edad, lo que aumenta la demanda de servicios médicos. Y los problemas de salud pública como la obesidad y el tabaquismo requieren una atención prioritaria.

3.1.4 *Estados Unidos*

Tipo de sistema de salud. Su sistema de salud, descrito en la subsección 2.2.3, es considerado como uno de los más costosos del mundo, enfrenta el desafío de alrededor del 10% de su población sin cobertura médica, cifra que disminuyó en años recientes. A pesar de ser menos efectivo en comparación con otros países, la mayoría de los ciudadanos obtienen su cobertura a través de seguros médicos privados. En 2016, el 45% del gasto nacional en atención médica fue financiado por los gobiernos federal, estatal y local, mientras que el resto provino de empresas, hogares y otras fuentes privadas. El porcentaje de personas en edad de trabajar pasó de 50,94% en 1980 e incrementó marginalmente a 54,05% en 2022 (World Bank, 2023).

Dinámica poblacional. La población del país creció un 0,4% en 2022, tras casi estancarse en un 0,1% en 2021, cuando el coronavirus exacerbó una tendencia de crecimiento más moderado en años anteriores. El 2021 fue la primera vez desde 1937 que la población estadounidense creció en menos de un millón de personas, lo que refleja el crecimiento numérico más bajo desde al menos 1900, cuando la Oficina del Censo comenzó a realizar estimaciones anuales de población. La migración internacional neta -el número de personas que entran y salen del país- añadió alrededor de 1,01 millones de personas entre 2021 y 2022 y fue el principal motor del crecimiento poblacional.

Regulación. Se emplea un modelo mixto de financiamiento de la salud, con aproximadamente la mitad de los gastos cubiertos por el gobierno y la otra mitad por seguros privados y gasto de bolsillo. Los mayores aumentos en los gastos de bolsillo entre 1995 y 2006 fueron experimentados por aquellos con seguro público que no es Medicaid (60%), los no asegurados (46%) y las personas en o por debajo de la línea de pobreza (35%), en comparación con aquellos con cobertura privada (15%) (Paez et al., 2009). A pesar de esta disparidad en el crecimiento de los gastos de bolsillo, los gastos de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud han estado disminuyendo constantemente desde 2006 para adultos no ancianos, con los adultos no asegurados experimentando las mayores disminuciones.

Tanto los pagadores públicos como los privados compran servicios de salud a proveedores sujetos a regulaciones impuestas por gobiernos federales, estatales y locales, así como por organizaciones reguladoras privadas. Sin embargo, hay una planificación pública relativamente limitada en términos de regulación, con poca planificación coordinada a nivel del sistema en comparación con otros países, aunque a veces se utilizan incentivos para promover la prestación de servicios en áreas desatendidas.

Oferta de infraestructura. A diferencia del crecimiento en la atención ambulatoria, el número de hospitales disminuyó significativamente de 1980 a 2015 (de 6.965 a 5.564) (Casalino et al., 2018). Las consolidaciones y cierres de hospitales desde la década de 1980 que contribuyeron a esta disminución están relacionados con cambios en el pago hospitalario y el surgimiento del cuidado gestionado. Dichos hospitales mayoritariamente son de propiedad privada y pueden ser propiedad de organizaciones de atención médica, como sistemas de salud o cadenas hospitalarias, o de entidades corporativas.

Oferta de talento humano. Hay 2,7 médicos en ejercicio por cada 1.000 habitantes (el promedio de la OCDE es 3,7); y 12,0 enfermeras en ejercicio (promedio de la OCDE 9,2. (OECD health at glance, 2023). Si bien Estados Unidos tiene un mayor número de empleados hospitalarios que la mayoría de los países comparables, casi la mitad de esa fuerza laboral está compuesta por personal no clínico que no participa directamente en la prestación de atención.

Mercados. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) regula la industria farmacéutica en EE. UU., utilizando un proceso de aprobación que abarca desde pruebas en animales hasta cuatro fases de pruebas en humanos. La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio agiliza este proceso para los medicamentos biosimilares, con lo que generó un ahorro estimado de \$44 mil millones entre 2014 y 2024 en el sistema de salud estadounidense (Rice et al., s.f.). Los Estados Unidos tienen un problema tanto de uso excesivo como inadecuado de medicamentos farmacéuticos. Se observa un uso indebido con medicamentos como antibióticos, antidepresivos, psicotrópicos y opioides. Entre los ancianos, la prescripción inapropiada y el uso de múltiples medicamentos simultáneamente (polifarmacia) son preocupaciones importantes debido al riesgo de eventos adversos graves.

Tecnología de información. Un aspecto clave de la Tecnología de la Información en Salud (HIT) es el uso de registros de salud electrónicos (EHRs), también llamados registros médicos electrónicos (EMRs). Estos sistemas son utilizados por los proveedores para mantener y actualizar la información del paciente, ingresar órdenes médicas y reportar resultados. Aunque los términos EMR y EHR se utilizan indistintamente, la principal diferencia radica en que los EMRs son el registro médico legal de una instalación y no son interactivos entre organizaciones, mientras que los EHRs tienen interoperabilidad interorganizacional. La mayoría de los sistemas en uso son EMRs, lo que significa que no

son interoperables entre proveedores. Aunque se busca desarrollar la interoperabilidad, el progreso es lento debido a desafíos técnicos y de privacidad (Rice et al., s.f.).

Otros aspectos. Los estadounidenses se enfrentan a un desafío fundamental: la falta de diálogo efectivo, y mucho menos consenso, sobre cómo mejorar su sistema de atención médica. La brecha entre las opiniones de los dos principales partidos políticos, los Demócratas y los Republicanos, sigue ampliándose, con poco esfuerzo hacia la búsqueda de soluciones comunes. Este clima tiende a generar estancamiento, ralentizando la capacidad del país para innovar y mejorar el sistema de salud. Resolver los problemas más complejos de financiamiento, entrega y políticas de salud depende tanto de encontrar puntos en común como de las ciencias médicas, sociales, del comportamiento y organizacionales.

3.1.5 *Finlandia*

Tipo de sistema de salud. Tiene una cobertura sanitaria integral a sus residentes, descentralizado en la provisión de servicios de salud, con algunos elementos centralizados en la financiación de la salud, como el sistema de seguro nacional de salud (NHI, por sus siglas en inglés). Se puede considerar un sistema de tipo universalista, con coparticipación de aseguramiento social y de seguros voluntarios. La proporción de personas en edad de trabajar pasó de 47,67% en 1980 a 62,46% en 2022 (World Bank, 2023).

La financiación del sistema se da por diversos mecanismos, entre estos, se incluyen fondos estatales, contribuciones obligatorias al seguro nacional de salud, gastos de los empleadores, seguros de salud voluntarios y pagos directos de los hogares. La mayoría de la población se concentra en las áreas urbanas del sur y oeste del país, mientras que el 15% de la población vive en áreas rurales.

El gasto de bolsillo por persona se duplicó, en términos de paridad de poder de compra, pasó de US\$ 423 en 2000 a US\$ 837 en 2016. Antes de la crisis financiera de 2008, el crecimiento per cápita del gasto público en salud superaba al crecimiento en los gastos de bolsillo (8% y 5% de crecimiento anual promedio entre 2000 y 2008, respectivamente), mientras que desde 2009 el gasto de bolsillo per cápita aumentó a un ritmo más rápido (4% frente a 3% de crecimiento en el gasto público) (WHO, 2018). En términos generales, el Estado cubre aproximadamente el 64% del gasto en salud, mientras que alrededor del 14% proviene del seguro nacional y un 22% proviene de fuentes privadas. Con respecto a la composición del gasto, el 79% proviene de fuentes públicas, mientras que un 16,4% corresponde a pagos directos de bolsillo y el 4.5% restante se destina a seguros médicos voluntarios.

Alrededor del 17% de la población está cubierta por seguro de salud voluntario (VHI). Con el aumento en la cobertura de VHI en los últimos años, las aseguradoras cada vez más buscan

proporcionar tanto financiamiento como prestación de servicios. Por ejemplo, la cooperativa OP Pohjola, una organización financiera que proporciona servicios bancarios y de seguros, estableció varios hospitales con el objetivo de tratar a pacientes de alto costo. Otras compañías de seguros tienen planes de expandir el alcance y la escala de los servicios de salud que brindan. Por otro lado, desde 2017 se observa un proceso de centralización de los servicios de atención médica especializada de alto nivel que tiene como objetivo mejorar la eficiencia en la prestación del servicio, pues previamente se observaba una dispersión de pequeños hospitales enfocados en atención primaria, lo que generaba marcadas diferencias regionales.

Infraestructura de oferta. La infraestructura hospitalaria se modificó en los últimos años. Después de una reforma en la atención especializada en la década de 1990, se establecieron 20 distritos hospitalarios en el territorio continental, que gestionan 15 hospitales regionales y cinco hospitales universitarios en ciudades clave. Estos hospitales ofrecen una amplia gama de servicios de atención secundaria, mientras que la atención terciaria se brinda principalmente en los hospitales universitarios. Además, hay hospitales locales más pequeños mantenidos por los distritos y los municipios, aunque su número disminuyó debido a cierres y fusiones. En 2015, había 64 hospitales locales (Mikkola, 2015), sin embargo, algunos de ellos fueron cerrados, fusionados o reperfilados para ofrecer un alcance de servicios más limitado, con solo 21 hospitales públicos locales registrados en 2016 (Häkkinen y Matveinen, 2018).

Oferta de talento humano. Según datos de 2016, el 66% de los médicos trabajaban en el sector municipal, con un 44% laborando en hospitales y un 22% en centros de salud. Además, un 18% de los médicos trabajaban en centros o clínicas médicas privadas. En el período comprendido entre 1996 y 2016 la cantidad de médicos que trabajaban en hospitales aumentó un 29%, mientras que el número de médicos en atención primaria aumentó un 21%; y los que trabajaban en otros lugares (principalmente en atención médica privada y ocupacional) aumentó un 67% (THL, 2019).

Mercados. La industria farmacéutica está dominada por una sola empresa nacional, Orion Ltd, que se centra en productos genéricos. La mayoría de los productos farmacéuticos se importan debido a la falta de instalaciones de producción locales. Dos mayoristas principales suministran productos a las farmacias. En cuanto a la regulación de medicamentos, la lleva a cabo la Agencia Finlandesa de Medicamentos (FIMEA), que además otorga permisos para operar farmacias. Además, tiene la facultad de permitir a los farmacéuticos establecer farmacias subsidiarias adicionales en áreas donde no sea económicamente viable operar una farmacia independiente. En las zonas rurales es común encontrar puntos de servicio para la provisión de medicamentos de venta libre y recetados previamente ordenados. Desde 2013 se implementó el sistema de receta electrónica, convirtiéndose en el único método de

prescripción en 2017, excepto en casos de fallas técnicas y emergencias (Keskimäki et al., 2019).

Otros aspectos. Durante la última década, la capacidad para satisfacer las necesidades de la población disminuyó, evidenciada por largos tiempos de espera en atención primaria y especializada, y altas tasas de necesidades no satisfechas. Se busca una mayor centralización administrativa para abordar las deficiencias del sistema de salud, como la débil dirección nacional y la fragmentación. A pesar de varios intentos de reforma, aún no se logran mejoras significativas. Sin embargo, se realizaron algunos avances, como la centralización de la atención de emergencia y los servicios especializados. El gobierno planea continuar con la reforma, centrada en la creación de autoridades regionales para coordinar todos los servicios de salud y sociales.

3.1.6 Francia

Tipo de sistema de salud. Es el país líder en la mejora de la atención en salud según la OMS, tiene un sistema de salud que destaca por su combinación de financiación pública, seguridad social y atención médica privada, lo que lo convierte en un modelo de sistema público-privado en la prestación de servicios de salud (Subsección 2.2.4). La proporción de personas en edad de trabajar en este país pasó de 57,12% en 1980 e incrementó a 63,55% en 2022 (World Bank, 2023).

Regulación. Aunque el Ministerio de Salud juega un papel crucial en el sistema, las reformas a nivel regional y nacional desafían su autoridad tradicional (Or et al., 2023). A nivel regional, las autoridades de salud se encargan de la salud pública y la planificación financiera, mientras que, a nivel nacional, la Alta Autoridad de Salud supervisa tecnologías, hospitales, profesionales de la salud y el paquete básico de beneficios.

La gestión de los copagos en Francia se destaca por su eficacia, ya que el país registra uno de los porcentajes más bajos de gastos de bolsillo en comparación con otros países de la Unión Europea (9%, frente al promedio del 15%), lo que indica una carga financiera más ligera para los ciudadanos en términos de gastos de salud directos (Or et al., 2023). En gran medida, la población cuenta con un seguro de salud privado, el cual cubre los costos compartidos establecidos por el sistema público de salud. La amplia disponibilidad de productos de seguro de salud voluntario (VHI) permite a los ciudadanos seleccionar entre diversas opciones que incluyen cobertura de co-seguros, cargos adicionales y beneficios complementarios más allá del plan básico, especialmente en áreas como odontología y optometría. Para aquellos que no optan por el seguro privado, existe la posibilidad de acceder a un seguro médico voluntario gratuito ofrecido por el fondo SNS o el gobierno, lo que garantiza una cobertura de salud adecuada para la mayoría de la población (Rodwin, 2018).

Infraestructura de oferta. Al final de 2019, había 3.008 hospitales en Francia. De estas instalaciones, el 45% eran hospitales públicos, el 33% eran hospitales privados con fines de lucro y el 22% eran hospitales privados sin fines de lucro (Établissements de santé privés d'intérêt collectif, ESPIC). Todos los hospitales necesitan una autorización, emitida por la agencia regional de salud correspondiente (ARS) para proporcionar diferentes tipos de atención (DREES, 2021). Aproximadamente 1.9 millones de personas, es decir, el 7% de la fuerza laboral activa en Francia, trabajaban en el sector de la salud en 2016 (en comparación con 1.4 millones en 2000) (DREES, 2016). En particular, las regiones rurales con baja densidad de población, pero también ciertas áreas urbanas económicamente desfavorecidas, combinan la lejanía tanto de la atención primaria como de los especialistas.

En términos de la organización de las instituciones, las públicas representan alrededor del 65% de la capacidad y actividad hospitalaria. Las instalaciones privadas con fines de lucro representan otro 25%, y las instalaciones privadas sin fines de lucro representan el resto. La HAS no permite elegir entre planes de seguro médico para las prestaciones esenciales cubiertas por el programa. Tampoco permite que los fondos locales de seguros de salud celebren contratos selectivos con “proveedores preferidos”. La competencia ocurre entre proveedores de atención médica, no entre el pequeño número de aseguradoras a las que se asignan los beneficiarios según su ocupación.

Mercados. La industria farmacéutica en Francia está compuesta por empresas tanto nacionales como internacionales, con un fuerte enfoque en investigación y desarrollo. El país tiene importantes compañías farmacéuticas como Sanofi y Servier, además de la presencia de gigantes internacionales como Pfizer y Novartis. Francia invierte considerablemente en investigación y desarrollo, y opera dentro de un estricto marco regulatorio. La industria interactúa con un sistema de salud universal, lo que afecta la fijación de precios y reembolsos. Aunque enfrenta desafíos como la competencia de genéricos y regulaciones (Or et al., 2023).

Tecnología de información. Las herramientas de salud electrónica para facilitar el intercambio de información, como los registros médicos electrónicos, son numerosas, pero están poco coordinadas, y las encuestas sugieren que su uso sigue siendo menor en Francia en comparación con los países europeos vecinos. Del mismo modo, la implementación de las recetas electrónicas es lenta.

Otros aspectos. La ausencia de un marco nacional de evaluación del desempeño del sistema de salud para monitorear y evaluar el desempeño del sistema de salud reduce la capacidad para identificar áreas problemáticas, así como buenas prácticas para promover políticas destinadas a mejorar la calidad y eficiencia de la atención.

3.1.7 Indonesia

Tipo de sistema de salud. Implementó la cobertura universal en 2014, pero aún se encuentra en proceso de transición. Su sistema es el Seguro Nacional de Salud (Jaminan Kesehatan Nasional-JKN). Su proporción de personas en edad de trabajar pasó de 76,9% en 1980 a 47,5% en 2022 (World Bank, 2023).

Cobertura. Las deficiencias en la prestación de servicios de salud son más pronunciadas en las zonas rurales. Aunque el programa JKN, parece haber estimulado el crecimiento de los servicios médicos, este desarrollo se concentra en el sector privado y en los centros urbanos y deja rezagadas a las áreas rurales. Aunque se estableció un sistema de información nacional (SIKNAS) que se vincula con los sistemas de información de salud a nivel distrital (SIKDA), la comunicación entre los sistemas se ha visto debilitada por la descentralización y por múltiples sistemas de informes separados. Si bien hay un amplio uso de la tecnología móvil, la adopción y el uso de la tecnología de la información en el sistema de salud aún son limitados y no están bien coordinados. Esto incluye un crecimiento limitado en el uso de registros médicos electrónicos (Oxford Business Group, 2020).

Infraestructura de oferta. Como el sistema adolece de cobertura proliferan los actores privados en el sector de la salud y, debido a esa mayor presencia, el gobierno tiende a no invertir lo suficiente en el sistema de salud e infraestructura, aunque se observa una mejora gradual en los últimos años (Mahendradhata et al., 2017). Esto se evidenció en los datos de 2017 que reportaba un total de 2.776 hospitales de los cuales 1.767 eran privados. Por otro lado, se observa un aumento constante en la proporción de fuerza laboral dedicada a la salud en comparación con la población. Sin embargo, la proporción entre médicos y la población todavía se sitúa por debajo del nivel ideal recomendado por la Organización Mundial de la Salud-OMS.

Regulación. El sistema de salud tiene una combinación de proveedores y financiamiento público y privado, siendo los gastos de bolsillo la fuente más grande de financiamiento con un 44,6% para el 2014 (en donde casi el 96% es por farmacéuticos), el gasto promedio mensual en servicios de salud es el 3,5% del ingreso del hogar. En este país se encuentran disparidades regionales muy marcadas en términos de la calidad, disponibilidad y capacidad de los servicios de salud. La descentralización del sistema tampoco les permite tener mucho control ni integrar y alinear los distintos niveles del sistema de salud (Mahendradhata et al., 2017).

Los establecimientos privados atraen a pacientes con mayores ingresos y es probable que se beneficien del crecimiento de la clase media en el país. En este sentido, las personas tienen la libertad de elegir cualquier seguro privado según sus propias necesidades y capacidad de

pago. En contraste, las instalaciones públicas se enfrentan a largas colas y a menudo carecen de recursos humanos suficientes, lo que, una vez más, conduce a un aumento en la búsqueda de atención médica en proveedores privados.

Mercados. En cuanto a la producción farmacéutica y las regulaciones, las compañías locales se enfocan principalmente en la fabricación de medicamentos genéricos, mientras que las multinacionales introducen tecnología avanzada y marcas globales. La MoH asegura la existencia de más de 480 drogas esenciales para cuidados primarios, sin embargo, la investigación y desarrollo en este sector son limitados, y existe un gran mercado de venta ilegal de medicamentos, y es común la automedicación. La regulación recae en la Agencia Nacional de Control de Alimentos y Medicamentos, quien otorga licencias a proveedores de salud y clínicas para poner operar en su territorio.

Otros aspectos. El sistema de salud necesita adaptarse a las enfermedades no transmisibles y abordar las disparidades regionales. Se requiere un sistema de información integrado y confiable. El JKN ofrece oportunidades de colaboración con el sector privado, pero necesita medidas contra el fraude y la corrupción. Aunque no es una solución completa, el JKN impulsa hacia políticas más coordinadas para alcanzar objetivos de salud nacional.

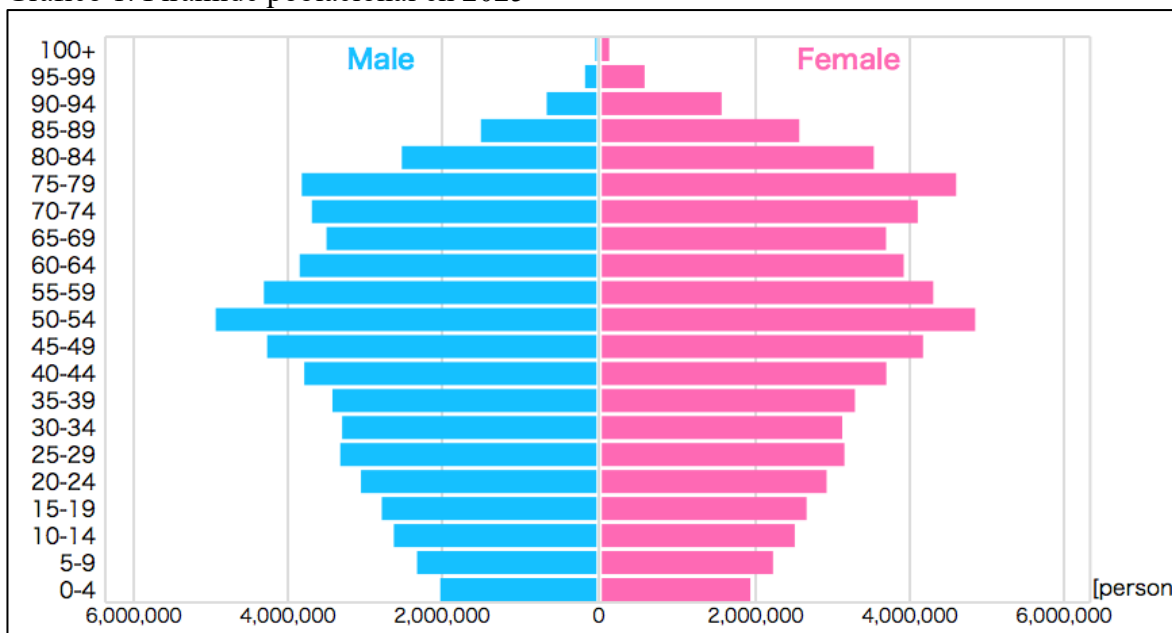
3.1.8 *Japón*

Tipo de sistema de salud: En el contexto internacional es reconocido porque su sistema de salud es ejemplar, supera a otros países de la OECD en el 76% de los indicadores en salud (OECD, 2023). Desde 1961 tiene cobertura universal, en sintonía con la creciente proporción de población por fuera de edad de trabajar.

Dinámica poblacional. La población que se espera para 2025 es de 123.262.448 habitantes. La relación de dependencia por edad aumentó de 47.8 en 1980 a 71.1 en 2022 (Sakamoto et al., 2018; World Bank, 2023). Este cambio se refleja en la forma de la pirámide poblacional (Gráfico 1), lo que desafía el equilibrio organizacional del sistema, ya que hay más personas con enfermedades crónicas y costosas asociadas a la edad en comparación con aquellas que contribuyen al sistema.

Regulación: El gobierno se encarga de regular y controlar casi todos los aspectos del sistema de salud, incluidos los seguros médicos y la tabla de tarifas uniforme a nivel nacional para el reembolso de seguros. Además, subsidia y supervisa a los gobiernos, aseguradoras y proveedores de atención médica. Los órganos reguladores están organizados en un sistema de tres niveles, en el que el gobierno central, los gobiernos de las prefecturas y los gobiernos de las principales ciudades comparten distintos niveles de autoridad.

Gráfico 1. Pirámide poblacional en 2025



Fuente: Dashboard

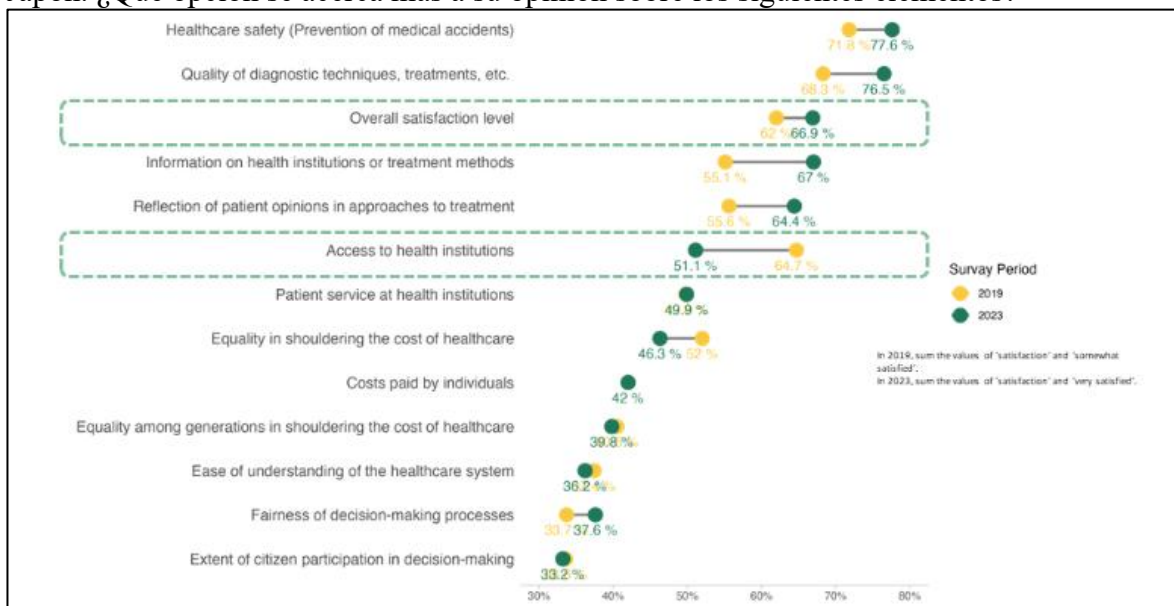
Cobertura: Después de la Segunda Guerra Mundial, los gastos de bolsillo pasaron del 50% al 30% para la población trabajadora. La financiación (reembolso por parte del seguro médico) está regulada casi exclusivamente por el Gobierno central. Los recursos humanos y de capital se regulan mediante inspecciones realizadas por el gobierno a nivel de prefectura y de las principales ciudades a través de los centros de salud pública (Matsuda, 2019). En Japón, aproximadamente el 95% de la población reside en áreas urbanas. Además, cerca del 90% de la población cuenta con servicios de aseguradoras independientes, las cuales, aunque numerosas, están integradas en un marco uniforme ordenado por el gobierno nacional.

Oferta de infraestructura: En cuanto a la infraestructura médica, para 2016, se contabilizaban 8,442 hospitales, 101,529 clínicas y 68,940 clínicas dentales en todo el país. De estos, alrededor del 15% de los hospitales son propiedad del gobierno, mientras que los restantes son de propiedad privada o sin ánimo de lucro. Es importante destacar que las organizaciones privadas no tienen autorización para gestionar hospitales de manera arbitraria (Sakamoto et al., 2018). Sin embargo, sí pueden establecer y operar hospitales, siempre y cuando cumplan con los requisitos y regulaciones establecidos por el gobierno japonés en cuanto a licencias, estándares de atención médica y otros aspectos legales y de seguridad. Una vez que el hospital está en funcionamiento, no existen restricciones que prohíban la

compra de equipos médicos, y tienen la libertad de abrir cualquier departamento especializado sin necesidad de autorización del Gobierno Central.

Oferta de talento humano: En términos de personal, para 2014 había 311.205 médicos, el 95% de ellos ejercían, un 63% en hospitales, y 32% en clínicas. El 10% eran mujeres para 1980, y el 20% en el 2014. De acuerdo con la OECD, Japón tiene una oferta relativamente baja de doctores, lo que refleja en parte las decisiones históricas de reducir el número de plazas para estudiantes de medicina y la falta de fácil acceso a personal médico capacitado en el extranjero, debido a las barreras médicas e institucionales para los trabajadores extranjeros en Japón (Sakamoto et al., 2018).

Gráfico 2. Satisfacción con el sistema de salud
 Díganos qué tan satisfecho está actualmente con la atención médica y el sistema de salud en Japón. ¿Qué opción se acerca más a su opinión sobre los siguientes elementos?



Fuente: Health and Global Policy Institute, Japan 2024

Mercados: Tiene el tercer mercado farmacéutico más grande del mundo, pero el alto coste medio de los medicamentos se atribuye en parte al envejecimiento de su población. En 2012, el gobierno introdujo un cambio en el sistema sanitario, impulsando el consumo de genéricos para contrarrestar la predominancia de los medicamentos de marca, en parte debido a la resistencia al cambio entre los consumidores. La mayoría de las farmacéuticas pequeñas y medianas solo venden genéricos y no tienen la capacidad de invertir en investigación y desarrollo-I+D y, por lo tanto, la capacidad de crear nuevas medicinas; esto en un contexto en el que la entrada de productos farmacéuticos extranjeros enfrenta numerosas barreras,

incluyendo la complejidad de los canales de producción, las condiciones de exclusividad y la competencia de precios con los mercados de ingredientes activos en China y Corea (ICEX, 2020).

Otros aspectos: La realización de pruebas clínicas en Japón presenta desafíos significativos, lo que lleva a muchas compañías farmacéuticas a optar por realizar estas pruebas en el extranjero y luego importar los productos al país, aunque este proceso también implica tiempo y recursos adicionales (ICEX, 2020). Por último, y en tema de historiales electrónicos, en 2014 fueron usados en 2321 hospitales (aproximadamente el 27%), pero es muy costoso de implementar, así como también supone un riesgo en temas de privacidad de datos personales.

Con relación al nivel de satisfacción de los ciudadanos japoneses con su sistema de salud, la encuesta del Health and Global Policy Institute, muestra que la mayor satisfacción está en la seguridad sanitaria y en la calidad de las técnicas de diagnóstico y tratamientos (Gráfico 2), y lo menos satisfactorio es el grado de participación ciudadana y la equidad en el proceso de la toma de decisiones.

3.1.9 Noruega

Tipo de sistema de salud. Tienen un sistema universal y semi-descentralizado. (Subsección [2.2.6](#)).

Dinámica poblacional. La proporción de personas mayores de 65 años aumenta, y la cantidad de personas de 0 a 14 años disminuyó en la última década. El resultado es un aumento en la proporción de dependencia de personas mayores de 65 años con respecto a las personas de 15 a 64 años, que pasó del 22% en 2008 al 26% en 2018 y se espera que alcance el 40% para 2050. En particular, el porcentaje de personas en edad de trabajar pasó de 58,53% en 1980 e incrementó marginalmente a 54,18% en 2022 (World Bank, 2023). En cuanto a la población rural, el porcentaje baja lentamente, pasó de un 26.2% en 1995 a un 17.8% en el 2018 (Statistics Norway, 2019).

Oferta de infraestructura. La mayor parte de la atención hospitalaria se proporciona a través de los 20 fideicomisos hospitalarios públicos, los cuales son de propiedad estatal y están gobernados como corporaciones de propiedad pública. En 2017, estos fideicomisos contaban con 11,000 camas, representando el 94% del total de estancias hospitalarias, con un total de 760,000 pernoctaciones (Saunes, et al., 2020).

Oferta de talento humano. En 2016, había 17.606 médicos trabajando, de los cuales 4.606 (26%) lo hacían en los municipios (como médicos generales u otros), 12.000 (68%)

trabajaban como especialistas en hospitales y 1.000 (6%) como especialistas fuera de los hospitales. La proporción de médicos trabajando para los municipios aumentó en un 13% entre 2013 y 2016, sin embargo, la distribución es desigual y algunos municipios experimentan escasez de médicos generales (Saunes, et al., 2020).

Mercados. Aunque las principales compañías farmacéuticas están presentes en el país, solo algunas tienen instalaciones de fabricación propias. Las cinco empresas líderes en el mercado son Pfizer AS, MSD (Noruega), Novartis, Gilead Sciences y Biogen Norway. Además, hay 11 fabricantes de medicamentos locales. El mercado mayorista está dominado por tres empresas, todas afiliadas a grandes compañías de distribución farmacéutica europeas. Las farmacias comunitarias y hospitalarias son las únicas autorizadas para dispensar medicamentos con receta, aunque hay un número limitado de farmacias públicas en hospitales. Además, el sistema de regulación de precios funciona de manera eficiente, ya que la Agencia Noruega de Medicamentos (NOMA) determina qué medicamentos reembolsar a los pacientes ambulatorios. Para los medicamentos nuevos, la agencia evalúa su rentabilidad en comparación con los tratamientos existentes para determinar si deben estar cubiertos. Asimismo, la agencia establece el precio máximo de los medicamentos. Este sistema de fijación de precios de medicamentos fomenta el uso de medicamentos genéricos y utiliza la rentabilidad como criterio de reembolso para los medicamentos.

Tecnología de información. El Fideicomiso Nacional de Salud TIC, establecido en 2014, en la actualidad implementa un sistema de registros médicos electrónicos, conocido como Registros de Atención Resumida. Para diciembre de 2018, el sistema era accesible para todos los ciudadanos; sin embargo, solo el 35% había accedido a su registro y el 6% había ingresado o corregido su información (Norwegian Directorate of eHealth, 2019). Al mismo tiempo, era utilizado por el 71% de las consultas de médicos de cabecera y el 86% de los servicios médicos de emergencia pre-hospitalarios.

Otros aspectos. Las reformas recientes y en curso se centraron en alinear la prestación de atención con las cambiantes necesidades de salud de la población, incluida la adaptación de la educación médica, el fortalecimiento de la atención primaria y la mejora de la coordinación entre los sectores de atención primaria y especializada. Hay un uso cada vez mayor de soluciones de salud electrónica y de tecnologías de la información y la comunicación. Se espera que las mejoras en la medición del desempeño y un uso más eficaz de los indicadores desempeñen un papel más importante a la hora de informar las políticas y la planificación de los servicios de salud. (OMS, 2020)

3.1.10 Países Bajos

Tipo de sistema de salud. Tiene un sistema de salud eficiente y accesible, es clasificado como el segundo mejor de la Unión Europea y ofrece una excelente calidad de vida. Desde 2006, el país cuenta con una cobertura universal de salud, donde todos los residentes deben contratar pólizas de seguro que cubran un paquete de beneficios predeterminados. Aunque el gobierno ayuda a quienes no pueden pagar, el proceso suele ser burocrático y las brechas socioeconómicas generan diferencias de hasta seis años en la expectativa de vida (Kroneman et al., 2016).

Dinámica poblacional. Las principales tendencias demográficas señalan un envejecimiento proyectado de la población, una disminución en el crecimiento poblacional y un aumento de la urbanización que viene desde la década de 1980. El crecimiento anual de la población cayó al 0,3% en 2014, la mitad del promedio de los países de la OCDE de ingresos altos. La población rural disminuyó, representaba solo el 10% en 2014 (Kroneman et al., 2016). La proporción de personas en edad de trabajar pasó de 51,08% en 1980 a 52,61% en 2022 (World Bank, 2023).

Regulación. Las reformas de 2006 cambiaron el enfoque hacia la demanda, introduciendo tres mercados gestionados para un paquete universal de seguro de salud definido, además de regular la compra y provisión de atención médica. El gobierno pasó a un papel más distante como supervisor de estos mercados, mientras tanto, tanto aseguradores como proveedores consolidaron su posición en el mercado, con cuatro grupos de aseguradores controlando el 90% del mercado. Las oportunidades de toma de decisiones durante el proceso de atención y la libertad de elección de los pacientes son limitadas.

En 2015, se reformó la atención a largo plazo para contener costos, le dieron prioridad al cuidado en el hogar sobre el institucional, y transfirieron responsabilidades a los municipios con un presupuesto reducido, en otras palabras, se descentralizaron. Los aseguradores de salud asumieron la responsabilidad del cuidado de enfermería en el hogar, con las enfermeras de distrito desempeñando un papel clave en la integración de diferentes aspectos de la atención y el apoyo.

El sistema es altamente competitivo, permitiendo a los ciudadanos elegir su aseguradora y médico, y gasta menos en medicamentos ambulatorios gracias a políticas de control de volumen y precios, así como a la alta proporción de medicamentos genéricos disponibles. Es importante destacar que, para acceder a un especialista, primero se debe consultar con un médico general que remitirá al paciente al especialista adecuado según sus necesidades.

Existen dos esquemas principales de financiamiento: uno para la atención curativa, dirigido principalmente a curar al paciente, y otro para la atención a largo plazo. El financiamiento del sistema de atención curativa se basa en un Seguro de Salud Social (SHI) y competencia regulada. El seguro de salud para adultos se paga en un 50% mediante una prima con tarifas

comunitarias y el otro 50% a través de una prima dependiente del ingreso. El seguro básico de salud impone un deducible obligatorio, que en 2016 fue de €385 para personas mayores de 18 años, se excluían servicios como atención médica general y prenatal. Este deducible también se aplica a medicamentos y pruebas diagnósticas prescritas por médicos generales. Se espera que este deducible reduzca el riesgo moral al desincentivar el uso excesivo de servicios médicos. Alrededor del 51% de los asegurados pagan el deducible completo, y la mayoría de las aseguradoras de salud permiten el pago en cuotas mensuales.

Infraestructura de oferta. Un recuento del número de hospitales debe distinguir entre las ubicaciones de los hospitales y las organizaciones hospitalarias. Después de una fusión, los hospitales pueden continuar como ubicaciones separadas de una sola organización hospitalaria. En 2014, en todo el país, había 131 sitios hospitalarios y 112 clínicas ambulatorias, que estaban organizadas en 77 organizaciones hospitalarias y 8 organizaciones hospitalarias académicas. Desde 2009, el número de sitios hospitalarios ha permanecido estable, pero el número de clínicas ambulatorias aumentó de 61 a 112 (Kroneman et al., 2016). Cada vez más hospitales abren clínicas ambulatorias en el borde de su área de captación para competir mejor con los hospitales circundantes. Además, la oferta de atención hospitalaria es cada vez más diferenciada. Los hospitales fusionados pueden ofrecer funciones específicas en una ubicación, dejando así algunas ubicaciones con servicios más mejorados que otras.

Mercados. La oferta de medicamentos con receta está exclusivamente reservada a los farmacéuticos y a los médicos de atención primaria. Los medicamentos de venta libre para automedicación están disponibles tanto en farmacias como en establecimientos de productos químicos. Desde 2007, esto está regulado por una ley sobre suministros médicos y distribución de medicamentos: la Ley de Medicamentos (Geneesmiddelenwet). La Inspección de Atención Médica (IGZ) hace cumplir la distribución adecuada de medicamentos de acuerdo con esta ley.

Tecnología de información. La mayoría de los proveedores de atención médica utilizan algún tipo de registros electrónicos de pacientes. Todos los médicos generales (GPs) utilizan un sistema electrónico de registros de pacientes, que incluye un sistema de recetas electrónicas. Sin embargo, el despliegue nacional de un sistema electrónico de registros de pacientes para interconectar estos sistemas basados en la práctica falló, principalmente por razones de privacidad; en su lugar, se está implementando un sistema más limitado.

Otros aspectos. El sistema de salud enfrenta desafíos, especialmente en la integración de nuevas responsabilidades entre municipios y aseguradoras de salud. Aunque la reforma de 2006 proporcionó estabilidad, aún se requiere ajustes y encontrar soluciones donde las medidas instituidas con base en el mercado no sean suficientemente efectivas. Sin embargo, existe una creciente fricción entre la competencia y las reformas que demandan cooperación

e integración entre los actores del sistema de salud. Adaptarse a cambios como la especialización hospitalaria, la integración entre diferentes niveles de atención y la provisión de atención a largo plazo puede resultar desafiante en un entorno competitivo.

3.1.11 Reino Unido

Tipo de sistema de salud. La esperanza de vida va en aumento y se enfrenta a desafíos significativos de desigualdad. Existe una brecha persistente entre los de más alto ingreso y los de menor ingreso, aproximadamente el 1% de la población del país, alrededor de 634.000 británicos, posee un patrimonio que es 20 veces mayor que el del 20% de la población con menos recursos, lo que equivale a unos 13 millones de personas (La Vanguardia, 2016). A pesar de esto, ofrece atención médica pública a sus 58 millones de residentes permanentes, la cual fue establecida desde 1948, con el objetivo de ser un sistema nacional financiado mediante impuestos generales, principalmente el de la renta. Su proporción de personas en edad de trabajar pasó de 56,14% en 1980 e incrementó marginalmente a 57,82% en 2022 (World Bank, 2023).

El sistema nunca fue homogéneo; sin embargo, con la transferencia de poderes del Parlamento del Reino Unido a las administraciones en Escocia, Gales e Irlanda del Norte desde 1997, los sistemas divergen aún más y el nivel de descentralización varía de una nación a otra (Cylus et al., 2015).

La descentralización llevó a que Escocia, Gales e Irlanda del Norte puedan determinar sus propios planes de gasto dentro de las asignaciones determinadas por la fórmula Barnett, aunque la responsabilidad financiera de recaudar ingresos permaneció en el dominio del gobierno central del Reino Unido. Aunque el sistema se describe como un servicio de salud nacional, existen variaciones significativas entre las cuatro naciones que lo componen. El sector sanitario privado, aunque presente, es considerablemente más pequeño que en otros países, y la falta de regulación ha llevado a costos elevados.

Infraestructura de oferta. La calidad del servicio es buena, la alta ocupación de camas sugiere dificultades para manejar picos de demanda. Se optó por concentrar la atención especializada en menos centros en un intento por mejorar la calidad del servicio, así como la introducción de portales de pacientes en línea y el mantenimiento de registros electrónicos interdepartamentales. En 2015, había 155 fideicomisos agudos del NHS y 56 fideicomisos de salud mental en Inglaterra, la mayoría de los cuales consisten en varios sitios hospitalarios (NHS Confederation, 2023). La mayoría están concentrados en áreas urbanas.

El número total de hospitales disminuyó, pero todavía hay un fuerte programa de construcción. Hay un enfoque a nivel nacional en aumentar el número de hospitales

adecuados para su propósito, ubicados correctamente para un uso óptimo, en lugar de intentar actualizar edificios antiguos que pueden no ser adecuados para su propósito y pueden estar ubicados en el lugar equivocado para suplir las necesidades actuales y futuras. En cuanto a la fuerza laboral, hasta 2014, 1.57 millones de personas trabajaban para el NHS, convirtiéndolo en el mayor empleador del Reino Unido y de Europa. Entre 2000 y 2009, la fuerza laboral del NHS creció a una tasa anual promedio del 3.4% (NHS Jobs, 2015),

Mercados. En cuanto a los medicamentos y copagos, Gran Bretaña es un importante productor de productos farmacéuticos, ocupando el cuarto lugar en el mundo en 2007 en valor de exportaciones. Los fabricantes distribuyen medicamentos a mayoristas, quienes luego los venden a farmacias y médicos dispensadores. Los mayoristas suministran el 85% de los medicamentos dispensados en las farmacias; el resto lo suministran los fabricantes o importadores paralelos de medicamentos. Los fabricantes, mayoristas y farmacias minoristas son todas empresas comerciales. La entrada al mercado de las farmacias minoristas está gestionada.

Los ciudadanos suelen pagar un precio fijo por las recetas estipulado en GBP £9,65 por artículo, independientemente del tipo de medicamento o la cantidad (Thakral, 2023). El gobierno implementó medidas para controlar los precios farmacéuticos en todo el país, por ejemplo, el “Plan de regulación de precios farmacéuticos”. Sin embargo, estos esfuerzos aún enfrentan desafíos para garantizar un acceso equitativo y asequible a la atención médica para todos los ciudadanos. La Medicines and Healthcare products Regulatory Agency- MHRA es responsable de regular todos los medicamentos y dispositivos médicos en el Reino Unido para garantizar que funcionen y sean aceptablemente seguros. También apoya la innovación y la investigación que beneficiará a la salud pública (Cylus et al., 2015).

Otros aspectos. Aunque hay mejoras sustanciales en indicadores importantes de salud como la mortalidad evitable en las últimas décadas, queda un margen considerable para una mayor mejora. Persisten disparidades de salud entre grupos socioeconómicos, y la brecha entre los más desfavorecidos y los más privilegiados continúa ensanchándose en lugar de cerrarse. El Reino Unido enfrenta varios desafíos en el futuro, incluyendo cómo hacer frente a las necesidades de una población envejecida, cómo manejar poblaciones con comportamientos de salud deficientes y condiciones crónicas asociadas, cómo satisfacer las expectativas de los pacientes de acceso a los medicamentos y tecnologías más recientes disponibles, y cómo adaptar un sistema que tiene recursos limitados para expandir su fuerza laboral y capacidad infraestructural para poder hacer frente a estos desafíos.

3.2 La experiencia colombiana

3.2.1 El tamaño de mercado

El tamaño de mercado se define por la base de la demanda potencial o riesgo de uso de los servicios de salud, el cual se asume como la población total, según las proyecciones del DANE son 52.695.952 de personas, caracterizada por cuatro dimensiones, primera, atributos, sociodemográficos de la población, segunda, índices de interdependencia poblacional, tercera, localización y concentración de la población como riesgo o demanda potencial y, cuarta, indicadores epidemiológicos como demanda declarada.

3.2.1.1 Atributos, origen y cambios socio demográficos de la demanda

Se toman las variables básicas de género, edad, medida por grandes grupos etarios y localización, según se trate de cabecera municipal o centros poblados y rural disperso.

En 2024, el 51,2% de la población son mujeres y el 48,8% hombres; por grupo etario, las edades comprendidas entre 15 a 64 años, corresponden al 67,8%, mientras los mayores de 65 años el 10,3%. Por localización, como se muestra en el cuadro 1, el 76,14% de la población se encuentra en las cabeceras municipales, mientras en centros poblacionales y rural disperso¹⁵, el 23,86% de la población, que ocupa el 64,9% de la superficie nacional.

Es de notar que, desde 1993, año de aprobación de la reforma del sistema integral de seguridad social, mediante la Ley 100 del mismo año, la población ha tenido una variación positiva del 58%, pasando de 33.109.840, de habitantes, en 1993, Censo DANE 1993, a 52.695.952, en 2024py. La tasa de crecimiento para el período ha sido decreciente, lo cual explica en parte los resultados de los índices de dependencia poblacional.

Cuadro 1. Grandes grupos etarios por localización y género 2024

Hombres			
Grupo etario	Cabecera	Centros poblados y rural disperso	Total hombres
0 a 14 años	4.214.497	1.686.052	5.900.549
15 a 64 años	13.266.855	4.161.418	17.428.273
65 y más	1.715.232	674.786	2.390.018
Total	19.196.584	6.522.256	25.718.840
Porcentaje	74,6%	25,4%	48,8%

¹⁵ El DANE define aquellos municipios y áreas no municipalizadas (ANM) que tienen cabeceras pequeñas y densidad poblacional baja (menos de 50 hab/km²). 318 territorios son considerados en la categoría de “rural disperso” para el 2014, están asociados a una población rural de 3.658.702 y el área es del 64,9 % del total nacional

Mujeres			
Grupo etario	Cabecera	Centros poblados y rural disperso	Total hombres
0 a 14 años	4.054.993	1.594.112	5.649.105
15 a 64 años	14.450.258	3.824.766	18.275.024
65 y más	2.421.796	631.187	3.052.983
Total	20.927.047	6.050.065	26.977.112
Porcentaje	77,57%	22,43%	51,2%
TOTAL			
Grupo etario	Cabecera	Centros poblados y rural disperso	Total
0 a 14 años	8.629.490	3.280.164	11.549.654
15 a 64 años	7.217.113	7.986.184	35.703.297
65 y más	4.137.028	1.305.973	5.443.001
Total	40.023.631	12.572.321	52.695.952
Porcentaje	76,14%	23,86%	

Fuente: DANE (2024)

3.2.1.2 Origen étnico-racial de la población 2024

El 12% de la población nacional, 6.309.863 habitantes, pertenecen a algún grupo étnico-racial. El 45% de esta población se encuentra en las cabeceras municipales, con predominio de origen negro, mulato o afro (Cuadro 2). El 55% se encuentra en centros poblados y rurales dispersos, particularmente con predominio de pertenencia indígena. Esto implica la necesidad de implementar modelos de atención interculturales, independiente del tipo de modelo de atención o sistema de salud que se adopte.

Cuadro 2. Pertenencia Étnico-Racial 2024

Pertenencia Étnico-Racial	Cabecera Municipal	Centros poblados y rural disperso	Total	Porcentaje
Indígena	482.282	2.004.907	2.489.189	4,72%
Gitano(a) o Rrom	2.809	335	3.144	0,01%
Raizal	18.299	13.318	31.617	0,06%
Palenquero(a) de San	4.400	3.899	8.299	0,02%
Negro(a), Mulato(a), Afro	2.362.977	1.414.637	3.777.614	7,17%
Ningún grupo étnico-recial	37.250.864	9.135.225	46.386.089	88,03%
Total	40.123.631	12.572.321	52.695.952	

Fuente: DANE 2024

Cambio de la estructura poblacional por grupos etarios y género 1993 – 2018

En el gráfico 3 se observan cambios en la forma de la estructura poblacional, tanto para los hombres, como para las mujeres, cuando se compara el año 2018 (barras), correspondiente al último censo nacional, contra 1993 (línea continua de color verde), año en que se aprueba la Ley 100 de 1993. En la gráfica se observa una disminución de la base poblacional, desde el rango de 20 a 24 años, para los hombres y desde el rango de 35 a 39 años en las mujeres. De forma contraria, a partir de los rangos de edad mencionados, se aprecia un paulatino aumento de las poblaciones en ambos sexos, hasta los últimos rangos de mayor edad.

Las observaciones anteriores expresan un aumento de la presión demográfica de atención de servicios de salud sobre el sistema, con énfasis en las personas iguales o mayores a los 65 años, lo cual indica que es probable hacer ajustes incrementales en la unidad de financiamiento per cápita con base en el riesgo.

Gráfico 3. Comparativa estructura poblacional de hombres y mujeres 2018(barras) – 1993(línea continua)



Fuente: DANE 2024

Adicional al envejecimiento de la población, hay un cambio en la dependencia por edad

3.2.1.2.1 Índices de interdependencia 1985 a 2018

Evolución de los índices de envejecimiento, juventud y dependencia demográfica 1985 – 2018: En el cuadro 3 se observa como los índices de juventud y dependencia demográfica, que da origen al bono demográfico, disminuyen en un período de 33 años, con variaciones negativas de 0,15% y 0,31%, respectivamente y el de envejecimiento aumenta, 2,70%. Datos que llaman la atención por la posibilidad de desequilibrar la relación de ingreso por

cotización frente al gasto por consumo de servicios, particularmente por el aumento relativo de la proporción de adultos mayores.

Cuadro 3. Evolución de los índices de envejecimiento, juventud y dependencia demográfica

Índices	1985	1993	2005	2018	Variación %
Índice de juventud	31	29	26	26	0,15
Índice de envejecimiento	11	13	21	40	2,70
Índice de dep demográfica	68	64	59	47	0,31

Fuente: DANE 2024

3.2.1.3 localización y concentración de la población como riesgo o demanda potencial

3.2.1.3.1 Localización y concentración

Es importante determinar la localización y configuración geográfica de los mercados de la salud, dado que, al ser la salud y la prestación de servicios una función de producción multiproducto, con también múltiples mercados afluentes (Hsiao, 1995), la localización y la configuración de la demanda establece el tipo de riesgo, la necesidad de financiamiento, la oferta necesaria y los costos que representan los precios de los factores locales, incluyendo el “precio-tiempo” y “el precio monetario” de los pacientes (Rodríguez, 2007), los cuales se intercambian o se compensan según se trate de sistemas de aseguramiento o de oferta pública, así como también la necesidad de capacidades institucionales de regulación y gobernanza intergubernamental, al no olvidar que la salud y sus prestaciones, en un estado social, son tanto un bien de mérito, como un derecho fundamental que requiere la necesaria intervención del Estado.

En Colombia hay una gran heterogeneidad del índice de densidad poblacional del territorio (hab/km²). En el cuadro 4 se muestra como, por ejemplo, la zonas de Orinoquía y Amazonía, 7 departamentos, sombreado más claro, tienen los menores índices de densidad poblacional, 2,32 entre los siete (valor fuera de tabla), para un 2,47% del total de la población y 45,77% de la superficie del territorio, también se observa que 17 departamentos, sombreado intermedio, tienen un índice promedio de 49,35, para un 43% de la superficie del territorio y un 42% de la población, 20,1 millones de habitantes. Finalmente, 9 departamentos, incluyendo a Bogotá, tienen un índice promedio de 960, para un 55% de la población nacional, en una superficie que corresponde al 11% del territorio.

Cuadro 4. Densidades de población según proyecciones de población 2017

Departamento	Proyecciones población	Área oficial	Densidad poblacional	PCC-00-0 Índice de Productividad, Competitividad y Complementariedad Económica	GPI-00-0 Índice de Gobernanza, Participación e Instituciones
Bogotá, D.C.	8.080.734	1.605	5034,73	84,60	59,82
A. de San Andrés	77.759	44	1767,25	40,64	32,78
Atlántico	2.517.897	3.388	743,18	60,84	60,65
Quindío	571.733	1.845	309,88	45,96	50,17
Risaralda	962.529	4.140	232,49	48,40	63,81
Valle del Cauca	4.708.262	22.140	212,66	60,29	55,11
Caldas	991.860	7.888	125,74	41,42	55,64
Cundinamarca	2.762.784	24.210	114,12	42,55	52,32
Antioquia	6.613.118	63.612	103,96	53,14	59,40
<i>Promedio</i>	55%	11%	960	<i>na</i>	<i>na</i>
Bolívar	2.146.696	25.978	82,64	47,55	42,35
Sucre	868.438	10.917	79,55	35,81	42,34
Córdoba	1.762.530	25.020	70,44	38,70	46,48
Santander	2.080.938	30.537	68,14	47,29	64,34
Norte de Santander	1.379.533	21.658	63,70	45,95	50,30
Tolima	1.416.124	23.562	60,10	40,87	44,93
Huila	1.182.944	19.890	59,47	34,47	44,98
Magdalena	1.285.384	23.188	55,43	40,30	40,51
Boyacá	279.955	23.189	55,20	34,40	46,36
Nariño	1.787.545	33.268	53,73	32,76	39,71
La Guajira	1.012.926	20.848	48,59	39,83	40,09
Cauca	1.404.205	29.308	47,91	28,83	51,32
Cesar	1.053.475	22.905	45,99	40,03	43,78
Putumayo	354.094	24.885	14,23	27,53	31,94
Meta	998.162	85.635	11,66	40,47	49,27
Arauca	267.992	23.818	11,25	29,80	32,89

Departamento	Proyecciones población	Área oficial	Densidad poblacional	PCC-00-0 Índice de Productividad, Competitividad y Complementariedad Económica	GPI-00-0 Índice de Gobernanza, Participación e Instituciones
Chocó	510.047	46.530	10,96	22,89	38,96
<i>Promedio</i>	42%	43%	49,5	<i>na</i>	<i>na</i>
Casanare	368.989	44.640	8,27	39,73	42,66
Caquetá	490.056	88.965	5,51	29,98	40,45
Guaviare	114.207	53.460	2,14	27,40	40,69
Vaupés	44.500	54.135	0,82	27,79	25,22
Vichada	75.468	100.242	0,75	16,00	33,49
Amazonas	77.948	109.665	0,71	26,97	33,31
Guainía	42.777	72.238	0,59	22,50	23,96
<i>Promedio</i>	2,47%	45,7%	2,32	<i>na</i>	<i>na</i>
Total	49.291.609	1.143.353	43,11		

Fuente: DANE 2023, DNP ICM 2023

3.2.1.3.2 Densidad poblacional y otros indicadores de localización

En el cuadro 4 se realizó una división según densidad poblacional decreciente, a criterio de los autores, la cual establece tres zonas razonables y posiblemente cercanas a una localización de operación público-privada, sin emplear las mediciones correspondientes de concentración. La primera zona, de las grandes ciudades, incluyendo Bogotá, serían zonas donde el mercado puede funcionar como un asignador complementario de la distribución de recursos de prestación. Una zona intermedia, discutibles, Putumayo, Arauca y Choco, donde se necesita una coordinación de oferta público-privada por niveles de atención, según zona geográfica y una tercera donde poco opera, al menos sin grandes externalidades positivas, el mercado y donde la oferta pública es esencial en zonas de monopolio geográfico.

Al cuadro 4 se adicionan dos columnas del “Índice de Ciudades Modernas” (figura 1), para medir el desarrollo multidimensional de las ciudades, en el cual se tienen dos dimensiones que parcialmente recogen variables próximas a desarrollo económico y de transporte, “Índice

de Productividad, Competitividad y Complementariedad Económica”, PCC-00-0 y, parcialmente, la idea de capacidad institucional, “Índice de Gobernanza, Participación e Instituciones”, GPI-00-0, para observar, exploratoriamente, donde se ubican estos índices según el de densidad poblacional. Como es de esperarse, la densidad de las grandes ciudades, sus tamaños de mercado o, por el contrario, zonas de baja densidad, agrupan los mayores y menores resultados de los índices ICM. En el caso del índice PCC-00, Bogotá y Atlántico tienen los mayores índices, 84, 6 y 60,84 respectivamente. Para el índice GPI-00, llama la atención que el mayor índice, 64,34, lo tiene Santander con una densidad poblacional intermedia, valor por encima de los departamentos de las grandes ciudades. Gráficas 4 y 5.

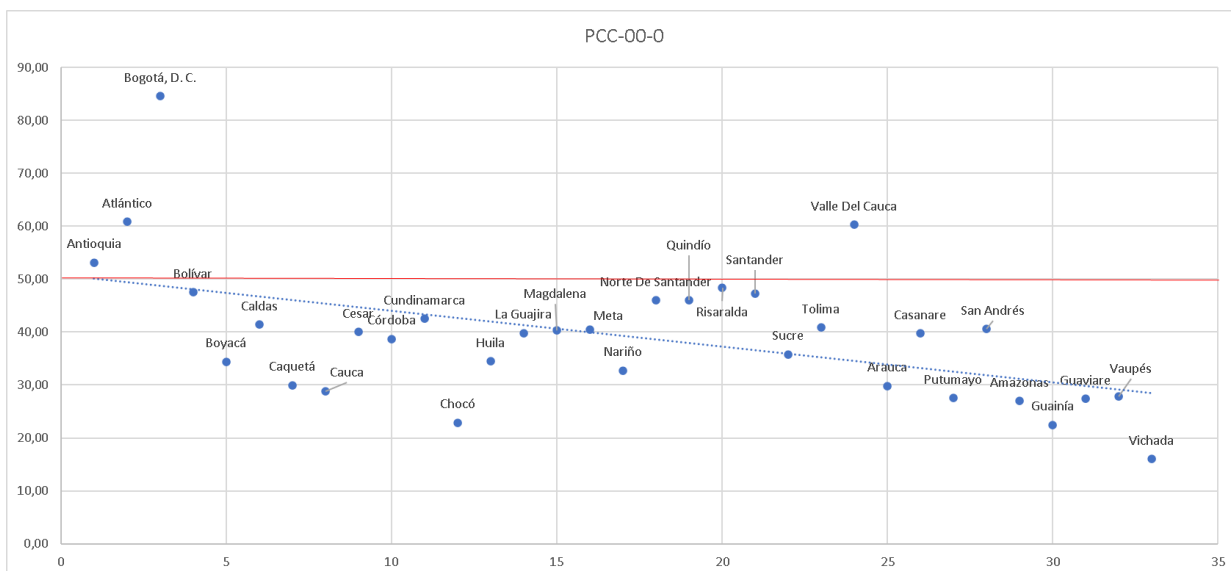
Es arriesgado para un sistema de salud, de aseguramiento, híbrido o público, dejar de lado o, simplemente, presuponer en su diseño las dimensiones y variables que afectan la salud como determinantes y la interdependencia de contexto y entorno de las capacidades institucionales necesarias, incluyendo las de supervisión y control, a la hora de implementar y desarrollar cualquiera de los modelos propuestos. De ello, dependerá, de manera importante, la integración, coordinación y gestión local de la prestación de servicios entre redes público-privadas, con diferentes niveles de complejidad y niveles intergubernamentales de propiedad y financiamiento, entre otras características.

Figura 8. Descripción de los Índices de Ciudades Modernas DNP

Descripción	
Objetivo	Medir el desarrollo integral de las ciudades, en los ámbitos social, económico, tecnológico, ambiental, gobernanza y de seguridad desde la perspectiva de una ciudad moderna.
Cobertura	1.122 municipios (incluye Áreas no Municipalizadas y San Andrés para fines estadísticos)
Marco Conceptual	Una ciudad moderna es aquella que le brinda calidad de vida a sus habitantes desde una perspectiva multidimensional, mediante la implementación de políticas fundamentadas en información y conocimiento sobre su territorio.
Estructura	Es un indicador sintético que mide 6 dimensiones, 15 dominios y 36 indicadores ² estableciendo puntajes entre 0 y 100, siendo este último el de mejor desempeño.
	<p style="text-align: center;">Dimensiones:</p>  <p style="text-align: center;">Dominios: GPI: Gobernanza, participación, instituciones PPC: Productividad, competitividad, complementariedad económica SEG: Seguridad SOS: Capital natural, cuidado ambiental, adaptabilidad y resiliencia CTI: Ciencia, tecnología, innovación</p>

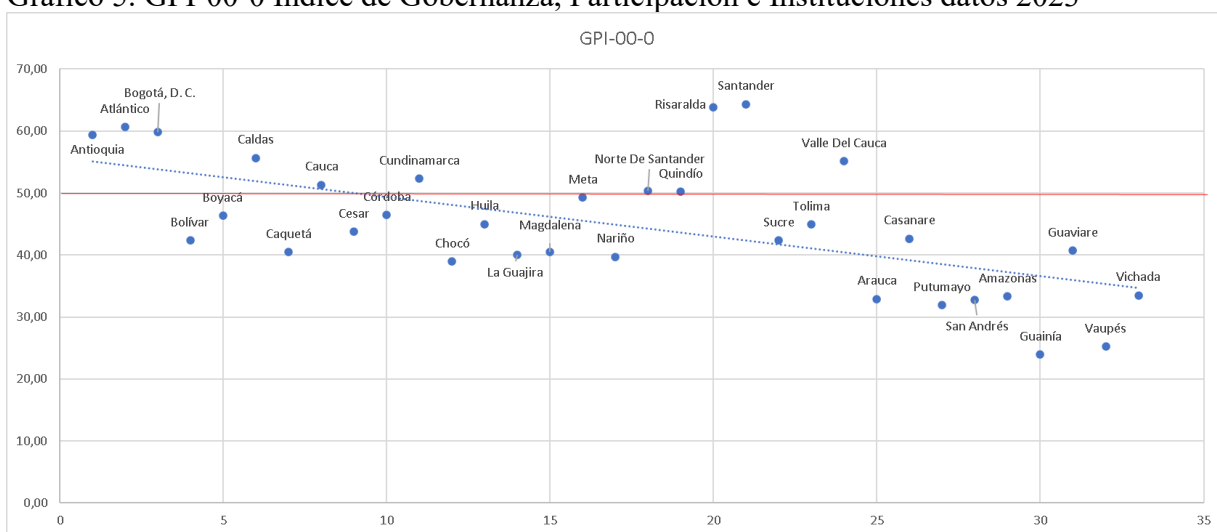
Fuente: DNP OSC ICM 2023

Gráfico 4. PCC-00-0 Índice de Productividad, Competitividad y Complementariedad Económica datos DNP 2023



Fuente: DNP, ICM, 2023

Gráfico 5. GPI-00-0 Índice de Gobernanza, Participación e Instituciones datos 2023



Fuente: DANE, DNP, 2024

3.2.1.3.3 Demanda como necesidad de salud epidemiológicamente declarada

Hay indicadores más sensibles que otros a la oferta de servicios de salud locales, es decir, tienen una proporción de explicación importante de causalidad de la mortalidad dentro de los

determinantes de la salud, en este caso, como los de mortalidad materna e infantil en menores de 5 años, por 1000 nacidos vivos, lo cual se hace más relevante en zonas de no mercado y donde la oferta pública es la primera opción, a menos que se piense subsidiar la prestación de los privados en zonas de baja demanda de servicios, con ingresos por debajo de los costos fijos de operación.

En mortalidad infantil, menores de 5 años, por cada 1000 nacidos vivos, cuadro 5, Colombia está mejor, en promedio, que la región. Tiene 14,15 contra 17,47 de la región, sin embargo, muy por encima, 2,86 veces, de la tasa europea de 4,94 fallecimientos en menores de 5 años, por cada 1000 nacidos vivos.

En los estudios de Jaramillo-Mejía (2018), referenciados por DANE (2021) para análisis de la tasa de mortalidad infantil, en general, haciendo referencia al acceso a servicios y atención del parto, se observa que la mortalidad infantil es mayor cuando hay deficiencias en los servicios de salud. Con base en estos estudios, en el informe Nro. 7 de “Estadística sociodemográfica aplicada” del DANE, en el numeral e), se observa como el acceso de los servicios se convierte en variable determinante de la tasa de mortalidad. Los servicios que influyen principalmente en la tasa de mortalidad infantil son: a) educación sobre hábitos saludables, lactancia y cuidado del bebe, b) atención prenatal, obstétrica, postnatal de la madre, c) asistencia del parto por personal cualificado, d) alimentación adecuada y e) atención al recién nacido.

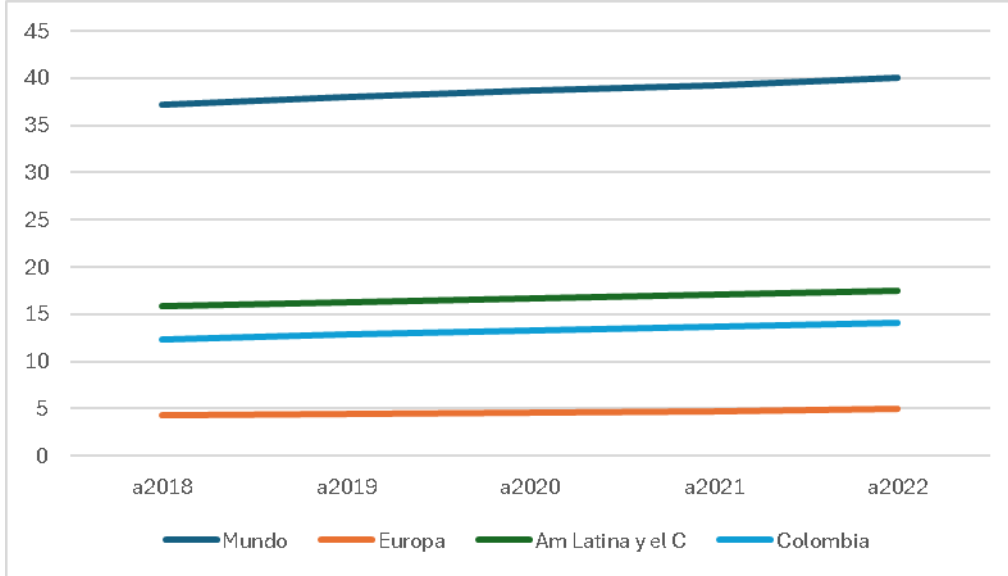
En el gráfico 7 se observa como tasa de mortalidad infantil, a partir de los departamentos de Valle del Cauca, Atlántico y Antioquia, empieza a ser creciente, con una pendiente más pronunciada desde los departamentos de Arauca y Córdoba, hasta el final, claramente relacionada con las barras que muestran el porcentaje de partos atendidos en hospital. Bogotá y Cauca tienen menores tasas de atención de partos en hospital que los departamentos vecinos.

Cuadro 5. Mortalidad infantil en menores de 5 años por regiones 2018 - 2022

REGIÓN	2018	2019	2020	2021	2022
Mundo	37,12	38,05	38,7	39,26	39,99
Europa	4,31	4,41	4,55	4,73	4,94
Am Latina y el C	15,81	16,23	16,64	17,06	17,47
Colombia	12,37	12,82	13,26	13,7	14,15

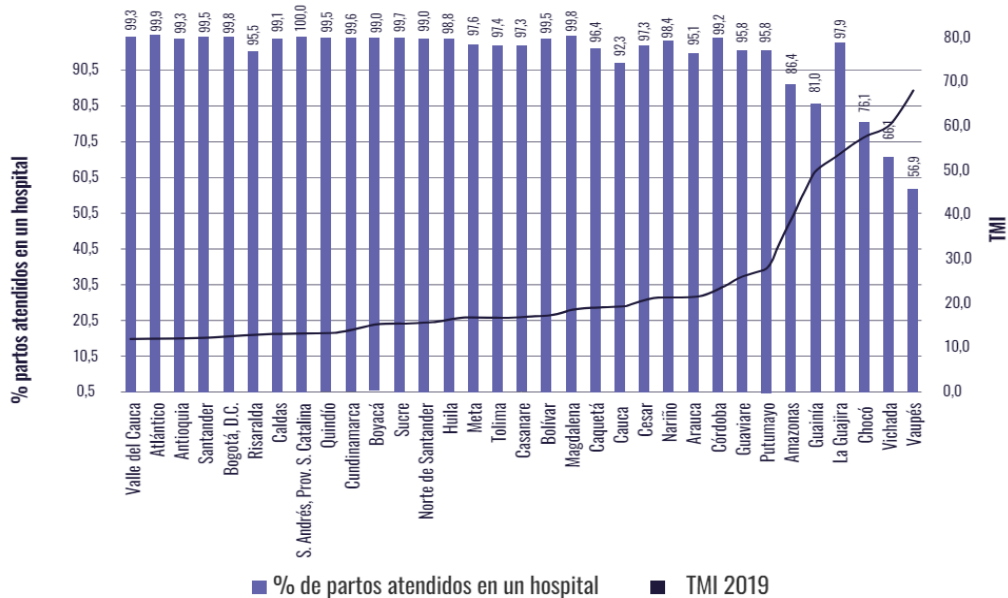
Fuente: Estadísticas BM (2024)

Gráfico 6. Mortalidad infantil en menores de 5 años por regiones 2018 - 2022



Fuente: Estadísticas BM (2024)

Gráfico 7. Atención en el parto y mortalidad infantil DANE 2019



Fuente: DANE 2021

Algo similar se observa en el caso de la mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos, Colombia está un poco por debajo de la tasa de la región para 2020, 75 contra 88 de la región, pero muy lejana de la tasa europea, de 13 muertes por cada 100 mil nacidos vivos.

3.2.1.4 La estructura de mercado

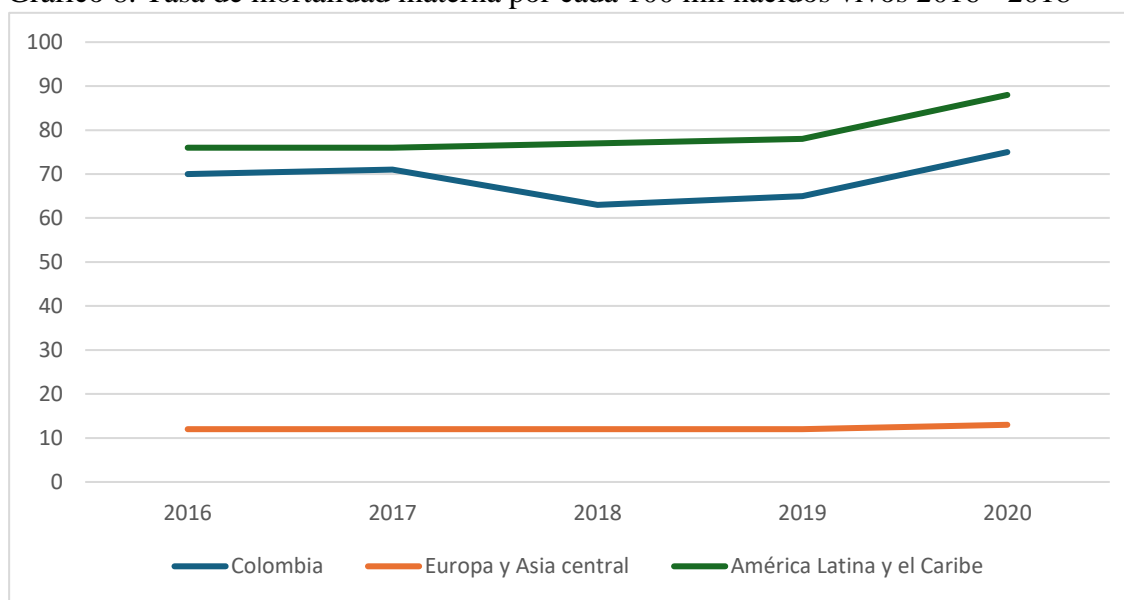
Es necesario mirar la estructura de mercado como la oferta de servicios, la capacidad institucional, también como determinantes del componente de la demanda de servicios, dado que la prestación es una demanda derivada, no solo de la necesidad sentida de los mismos, sino, también, de su cualificación y resolución profesional e institucional

Cuadro 6. Tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos 2016 - 2018 OCDE

Región	2016	2017	2018	2019	2020
Colombia	70	71	63	65	75
Europa y Asia central	12	12	12	12	13
América Latina y el Caribe	76	76	77	78	88

Fuente: Estadísticas OCDE (2024)

Gráfico 8. Tasa de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos 2016 - 2018

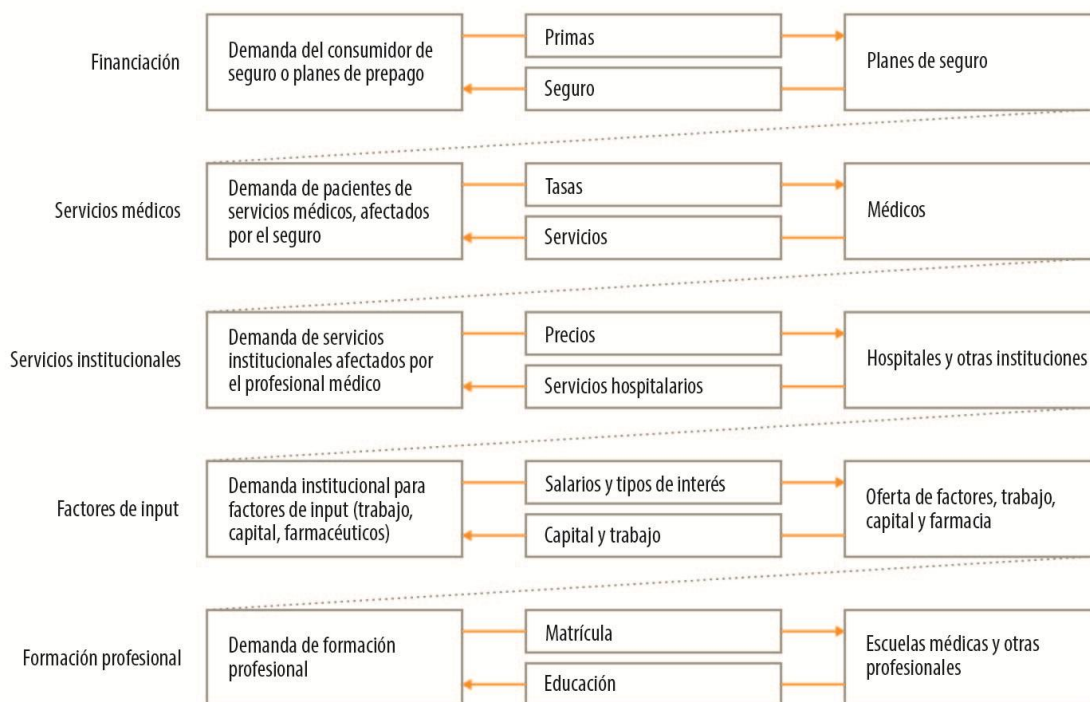


Fuente: Estadísticas OCDE (2024)

3.2.2 La estructura de mercado sanitario o de los servicios de salud

La estructura del mercado sanitario o de los servicios de salud puede verse tanto desde los agentes directos implicados en la prestación del servicio, para el caso colombiano, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS y las Entidades Promotoras de Salud, EPS, como desde los mercados que le son afluentes y, además, los incluyen, los cuales, según W Hsiao (1995) son cinco: el mercado de financiamiento y primas de seguros, mercado de la demanda de servicios de la salud originados en el paciente, mercado de la demanda de servicios institucionales originados en el médico, mercado de la demanda institucional de insumos de la salud, que incluye el mercado de medicamentos y mercado de la formación de talento humano en servicios de la salud (Figura 9).

Figura 9. Mercados afluentes al mercado de los servicios de salud



Fuente: Gómez Franco (2021)

Esta consideración sobre la estructura de mercado tiene dos implicaciones relevantes, la primera, obliga a una visión amplia sobre el mercado de la salud en un estado social de derecho, bajo intervención directa del Estado y, segunda, establece claramente que la

modificación o “publicación”¹⁶ de la estructura actual del sistema de salud tiene alcance, al menos, sobre los mercados expuestos.

Las relaciones e interdependencias entre estos mercados y sus agentes son sustanciales a la configuración final de servicios de la salud, su precio y el acceso de la población. Así mismo, según el propio Ministerio de Salud y Protección Social, es necesario considerar sus efectos intertemporales: las decisiones que se tomen en el tiempo para regular la oferta futura de médicos pueden afectar en el largo plazo las condiciones del mercado laboral y la provisión de servicios, y consecuentemente, una vez identificados esos efectos, su resolución puede estar determinada por el tiempo requerido para corregir esas condiciones en los mercados primarios. Es decir, los efectos de las decisiones, regulatorias o de los agentes en los mercados no son instantáneos (Ruiz, 2015).

De estos mercados son de interés prioritario los que mayor efecto o consideración deban tener frente los ámbitos de ajuste, cambio o implementación de reformas al sistema de salud vigente. Para ello se toman tres mercados principales, el mercado de la oferta institucional de servicios, el mercado de los profesionales de la salud y el mercado farmacéutico como un determinante principal de los precios, los costos y del crecimiento de gasto en salud.

En el cuadro 7 se toma la clasificación de Stackelberg (2011), para mostrar la estructura de mercado según el número de oferentes y demandantes.

Cuadro 7. Clasificación de Stackelberg de los mercados según número de oferentes y demandantes

Oferta	Demanda		
	Un comprador	Pocos compradores	Muchos compradores
Un vendedor	Monopolio bilateral	Monopsonio parcial	Monopolio
Pocos vendedores	Monopsonio parcial	Oligopolio bilateral	Oligopolio
Muchos vendedores	Monopsonio	Oligopsonio	Competencia perfecta

Fuente: Oliva (2018)

3.2.2.1.1 Generalidades del mercado sanitario o de los servicios de salud

¹⁶ Según la RAE: Dar carácter público o social a algo individual o privado. Trasladar la regulación de una determinada actividad desde el derecho privado al derecho público.

Oliva (2018) hace una síntesis del mercado sanitario o de los servicios de salud según el número de agentes en el mercado, clasificación de Stackelberg. Los mercados sanitarios suelen ser mercados monopolísticos, como en el caso de los medicamentos ultrahuérfanos, u oligopolísticos, como el de los medicamentos altamente innovadores, cuando para la misma indicación existen algunos medicamentos patentados o, el caso de los seguros médicos privados. Pero, además, pueden ser, para el caso colombiano, oligopsónicos cuando existen muchos oferentes, prestadores y pocos compradores, aseguradores.

Según el producto, en los mercados sanitarios, al estar gran parte de los bienes y servicios diferenciados, ya sea por marca (medicamentos), ya por el prestigio y cualificación (médicos y hospitales), se tiende mercados o submercados monopolísticos. En el caso colombiano, el producto legal, denominado en amplitud “plan de beneficios”, se encuentra regulado para un conjunto de prestaciones regladas bajo aspectos de infraestructura, procesos y calidad, lo cual debería disminuir la posibilidad de este tipo de comportamiento en el mercado. Para el mercado de los medicamentos, en lo que corresponde a los medicamentos genéricos.

Esta clasificación depende de la existencia de un único precio o de varios para un mismo bien. En algunas ocasiones, los productores pueden vender el mismo producto con precios distintos a grupos de consumidores diferenciados. Si solo existe un precio el mercado será transparente; en caso contrario, se dice que presenta fricciones o rozamientos, lo que, para el caso colombiano, estas fricciones de mercado en cuanto a precios se pueden ver reflejadas en el de medicamento y los sistemas de contratación y pago de servicios de salud.

En resumen, continuado con Oliva (2018), en términos generales, los mercados de atención sanitaria suelen ser mercados imperfectos, forzados, intervenidos y con fricciones, motivo por el cual la competencia perfecta suele ser más la excepción que la norma.

3.2.2.2 Recursos de oferta

De manera comparativa, Colombia presenta deficiencia en los recursos prestacionales frente a las necesidades de salud, medidas por tamaño de población. Para ver este punto se utilizan bases de organismos multilaterales y estándares Organización Mundial de la Salud.

Colombia en el número de médicos por 1000 habitantes, para 2019, tiene 2,26, discretamente un valor inferior a la región de América Latina y el Caribe y 1,7 veces por debajo de Europa.

Cuadro 8. Médicos por 1000 habitantes Colombia y regiones 2019

País	2019	2020	2021
Colombia	2,26	2,325	2,362
Europa y Asia central	3,84	ND	ND

América Latina y el Caribe 2,34 ND ND

Fuente: Estadísticas BM (2024)

En el número de enfermeras por 1000 habitantes, el déficit nacional es grande con relación a los promedios de la región, 3,8 y 9,4 y a la OCDE. Con mucho, es el factor más deficitario, incluso está por debajo del promedio de médicos por 1000 habitantes, 2,26, lo que, además, muestra una proporción invertida donde hay más médicos que enfermeras por 100 habitantes.

Cuadro 9. Enfermeras por 1000 habitantes Colombia y regiones

País	2019
Colombia (2021)	1,4
OCDE	9,4
América Latina y el Caribe	3,8

Fuente: Estadísticas BM (2024)

En el estudio de Cortés et al. (2022), sobre trabajadoras calificadas de la salud, que corresponde a un estudio realizado por la Universidad el Rosario y CODESS presentado el 29 de julio de 2022, dos ciudades, Bucaramanga y Pasto tienen los mejores indicadores de personal de enfermería por cada 1000 habitantes, con 6 y 4.3 en 2021, más de 3 veces la media nacional (1.3), seguidas por Barranquilla y Medellín, con 3 trabajadoras. Por otro lado, otras partes del país presenta un indicador bajo (0.54), menos de la mitad del indicador nacional. Esto evidencia la baja oferta regional de personal de salud.

En cuanto a la formación de personal de enfermería, mientras que los posgrados de medicina están altamente concentrados (IHH=0.26), los de enfermería se encuentran moderadamente concentrados. Esto sugiere entonces restricciones de oferta especializada en las regiones dados los bajos incentivos de movilidad que podría haber una vez se está en una ciudad donde los ingresos laborales son más altos, y la formación avanzada más accesible.

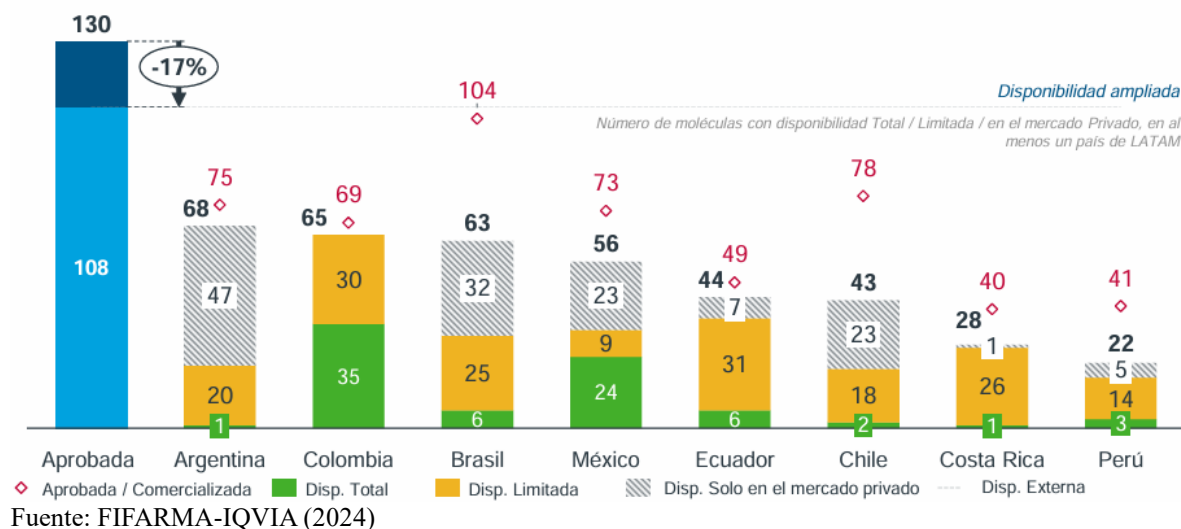
De esta forma se sugiere promover la libre movilidad del personal de enfermería, disponiendo una prima adicional de localización cuando la ciudad de origen y de trabajo sea diferente (incentivo, costo de vida local, costos traslado).

3.2.2.3 Mercado de medicamentos

El mercado colombiano de medicamentos, considerando inclusive el de moléculas innovadoras, es altamente garantista. FIFARMA-IQVIA (2024) muestra el caso de Argentina y Colombia, que son los dos países con mayor número de moléculas disponibles: las que

están disponibles en Argentina lo están en gran parte en el mercado privado, mientras que las presentes en Colombia tienen un alto porcentaje de disponibilidad total.

Grafico 9. Disponibilidad regional ampliada número de moléculas 2014 - 2021



Adicionalmente, Colombia y Argentina son los países con mayor número de moléculas para tratamientos de enfermedades huérfanas con disponibilidad ampliada, con 51 y 50 respectivamente. Colombia y México tienen el mayor número de moléculas "totalmente disponibles" tanto para la cohorte de enfermedades oncológicas como para las huérfanas, en línea con las tendencias generales de disponibilidad.

En términos de aprobación y salida al mercado de las nuevas moléculas, Colombia es el país que presenta los tiempos de aprobación regulatoria más largos, aunque los tiempos de disponibilidad son relativamente cortos como resultado de una ruta de acceso por medio de MIPRES.

3.2.2.4 Capacidades institucionales

En el estudio de Lucumí (2022), realizado entre la Universidad de los Andes y CODESS, sobre capacidades y funciones esenciales de salud pública, FESP, se concluye que, “en las condiciones actuales de contexto, estructura, competencias, talento humano, financiación y normatividad en salud pública no son lo suficiente apropiadas para garantizar las capacidades y el desempeño que se requiere en el nivel subnacional para el desarrollo de las FESP, tal como han sido previstas por la OPS”. En lo que se refiere a las funciones de vigilancia, los resultados del estudio de caso múltiple sugieren que el desarrollo de estas funciones es

altamente desigual, con una muy débil capacidad y desempeño frente a la generación de conocimiento y evaluación en salud pública y el poco desarrollo del talento humano en los Planes de Salud Territorial.

Dadas las diversas tensiones que se pudieron evidenciar con relación a las competencias en salud pública dentro las entidades territoriales resulta relevante que estas sean revisadas y actualizadas para responder condiciones de contexto compartidas entre territorios y a favorecer la adecuada coordinación, complementariedad y subsidiaridad, al igual que una adecuada gestión y uso de los recursos con los que cuenta cada uno de los niveles de gobierno a nivel subnacional. La revisión de estas competencias debe reconocer y fomentar las diversas formas de relación colaborativa que se han venido estructurando entre entidades territoriales.

3.2.3 Integración y coordinación asistencial

Una conclusión definitiva sobre la base del criterio de eficiencia en la integración vertical no es final. En muchos casos en los mercados interaccionan empresas integradas verticalmente y otras que no, que compiten en muy alto nivel y ambas tienen éxito (Vera, 2019)

Para el caso colombiano, Rodríguez (2022), considera que la integración vertical no es intrínsecamente buena o mala. Los efectos, en uno y otro sentido, son diferentes para la empresa y para el usuario. Citando a Coase (1937), muestra que el tamaño de la firma y el nivel de integración vertical depende de la ponderación que el empresario hace de dos tipos de costos de transacción (el de la firma y el del mercado). Es cierto que la integración vertical puede reflejarse en mejores servicios.

3.2.3.1 Integración vertical y horizontal

Para distinguir los aspectos horizontales y verticales de una firma Restrepo (2007), cita a Tirole, 1989, donde plantea que si una firma produce un solo bien la dimensión horizontal se refiere a la escala de producción, y si produce varios bienes, a las economías de alcance; la dimensión vertical refleja el grado en que los bienes y servicios que se podrían comprar a terceros se producen en la firma.

A la integración horizontal se agrega el elemento espacial, geográfico, en las cuales se involucran empresas que son competidoras directas del mismo nivel. Las empresas deben competir tanto en el mismo mercado de productos como en el mismo mercado geográfico para que los compradores consideren los productos de las empresas como sustitutos (Waldman, 2016)

El sistema colombiano ha estado marcado por la regulación y la práctica de la integración vertical en diferentes formas, por cual se da prelación a esta forma de organización.

3.2.3.1.1 Definición de la integración vertical para el mercado de la salud

En el artículo de revisión de Thaldorf (2007), refiere que, para el caso de la salud, se ha desarrollado un enfoque bifurcado para las definiciones de integración: a) un enfoque jerárquico "de arriba hacia abajo" que se centra en el deseo organizacional generalizado, impulsado por procesos, de lograr la perfección y la optimización versus b) un " enfoque ascendente" que se centra en el paciente e intenta utilizar las características y necesidades de grupos definidos de pacientes como "modelo" para determinar la adecuación de los sistemas existentes y cómo esos sistemas deben integrarse para optimizar la atención. Se cita en el mismo artículo a Spreeuwberg y Kodner quienes definen la integración como "... un conjunto coherente de métodos y modelos en los niveles de financiación, administración, organización, prestación de servicios y clínico diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración dentro y entre los sectores de curación y atención" (Thaldorf, 2007), y sintetiza las definiciones de estos autores y otras fuentes de la siguiente manera:

- i. Limitan su enfoque a pacientes con enfermedades crónicas y comorbilidades que consumen múltiples servicios y sugieren que los esfuerzos de integración se diseñen para beneficiar a estos grandes consumidores de atención médica. Hardy y asociados, 1999, conceptualizan la atención integrada como "... un conjunto coherente y coordinado de servicios, que se planifican, gestionan y prestan a usuarios individuales de servicios en una variedad de organizaciones y por una variedad de profesionales y cuidadores informales que cooperan."
- ii. Un aspecto interesante de las definiciones citadas es que amplían la integración para incluir otros recursos sociales fuera de la organización, a modo de un sistema de seguridad social integral, para proporcionar un espectro completo de servicios para ayudar sin problemas a los consumidores de atención médica a continuar funcionando en sus comunidades y hogares. El "Solutions Marketing Group" define una Red Integrada de Atención Médica como "... una organización que, a través de propiedad o acuerdos formales, alinea las instalaciones de atención médica para brindar servicios integrados de atención médica mejorando calidad y reducción de costos en un área geográfica definida".

Estas definiciones, además de muchas otras, demuestran que el término "atención integrada" funciona más como un término genérico para un conjunto de definiciones que varían en relación con la organización. o prácticas objeto de examen.

3.2.3.1.2 Continuidad y alcance de la integración

Thaldorf, (2007) enfatiza sobre la tendencia a desarrollar una integración sistémica de la administración, la financiación, las tecnologías de la información y la atención clínica. Citando a Lin y Wan (2001), estos sugieren que las estrategias de integración de las Redes Integradas de Salud se categoricen de la siguiente manera:

- (a) Por estrategias corporativas para ampliar la red
- (b) Según estrategias comerciales que incursionan en servicios no hospitalarios, y
- (c) A través de estrategias funcionales que integran sistemas de información que organizan las finanzas para la compra de bienes y servicios para la red. Estrategias funcionales que integran sistemas de información que organizan las finanzas para la compra de bienes y servicios para la red.

3.2.3.1.2.1 Antecedente nacional

La Ley 1122 de 2007, según Restrepo (2007), introdujo varios cambios al sistema, dentro de los cuales se destacan: 1) la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que asumió las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, para la definición de la Unidad per Cápita, UPC, y el plan de beneficios; 2) la creación de un sistema de vigilancia y control, que otorgó jurisdicción especial a la SNS; 3) la limitación a la integración vertical (IV), de manera que las EPS no podrían prestar, con su red propia, un valor superior al 30% del gasto en salud; 4) la obligación de las EPS del RS de contratar con hospitales públicos al menos el 60% de la UPC; 5) el establecimiento del plan nacional de salud pública; 6) el aumento en medio punto porcentual de los aportes patronales para salud destinado al RS; 7) la precisión del alcance y el carácter asegurador de las EPS, que incluía la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud y la articulación de los servicios... La principal razón para limitar la integración vertical es evitar prácticas que afecten la competencia entre aseguradoras, y limitar la posición dominante de las EPS en el mercado (Merlano y Gorbanev, 2011).

3.2.3.1.2.2 Estudios nacionales

En la literatura no hay consenso sobre el efecto de la integración vertical en el uso eficiente de los recursos por parte de las EPS. Por ejemplo, Restrepo, et al. (2007) sugieren que limita la competencia, lo cual puede generar ineficiencias en el mercado debido a que la restricción a la libre elección por parte de los usuarios puede canalizar los recursos hacia prestadoras ineficientes, lo cual, para Merlano y Gorbanev (2011), fue la principal razón, para limitar la integración vertical en Colombia, es evitar prácticas que afecten la competencia entre aseguradoras, y limitar la posición dominante de las EPS en el mercado. Por otro lado, Bardey

y Buitrago (2016), encuentran que las EPS que tienen mayor integración vertical son más eficientes gracias a la reducción de costos de transacción y a los descuentos en precios que pueden obtener. No obstante, también mencionan las distorsiones que pueden surgir al limitar la elección de los usuarios y al debilitar a los aseguradores sin red propia. Carranza et al. (2015), muestran que la integración vertical tiene potenciales beneficios sociales al reducir costos para las firmas y precios para los consumidores. Sin embargo, también sugieren que puede acarrear problemas, como la exclusión de otras empresas.

Dentro de los estudios nacionales destaca la revisión del propio Ministerio de Salud y Protección Social, “Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia”, donde se dedica gran extensión y profundidad a la integración vertical y sus posibles efectos.

En Rodríguez et al. (2022) –que es un estudio Universidad Jorge Tadeo Lozano, CODES–, en la sesión de presentación, noviembre de 2023, se afirma que, en la práctica, las grandes EPS no respetan el límite del 30%. Se ha presentado un proceso de integración vertical (aseguradoras y prestadoras) y de concentración (reducción del número de entidades). Esto quiere decir que el proceso de concentración no es nuevo. Sugiere el estudio que la integración vertical y los precios de transferencia ameritan la revisión del diseño institucional del SGSSS. Para una regulación más efectiva, cualquier función de supervisión y control financiero del SGSSS debe tener en cuenta los incentivos de los agentes y la forma como ellos inciden sobre la estructura de capital y la cadena de aseguramiento-prestación, sin afectar la rentabilidad social y la limitación al derecho a la salud.

4 ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA 2023-2024

4.1 La economía política de las reformas

El debate sobre la reforma al sistema de salud propuesta en 2023 por el Gobierno Nacional Central-GNC revive las tensiones que se dieron en la reforma de 1992-1993 entre diferentes perspectivas sobre la arquitectura y operación que debería tener el país.

La profundización de la actividad estatal en materia de salud en Colombia es reciente comparada con la trayectoria de países como los europeos, aquí apenas comenzó en la década de los sesenta del siglo XX. La base de la administración fue la creación de los Servicios Seccionales de Salud en 1966, la estructura y organización del Sistema Nacional de Salud-SNS se instituyó en 1975 y se readecuó en 1990 con la Ley 10 de ese año que reorganizó el SNS y descentralizó el sistema pues le sustrajo las funciones operativas al Ministerio de Salud y le transfirió la responsabilidad de la construcción y operación de los hospitales locales y puestos de salud a los municipios, y a los departamentos la atención especializada.

A ese sistema de un cuarto de siglo de vida se le objetó que, primero, era de tipo curativo pues estaba formado sobre la atención hospitalaria, una atención básica y costosa. Segundo, burocratizado, la administración de los hospitales públicos presentaba ineficiencias que se manifestaban en el escaso mantenimiento de las instalaciones hospitalarias públicas. Tercero, centralizado en las áreas urbanas más grandes de los departamentos, y baja cobertura, un 40% de la población no tenía servicio de salud, en el área rural y en las zonas periféricas de los departamentos no había centros de salud y mucho menos hospitales, a pesar del esfuerzo presupuestal para mantener el nivel de gasto en el sector salud. Cuarto, la subutilización de la infraestructura hospitalaria¹⁷, calculada en un 50% en el Estudio Nacional de Salud, con hospitales de primero y segundo nivel con baja utilización y los de tercer nivel sobre utilizados. Quinto, la falta de integración en el servicio de salud llevaba a una asignación ineficiente e ineficaz porque una parte significativa de la población no recibía el servicio, y la población con acceso lo podía recibir en el seguro social o recurrir a las cajas de compensación familiar, duplicación que mostraba un sistema con una separación absoluta entre las entidades que prestaban el servicio. Y sexto, una solidaridad limitada y un servicio proveído por la poca amplitud de la seguridad social.

Estos resultados y la acción estatal de esas tres décadas se objetaron en 1991 en *La revolución pacífica Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1994*, y se planteó un cambio en el

¹⁷ En 1990 en el país existían un total de 4.000 centros y puestos de salud y 947 hospitales.

diseño y ejecución de todas las políticas sociales subsidiadas, incluida la de la salud. El Estado pasaría de una política de subsidio a la oferta a una política de subsidios a la demanda. Esa transformación hizo parte de un enfoque que consideraba a los administradores del Estado como ineficientes e ineficaces, en cambio, a la gerencia del sector privado y a sus empleados se les calificaba como eficientes y especialistas en buscar el menor costo y la mayor cobertura en la prestación de servicios a la sociedad. Esa afirmación no pasó de ser un lema sin ninguna demostración, además, incoherente ya que quienes lo dijeron eran funcionarios y, por tanto, según su propia lógica, incompetentes, ineficientes e ineficaces para realizar un análisis comparativo de eficiencia intersectorial.

En 1991 hubo discrepancia de opiniones dentro del equipo de gobierno. La administración del Departamento Nacional de Planeación-DNP propuso que el fin de la reforma era la previsión cimentada con un seguro de salud que cubría riesgos mayores, que ampliaría servicios y cobijaría a mayor población, administrado por el sector privado en un mercado en competencia con adecuada regulación estatal. Quienes dirigían el entonces Instituto de Seguros Sociales-ISS propusieron un seguro de salud público y obligatorio con un paquete esencial de beneficios administrado por una entidad del gobierno nacional con agencias descentralizadas y, al lado, un seguro privado voluntario con un paquete de servicios no esenciales y complementario al seguro obligatorio administrado por empresas privadas. Las diferencias se solucionaron con el respaldo del jefe de Estado a la propuesta del DNP y la renuncia de los entonces administradores del ISS.

En las discusiones sobre la reforma a la seguridad social que se realizaron en la comisión sobre seguridad social, establecida al amparo del artículo 57 transitorio de la recién aprobada Constitución Política de 1991, se presentaron varias propuestas de diferentes sectores del país. La que presentó y defendió el gobierno fue la idea desarrollada en el DNP y expuesta en *La revolución pacífica*. Los interesados que participaron en la comisión estuvieron de acuerdo en llegar a la cobertura universal, acceso a los prestadores de salud con un plan de servicios definidos para usuarios asegurados y subsidiados, y la necesidad de introducir competencia entre los prestadores de servicios de salud. El desacuerdo estuvo en las primas del seguro, los planes del seguro, monopolio o competencia en el sistema de aseguramiento, convivencia de uno o varios sistemas de salud, separación entre aseguradores y prestadores de los servicios de salud (Ministerio de Salud, 1994).

Como no hubo acuerdos sobre la reforma, de manera estratégica el GNC de la época presentó al Congreso de la República, en septiembre de 1992, un proyecto de ley para reformar la seguridad social en pensiones y dejó en espera la seguridad social en salud. Ese fue el proyecto de ley 155 de 1992 Senado. Al mismo tiempo, realizó una reforma a la estructura del Estado con base en las facultades del artículo 20 transitorio de la Constitución Política, en la que suprimió el Fondo Nacional Hospitalario, reestructuró el Ministerio de Salud, el

Instituto de Seguros Sociales, la Caja Nacional de Previsión y la Superintendencia de Salud (CGR, 1993).

En el interregno el Ministerio de Salud y el DNP trabajaron el diseño de los regímenes contributivo y subsidiado, las funciones de las futuras EPS e IPS y el Fondo de Solidaridad y Garantía y sus cuentas de manejo. Y en diciembre de 1992 el GNC presentó un proyecto de ley para incorporar el régimen subsidiado en la seguridad social salud. Las Comisiones VII de Senado y Cámara unificaron los proyectos de ley de pensiones y de salud en el Proyecto de Ley 155 de 1992 y se incorporó la propuesta de reforma al SNS y dejar un sistema de seguridad social en salud integrado en dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. La discusión se realizó en 1993 y en los debates en el Congreso participaron las diferentes partes interesadas, la mayoría de ellas estaba en favor de la propuesta gubernamental, lo que facilitó la aprobación y a la expedición de la Ley 100 de 1993, aún vigente.

Quienes compartieron el nuevo diseño del sistema de seguridad social en salud esperaban que en el futuro hubiera muchas aseguradoras de salud que compitieran con eficiencia administrativa y una oferta amplia de servicios para mantener la cantidad de población afiliada y así cobrar un jugoso monto por la prima del seguro, tipo de competencia que se estimularía por la libre elección del afiliado para escoger el asegurador de su preferencia. A la población pobre se le garantizaría el acceso a la salud con subsidios a la cotización con una política que privilegiaba la demanda.

En ese contexto solo se veían beneficios de eficiencia en el sistema mientras que el conjunto de polemistas contradictores a ese punto de vista advertían que el esquema estaba diseñado en contra de las entidades de salud públicas, que serían deficitarias y saldrían de operación dejando una parte de la población sin servicios de salud, mientras que las aseguradoras privadas segmentarían la calidad de los servicios: buenos y amplios para quien los pudieran pagar, reducidos para el resto de la población y sin garantía de cobertura total.

A partir de 1994, cuando entró en vigencia la Ley 100 de 1993, se crearon Entidades Promotoras de Salud-EPS en todas las regiones del país, pero la afiliación continuaba vinculada al mercado laboral formal, localizada en las once áreas metropolitanas del país. El sector informal se incorporó lentamente mientras las personas asimilaban la operación del régimen subsidiado en salud. El crecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS fue más lento, al ritmo del crecimiento de la demanda por servicios médicos que a su vez se enlazaba con el aumento de la población, y que se ubicaba en las mismas once áreas donde es posible obtener rendimientos a escala. En las zonas marginales el servicio dependía de los hospitales públicos, llamados Empresas Industriales y Sociales del Estado, categoría jurídica que les exigía a los administradores generar ganancias, lo que creó problemas de atención a la población sin recursos económicos y, posteriormente, obligó al

ejecutivo a solicitar el cambio a Empresas Sociales del Estado, como se les conoce en la actualidad.

De las empresas de salud que se crearon las que presentaron problemas fueron las EPS, en especial en las zonas diferentes a las cinco grandes ciudades. En la primera década del siglo XXI algunas que se consideraban grandes salieron del mercado y las pequeñas empezaron a concentrar su actividad en el régimen subsidiado. La relación comercial y financiera con las IPS comenzó a tornarse problemática y la integración vertical del sector entró a ser efectivo.

Por el lado estatal, los organismos de dirección, vigilancia y control tuvieron un comportamiento lento en su curva de aprendizaje y ante las dificultades que presentaba el sistema empezaron a tomar decisiones erráticas. Frente a lo que se esperaba en la arquitectura inicial, no funcionó la Superintendencia Nacional de Salud en materia de control y vigilancia, y las administraciones que pasaron por el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Comisión de Regulación en Salud-CRES no entendieron los mercados que integran el servicio de salud para regularlos de manera eficaz, pertinente y consistente.

Los usuarios fueron víctimas de la asimetría de información. Los del régimen contributivo su empleador los afiliaba en una EPS sin que el trabajador tuviera conocimiento de esa entidad y, por tanto, de las IPS que lo podían atender, en consecuencia, el estímulo a la competencia que se esperaba quedó truncado. Y los usuarios del régimen subsidiado no elegían, los gobernantes locales los afiliaban en la EPS que administrativamente decidían. Desde la base misma de operación murió la competencia y con ella la eficiencia y eficacia que se pregonó como argumento para sustituir el SNS. Además, los afiliados tampoco tenían claridad sobre los beneficios que les entregaba el Plan Obligatorio de Salud-POS. Al solicitar los servicios los usuarios se encontraban con limitaciones: o la IPS no tenía contrato con la EPS y no eran atendidos, o la EPS le demoraba las aprobaciones de atención o le negaba servicios.

Las negativas de las EPS a aprobar la prestación de servicios, incluso de algunos que estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, dieron origen a reclamaciones judiciales por parte de los afiliados. Hizo carrera que la forma de acceder a la prestación era con la presentación de una tutela en los juzgados, y una cantidad de ellas llegaba a conocimiento de la Corte Constitucional. En el proceso de estudio de la secuencia de tutelas la Corte Constitucional cambió su perspectiva sobre el tema de la salud, enfoque que se fundamentó de manera fuerte y consistente en el período comprendido entre 2002 y 2008. En este último año llegó al punto culminante:

“El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad

con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su *tutelabilidad*; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna.”(Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T-760, 2008).

El sistema y la arquitectura operativa que se creó en 1993 tuvo como fundamento un enfoque económico, el criterio de eficiencia y de prestación social. A los quince años de su existencia pasó a estar cimentado en un enfoque de derechos. Lo que llevó al cambio fue el proceso real de operación del sistema que limitaba la obtención de los servicios de salud a sus afiliados. Estos reaccionaron y por medio de la tutela exigieron el cumplimiento de sus derechos y, gracias a la separación de poderes en el Estado colombiano, la Corte Constitucional cambió el fundamento del sistema de salud a un derecho humano con la Sentencia T-760 de 2008, al delimitar y caracterizar el derecho a la salud incorporó de manera plena el concepto de derecho fundamental de la salud, principio que se recogió en las Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015. Con este concepto en el núcleo del análisis, la Corte examinó la ley estatutaria de la salud, como se manifiesta en la Sentencia C-313 de 2014.

Ese es en parte el origen que llevó a que el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 pasara de empezar con el fundamento de equidad, entendido como provisión gradual de los servicios de salud a los habitantes de Colombia, al de universalidad, entendido como la cobertura a todos los residentes en el país, acompañado de los fundamentos de solidaridad, igualdad y prevalencia de derechos¹⁸, ausentes antes de 2011. Es importante resaltar que no se trata de un derecho escrito sin garantía de cumplimiento, al contrario, es un derecho que el Estado, no únicamente el gobierno, tiene que hacer efectivo. Efectividad que se evalúa en la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008.

Esa sustitución del fundamento del sistema de salud implica que la efectividad en el goce del derecho tiene que llegar al 100% de la población, que la cantidad de beneficios se alteró, y con eso se modificó el nivel de gasto y las necesidades de financiamiento del sistema. Las consecuencias inmediatas son que la distribución de los riesgos se tiene que hacer con base en toda la población y que la cobertura de riesgo y, por tanto, la prima de riesgo cambia frente al marco construido con el principio anterior. Esto unido a la modificación profunda que tiene

¹⁸ Artículo e de la Ley 1438 de 2011, modificatoria de la Ley 100 de 1993.

la tendencia de la estructura demográfica del país requiere de modificaciones en la arquitectura y operación del sistema de salud para poder responder en el inmediato futuro.

Cambió el principio rector del sistema de salud, pero no se repensó su arquitectura y operatividad para hacerlas consistentes y pertinentes con la salud como un derecho humano. De 2008 a 2023 las variaciones estuvieron enfocadas en solucionar los problemas financieros y de la relación comercial entre EPS e IPS. La pandemia de Covid-19 en 2020 sometió a prueba el sistema. En términos generales se puede decir que a los ciudadanos le fue bien en atención, pero que se manifestaron con más claridad problemas en el cubrimiento de los riesgos profesionales y en las relaciones laborales con el personal médico y paramédico, en la disponibilidad de infraestructuras y que se agudizaron las cuestiones financieras de EPS e IPS.

A los treinta años de creado el actual sistema se somete a juicio, como le sucedió al SNS en 1991, y la elección pública consideró que debía cambiar y aprobó programa político en 2022 que tenía como uno de sus proyectos la reforma a todo el Sistema de Seguridad Social. La decisión política en el tema de salud se materializó con la presentación del Proyecto de ley 339 de 2023 Cámara que buscaba modificar la arquitectura y la operación del sistema actual, lo que generó reacciones a favor o en contra de los actores interesados: las EPS, las IPS, la clase política, los tecnócratas, el personal médico y algunas asociaciones de usuarios. La mayoría de las personas miran el acontecimiento con indiferencia o perplejidad.

Los opositores al proyecto nuevamente plantearon el debate en términos de economía con base en el lema de “el sector privado es más eficiente”, y los defensores en términos de derechos con el lema “el derecho humano a la salud debe ser des-mercantilizado, no puede ser subordinado a las leyes que rigen el mercado”. Se dice nuevamente no porque reaparezcan las tensiones de 1992-1993, sino porque, además, ese fue el tono de algunas intervenciones en el examen que hizo la Corte Constitucional a la ley estatutaria de la salud, la Ley 1751 de 2015, como se evidencia en la Sentencia C-313 de 2014. Esas expresiones generan desconfianza porque dejan la noción que quienes las utilizan defienden ventajas económicas o ideológicas *per se*, que la economía política de fondo es mantener u obtener beneficios particulares o grupales con juegos estratégicos en la escena política.

En 2023-2024 el sistema de salud está en otra situación a la que se vivió en 1992-1993, como es obvio. Durante las últimas tres décadas se obtuvieron enseñanzas sobre el funcionamiento del sistema, se han identificado aciertos y errores y, sin embargo, se retornó a los lemas como fundamento del debate sobre la reforma al sistema de salud, lo que desconoce las realidades actuales y las tendencias inmediatas. Con o sin conocimiento, se rememoran las tensiones de 1992-1993 y 2014-2015, como si la capacidad de aprendizaje y análisis fuera nula y la única guía posible sean los lemas cómodos, pero inconvenientes para un buen funcionamiento de un sistema de salud que beneficie a todas las personas.

Los grupos de interés deben entender y comprender que, primero, el sistema con sus defectos y bondades mejoró muchos indicadores de salud y que falta mejorar en otros, como se reconoce en la exposición de motivos del Proyecto de ley 339 de 2023 (Subsección 4.2). Segundo, que es necesario repensar la arquitectura del sistema para hacerlo consistente con el principio que la salud es un derecho fundamental. Y, tercero, que esa consistencia implica una arquitectura que incorpore las características propias colombianas en temas trascendentales como las economías de escala, los efectos spillover, las concentraciones espaciales de mercado, las integraciones que se generan en la organización industrial en salud, las áreas del país sin el servicio de salud, la economía de los seguros y el aseguramiento, la regulación que sea consistente con las características económicas del sector, la interculturalidad, las disponibilidades financieras públicas y privadas, las ventajas y desventajas de una centralización o descentralización operativa del sistema de salud, de la capacidad de gestión de los sectores públicos y privados bajo los principios rectores del sistema, y los incentivos que deben incorporarse para que de manera conjunta se alcancen los objetivos y los fundamentos del sistema de salud.

4.2 La propuesta de reforma del GNC

El GNC presentó en la exposición de motivos del Proyecto de ley 339 de 2023 Cámara un diagnóstico sobre el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023) y que se sintetizan en cuatro aspectos:

- i. La jurisprudencia y la garantía del sistema para el goce del derecho fundamental a la salud. En opinión del gobierno, las sentencias de la Corte Constitucional provocaron un cambio en el significado del derecho a la salud para el individuo, la sociedad y el Estado. A este último, la jurisprudencia lo obliga a garantizar su goce efectivo y universal tanto en lo individual como en lo colectivo. Para lograr ese propósito, se debe armonizar la legislación posterior a 2008 con la Ley 1751 de 2015, y hacer consistente la normatividad con los procesos, los procedimientos y los recursos de que dispone.

La relación entre las normas y el proceso del sistema incluye necesariamente la razón de ser de las funciones de los responsables de los servicios de salud; en específico, el motivo que provoca su actuación dentro de la lógica del actual sistema, esto es, ver en la salud una mercancía de la que se obtiene ganancia. Esta motivación lleva a que se limite el servicio cuando naturaleza jurídica de la salud implica universalidad y goce efectivo. Para el gobierno, la discordancia se soluciona con un cambio en el diseño del sistema de salud.

- ii. Los resultados. El gobierno reconoce que el actual sistema logró avances en morbi-mortalidad, la afiliación de la población es casi del 100 %, creció la atención de la enfermedad, se redujo la tasa de mortalidad infantil y el presupuesto público para la salud aumentó. Pero la tasa de mortalidad perinatal es alta frente a los estándares internacionales y crece desde 2014, la mortalidad por cáncer en menores de 18 años se sostiene, y frente al cumplimiento de las metas de salud incorporadas en los Objetivos del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible concluye que no se han cumplido y la consecución de las metas estipuladas para 2030 requieren un esfuerzo mayor.

El sistema continúa con problemas en la atención a las personas. Hay demora en la entrega de medicamentos, postergación de servicios médicos autorizados, procedimientos, citas y tratamientos. Y es inequitativo en el acceso a los servicios de salud, ya se mire por el tipo de atención, como es el caso de la atención materna, o desde lo regional, como es la discriminación contra los departamentos periféricos. En opinión del GNC, esto se soluciona con un nuevo diseño del sistema de salud que le dé universalidad e igualdad al acceso a los servicios y trate a la persona con dignidad humana.

- iii. El riesgo financiero. El diagnóstico financiero del aseguramiento indica que las EPS no han cumplido con el margen de solvencia y patrimonio mínimo, pese a que los cambios normativos en los últimos veinte años bajaron los estándares financieros; y a 2022 la deuda de las EPS a las IPS ascendía a 16,6 billones de pesos.

Por problemas financieros algunas se retiraron y el recuento muestra que del total de EPS que tenía el sistema en 2010, en 2022 permanece el 42,8 % y la mitad de ellas estaban próximas a iniciar un proceso de liquidación; a 2023 solo el 2,0 % de EPS cumplían los estándares financieros.

Las causas de los problemas financieros son el incremento de los costos con la incorporación de nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población que induce una mayor frecuencia de uso de los servicios; mayor gasto administrativo; la deuda del Estado con las EPS; y unos menores ingresos en el régimen subsidiado, al tiempo que no tiene cuotas moderadoras y copagos.

- iv. La organización industrial del sistema de salud. El actual sistema opera en un mercado que no es competitivo, es una estructura de monopolio bilateral, existe integración vertical y se dan prácticas de selección adversa. Esta situación va en contra de las IPS pequeñas porque no tienen poder de negociación, lo que les afecta su flujo financiero para operar.

La planificación de los servicios de salud salió de la órbita del Estado, la asumió el sector privado personificado en las EPS, y la función de regulación que le quedó al gobierno la ejerce con limitaciones por la poca calidad en la información que recibe del sistema operado por los privados, y lo que elaboró en regulación generó incentivos asimétricos en el sistema.

Frente a los problemas que este diagnóstico oficial identifica, la mayoría de los agentes interesados estarían de acuerdo, excepto en algunas de las causas y, por tanto, en las soluciones que se proponen. Por ejemplo, los operadores del sistema contributivo propondrían como causa fundamental de la situación financiera la desactualización de la UPC frente a la dinámica que tienen los costos; las IPS agregarían que la estrategia de pagos de las EPS contribuye a profundizar sus problemas financieros y las dificultades que se señalan en la prestación de los servicios a las personas que los solicitan; y los usuarios de las áreas periféricas del país dirían que tales problemas son ficticios porque no existe un sistema de salud, en su vida no lo han visto y la solución sería crearlo.

Para superar los problemas que detecta en su diagnóstico, el GNC propuso una reforma que cambia de orientación la política de subsidios en el sistema de salud; se transita a subsidios a la oferta y en el proceso de estudio y aprobación en la Cámara de Representantes se formuló un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo que se cimienta en la atención primaria y en los determinantes sociales de la salud, cuya gestión empieza en los territorios.

En el objeto de la ley que el GNC propuso arguye coherencia con la ley estatutaria de salud y formuló que el fundamento del sistema de salud es el

“aseguramiento social en salud como garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud a toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En consecuencia, el Sistema de Salud constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos” (Proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, art. 1).

En los debates en la Cámara se modifica la redacción y el objeto de la ley, y se modificó el artículo segundo inicial y en cambio se incorporó la definición de aseguramiento social en salud. Ese objeto se mantuvo en el texto que acordó el GNC con algunas EPS (Subsección 4.4), que posiblemente sea una nueva propuesta de ley. De acuerdo con el objetivo se busca un sistema de aseguramiento social con un modelo que, según el artículo aprobado en la Cámara, tiene como marco la atención primaria para lo cual organiza instancias para la gobernanza, articula instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros y establece un sistema público unificada e interoperable de información. Esto requiere un diseño del sistema de salud y el gobierno propuso en el

proyecto de reforma de 2023 una delineación como la que se esquematiza en la figura 7. En la subsección 4.4 se presenta el esquema que aprobó la Cámara y que se retoma en el posible próximo proyecto de ley discutido con algunas EPS.

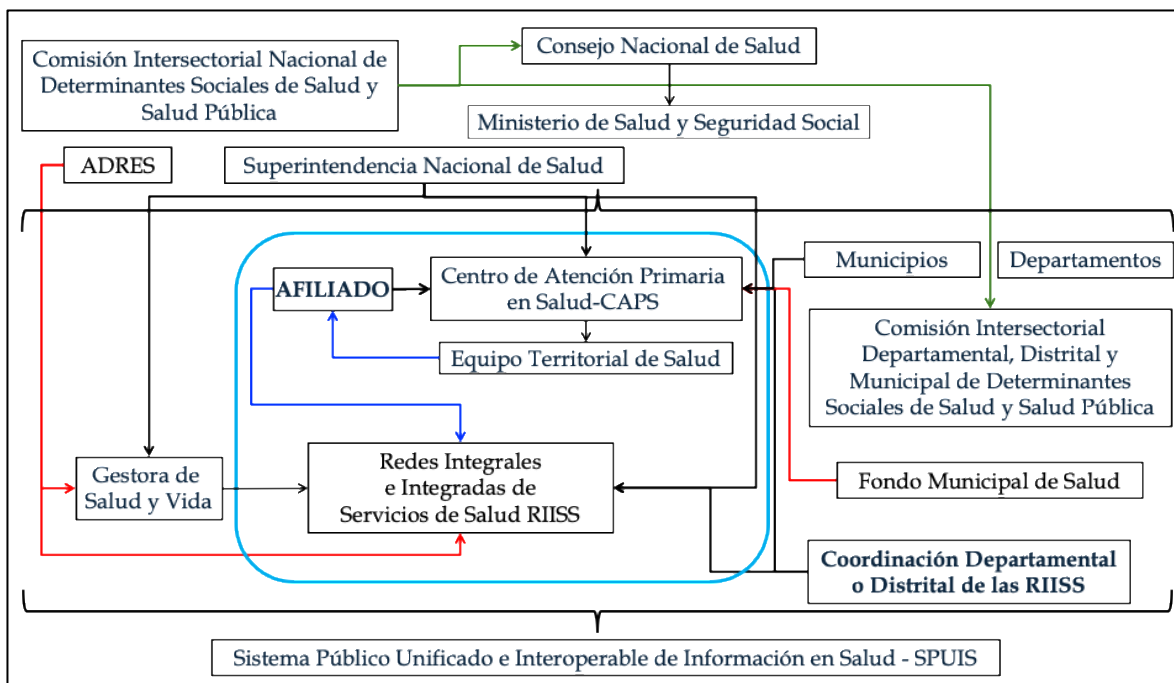
La arquitectura del modelo inicial en materia de gobernanza deja a la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, que en esencia es un consejo de ministros, como el encargado de las directrices, las intervenciones y los recursos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, y al Consejo Nacional de Salud como el director del sistema. En el ámbito territorial estas instancias tienen sus análogas: las comisiones intersectoriales departamentales, distritales y municipales de determinantes sociales de salud y salud pública y los consejos territoriales de salud (figura 10). El tema de los determinantes de la salud se retoma el artículo noveno de la Ley 1751 de 2015 o ley estatutaria de la salud.

En el núcleo están las instituciones prestadoras de servicios de salud, que pueden ser públicas, privada o mixtas y que deben incorporarse en las redes integrales e integradas de servicios de salud para prestar sus servicios, así como en los centros de atención primaria en salud (CAP). Las instituciones prestadoras públicas se denominan instituciones de salud del Estado (ISE), que pueden ser de naturaleza pública o mixta. El proyecto retoma del artículo 13 de la ley estatutaria el concepto de redes integrales de servicios de salud y agrega integradas.

En la parte de gestión del riesgo en salud se encuentran las gestoras de salud y vida, con funciones administrativas, no de seguro, entre ellas el ejercicio de auditoría. La Superintendencia de Salud continúa con su función de vigilancia y control. El manejo financiero queda a cargo de la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y los recursos financieros se centralizan en el Fondo Único Público de Salud y tiene la obligación de constituir una reserva técnica.

La administración del sistema depende de la tecnología de información, pues se crearía el Sistema Público e Interoperable de Información en Salud (SPUIS), base para el manejo de las historias clínicas y para la auditoría del sistema de salud. Este sistema es daría cumplimiento al artículo 19 de la ley estatutaria de la salud.

Figura 10. Sistema de salud propuesto por el GNC



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.
Fuente: diseño propio con base en el Proyecto de ley 339 de 2023.

Con esta arquitectura, la planeación y evaluación del sistema es de tipo colectivo, pues intervienen las comisiones, los consejos, los usuarios y las instituciones prestadoras de salud; se desconcentra una parte del manejo administrativo, ya que los municipios y los departamentos tienen que tomar conocimiento y control de las características de la salud de su población e involucrarse con los CAP; y en la parte financiera es un sistema con pagador único con cuentas que incorporan los recursos de salud del Sistema General de Participaciones.

Así las cosas, se reforma la operación del sistema, tanto en lo administrativo como en lo financiero, y se mantiene una prestación de servicios pública y privada, en la cual el Estado asume el control en la ejecución de la política de salud y se pasaría de un modelo con eje en el tratamiento de la enfermedad a uno de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Desde luego, existen elementos particulares y singulares en la reforma que complementan la arquitectura del sistema y son básicos en el examen de la propuesta, pero como la sección esquemática el sistema, estos elementos se comentarán en la sección 4.

4.3 Los aspectos legales de la primera propuesta gubernamental

Desde el punto de vista jurídico son múltiples los interrogantes que se presentan frente al proyecto de reforma a la salud, pero en esta subsección el examen se concentra en tres temas que generaron discusión cuando se presentó al Congreso el proyecto: el tipo de ley por el que debería tramitarse la reforma al sistema de salud, los cambios propuestos para la vinculación del talento humano en salud, y las modificaciones en el flujo de recursos.

4.3.1 Tipo de leyes y reforma a la salud

La evaluación de la propuesta gubernamental de reforma a la salud, por cuestión de método, tiene que empezar por determinar si el vehículo legal escogido es el medio adecuado para implementar las modificaciones que se buscan al sistema. Para llegar a una respuesta, lo primero es recordar la estructura básica del Estado. Si bien hoy no puede hablarse de una división de poderes estricta, pues las distintas ramas del poder público colaboran entre sí, debe reconocerse que existen unas bases o reglas que no pueden obviarse y que, de hacerse, devendría en ineficaz la modificación que se haga, pues deberá ser expulsada del ordenamiento jurídico, por ser contraria a este.

Cuando se intenta hacer una modificación al *status quo* de una materia se empieza por definir si dicha reforma o modificación deberá hacerse a través del Congreso de la República o si ya existe una base legal que le permita al presidente reglamentar la materia y poner en marcha su idea de gobierno. Así las cosas, si lo que se pretende implementar en este cuatrienio es un desarrollo de la Ley 1751 de 2015, como se sostuvo por un sector de la opinión, no tiene sentido que deba emitirse una nueva ley, pues si se considera que ya existe una base legal, bastará que el ejecutivo, encabezado por el presidente de la República, a través de la potestad reglamentaria regule e implemente su idea de gobierno:

“El numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política le asigna al Presidente de la República la atribución de “Ejercer la potestad reglamentaria mediante la expedición de los decretos, resoluciones y órdenes necesarios para la cumplida ejecución de las leyes”. La potestad reglamentaria es la expresión por excelencia de la función administrativa que ejerce el Presidente de la República. Es una facultad del gobierno para expedir normas generales, impersonales y abstractas para lograr la cumplida ejecución de las leyes” (Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, Exp. 854, 1996).

Si la modificación que pretende el GNC es un desarrollo de lo que ya existe, basta que a través de la potestad reglamentaria se busque la ejecución de las leyes preexistentes. Si es un ajuste al marco legal para poder implementar las modificaciones que se proyectan, deberá

adelantarse el trámite pertinente a través del Congreso de la República. La rama ejecutiva, al igual que los congresistas y otros sectores, tienen iniciativa legislativa, lo que les permite proponer modificaciones a la regulación legal de materias ya abordadas por el legislador. El GNC consideró que lo que proyecta hacer debe contar con un marco legal que se adecue a sus propósitos y buscó que el legislador expida una ley que le brinde ese soporte jurídico necesario, por ello, a través de su iniciativa legislativa, presentó un proyecto de ley, el número 339 de 2023 Cámara y 216 de 2023 Senado.

Ahora debe estudiarse qué tipo de ley deberá expedirse para poder tratar esa materia, pues la Constitución Política creó unos tipos de leyes que tienen un trámite diferente ante el legislador que depende de la materia sobre la que versen, es decir, no existe un único trámite para tratar todas las materias.

En la interpretación de la Corte Constitucional las leyes pueden ser clasificadas en dos grupos principales, los que a su vez se dividen. Por un lado, están las leyes especiales, en donde se encuentran las estatutarias y orgánicas y, por el otro lado, las leyes ordinarias o comunes, que hacen referencia a las leyes marco, códigos, leyes de facultades extraordinarias, de honores, las ordinarias o comunes propiamente dichas, entre otras.

“Las distinciones entre esas dos categorías de ley se refieren a aspectos materiales y de procedimiento fijados en la propia Constitución Política. En efecto, por razón de su importancia y trascendencia, ‘el Constituyente reservó algunas materias para ser incorporadas en el ordenamiento nacional a través de ciertos tipos especiales de ley, con lo cual, los asuntos que no hagan parte de dicha reserva harán parte del ámbito de configuración ordinaria del legislador’”. (Corte Constitucional, Sentencia C-439, 2019).

En este punto deberá definirse si la reforma presentada por el gobierno nacional obedece a un tema, que, por su materia, debe tratarse a través de una ley ordinaria o común, o si, por el contrario, es un tema que por su importancia y trascendencia debe ser regulado por una ley especial. Para poder cumplir con ese propósito se va a hacer referencia a la ley estatutaria y ordinaria, que es donde gira la discusión sobre la reforma a la salud.

Para definir el alcance de las leyes estatutarias, debe de la lectura de los artículos 152 y 153 de la Constitución Política, de donde se extraen dos conclusiones:

- A. La primera consiste en que tienen “(...) un procedimiento más complejo de aprobación, derivado de su trámite en una sola legislatura; de la necesidad de mayorías absolutas en el Congreso para su expedición, modificación o derogación; y del control previo de constitucionalidad asignado a esta corporación”(Corte Constitucional, Sentencia C-902, 2011).

- B. La segunda se sustenta en que estas leyes tratan temas relevantes para el Estado y por eso se necesita un mayor consenso ideológico, mayor estabilidad en el ordenamiento jurídico y esto se logra con el requerimiento de una mayor participación política. Estos temas son en concreto los derechos fundamentales, es decir, una ley que quiera regular un derecho fundamental deberá tramitarse como estatutaria y no como ordinaria o común.

Ahora bien, no todo aspecto que trate un tema sujeto a reserva debe ser desarrollado a través de leyes estatutarias, pues la Corte Constitucional entendió que eso sería llevar a un estancamiento y rigurosidad sin sentido, pues no toda reglamentación de un derecho fundamental tiene una limitación, por eso en este momento se pregunta ¿qué regulación está sometida a reserva de ley estatutaria?, para atender este planteamiento se tienen los siguientes puntos:

- La reserva de ley estatutaria es excepcional o especial, la regla general es que el legislador puede regular áreas a través de leyes ordinarias o comunes.
- Es el contenido material de la materia a regular lo que define el trámite especial u ordinario que debe imprimirse a la iniciativa legislativa, en nada importa el nombre que se le dé al proyecto de ley.
- “Mediante ley estatutaria se regula únicamente el núcleo esencial del derecho fundamental, de tal forma que, si un derecho tiene mayor margen de configuración legal, será menor la reglamentación por ley estatutaria” (Corte Constitucional, Sentencia C-756, 2008),
- La regulación integral de un derecho fundamental debe hacerse a través de una ley cualificada.
- Los elementos estructurales esenciales del derecho fundamental deben regularse mediante ley estatutaria.

Con lo anterior definido, se debe estudiar si el derecho a la salud es un derecho de los que se considera fundamentales, esto para entender si se debe dar un trámite especial a aquellas normas que busquen su regulación cuando afecten el núcleo fundamental de este derecho.

El derecho a la salud no se encuentra dentro de los que la Constitución Política entendió como fundamentales desde un inicio, pues en la sistematicidad de la norma constitucional no se encuentra en el capítulo de derechos fundamentales. Sin embargo, con el paso de los años y el avanzar de la jurisprudencia constitucional, la Corte Constitucional empezó a entender que el derecho a la salud tenía una inferencia directa en otros derechos fundamentales, así que se empezó a entender el derecho a la salud como fundamental primero porque el mismo tenía una conexidad entre otros con el derecho a la vida, pues una negativa en la afiliación al sistema, por ejemplo, tiene una consecuencia directa en la vida de una persona.

Por la importancia de este derecho y la evolución de las teorías constitucionales y en especial la teoría de la transmutación, el derecho a la salud se consolidó como fundamental, a pesar de no entenderse desde el inicio de la Constitución Política de 1991 como uno. De manera especial, se puede observar su consolidación como fundamental en la sentencia T-760 de 2008 y sin dudar con la expedición de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, norma que se consolidó después de varios intentos fallidos de regular este asunto desde 2010.

En la medida en que una ley estatutaria no debe entrar a desarrollar de manera exhaustiva y caso por caso todo lo concerniente a un derecho fundamental, sino fijar unos parámetros claros que garanticen la satisfacción del núcleo esencial del derecho, lo que nos permitirá aclarar si estamos o no ante la necesidad de imprimir un trámite de ley estatutaria o ley ordinaria a la reforma es entender si se tiene una injerencia o no el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud.

De esta manera, cuando se revisa el proyecto de ley, se encuentra que hay unas normas que sí pueden tener alguna injerencia en el núcleo esencial del derecho. Por ejemplo, lo relacionado con la libre escogencia de entidades de salud, lo cual se consagra como parte esencial del derecho a la salud en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 y que se aborda en el proyecto de reforma.

Entonces, la pregunta es ¿por un solo artículo debe tramitarse la reforma de manera íntegra como una ley estatutaria? En este punto, el legislador ha encontrado que frente a estos artículos en específico deberá buscar las mayorías calificadas, como si se tratase de una norma estatutaria para buscar esos consensos y estabilidad especial que requiere este asunto.

Razón por la cual, en la medida en que solo sean unos artículos los que puedan tratar el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud y estos logren las mayorías necesarias como si se estuviesen tramitando como ley estatutaria, se considera que se satisface el requisito que la misma Corte Constitucional ha impuesto a estas materias. Pues no se busca una modificación integral en la materia y el principio democrático se ve satisfecho con la consecución de mayorías calificadas en el trámite del proyecto de ley, pues la Corte al respecto indicó:

“Sin embargo, cuando la normativa objeto de análisis no corresponde a asuntos concernientes al núcleo esencial de un derecho fundamental, ni pretende ser una regulación integral en la materia, el principio democrático y la lectura restrictiva de la reserva de ley estatutaria inclinan la balanza a favor de la cláusula general de competencia atribuida al Congreso de la República. En esa medida, es válida la regulación adoptada mediante leyes ordinarias” (Corte Constitucional, Sentencia C-902, 2011).

En consecuencia, el trámite que se le dio al proyecto de ley se considera es el correcto, sin embargo, quien tendrá la última palabra será la propia Corte Constitucional quien definirá si existe o no injerencia en el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud y si el proyecto de ley debió tramitarse como ley estatutaria.

4.3.2 Talento humano en salud

Otro aspecto destacado del proyecto de reforma son los cambios que pueden presentarse en la vinculación del talento humano en salud, pues es claro que una de las intenciones del gobierno nacional es la expedición de normas que propendan por la contratación directa del personal y la ampliación de las garantías laborales existentes en el sector. La cuestión es si la reforma presenta cambios sustanciales al régimen de vinculación de los trabajadores del sector salud y en caso afirmativo cuáles son las dificultades que pueden presentarse con ellos desde el punto de vista jurídico.

El proyecto de reforma se refiere en diversas ocasiones al régimen laboral de los profesionales de la salud, por lo que se mencionarán los artículos que incluyen aspectos sobre el particular, exclusivamente en tanto generen cambios sustanciales o su contenido pueda suscitar dudas.

En lo que refiere a los prestadores de servicios de naturaleza pública, el primer aspecto para tener en cuenta es que las actuales Empresas Sociales del Estado cambiarán su denominación a la de Instituciones de Salud del Estado, entidades con regulación especial contenida en el mismo articulado. En lo relativo al régimen laboral de sus empleados debe tenerse presente el artículo 44 del texto, que no tiene mayor novedad, pues se menciona que los servidores pueden ser de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales. Sin embargo, llama la atención que allí se incluyen como excepciones a dicha regla de la naturaleza de los cargos, aquellas “pactadas con las organizaciones sindicales”. Esto puede resultar problemático o inaplicable dado que, según el artículo 2.2.2.4.6 del Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015, se encuentra excluida del marco de negociación por parte de los empleados públicos, entre otras cuestiones, la estructura orgánica del Estado y la estructura interna de las entidades y organismos, aspecto que se afectaría directamente si llegare a existir un acuerdo que cambie la naturaleza de los cargos públicos, en el marco de la negociación colectiva.

Adicionalmente, se considera pertinente resaltar que en el mismo artículo que se analiza se define que gran parte del régimen laboral de los trabajadores de las Instituciones de Salud del Estado se somete a regulación por parte del ejecutivo, pues se menciona que el Gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que

defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado (ISE), señalará el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE) que determine el Gobierno nacional.

Es importante resaltar que, frente a los servidores de las Instituciones de Salud del Estado se encuentra, en el artículo 45 del proyecto de ley, que define legalmente como garantía para los trabajadores, la existencia obligatoria de una sustitución patronal en la transición de las Empresas Sociales del Estado se busca que no se extinga la continuidad del vínculo laboral de los empleados de las actuales ESE. Asimismo, se incluye una garantía que, en ciertos casos, podría considerarse problemática, pues se dispone que las personas que, a la entrada en vigencia de la ley se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), en las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.

Lo problemático de la disposición radica en la eventual vulneración del mérito como principio fundamental para el acceso a los cargos de carrera administrativa, aspecto que se garantiza mediante la apertura de los concursos correspondientes y la definición de una lista de elegibles para el desempeño de los cargos. Con la norma que se cita, al mencionarse que aplica sin importar la modalidad de vinculación del trabajador, podría generarse que una persona que haya accedido de manera provisional a un cargo de carrera y lo haya desempeñado por más de 3 años, deba ser vinculado en propiedad en el mismo, sin que haya obtenido los derechos de carrera mediante la vía constitucional y legalmente dispuesta para ello.

En lo que tiene que ver con los trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud, se trae a colación el artículo 109 del proyecto, en el que se dispone que se les aplicará un régimen laboral concertado, sobre el que se mencionan cuestiones muy generales que no permiten extraer su funcionamiento, estructura o contenido. Esto puede resultar dificultoso teniendo en cuenta que en el texto del proyecto no se establece si el régimen será concertado a nivel nacional, territorial o para cada institución en particular, ni cuáles son los actores que deberán intervenir en dicha concertación. De igual forma, no se define un contenido o estructura mínima que permita conocer el alcance o aspectos por regular.

En este mismo artículo se crea la obligación para el Ministerio de Trabajo de presentar anualmente, ante el Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud.

En cuanto a los aspectos que se consideran transversales, es decir que podrán aplicarse tanto para el sector público como el privado, vale la pena iniciar con la vinculación de especialistas.

Debe tenerse en cuenta que uno de los objetivos de la reforma es que la vinculación de los profesionales de la salud se dé mediante un contrato de trabajo o el respectivo nombramiento en caso de los empleados públicos. Sin embargo, para la contratación de especialistas, se permite de manera excepcional que esta tenga lugar mediante vínculos distintos a los mencionados, cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico-quirúrgicas, siempre y cuando se garanticen condiciones de trabajo dignas y justas.

Adicionalmente, se crea una garantía para los trabajadores del sector, consistente en que su retribución será pagada de manera oportuna, pues se establece en el proyecto de manera expresa, un plazo de máximo diez (10) días calendario para el pago de la remuneración correspondiente.

En lo que tiene que ver con la vinculación del personal que se encuentre prestando el servicio social obligatorio no se evidencian cambios sustanciales, sin embargo, para el caso de los médicos residentes que se encuentren cursando alguna especialidad, el artículo 112 del proyecto exige su vinculación “a término fijo como trabajadores de la salud”. Esto genera confusión pues no es claro si con la norma se obliga a la celebración de un contrato de trabajo a término fijo, caso en el cual deberán aplicarse las disposiciones del Código Sustantivo del Trabajo, o si se pretende realizar una modificación al contrato de práctica formativa del residente creado con la Ley 1917 de 2018.

Esto cobra especial relevancia si se tiene en cuenta que, en el marco de un contrato de trabajo, la remuneración del trabajador tiene carácter salarial con todas sus implicaciones, y no la naturaleza de un simple apoyo de sostenimiento educativo como el regulado en la mencionada ley.

En el proyecto se prevé además la creación de una política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud, la cual, según el texto del artículo 107, se define como un régimen especial en el que deberán incluirse los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos de los profesionales. Frente a ello, no se define el competente de la elaboración de la política, ni en qué consiste el tratamiento de “régimen especial”, por lo que no es claro si estos trabajadores quedarán excluidos de la regulación existente en el Código Sustantivo del Trabajo o las normas concordantes en el sector público.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la reforma es lograr el aseguramiento en salud para todos los territorios, se destaca del mismo artículo la obligación del Gobierno Nacional de implementar, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la ley, incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales en las zonas rurales y remotas con población dispersa, los departamentos con mayores índices de pobreza

multidimensional y los municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial.

Un último punto para destacar es la reorganización del Observatorio de Talento Humano en salud (artículo 134) con el fin de que este sirva como fuente de información para las autoridades del sector, con el objetivo de conocer las particularidades del mercado laboral de los profesionales de la salud, y tener un insumo para la elaboración y actualización de la política laboral ya mencionada en el presente escrito.

En conclusión, aunque en el proyecto de reforma se pretenden realizar cambios importantes al régimen laboral de los profesionales y demás trabajadores del sector salud, el texto presenta dificultades prácticas y no permite saber a ciencia cierta cómo se implementarán dichos cambios, pues gran parte de las modificaciones serán sometidas a reglamentación o concertación.

4.3.3 *Flujo de recursos en el Sistema de Salud*

Las modificaciones en el manejo de los recursos que plantea el proyecto ¿exigen que se haga una reforma legal al sistema de salud? Para dar respuesta es necesario desarrollar dos preguntas adicionales. Los cambios propuestos en el flujo de recursos ¿son constitucionalmente válidos? Y ¿estos cambios resultan contrarios o no a la Ley Estatutaria de Salud?

En el proyecto de ley se plantea un nuevo sistema que cambia el modelo de atención y el manejo de los recursos de la salud. A pesar de esto, se conservan algunos conceptos e instituciones que ya venían operando en el sistema vigente, pero se les introducen ajustes para que puedan adaptarse a las modificaciones propuestas, tales como:

- *De las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud.* El proyecto de ley continúa estableciendo como una de las fuentes de financiación del sistema las cotizaciones y aportes de los trabajadores dependientes, trabajadores independientes, pensionados y rentistas de capital. También mantiene la competencia de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales-UGPP para el control y fiscalización de estos aportes obligatorios (Artículos 56 y 57). Los recaudos de las cotizaciones se continuarían realizando por medio de los operadores de pago de aportes autorizados, pero introduce un trascendental cambio consistente en que estos dineros se dirigirán directamente a la Cuenta de Recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.

- *De la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*. Se utiliza el concepto de UPC como la forma de establecer el costo de garantizar las prestaciones asistenciales, económicas, tecnologías y servicios en salud a cada afiliado. Este concepto original de la Ley 100 de 1993 se adopta en el artículo 66 del Proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, y se incorpora al nuevo Sistema de Salud con parámetros similares a los que se manejan hoy para establecer la UPC. Así entonces, señala que para establecerla se realizarán “(...) estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población”.

El principal cambio que se realizaría a la UPC (artículo 67) consiste en que se dividiría en dos (2) asignaciones: La primera se establecería incorporando “(...) criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes”. Correspondería a una asignación vía oferta dirigida a financiar la atención primaria en salud. Esta se giraría a los CAPS directamente por la ADRES.

La segunda, se establecería “aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes”. Esta iría dirigida a financiar la atención de mediana y alta complejidad de cada afiliado. La asignación se giraría a las IPS y gestores farmacéuticos directamente por la ADRES, previa auditoría de las Gestoras de Vida y Salud.

- *De la Administradora de Recursos de la Salud (ADRES)*. La ADRES fue creada por la ley 1753 de 2015¹⁹, empezó operaciones en el año 2017 y se ha destacado como un gran acierto para empezar a dar respuesta al problema de flujo de recursos que existe en el Sistema. Sustituyó al antiguo FOSYGA, constituyéndose como una persona jurídica independiente en cumplimiento de la Ley 1751 de 2015 y en atención al llamado de la Corte Constitucional en sentencia T – 760 de 2008. El proyecto de ley busca fortalecer y ampliar las competencias de esta entidad que como se ha dicho ha generado un benéfico cambio en el manejo de los recursos del Sistema. Así, se le asignarían veinticuatro (24) funciones (artículo 58), dentro de las cuales se pueden destacar las siguientes:

¹⁹ Ley 1753 de 2015. ARTÍCULO 66. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

a) Las relacionadas con los pagos directos. Por ejemplo, las contenidas en los numerales 4²⁰, 5²¹ y 21²². Estas funciones implicarían ajustarse al nuevo modelo de atención, así entonces, se haría el pago directo las IPS y gestores farmacéuticos teniendo en cuenta que los beneficiarios de estos giros ya no serían las EPS (nuevas Gestora de Salud y Vida). Aunque la ADRES desde su inicio tiene la posibilidad de realizar giros directos estos no han logrado alcanzar la totalidad de las operaciones dado que, a la fecha, solo puede girar lo autorizado por las EPS.

Las Gestoras de Salud y Vida tendrán a su cargo la auditoría de la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad, pero no serán las beneficiarias de los recursos por lo cual la ADRES realizará giro directo después de superada esta auditoría. En relación con la atención primaria que se financiará mediante oferta tendrá la nueva responsabilidad de realizar estos giros en forma directa a los CAPS.

b) La relacionada en el numeral 17²³ cuanto a la celebración de contratos para servicios de auditoría. Es evidente, que el cambio del Sistema implicará una gran demanda de servicios de auditoría por parte de la ADRES, que no podrá atender con su planta de personal, por lo cual se habilita la contratación de los diferentes niveles de auditoría médica y de cuentas.

c) Las relacionadas con toma de decisiones en materia de tarifas e inversiones. Se encuentran en los numerales 20²⁴, 22²⁵, 23²⁶ y 24²⁷. Estas funciones son completamente nuevas para la ADRES. Hasta la fecha la entidad ha tenido un rol preferencialmente de pagador, pero a partir de estas funciones entrará a analizar,

²⁰ “Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta.”

²¹ “Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependen o las operen.”

²² “Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.”

²³ “Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías de segundo piso sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.”

²⁴ “Establecerá en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.”

²⁵ “Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.”

²⁶ “Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el Ministerio de Salud y Protección Social ordene.”

²⁷ “Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadores de servicios del sector salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la ADRES a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.”

adoptar decisiones e incluso negociar tarifas en el Sistema. En la misma línea le da un papel más activo en cuanto a manejo de decisiones de inversión de los recursos de la salud.

Por otra parte, uno de los principales cambios en la ADRES es la creación del Fondo Único Público de Salud, el cual contará con dos (2) cuentas, la Cuenta de Atención Primaria en Salud y la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. Cada una de estas se financia mediante unos recursos con destinación específica. Los otros recursos que se capten atenderán las otras necesidades del Sistema.

- *De las Gestoras de Salud y Vida.* Evidentemente la participación de estos actores en el Sistema será fundamental. Las actuales EPS tendrán la posibilidad de convertirse en Gestoras de Salud y Vida, pero sus funciones ya no tendrán que ver con afiliación o administración de recursos. La principal función de las nuevas entidades corresponde a la articulación de la gestión del riesgo en salud y las diferentes y amplias funciones que de allí se derivan.

Las Gestoras de Salud y Vida, ya no administrarán la UPC como lo hacen actualmente las EPS, sino que solo recibirán el 5% de la UPC por el cumplimiento de sus nuevas funciones (Artículo 53²⁸). Ahora bien, dado que el nuevo modelo de atención se basa en la articulación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios el rol de las nuevas entidades será fundamental en lo nacional y en lo territorial.

El nuevo modelo de Salud propuesto basado en Redes Integrales e Integradas de Servicios, con un gran énfasis en la atención primaria de salud requiere cambios en materia de flujo de recursos. Ajustar entonces conceptos o instituciones que ya existían pero que pueden adaptarse al nuevo Sistema es totalmente legítimo y no vulnera ninguna norma constitucional. De igual manera, en relación con la Ley Estatutaria de Salud, podría decirse que el proyecto de ley la desarrolla.

Así las cosas, los cambios en el flujo de recursos obedecen al cambio en el modelo de atención, que incluye, por ejemplo, la desaparición de las EPS. Entonces, teniendo en cuenta que el Sistema de Seguridad Social en Salud fue creado con sus actores, flujo de recursos, modelo de atención, y demás particularidades mediante la Ley 100 de 1993, tendrá que ser mediante una ley que se cambie el Sistema y se adopte todo lo que el nuevo sistema requiera.

²⁸ Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el 5% del valor del per cápita asignada para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano adscrita a los CAPS a los cuales la Gestora garantiza la atención, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto. Además, podrán recibir hasta 3% de incentivos por resultados en la población asignada según lo estipulado en la presente ley.

La libre configuración del legislador para establecer sistemas de salud es amplia, por ello, la modificación o sustitución de leyes para cambiar a un nuevo modelo es posible e incluso necesario cuando el legislador decide mutar el sistema de salud.

Ahora bien, el gobierno podría optar por conservar el Sistema de Seguridad Social en Salud vigente e incorporar modificaciones vía decreto o resolución, pero estas normas reglamentarias no podrán contrariar el pilar fundamental del flujo de recursos que se ha construido desde la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015 y Ley 1753 de 2015.

Es claro, que la reglamentación no puede extralimitarse de tal forma que ocupe el lugar de la ley (lo que debe debatirse en un escenario democrático). Así entonces, una norma reglamentaria no puede contrariar ni extralimitarse al marco legal que pretende reglamentar.

Cuando un decreto o resolución es contrario o se extralimita en las facultades reglamentarias puede ser objeto de nulidad mediante un proceso ante la jurisdicción contencioso-administrativa. El Consejo de Estado, incluso, puede adoptar la medida cautelar de suspensión provisional para la protección inmediata del ordenamiento jurídico conforme al artículo 152 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo.

En conclusión, la preocupación no está en la ilegalidad o inconstitucionalidad de los cambios propuestos en materia de flujo de recursos. En realidad, radica en la capacidad que tendrán la ADRES y las entidades territoriales de cuidar los billonarios recursos garantizando el acceso material de la población a los servicios de salud. Para esto se observa un enmallado de auditorías, pero basta recordar lo que ocurría con el antiguo FOSYGA para entender que esto no será suficiente. Por esta razón, en el proyecto de ley se nota que hace falta un rol más activo de la Superintendencia Nacional de Salud para ejercer un control ex ante y no ex post.

4.4 La economía de la reforma

La transformación al sistema de salud sigue un proceso que empezó con el Proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, luego en los debates se introdujeron algunas modificaciones, la Cámara de Representantes aprobó el proyecto modificado, pasó la discusión al Senado de la República y la Comisión VII del Senado archivó el proyecto, realidad que llevó al GNC a retomar la reforma con una de las partes interesadas, algunas EPS, y expidieron un comunicado donde se manifestó que había un acuerdo entre esas dos partes en un articulado que se presentará en la próxima legislatura, el período legislativo 2024-2025, para su estudio y debate. Dados todos los acontecimientos políticos que llevaron a propuestas y

modificaciones al proyecto de reforma inicial, a junio de 2024 se puede decir, sin incurrir en una inexactitud grande, que hay *varias* propuestas de reforma.

4.4.1 *El eje central del diseño del sistema de salud*

Todas las propuestas de reforma del GNC, o *las reformas*, tienen como común denominador transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un sistema de aseguramiento social de cobertura universal con pagador único, en el que el Estado asume el papel de asegurador y se compromete soberanamente a cubrirle un conjunto de riesgos de enfermedad y de maternidad a todos los colombianos. Este sistema gira en torno a un eje integrado por la atención primaria en salud-APS, una administración financiera centralizada y unas entidades de gestión administrativa que pueden ser públicas o privadas. El riesgo financiero inherente al seguro sale de la órbita privada actual y pasaría al ámbito fiscal, se asumiría de manera soberana el pago de una indemnización en especie o monetaria en el evento que ocurra la enfermedad o la maternidad.

4.4.1.1 La atención primaria en salud-APS

La atención primaria en salud-APS es una estrategia que tiene como propósito general mejorar la salud y el bienestar de la población, cimentada en los valores de derecho al mayor nivel de salud posible, equidad y solidaridad (OPS y OMS, 2007). La APS no es, ni se debe confundir, con la atención o prestación de servicios básicos o de primer nivel de salud. La estrategia tiene siete principios y trece elementos. Para el examen de las propuestas de reforma cabe destacar cinco de esos elementos: cobertura y acceso universal a los servicios; atención integral, integrada y apropiada; énfasis en promoción y prevención; garantizar el primer contacto; y las familias y comunidades empoderadas y participativas para la planificación y la acción, que define la base del sistema en el territorio donde reside y trabaja la población.

En opinión de la Organización Mundial de la Salud, la estrategia de APS en su definición tiene tres componentes interdependientes. El primero es un conjunto de servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria y los bienes y funciones de salud pública como elementos centrales. El segundo, las distintas políticas y actuaciones multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud más amplios. Y el tercero es la movilización y el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades para lograr una mayor participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en materia de salud.

Adoptada la estrategia de APS por la mayoría de los países y evaluada su implementación y resultados, la experiencia de más de cuatro décadas de vida enseña que quienes la acogieron la adecuaron a sus características socioeconómicas particulares y que la APS no está bien especificada, su definición es difusa en la práctica pues existen actuaciones de otras políticas públicas que hacen parte de la definición de la APS y no son financiadas con recursos del sector salud y cuyos responsables están en varios ámbitos de la administración pública, como muchas actuaciones multisectoriales encaminadas a abordar los determinantes generales de la salud.

La definición operativa de la OMS sobre el conjunto de servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria y los bienes y funciones de salud pública como elementos centrales incluye la atención en todos los niveles en un continuo que va desde la promoción hasta los cuidados paliativos al final de la vida, pero, al identificar los detalles de los servicios de salud propiamente dichos, al parecer se refiere a los básicos de primer contacto en el entorno territorial más cercano de las familias, así como la conformación de equipos básicos de salud como estrategia para garantizar el trabajo en las comunidades y la conexión con el resto del sistema de salud.

En general, el componente de servicios de salud integrados e integrales que engloban la atención primaria y los bienes y funciones de salud pública son todos aquellos de carácter preventivo, de detección temprana, los programas de crecimiento y desarrollo, la atención curativa de largo plazo en un primer contacto o aquella realizada por personal no especializado incluyendo la provisión de medicamentos.

Las propuestas de reforma promueven una definición de la APS donde el sistema se organiza desde el territorio y donde los servicios de salud integrados e integrales se vinculan con los dos componentes restantes, esto es, con el de las políticas que abordan los determinantes generales de la salud y con la movilización y empoderamiento para lograr mayor participación social en el territorio.

La estrategia de APS ya está incorporada en la legislación colombiana, por tanto, hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS. Los componentes de la definición de APS están contenidos de manera implícita en la definición de salud pública y el contenido mínimo del Plan Nacional de Salud Pública de la Ley 1122 de 2007. En la Ley 1438 de 2011 la referencia a la APS es explícita:

“Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad,

incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.” (Ley 1438, 2011, art. 1º)

Y en los artículos doce a dieciséis se desarrollan las normas sobre la APS. En el quince crea los equipos básicos de salud y en el siguiente determina sus funciones. Esos equipos son equivalentes a los que se proponen *las reformas* del GNC.

Esta ley también ordena la intervención sobre los determinantes de la salud con base en los planes decenales de salud pública, que en la práctica son construidos con participación comunitaria y los gobiernos territoriales. Es importante recordar que la salud pública es de responsabilidad del sector gubernamental. La acción de las actuales EPS con respecto a los determinantes de la salud son actividades como la promoción de la salud, detección temprana de enfermedades de interés en salud pública y el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y cuidados paliativos.

No obstante, el esfuerzo que implica la elaboración del plan, los resultados que se obtienen no logran alcanzar los efectos que se esperan sobre los determinantes de la salud. Este es un indicativo de que existen problemas de ejecución de los programas, subprogramas y proyectos, no de la ausencia del concepto y de las acciones en el sistema actual de salud. La cuestión es ¿en dónde se encuentran las restricciones a una buena ejecución? ¿Son restricciones operativas, financieras, de capacidad técnica, de articulación interinstitucional, de delegación, ... de qué? La evaluación del primer plan decenal arroja luces al respecto (Ministerio de Salud, 2018), la otra cuestión es qué se ha hecho al respecto y ahí no es mucho lo que se puede decir.

Lo cierto son dos cosas. La primera, en el proyecto de ley y en las discusiones públicas el GNC coloca los resultados en los determinantes de la salud como magros y como elemento de justificación de la reforma al sistema. Y la segunda, que el problema no es de leyes, resoluciones, memorandos, etc., es de hacer, y de hacerlo bien. De capacidad de ejecución tanto del recurso humano gubernamental como privado que tiene la responsabilidad de operar el actual sistema.

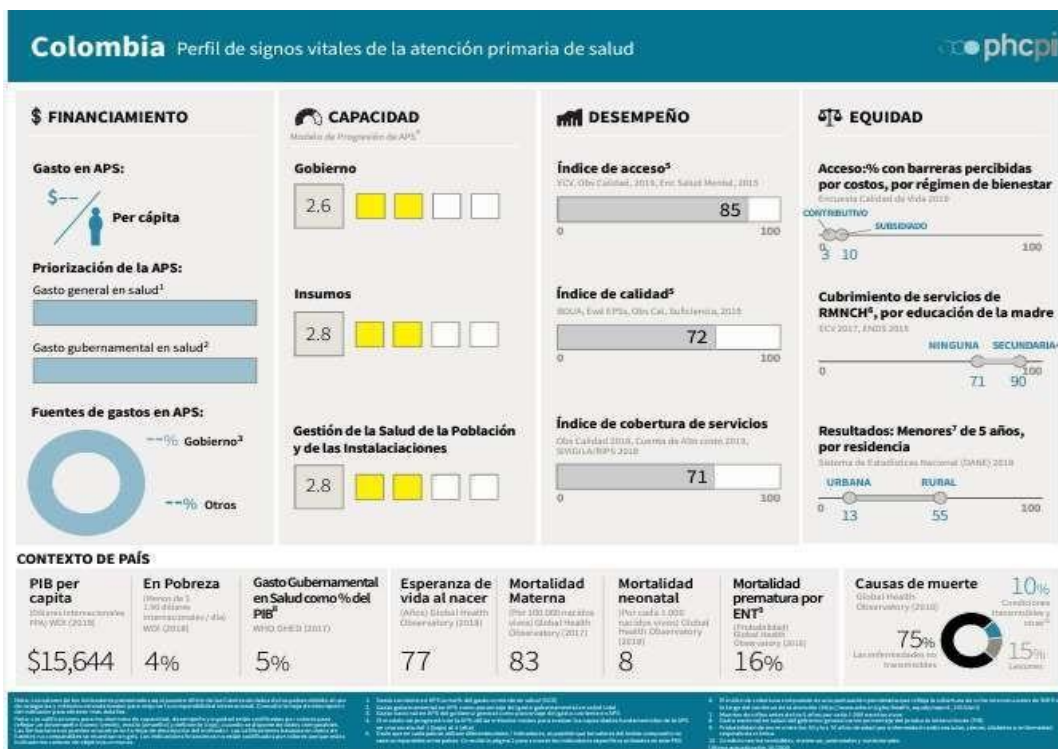
Por último, con respecto a los servicios de salud que se consideran hacen parte de la APS, el sistema actual los considera en su plan de servicios, unos se le encargaron a las entidades de salud pública y otros a las EPS, donde se encuentran acciones de promoción de la salud y prevención, tratamiento, rehabilitación a lo largo de todo el proceso de salud-enfermedad de la población, incluida la atención de las enfermedades raras o huérfanas, labores de detección temprana de patologías de interés en salud pública y de seguimiento del desarrollo de poblaciones vulnerables como el grupo materno infantil, los menores y la población de la tercera edad.

Para las EPS la obligación de realizar acciones preventivas de manera explícita y programada a sus afiliados se inició con la expedición del Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud, “por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública” y sus desarrollos reglamentarios. Posteriormente se expidió la resolución 412 de 2000 que revisó las prioridades del Acuerdo y añadió normas técnicas de carácter obligatorio y guías de atención que las EPS deben implementar y cumplir con metas mínimas.

Estas normas con el transcurrir del tiempo se detallaron y se hicieron más precisas en la exigencia a las EPS. En 2016 se adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Resolución 429 de 2016) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y, derivado del modelo, se expidió un manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas integrales de atención en salud RIAS, se inició con las Rutas Integrales para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, la atención en salud en Eventos Específicos, y para la atención de otros grupos de riesgo se encuentra la Ruta Integral de Atención para la Población Materno-Perinatal (Resolución 3202 de 2016 y Resolución 3280 de 2018). Las RIAS fueron concebidas como una herramienta para tratar de coordinar las acciones colectivas e individuales desde la caracterización de los riesgos, la asignación de responsabilidades de las entidades territoriales y, para las EPS, a partir de ese conocimiento, realizar las acciones individuales de detección temprana y seguimiento con tecnologías mínimas definidas en las guías y con metas medibles para contribuir al mejoramiento de los resultados en salud.

El gasto en salud que desarrollan las EPS no es sólo curativo, estas entidades también realizan acciones de interés en salud pública como los programas de vigilancia y desarrollo que deben organizar y prestar a sus afiliados, según la normatividad vigente. Organizan los centros médicos que son el primer contacto de los afiliados con el resto de los servicios. Innovaron en programas integrales de atención de varias patologías crónicas y programas de seguimiento de enfermedades lo cual les permitió mostrar mejores resultados en salud, reconocidos internacionalmente. Las dificultades de su implementación están relacionadas con la financiación porque su costo no está incluido completamente en la UPC, ajustando las coberturas de los programas con metas que deberían ir aumentando en la medida que se incorporara su financiación en la UPC, y por las fallas de coordinación con las entidades territoriales como lo detectó la evaluación del plan decenal de salud pública.

Gráfico 10 Perfil de signos vitales de la APS en Colombia



Fuente: PHCPI. <https://www.improvingphc.org/trailblazer-vital-signs-profiles>

Todos estos desarrollos regulatorios son importantes y, con distinto nivel de cumplimiento, fueron adoptados por las EPS. El gasto en estas acciones ejecutadas por las EPS se debe incluir como gasto en APS, porque es consistente con las definiciones de la OMS. Para establecer el monto de ese gasto se necesita un estudio con base en la propuesta metodológica que propone la OMS.

Un esfuerzo de medición de los resultados y gasto en APS realizado por la Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de Salud (PHCPI por sus siglas en inglés), muestra que Colombia tiene unos resultados importantes, no óptimos, en el desempeño y equidad de su sistema²⁹. Desafortunadamente, como se observa en el gráfico 10, no se mide el gasto, pero sí las capacidades, que son bajas, y de algunos indicadores de resultados que son muy positivos: índice de acceso de 85%, porcentaje de barreras económicas bajo tanto para los afiliados al régimen contributivo (3%) como para el subsidiado (10%).

²⁹ PHCPI fue una asociación entre la Fundación Bill y Melinda Gates, el Grupo del Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Fondo Mundial, con los socios técnicos Ariadne Labs y Results for Development. <https://www.improvingphc.org/trailblazer-vital-signs-profiles>

Aunque el país seguramente tiene un gasto alto en APS, si se midiera según la metodología de la OMS, ya se logró la cobertura universal y mejoras en el acceso, aunque persisten dificultades en algunas zonas, y una reducción de las barreras económicas.

Las críticas al actual SGSSS y, en particular, a la APS pueden tener su fuente en la estrategia con la que se aborda la APS, no en el gasto realizado (Restrepo, 2022). En opinión del GNC “el modelo de aseguramiento instaurado contrasta con la heterogeneidad territorial y poblacional del país, que no considera las variables poblacionales, étnicas y epidemiológicas. Es evidente que la mayor concentración de la carga de enfermedad y problemas nutricionales se encuentra en zonas apartadas y con mayor concentración étnica”. Esta afirmación lejos de demeritar los avances del SGSSS debería ser la justificación para analizar las causas para que en algunas regiones del país no funcione la actual seguridad social en salud, obtener un diagnóstico y proponer soluciones.

La APS es una estrategia presente en el desarrollo del SGSSS que busca generar regulaciones que promuevan la articulación e integración entre las acciones colectivas y los programas de salud pública con el aseguramiento y la organización de la prestación de los servicios individuales de atención como su complemento. Los tres componentes de la definición propuesta por la OMS son abordados de manera independiente en la regulación colombiana y en la operación del sistema de salud y del SGSSS con instancias para buscar la coordinación y complementariedad. Colombia se apropió a su manera, como lo hacen todos los países, de la estrategia de APS en la búsqueda de articular el sistema de aseguramiento con los principios de la APS: universalidad, equidad y eficiencia.

Al observar el manejo sincrónico del sistema hay fallas evidentes, especialmente en la *Colombia profunda* en las cuales las condiciones de acceso son precarias. Pero ¿qué tanto estas fallas se originan en problemas estructurales del desarrollo económico y social del país, que trascienden el trabajo del sector salud de que trata la reforma, y no a la forma de abordar la atención de las necesidades de salud de la población? ¿Qué tanto es indispensable circunscribir la prestación de los servicios al enfoque territorial y no al enfoque poblacional del sistema de aseguramiento competitivo como el del SGSSS? ¿Es posible coordinar acciones de promoción y prevención en las EPS con las acciones de promoción colectivas que se desarrollan en los territorios?

La propuesta de reforma en su versión acordada con algunas EPS elimina el fortalecimiento de la gobernanza para lograr una mejor atención de los determinantes que es una respuesta esencial para lograr la integralidad de la APS según los críticos del SGSSS. La reforma se concentra sólo en cambiar la organización para la prestación de los servicios que hoy gestionan de manera integral las EPS a una organización pública con enfoque territorial, en la cual la gestión se concentra en las redes de servicios encabezados por los centros de atención primaria.

4.4.1.1.1 Los centros de atención primaria y los equipos básicos de salud en la APS

Los proyectos de reforma definen el modelo de salud como una forma de desarrollar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en un territorio a través de la conformación de un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud.

Las funciones que se le asignan los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS, de acuerdo con los artículos 29 y 30 de la propuesta de articulado consensuado con algunas EPS, son:

- Adscripción poblacional: Todas las personas deben estar inscritos a un CAPS de su preferencia en el municipio o distrito de su residencia
- Administración y atención al ciudadano: articular el sistema de referencia y contrarreferencia, realizar la revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida-GSV, gestionar las incapacidades y las licencias de maternidad y paternidad en articulación con las GSV.
- Prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública: caracterizar a la población, elaborar planes de salud familiar y comunitarios, realizar la prestación de los servicios de salud, gestionar en articulación con las DTS y las GSV la prestación de servicios especializados, entre otros.
- Gestión intersectorial y participación social:
- Articulación con las Gestoras de Salud y Vida-GSV.
- Cuidado domiciliario de las personas, familias y comunidades a través de los Equipos de Salud Territoriales

Los Centros de Atención Primaria en Salud son entidades complejas. No son los centros de salud tradicionales y conocidos en Colombia. Además de la prestación de servicios de primer nivel, son organismos que desarrollan funciones administrativas en articulación con las GSV. Esto implica que requerirán de una infraestructura física, humana y tecnológica que asuma las funciones. También requieren una capacidad para impulsar la coordinación con otros sectores para el abordaje de los determinantes.

Aunque el GNC inauguró varios centros de salud y menciona que estos son parte de la estrategia que quiere impulsar con su propuesta de reforma, lo cierto es que estos centros no cuentan con las capacidades requeridas para ser Centros de Atención Primaria. Recientemente en los medios de comunicación se reseñó la inauguración de un centro de salud en corregimiento de Media Luna, en San Diego, que mencionó como parte de las inversiones en centros de atención primaria. No obstante, este es sólo un centro médico que

está adscrito al Hospital El Socorro, por tanto, es el encargado de la administración de ese centro de salud.

Los Centros de Atención Primaria no son los mismos centros médicos que funcionan en la actualidad. Serían centros administrativos que incluyen también la prestación de servicios médicos. No se conoce documento oficial que detalle la estructura de los CAPS para estimar su costo. Seguramente se podrán adoptar los centros de salud públicos actuales desarrollando la capacidad administrativa, pero eso requiere una inversión en tecnología y recurso humano. No hay cálculos de cuanto podría requerir crear los CAPS de carácter público.

Los centros de salud de la red de las EPS podrían transformarse más rápido en CAPS en tanto que desarrollaron la capacidad administrativa para organizar la red, operar el sistema de referencia y contrarreferencia, estudiar las solicitudes de incapacidades y licencias de maternidad y maternidad, entre otras funciones administrativas que se le asignan a los CAPS.

Una de las funciones principales de los Centros de Atención Primaria en salud es la conformación y coordinación de los equipos básicos de salud, que son un elemento importante de la estrategia de APS promovida por la OMS. En Colombia la Ley 1438 promueve explícitamente la creación de equipos básicos de salud financiados con recursos de salud pública.

Varias entidades territoriales han implementado estos equipos con pocos resultados como lo muestra la evaluación del plan decenal. Bogotá implementó el Programa Territorios Saludables en 2013 con algunos resultados positivos en relación con la vinculación de los equipos y las comunidades visitadas y la identificación de los riesgos, pero con bajos resultados en la conexión y resolución de las necesidades que corresponde a otros sectores, a la poca resolución de estos equipos y a las dificultades de la remisión de los casos al sistema y a las entidades encargadas de su atención (Salutia, 2016).

Los equipos extramurales son una estrategia fundamental de la APS y para las propuestas de reforma que busca implementar el gobierno. Estos equipos los incluyen en el proyecto de Ley pero desde ya los han adoptado en varios actos normativos: con la Resolución 2206 de 2022 se inició la regulación para la conformación y financiación de los equipos extramurales, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó en enero de 2024 el documento “Fortalecimiento gestión territorial en APS” que detalla el proceso para la creación de los equipos básicos de salud, sus funciones, su conformación y el paso a paso para la planeación, seguimiento y evaluación del programa que deben adelantar las direcciones de salud municipal y departamental (MSPS, 2024). Los equipos básicos de atención son parte del nivel primario de atención que se define como “los servicios de salud de baja y de mediana complejidad, en las diferentes modalidades de prestación” y será “el nodo articulador de las redes integradas”. Según el documento, el nivel primario no es sólo la puerta de entrada al

sistema sino es el nivel que debe garantizar “respuestas intersectoriales, comunitarias y terapéuticas...”.

Los equipos básicos de salud que al parecer tendrían una conformación transdisciplinar si se acoge la definición de la Organización Panamericana de la Salud serían el eje para resolver o promover la resolución, de los problemas de salud y sus determinantes en la población que deben atender. Por lo anterior, la financiación de los equipos básicos no sustituye el gasto en atenciones de primer nivel que hoy realizan los centros de salud que atienden las necesidades propiamente de salud de la población. Son gastos adicionales, por su conformación y por las tareas que realizarán, las cuales trascienden las atenciones puramente médicas.

El documento del Ministerio de Salud establece una conformación estándar de los equipos, de su dotación y del costo mensual aproximado³⁰. El costo del equipo se estima en un rango de \$36 y \$53 millones mes lo cual requeriría mínimo \$15 billones año si suponemos que cada equipo en promedio atiende 500 familias que darían, para una población de 50 millones, 30.000 equipos a un costo de \$36 millones mes³¹.

El gobierno espera iniciar la conformación de los equipos básicos de salud en 2024 y para ello estableció en la Resolución 2364 de 2023, que su financiación provendrá de la destinación del 5% de la UPC que reciban las EPS. Aunque la resolución que obliga a las EPS a la contratación de estos equipos fue demandada, por ahora está vigente. La inquietud es: ¿Será que la UPC de los dos regímenes alcanza para pagar tanto los EBS como los servicios médicos que se vienen prestando en los centros de salud a los cuales están adscritos los afiliados de cada una de las EPS? Los \$15 billones son adicionales a los \$28 billones que se estima pueden costar las atenciones de primer nivel, suponiendo que del total de la UPC, sin contar gastos de administración, estas equivalen al 40%³². También son adicionales al costo de operación de los CAPS en sus funciones administrativas nuevas que le asigna el proyecto.

Si el presupuesto de ADRES asigna \$81 billones al pago de UPC RC y RS, 5% son cerca de \$5 billones que se deben destinar en 22924 a los EBS. Las estimaciones del costo de los equipos indican que el Gobierno esperaría que se financien con estos recursos cerca de 10.000 equipos lo que constituiría una tercera parte de la meta total.

³⁰ Los cálculos hacen parte de un documento de Nelcy Paredes presentado a la junta directiva de Forja IPS en febrero de 2024

³¹ Según el documento del ministerio, 500 familias por equipo es el estándar para el área urbana. Ese estándar permite definir el número mínimo de equipos que se requeriría y, por tanto, se puede calcular el costo mínimo total. Como en el área rural el número de familias por equipo se disminuye, se aumentaría el número de equipos y por tanto el costo.

³² Porcentaje utilizado en la transferencia obligatoria que deben hacer las EPS del subsidiado a la red pública de primer nivel según las normas vigentes

4.4.1.2 La administración financiera centralizada

En la actualidad la función principal de articulación de los recursos la ejerce la *Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES* tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. La ADRES reemplazó al FOSYGA entidad que se concentraba principalmente en la administración y pago de los recursos del régimen contributivo y, de manera parcial, del subsidiado. La institucionalidad financiera del régimen subsidiado se realizaba principalmente a través de los fondos municipales o distritales de salud desde la aprobación de la Ley 100 de 1993 hasta 2011 que el FOSYGA empezaba a asumir paulatinamente la gestión financiera de dicho régimen para solucionar los graves problemas de flujo que lo aquejaban.

Es importante hacer un repaso de esa historia, en especial para el régimen subsidiado, en tanto la institucionalidad que propone las reformas pretende reproducir buena parte de la institucionalidad que en la práctica colombiana fracasó.

4.4.1.2.1 Un recorrido con lecciones que no se pueden olvidar

La institucionalidad financiera que comenzó en 1994 estaba dividida entre régimen contributivo y subsidiado. La del régimen contributivo se concentraba en el FOSYGA y la del régimen subsidiado en los entes territoriales. En las figuras 11 y 12 se presenta el funcionamiento de esas dos estructuras para el manejo de los recursos del aseguramiento.

4.4.1.2.1.1 Régimen Contributivo 1994 - 2011

La operación financiera del régimen contributivo era y aún es, simple. La base es una relación FOSYGA – EPS, en la cual el reconocimiento y pago de la UPC y demás valores se realizaba mediante transacciones digitales y el manejo de bases de datos que se fueron detallando a través de los años.

Como se observa en la figura 11, entre 1995 y 2011 la única fuente de financiación fueron las cotizaciones que los trabajadores, dependientes e independientes, empleadores y pensionados debían pagar al sistema en cuentas del FOSYGA que administraban las EPS. El pago de las UPC lo hacía el FOSYGA mediante un proceso denominado compensación que preparaba la EPS y aprobaba el encargo fiduciario del FOSYGA.

El proceso de compensación tenía implícito dos procesos: (i) un reporte de recaudo de cotizaciones recibidas en las cuentas del FOSYGA que administraba la EPS y (ii) una cuenta de cobro de UPC, prima de incapacidades por enfermedad general y las licencias de

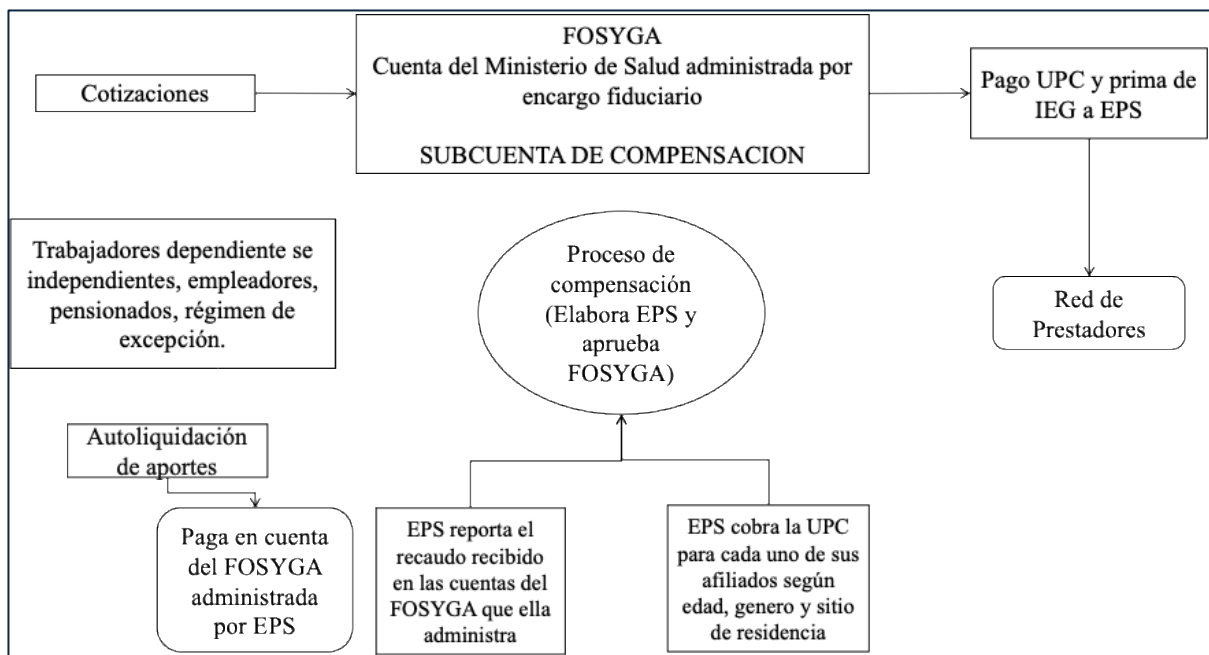
maternidad que hubiera pagado la EPS por cuenta del sistema. En el caso que el balance entre el monto de lo recaudado y el monto de las UPC y demás valores que le correspondía a la EPS, fuera positivo, el FOSYGA autorizaba a la EPS a trasladar los montos reconocidos desde la cuenta del FOSYGA a sus cuentas propias y el excedente girarlo a la cuenta central del FOSYGA en los bancos dispuestos por el encargo fiduciario. Por el contrario, en el caso que el balance fuera negativo la EPS trasladaba el monto total del recaudo, previa aprobación del proceso de compensación a las cuentas propias de las EPS y la diferencia (déficit de compensación) se le giraba desde la cuenta central del FOSYGA.

Durante este periodo también existían los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que se denominaba NoPOS, los cuales se autorizaban vía judicial, por tutela, o vía administrativa mediante la aprobación de un Comité Técnico Científico que debía constituir y operar cada EPS. El pago de estos servicios lo hacía el FOSYGA previa aprobación de la firma de auditoría de aquellas facturas, con sus soportes, presentadas por la EPS.

Desde el punto de vista de procesos de flujo de recursos se podría comparar la operación de cobros NO POS con la propuesta de reforma que propone el GNC. El pagador final es un tercero (FOSYGA) sin una relación contractual directa con la IPS (prescriptor) y los proveedores de las tecnologías NO POS. Aunque la EPS evaluaba la pertinencia y la coherencia con el resto de tratamiento del paciente, las decisiones de autorización de una tecnología NO POS eran tomadas por un Comité Técnico Científico (CTC). Al final la EPS se concentró en auditar el servicio y organizar el proceso de cobro o recobro al FOSYGA.

El papel de la EPS era sólo auditar. No obstante, las facturas estaban a nombre de la EPS que se encargaba de pagar y solicitar el reembolso. Las EPS (no las IPS) presentaban al FOSYGA las facturas de los servicios con los soportes exigidos en la regulación, los cuales eran enviados a la firma de auditoría contratada por el encargo fiduciario. Durante estos años los cobros se presentaban en físico y el trámite de análisis y evaluación de su pertinencia, para su aprobación o rechazo, tomaba un tiempo incierto. El reconocimiento final lo expedía el Ministerio de Salud para lo cual se hacía una nueva auditoría por muestreo. Si la muestra salía igual al informe de la firma, los cobros se aprobaban y pagaban. De lo contrario, todo el paquete (podía corresponder a todo lo presentado en un mes) se rechazaba y debía empezar una vez más su análisis.

Figura 11. Operación financiera del régimen contributivo 1995-2011

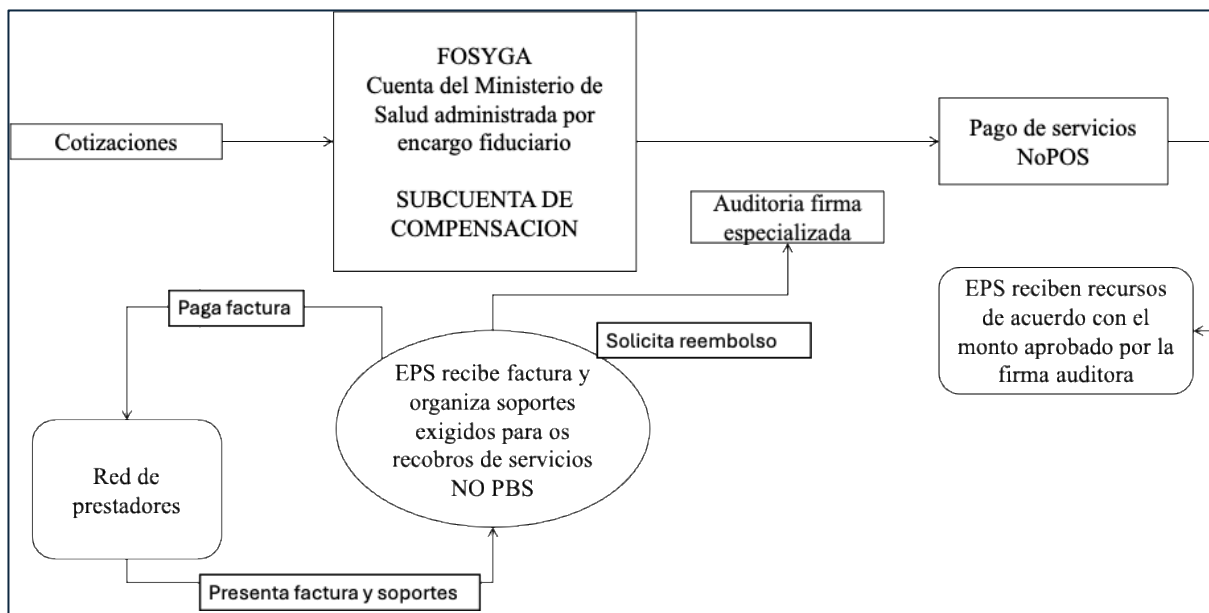


Fuente: elaboración propia

El proceso de pago impactaba severamente el flujo de recursos a las EPS porque el FOSYGA tardaba aproximadamente entre 9 y 12 meses en reembolsar a las entidades los costos asociados a las tutelas (Carrasquilla, 2008). Estas demoras impactaban el flujo normal de los recursos de las EPS y el acceso a los servicios de salud lo que ameritó una revisión de la Corte Constitucional y unas ordenes específicas (orden 23 a 27) en la sentencia T-760 de 2008 para que se agilizará el pago de los servicios prestados cuyo costo no estuvieran obligados a asumir las EPS legal ni reglamentariamente.

Desde el punto de vista de flujo de los recursos la sentencia mejoró la oportunidad del reembolso del gasto en el régimen contributivo, pero al levantar las restricciones para la utilización del proceso administrativo del Comité Técnico Científico para cualquier tecnología en salud no solo medicamentos de alto costo, también generó un aumento exponencial en la utilización de servicios NO PBS que no se ha podido controlar a pesar de las múltiples medidas que se han adoptado a través de los años.

Figura 12. Operación del pago de los recobros por servicios No PBS



Fuente: elaboración propia

Un estudio de Fedesarrollo (2012) documenta este efecto de las sentencias así:

“Jaramillo (2011), hace un buen balance del efecto de las sentencias de las diferentes Cortes sobre el gasto en Salud y pensiones. En este trabajo queda en evidencia que por efecto de las Sentencias T-760 y C-463, ambas del 2008, el crecimiento de los recobros fue muy alto, lo cual tuvo finalmente un alto impacto fiscal (i.e. sufragados por la sociedad).”

“Las prestaciones, medicamentos y servicios No POS tuvieron un incremento casi exponencial a partir de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, a través principalmente de Comités Técnicos Científicos (CTC), con el agravante de que la financiación de dichos servicios no fue prevista. Los recobros por servicios y medicamentos No POS pasaron, según estimativos del gobierno, de alrededor de \$600.000 millones en 2007 a \$2,4 billones en 2010.”

Cuadro 10. Ordenes relacionadas con el flujo de recursos del NO POS

ORDEN	TEMAS SOBRE PROCESO DE RECOBROSSERVICIOS NO POS
23	Medidas para regular trámite para autorizar tanto los medicamentos como los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud
24	Medidas para garantizar que procedimiento de recobro por parte de las EPS ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales

	respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud
25	Eliminación de requisitos de los recobros
26	Plan de contingencia para adelantar el trámite de las solicitudes de recobro que están atrasadas
27	Nuevos procedimientos que garanticen el flujo oportuno de los recursos

Fuente: elaboración propia

4.4.1.2.1.2 Régimen Subsidiado 1994 - 2011

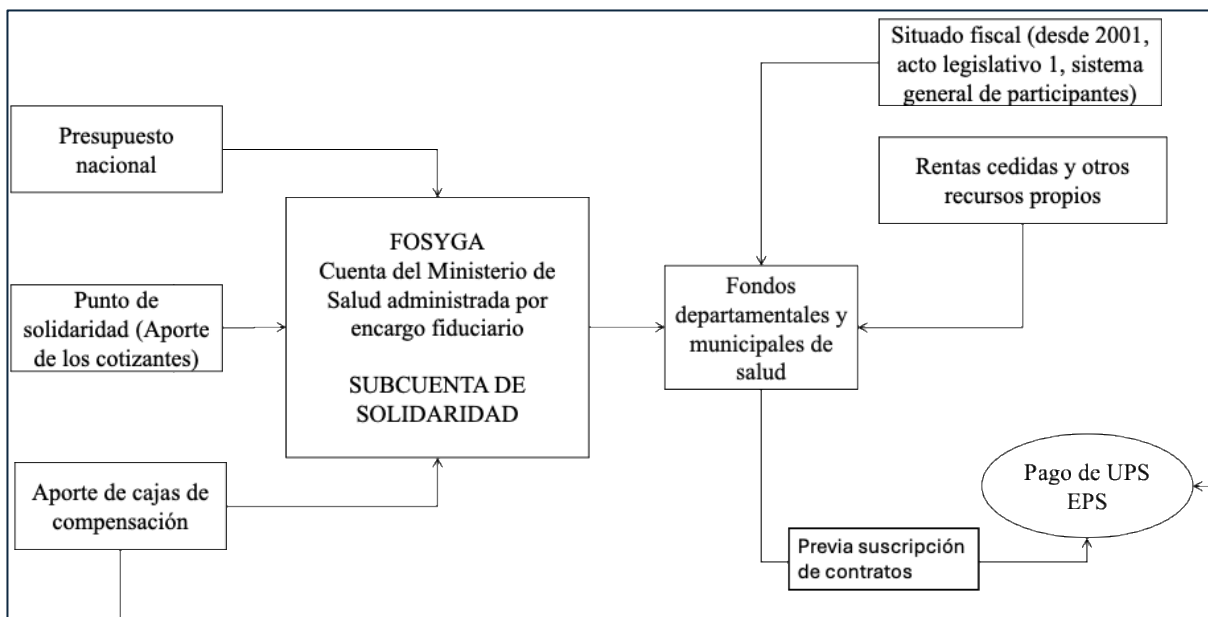
La operación financiera del régimen subsidiado en el primer período fue muy compleja. El pago a las EPS (En ese periodo denominadas ARS Administradoras de Régimen Subsidiado) no se hacía directamente desde el FOSYGA. Todos los recursos nacionales, trasladados por FOSYGA desde la subcuenta de solidaridad, se juntaban con los territoriales en los fondos locales de salud y, las UPC, se pagaban en la medida que se recaudaran los recursos, específicamente los provenientes de las rentas cedidas y aportes propios de la entidad territorial. En municipios no descentralizados los recursos debían ir primero a los fondos departamentales y desde allí se pagaba una parte de la UPC y la otra desde los fondos municipales (recursos propios del municipio). Los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA a los entes territoriales correspondientes se giraban oportunamente.

En el régimen subsidiado, contrario a la regulación del contributivo, el pago de las UPC a las EPS estaba mediado por los procesos de carnetización de afiliados que debían ser previamente autorizados por el municipio y por la suscripción de contratos entre el municipio y las EPS, estos últimos constituyen una de las principales diferencias en la operación de este régimen en comparación con el régimen contributivo³³.

El proceso de carnetización fue un factor crítico en la relación municipio-EPS (Administradoras de Régimen Subsidiado-ARS), porque se requería mantener actualizada la base de afiliados para efecto de la suscripción y pago de los contratos. Este proceso implicaba a su vez dos subprocesos: la identificación de la población que podía acceder al subsidio y la priorización para su afiliación y carnetización.

Figura 13. Operación financiera del régimen subsidiado 1995-2011

³³ Un análisis detallado de la operación de régimen subsidiado se encuentra en Ministerio de la Protección Social(2009).



Fuente: Elaboración propia

Los afiliados debían ser previamente identificados como beneficiarios de subsidio del estado lo cual requería la aplicación de la encuesta SISBEN (Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios) o la elaboración y presentación de listados censales por las entidades pertinentes. Ejemplo de las listas censales son las de población indígena lista elaborada por los cabildos a los cuales pertenecían o la de niños abandonados que debía enviar el Instituto de Bienestar Familiar del municipio o entidad departamental. Además, el municipio debía verificar que el beneficiario del subsidio no tuviera afiliación al régimen contributivo (por ejemplo, trabajadores de salario mínimo de empresas de flores).

Una vez elaborada la lista de posibles beneficiarios del subsidio se pasaba a un proceso de priorización dada la restricción presupuestal que se tenía al comienzo de la implementación del sistema. Los criterios de priorización eran definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Aunque los criterios fueron ajustados en varias ocasiones, las poblaciones que siempre tuvieron prioridad para su afiliación al régimen subsidiado fueron los menores de cinco años y las madres en estado de embarazo y lactancia.

La aplicación de dichos criterios requería el manejo eficiente de bases de datos y su actualización implicaba un gran nivel de complejidad. Los municipios en la mayor parte del país no tenían la capacidad tecnológica para mantener actualizada la base de datos con las novedades de sus afiliados como defunciones y nacimientos. El pago mensual estaba supeditado al registro de las novedades que no eran autorizadas a tiempo, lo cual generaba errores, como la múltiple afiliación, que ameritaban engorrosos procesos de devoluciones

que debían suplir todo el proceso administrativo correspondiente (actos administrativos que debían cumplir un debido proceso antes de quedar en firme).

Los procesos de contratación en general fueron difíciles por tratarse de un contrato público que, aunque la Ley 100 de 1993 estableció que se podía regir por el régimen privado, de todas maneras, exigía formalidades. Tener claro el objeto y para eso se requería tener exacto el número de afiliados, tener el certificado de disponibilidad presupuestal- CDP, enviarse para registro en el departamento y en el encargo fiduciario administrador del FOSYGA y sólo una vez se hubiera adelantado este camino se habilitaba su ejecución, aunque en la realidad la población estuviera siendo atendida desde el día primero del contrato. Lo que se complicaba era el pago de las UPC-S que presentaba retrasos de varios meses.

El problema además se complicaba por el gran número de contratos que tenían que surtir ese proceso: afiliados nuevos, continuidad, subsidios parciales, especiales. En los municipios categoría 6, los más pequeños, con más baja capacidad administrativa, necesitaban tramitar cuatro veces más contratos para lograr el mismo número de afiliados que los municipios grandes (Ministerio de Protección Social, 2009)

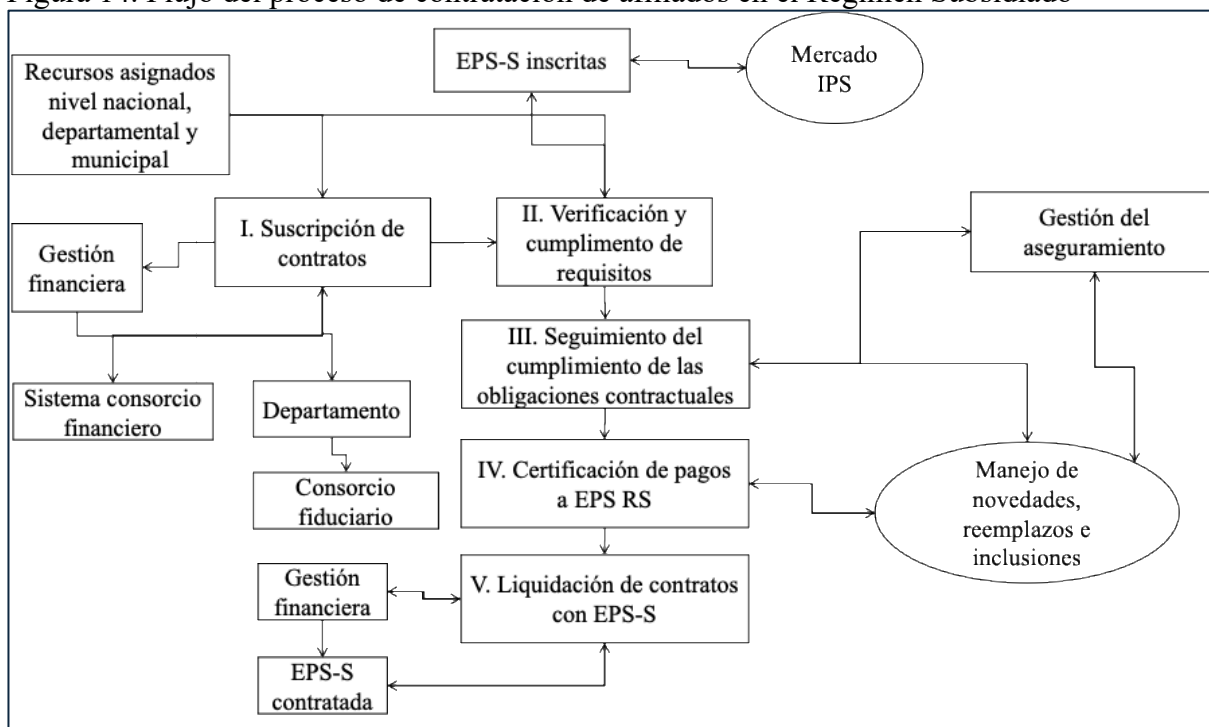
En el caso del régimen subsidiado la contratación se hacía por número de afiliados. Establecer el objetivo del contrato es relativamente fácil porque es contar individuos y registrar sus novedades. En la propuesta de la reforma que quiere adelantar en la actualidad el GNC la contratación es con la red prestadora por los servicios que preste a la población. Los contratos y su seguimiento son más complejos porque el objeto de contrato es más difuso. Las EPS construyeron un conocimiento alrededor de diferentes formas de contratación de servicios de salud y desarrollaron una institucionalidad para su seguimiento y aprobación que implica desde la pertinencia médica hasta los temas relacionados con el precio de los servicios de salud. Si fue difícil el proceso de contratación de afiliados en el régimen subsidiado ¿tendrán las entidades territoriales o el ADRES la capacidad para sustituir la capacidad adquirida en estos años por las EPS?

Durante el período de análisis la organización institucional para el pago de los servicios por fuera del plan de beneficios en el régimen subsidio se ajustó varias veces. Como el Plan Obligatorio de Salud (así se denominaba en esa época) era reducido, lo que no estaba incluido allí lo debían prestar los hospitales públicos según la capacidad que ellos tuvieran. Si las solicitudes de tutela incluían servicios que tampoco estaban cubiertos por el régimen contributivo estos servicios se la pagaban a la EPS-S con cargo a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

Las tutelas de régimen subsidiado por lo general son menos que las del contributivo aunque dependiendo del pagador han tendido a crecer. Estas representaron sólo una cuarta parte de

las que se presentaban contra EPS del contributivo en el período 2003-2005 (Defensoría del Pueblo, 2007).

Figura 14. Flujo del proceso de contratación de afiliados en el Régimen Subsidiado



Fuente: Ministerio de Protección Social (2009).

Con la sentencia C-463 de 2008 y la T-760 del mismo año, se creció el número de tutelas también en el régimen subsidiado y en 2011 ya representaban el 60% de las observadas en el contributivo: 23.158 vs 38.268 del RC) (Defensoría del Pueblo, 2012). Durante este período y como regulación adoptada en desarrollo de las ordenes de la Corte Constitucional, las tutelas eran pagadas también con los recursos de subsidio a la oferta, es decir, con recursos de las entidades territoriales. Las EPS-S debían presentar las cuentas a las entidades territoriales y, después de una auditoria, contratada por ellos, se le pagaba a las EPS. Muchas de estas cuentas hicieron parte de la ley de punto final aprobada en el Gobierno Duque.

4.4.1.2.1.3 Régimen Contributivo 2011 a la fecha

Como se mencionó antes, la operación financiera del régimen contributivo era y aún es simple. Los intervinientes siguen siendo exclusivamente ADRES (hasta 2016 el FOSYGA) y la EPS. Las transacciones son netamente digitales.

Frente a la operación del período anterior hay varios cambios significativos. Se sustituye parte de las cotizaciones por impuestos nacionales mediante la Ley 1607 de 2012 y se cambió la operación del proceso de compensación.

La financiación del régimen contributivo cambio sustancialmente con las normas aprobadas en la reforma tributaria de 2012. Para incentivar el empleo formal, vía la reducción de los costos de nómina, se creó en la Ley 1607 de 2012 el CREE, que es un impuesto adicional sobre la renta para la equidad. Mediante esta norma se sustituyó, para las personas jurídicas obligadas al impuesto de renta, el 8.5% que debían pagar como aporte patronal a salud por cada trabajador cuyo salario era menor de 10 salarios mínimos mensuales vigentes, por una contribución adicional del 9% en el impuesto de renta que debían pagar. A partir de la ley 1819 del 2016 este impuesto fue remplazado por la autorretención de renta con una destinación igual a la definida para el CREE³⁴.

El recaudo de esta nueva renta lo hace el Ministerio de Hacienda y lo transfiere a la ADRES. En el presupuesto inicial de la ADRES en 2024 esta renta representa cerca del 19% de la financiación del régimen contributivo. Vale decir que la intención es que el producido de esta renta debía sustituir el aporte patronal, pero, como ha pasado múltiples veces en la historia, el gobierno se compromete a aportar una parte de la financiación y luego va desmontando o reduciendo su compromiso³⁵. No obstante, vale destacar que en la actualidad y por orden de la Corte Constitucional el GNC ha aumentado sustancialmente su participación en la financiación del sistema, específicamente en el régimen subsidiado. En el régimen contributivo aporta lo suficiente para financiar la UPC que aprueba

Como se mencionó en el período anterior, el pago de las UPC del régimen contributivo se hace mediante el proceso de compensación. En el periodo de estudio hubo cambios en la entidad encargada del proceso ya que se elimina el FOSYGA y se crea el ADRES entidad que termina el proceso que se había iniciado en el FOSYGA, de retomar completamente las funciones de recaudo y compensación con la elaboración del proceso por parte del administrador fiduciario en 2011.

Hasta 2011 el instrumento soporte del proceso lo elaboraban las EPS y lo aprobaba el FOSYGA. A partir del 2011 (Decreto 4023 de 2011) lo elabora FOSYGA (después ADRES)

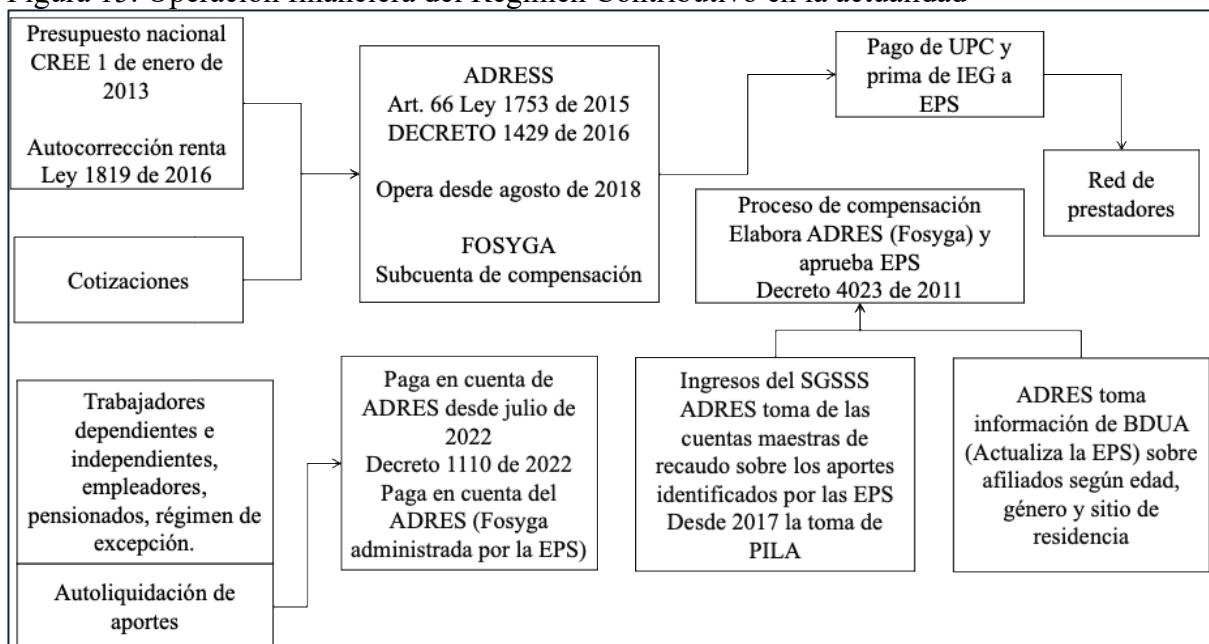
³⁴ Los 8 puntos se distribuyen así: 2.2 para el ICBF; 1.4 puntos al SENA; 4.4 para el sistema de seguridad social en salud. El punto adicional que se cobró durante los primeros tres años del impuesto fue destinado en un 40% para el financiamiento de instituciones de educación superior públicas, un 30% para nivelar el UPC del régimen subsidiado del sistema de salud y el 30% restante para inversión social en el sector agropecuario.

³⁵ En la creación del ISS en 1948 la financiación era tripartita, trabajadores, empleadores y gobierno. El gobierno nunca aportó. En la aprobación de la Ley 100 de 1993 el régimen subsidiado debía financiarse con un pari passu equivalente al monto que aportaran los afiliados del contributivo (punto de solidaridad) y las cajas de compensación. Este pari passu nunca se cumplió.

y lo aprueba la EPS. Este es un cambio sustancial porque la información base del proceso se toma de fuentes alternas y no la construyen las EPS.

La información de afiliados la toma de la Base de datos Única de Afiliados – BDUA que si es alimentada por la EPS, pero de manera previa y en proceso aparte del proceso de reconocimiento de la UPC. Y la información de recaudo era tomada de los mismos bancos soportado en la regulación especial que se estableció para las cuentas “maestras” de recaudo de ADRES que administraba cada EPS.

Figura 15. Operación financiera del Régimen Contributivo en la actualidad



Fuente: Elaboración propia

La regulación de las cuentas “maestras” pretendía efectuar un adecuado control y seguimiento a los recursos del FOSYGA que recaudaban las EPS por cuenta del sistema. Son cuentas bancarias que tienen previamente definidos el tipo de créditos y débitos que se pueden realizar y la información obligatoria que deben suministrar las entidades bancarias de acuerdo con las normas técnicas que defina, en este caso el Ministerio de Salud o el ADRES. La cuenta “maestra” de recaudo, por manejar exclusivamente los recursos del recaudo de cotizaciones del Régimen Contributivo, solo aceptaba como operaciones débito por transferencia electrónica, las que se destinaran a la cuenta maestra de pagos que debe mantener la EPS para recibir las UPCs o para la cuenta central de FOSYGA (ADRES) cuando

el proceso de compensación es positivo a favor del FOSYGA (Decreto 4023 de 2011)³⁶. La norma establece una obligación de permitir la consulta en línea de los extractos de estas cuentas y el envío de la información de los movimientos desde los bancos al FOSYGA (ADRES).

La figura de la cuenta maestra también se implementó a los pagos de las EPS a sus proveedores, supuestamente con el ánimo de hacerle seguimiento, teniendo en cuenta el debate del momento sobre el uso de los recursos de las EPS. En efecto, el Gobierno Nacional expidió en el mismo decreto 4023 de 2011, la obligación de las EPS de constituir cuentas maestras para los pagos que realicen estas entidades a prestadores y demás proveedores de servicios de salud autorizados. Específicamente la norma, artículo 2.6.4.3.1.1.9 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, establece:

“los pagos que realicen las EPS y EOC con cargo a los recursos que reconoce la ADRES deberán ser reportados a la ADRES por parte de las entidades financieras antes del día diez (10) hábil del mes siguiente. Para el efecto, las EPS y EOC tendrán una (1) cuenta maestra de pagos que genere la información en la estructura de datos definida por la ADRES. Estas transacciones deberán realizarse través de mecanismos electrónicos. De igual manera las EPS que operen el Régimen Subsidiado de salud deberán contar con la cuenta maestra de pagos según lo dispuesto en este artículo”.

Las EPS deben registrar los proveedores a los cuales se pueden realizar giros y esta información debe ser aprobada por ADRES previo a los giros. El Gobierno Nacional tiene la información necesaria para hacer seguimiento a los giros de las EPS, pero no se ha producido a la fecha ningún informe, por lo menos público, sobre los pagos.

Finalmente, ADRES, que opera desde 2017, cambia nuevamente la operación relacionada con el pago de las UPC y, en julio de 2022, asume completamente el recaudo de las cotizaciones³⁷35. En este sentido, ADRES hoy recauda de manera directa el 100% de las cotizaciones que deben pagar los diferentes aportantes en lugar de hacerlo de manera indirecta a través de las cuentas maestras de recaudo que manejaban, por delegación del FOSYGA y luego de ADRES, las EPS.

Ahora se muestran los cambios en la operación financiera de los recobros de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, NoPOS que se denominarán Servicios del Plan de

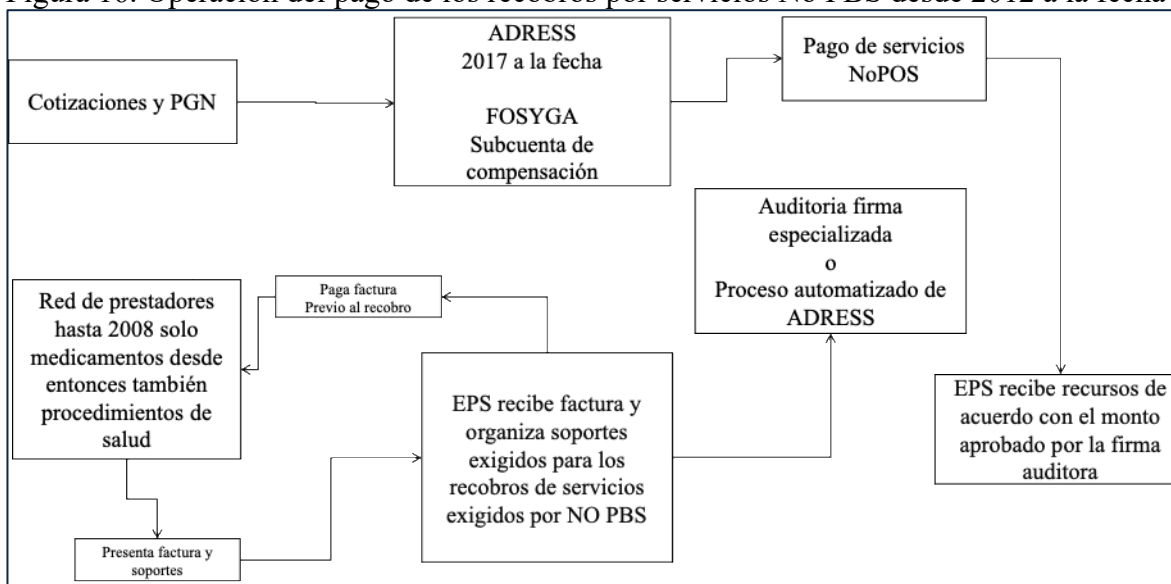
³⁶ Artículo 2.6.4.2.1.4 y siguientes del Decreto 780 de 2016.

³⁷ La Resolución 3342 de 2020 “Por la cual se definen y adoptan las especificaciones técnicas y operativas relativas a las cuentas maestras de recaudo y pago de los regímenes contributivo y subsidiado en salud”, modificada por las resoluciones 504 de 2021 y 858 DE 2021 de ADRES

Beneficios no financiados con UPC (PBS/noUPC) desde la Ley 1751 de 2015 o Ley estatutaria de la Salud.

Debido a la explosión de recobros que se generó como resultado de las órdenes de la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 y el escándalo de corrupción que se denunció en abril de 2011, el Gobierno Nacional adoptó durante 2011 varias normas encaminadas a desincentivar el crecimiento de los servicios NO POS. Dentro de estas se destacan las dirigidas al control de los precios máximos de recobro de medicamentos y la definición de una serie de servicios que en ningún caso serían pagados con los recursos del sistema (Ley 1450 de 2011). El resto fueron medidas administrativas dirigidas a aumentar los requisitos para el recobro, obligaciones que no se extendieron a toda la cadena (médicos, IPS y proveedores de medicamentos) lo cual, más que reducir la prestación de servicios NO POS, generó un aumento de la glosa para la EPS con el consecuente problema de liquidez el cual se acentuó desde marzo de 2011.

Figura 16. Operación del pago de los recobros por servicios No PBS desde 2012 a la fecha



Fuente: Elaboración propia

Es importante mencionar que la regulación del proceso de recobros es profusa. Cada año se expedían múltiples resoluciones con el objetivo de limitar, introducir nuevos requisitos o

ajustar algunos que causaban problemas en el flujo de recursos. Para ilustrar el tema en el 2021 se expidieron 17 resoluciones y en las 2022 15 resoluciones³⁸.

Se destacan dentro del maremágnum de normas las resoluciones Minsalud 1405 y 2851 de 2012, ADRES 41656 de 2019 y aquellas relacionadas con la aprobación y puesta en marcha de los presupuestos máximos, porque representaron la introducción de ajustes estructurales en la operación del proceso de pago de servicios PBS/noUPC. Durante este periodo también se aprobaron múltiples normas que establecieron mecanismos excepcionales para resolver glosas y reconocer y pagar deudas atrasadas como las expedidas en virtud del Decreto Ley 019 de 2012 y de la Ley 1608 de 2013 y las que se conocen como ley de punto final incluidas en la Ley 1955 de 2019, Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2018- 2022.

Con el objetivo de mejorar el flujo de recursos a las IPS, atascado en las demoras del trámite de auditoría, se expidió la Resolución 1275 de 2011, a través de la cual se autoriza al administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA, para que de manera previa al proceso de auditoría integral efectuó un pago parcial equivalente al 30% de la radicación de los recobros, para aquellas EPS que hayan presentado un promedio de glosa igual o inferior al promedio de glosa nacional de las últimas doce radicaciones objeto de auditoría integral. En 2012 la Resolución 1405 de 2012 el mecanismo de pago previo se amplió a todas las EPS y se incluyó el giro directo a las IPS. Estas medidas se repitieron en los años siguientes, con algunos parámetros diferentes y siempre para resolver problemas en el flujo de los recursos.

Así mismo, se expidió la Resolución 2851 de 2012 que eliminó la obligación de la EPS de pagar, previo al recobro, la factura a la IPS. La constancia de pago de la factura de venta o documento equivalente, para los medicamentos No POS suministrados de forma ambulatoria por los proveedores que cumplieran los requisitos previstos en dicha resolución, dejó de ser un requisito para la presentación del recobro. Solicitar el reembolso o solicitar el cobro era decisión voluntaria de la EPS. En el primer caso es la EPS la que asume el retraso de ADRES. En el segundo caso es la IPS la que asume el costo financiero de las demoras.

En el 2017 ADRES inició operaciones asumiendo, para efecto del estudio de las solicitudes de reembolso y recobro tanto de servicios PBS/no UPC como de los servicios prestados por IPS que se financiaban con recursos del FONSAT, el empalme entre un consorcio auditor con experiencia de más de 5 años y un nuevo consorcio cuyo contrato finalmente se concretó a mediados de 2017, a penas 3 meses después del inicio de ADRES. Tal vez la coyuntura institucional y la inexperiencia de las dos entidades, el consorcio auditor nuevo no pudo asumir eficientemente el proceso. Durante el segundo semestre de 2017 no logró aprobar

³⁸ En 2011 Resoluciones 5, 20, 65, 456, 1020, 1089, 1275, 1383, 1697, 2064, 2256, 43,16, 4475, 4752, 4955, 6162. En 2012 Resoluciones 28, 782,1153, 1405,1701,1822, 2492, 2569,2851, 2977, 3315, 3408, 4251, 4452 y 4494.

ningún proceso y los pagos de los recobros se empezaron a atrasar. Aunque funcionaba la figura del pago previo a la auditoría con unos porcentajes promedio de 30% de los recobros presentados, el grueso del monto solicitado de empezó a acumular.

Para enfrentar el grave problema de flujo de recursos, en febrero de 2018 se aumentó el porcentaje de pago previo a 70%. El enredo jurídico con el contratista se mantuvo hasta febrero de 2020, cerca de 2 años, por lo cual ADRES, ante la imposibilidad jurídica de tener un contratista nuevo para la misma función adoptó varias líneas de acción: (i) Se incluyó en la Ley del Plan de Desarrollo normas para permitir que en la Ley de punto final se permitiera pagar también los recobros afectados por la auditoría; (ii) Se autorizó a la Nación a pagar las sumas acumuladas con crédito público y (iii) Se estableció la figura de Presupuestos Máximos. Además, desde el punto de vista operativo, se diseñó un nuevo proceso de auditoría operado e implementado con recursos internos de ADRES.

La Ley de punto final aprobada en la Ley del Plan 2018-2022, pretendió resolver las deudas por recobros de servicios no financiados con UPC del pasado que no hubieran prescrito y que estuvieran en procesos judiciales, el pago de los recobros afectados por el conflicto con la firma de auditoría (presente) y sustituir la figura de los recobros y eliminar el trámite tortuoso del reconocimiento y pago de facturas por servicios cuya responsabilidad de pago era ADRES por la asignación de un presupuesto máximo que se le otorgaba a cada EPS contra el cual debían pagar una lista de servicios previamente definidos. Desde el punto de vista del tema de estructura institucional sólo la implementación de los presupuestos máximos cambia la operación financiera y por tanto se presenta más adelante un detalle de la experiencia observada a la fecha.

Por último, la última línea de acción que se desarrolló para resolver los problemas generados por el conflicto con la firma auditora, ADRES, ante la imposibilidad jurídica de contratar una nueva firma hasta tanto no se resolviera el contrato, resolvió diseñar un proceso de auditoría que se desarrollara con el recurso humano y tecnológico interno. Este proceso, aprobado finalmente mediante la resolución ADRES 41656 de 2019, clasifica las solicitudes de recobro en dos grupos: aquellas tecnologías recobradas principalmente ambulatorias cuya validación podía aprovechar la existencia de bases de datos oficiales contra las cuales se podía contrastar la información y, un segundo grupo, que no tenía esa posibilidad entre otras porque exigía como soportes documentos no procesados en bases de datos oficiales tales como actas de juntas médicas, fallos de tutelas entre otros.

El proceso automático de auditoría fue un buen instrumento, pero llegó a finales de 2019 e implicó un trabajo adicional de las EPS para reprocesar todas las solicitudes que se acumularon en casi dos años. Los recobros de mayor antigüedad o sobre los cuales no existía forma de validar en las bases de datos les tocó esperar hasta el nuevo contrato.

Vale mencionar que el proceso de auditoría automatizado aprovechó, para los recobros radicados a partir de 2019, la implementación de MIPRES, plataforma denominada Mi Prescripción en Salud, aprobada mediante resolución 1885 de 2018, que facilitó la información de los recobros en 2019 en adelante porque recopila la información de la tecnología NO UPC desde el momento mismo de su prescripción (se aplican validaciones de códigos y coberturas) y la información de la dispensación y recepción y pago de las facturas por parte de las EPS. La plataforma MIPRES

Hoy en día a pesar de la implementación de los Presupuestos máximos, siguen presentándose recobros de servicios y tecnologías No financiados por UPC ni por presupuestos máximos. Aunque son una muy pequeña porción ADRES debe continuar realizando el proceso de reconocimiento y pago de recobros de la misma manera como se diseñó en la resolución ADRES 41656 de 2019.

La implementación de la figura de presupuestos máximos eliminó el complejo proceso de los recobros, aunque ellos sigan existiendo para un grupo ya muy reducido de servicios. En lugar de solicitar el recobro de un servicio que no estaba financiado con la UPC el Gobierno decidió trasladar a las EPS un presupuesto anticipado contra el cual se pagan los servicios no financiados con la UPC y le solicita que ayude a gestionar su prestación, pero no se delega el riesgo financiero lo cual significa que, en caso de que el PM sea insuficiente, corresponde al Sistema, vía la ADRES, pagar la diferencia. En este caso, al igual que en la figura de recobros, el Estado mantiene su responsabilidad como garante y financiador del bien o servicio solicitado.

No obstante, lo observado en los 3 años de operación de la nueva figura, aunque se ha presentado déficit, el cubrimiento de dicho déficit es muy demorado y no ha sido completo. El déficit observado en el 2020 solo se cubrió en su totalidad en el 2021 y el del 2021, sólo se terminó de pagar tres años después.

La definición del monto del PM adolece de múltiples problemas porque no utiliza técnicas actuariales sino una valoración del gasto incurrido cuya información está en la plataforma MIPRES la cual tiene problemas de calidad en la traza desde la prescripción hasta su suministro. Además, los servicios los valoran por unos valores de referencia que calcula el MSPS y no por su valor real. Dichos precios tampoco son obligatorios para toda la cadena, pero si lo son para la EPS al momento de definir el monto del PM. Esto significa que a la EPS no se le reconoce el costo real de estos servicios los cuales debe financiar con recursos propios mientras se surte la discusión con el Ministerio de Salud y este reconoce la deuda y define el monto a pagar.

Desde el punto de vista de la operación del flujo de recursos de presupuestos máximos en ADRES el proceso es sencillo. ADRES gira cada mes los recursos de PM que estén

aprobados. Con esta figura el problema que argumentan las EPS es que el PM no es suficiente para cubrir todas las prestaciones por lo que se afecta el flujo de los recursos a los prestadores poniendo en riesgo la viabilidad del sistema.

La figura de los PM ha generado controversia. El Gobierno Nacional cree que las EPS están en la obligación de hacer gestión sobre la prescripción y las EPS consideran que las normas actuales no les permiten hacer de manera eficiente dicha gestión. Lo que está proponiendo el Gobierno sobre la transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida tiene una alta similitud a la forma como operan la institucionalidad de los presupuestos máximos.

Hoy las EPS respecto a los servicios incluidos en los Presupuestos Máximos:

- i. No asumen riesgo financiero,
- ii. Deben, supuestamente, hacer gestión integral del paciente y su patología
- iii. El servicio es prescrito por el médico tratante en MIPRES
- iv. La EPS debe gestionar el suministro y disposición del servicio que puede ser en la misma IPS, en otras de otro nivel o en un proveedor de tecnologías y medicamentos
- v. Están definidos valores de referencia para las tecnologías incluidas en PM
- vi. La EPS recibe la factura, la estudia y aprueba o cuestiona hasta su aprobación vii. La EPS solicita pago o solicita el pago a ADRES (cuando hay déficit).

Frente al papel de las Gestoras la diferencia frente a los PM podrían ser dos temas: el primero es la definición de las tarifas que serían obligatorias para toda la cadena y, segundo, la factura, que debería ser emitida a nombre de ADRES, que la EPS no la paga en ningún caso. Sólo la audita, con criterios que deberán ser previamente definidos por ADRES, y emite su concepto de si debe o no ser reconocida.

La experiencia de los presupuestos máximos ilustra que este arreglo institucional no favoreció la eficiencia en el gasto. Aunque su nombre decía máximo, el gasto se continuó desbordando y, al final es ADRES quien asumió el riesgo financiero después de muchas discusiones y explicaciones. Aún están en discusión los déficits de 2022 y 2023. Si la prescripción es automática, las tarifas van a ser definidas en un manual de obligatorio cumplimiento, entonces ¿cuál es el papel de las Gestoras en el tema de la eficiencia del gasto?

4.4.1.2.1.4 Régimen Subsidiado 2011 a la fecha

La operación del régimen subsidiado cambió sustancialmente a partir de 2011. Las principales modificaciones introducidas por los decretos 971 de 2011 (modificado por los Decretos 1700 y 3830 del mismo año) y en el Decreto 4962 de 2011, son:

- Se centralizó la gestión de la totalidad de los recursos destinados al RS en el FOSYGA. El 60% de la financiación del RS proviene de rentas departamentales y municipales

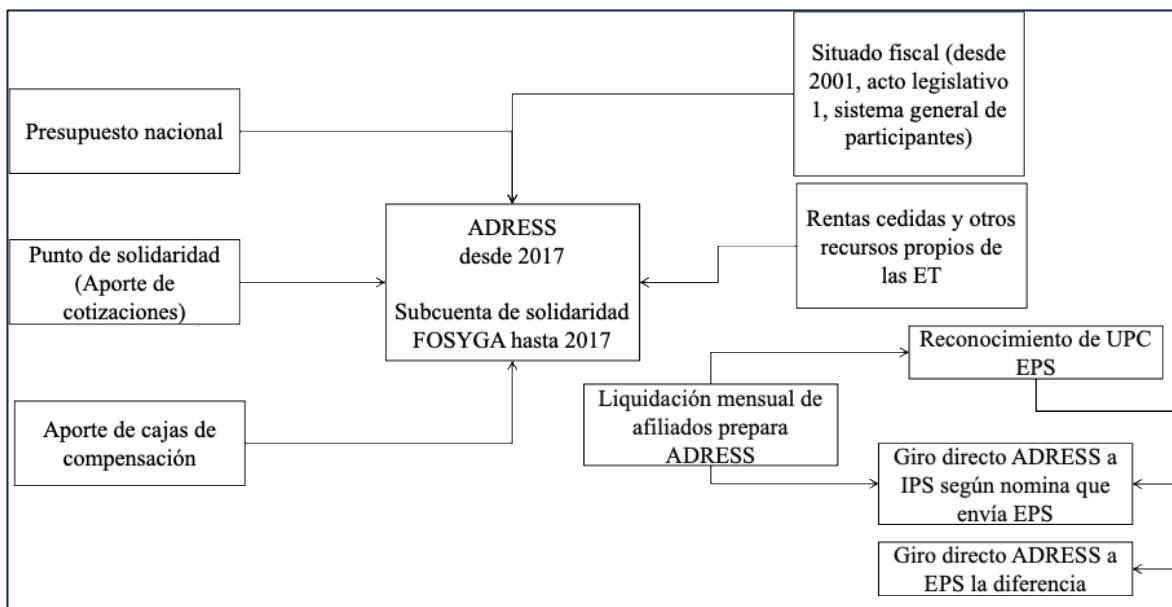
que ahora se concentran en ADRES. Los recursos de las entidades nacionales de propiedad de las entidades territoriales como lo son el SGP (sistema General de Participaciones), ETESA (Empresa Territorial para la Salud), recursos del IVA y regalías. No cambió su titularidad pero se estableció que las entidades correspondientes deben girar al FOSYGA la parte correspondiente a la financiación de las UPC del RS.

- Los recursos propios que las ET destinan a salud se dejó en principio voluntario (2010) pero a partir de noviembre de 2017 la ADRES inició el recaudo de recursos de rentas cedidas y otros propios de las Entidades Territoriales de acuerdo con lo establecido en la Ley 1753 de 2015 reglamentada por el Decreto 1647 de 2017. Hoy ADRES debe tener cuentas independientes por cada una de las entidades territoriales y desde allí se hace el giro de las UPC.

En los primeros años de esta medida FOSYGA giraba lo correspondiente a la renta del SGP y las propias del FOSYGA (punto de solidaridad y aportes de la nación y de las cajas de compensación). La EPS debía esperar que el municipio completara con una doceava los recursos que ya había girado el FOSYGA. En el momento ADRES también recauda los aportes propios que han destinado las ET.

- Las entidades territoriales deben realizar todos los registros presupuestales correspondientes tanto en el ingreso como en el pago de las UPC con la figura de sin situación de fondos en tanto ni el crédito ni el débito se hace desde las cuentas de los fondos departamentales ni municipales de salud.
- Se estableció el giro directo de la UPCS a las EPSS y a las IPS de la red de las EPSS. El primer giro directo se estableció en el con el Decreto 1038 de 2010 que fue derogado en el momento que se declaró inexecutable el Decreto legislativo 302 de 2010. El instrumento de giro directo se masificó con los Decretos 971 y 1700 de 2011.
- Se eliminaron los contratos de aseguramiento entre el municipio y la EPSS como requisito para el giro de la UPC que generaba una carga operativa compleja y retrasaba el flujo de los recursos.

Figura 17. Operación del pago de UPC del Régimen Subsidiado desde 2012 a la fecha



Fuente: Elaboración propia

Mensualmente ADRES prepara LA LIQUIDACION MENSUAL DE AFILIADOS que contiene la liquidación del monto a reconocer por UPC a cada una de las EPS en todo el territorio nacional. El monto de las UPCS a pagar a las EPSS se establece con los afiliados cargados y validados en BDU (Base de Datos Única de Afiliados) del mes anterior.

Simultáneamente las EPS deben enviar la nómina de IPS a las que le debe girar los recursos aprobados en la liquidación. Las IPS han tenido que registrar previamente en ADRES la información bancaria a donde ADRES realiza la transferencia. La nómina incluye la información de la IPS, los datos bancarios y el monto del pago. En esta nómina se incluye la red pública a la cual se le transfiere un valor por afiliado equivalente al 60% de la UPC.

Dentro de los diez primeros días de cada mes ADRES prepara la Liquidación y realiza las transferencias a la red de IPS de la EPS y a la EPS misma.

El trámite de pago de la UPC del régimen subsidiado es fácil no hay auditorías de servicios, simplemente la verificación de los afiliados a cargo de la EPS tomada de la Base de datos Única de Salud (BDUA) y con el valor de UPC que le corresponde a cada uno de ellos está listo el monto a pagar que se distribuye a la lista de IPS que le envía la EPS. No hay recepción de cuentas, tramite de reconocimiento, verificación de soportes, que es lo que complica el flujo de los pagos como ocurre con el proceso de recobros y reclamaciones de servicios a la ADRES.

Respecto de los servicios PBS/NOUPC del régimen subsidiado se cambió su pagador. Desde 2019 ADRES asumió su pago lo cual tuvo como consecuencia un aumento sustancial. Un tercer pagador lejano al prestador elimina la sensación de supervisión y aumenta el gasto.

4.4.1.3 Administradora de Recursos de la salud - ADRES

La principal institución articuladora de la función de financiamiento del SGSSS es Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES. Es a través de esta entidad que se recaudan y transfieren a los distintos receptores los recursos del sistema. ADRES es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, creada mediante la ley 1753 de 2015 (artículo 66) reglamentado por Decreto 1429 de 2016 y para las reglas que definen su operación por el Decreto 2265 de 2017.

Su objeto es administrar los recursos que en el momento de su creación eran parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), los del Fondo de Salvamento y Garantías del sector salud (FONSAET) y los demás recursos que financian el aseguramiento en salud. También administra por cuenta de las entidades territoriales los recursos que estas deben destinar al régimen subsidiado. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), las rentas cedidas, el producto de los juegos de suerte y azar y los recursos propios. Estos recursos deben manejarse en cuenta independientes por cada una de las entidades territoriales ya que las entidades territoriales no pierden la titularidad del recurso. ADRES sólo gestiona los pagos por cuenta de las entidades territoriales. Corresponde al respectivo fondo local, distrital o departamental de salud presupuestar y ejecutar, sin situación de fondos, estos recursos

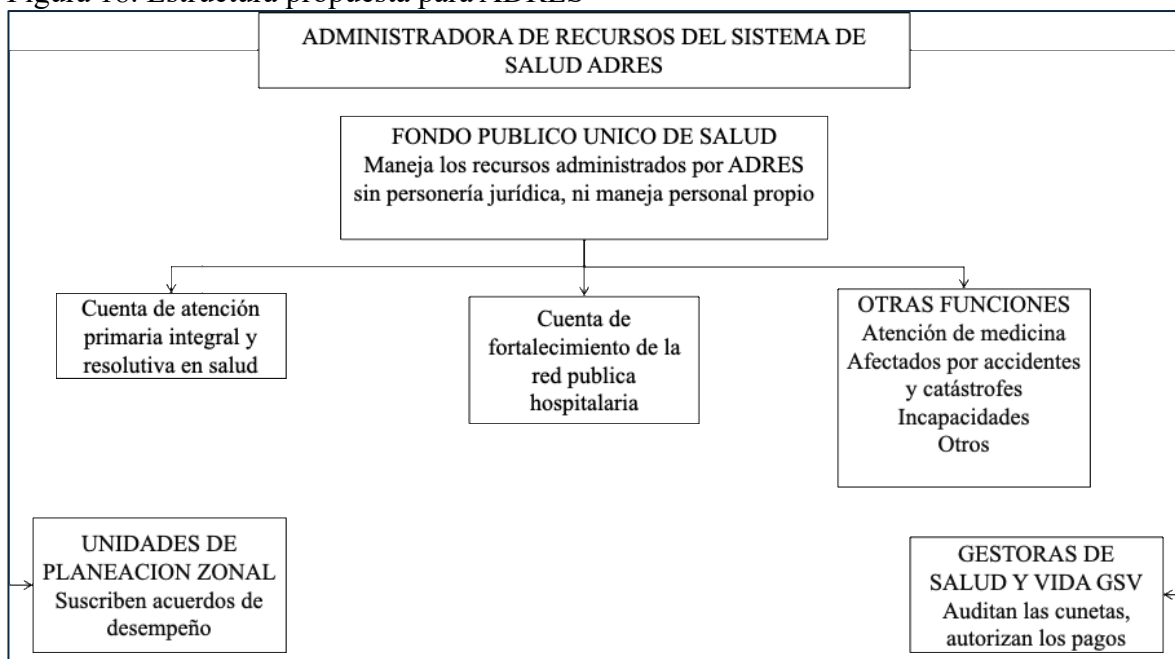
Contrario a la operación del FOSYGA que tenía cuentas separadas para régimen contributivo, subsidiado, promoción y eventos catastróficos que le quitaba flexibilidad al manejo de excedentes que podían solucionar déficits en los gastos de otras subcuentas, los recursos administrados por ADRES hacen unidad de caja, excepto los recursos de propiedad de las entidades territoriales que, como se mencionó, deben manejarse en cuentas separadas porque siguen siendo de la ET y no del ADRES. La ejecución de los recursos se hace por conceptos y en su distribución debe dar prioridad a los gastos del régimen contributivo y subsidiado.

En el proyecto de ley ADRES continuará siendo el eje central de la función de financiamiento del nuevo sistema y se denominará “Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES”. No obstante, el proyecto crea simultáneamente el Fondo Único Público de Salud (FUPS) dentro de ADRES, porque no se le reconoce personería jurídica ni patrimonio independiente. Los recursos, según la propuesta de texto de reforma acordada con las EPS,

“serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES y serán manejados como un Fondo Único Público de Salud” (destacado fuera de texto)³⁹.

La figura 18 muestra cómo sería la institucionalidad del ADRES con el FUPS y dos entidades externas que le apoyarían en su función de auditoría.

Figura 18. Estructura propuesta para ADRES



Elaboración propia

No se encuentra en el Proyecto de ley 339 de 2023 ni en ningún otro documento oficial la justificación para la creación del FUPS que además no parece tener más función que la de definir que tendrá dos cuentas especiales a las cuales se le asignan recursos de destinación específica y por tanto no harán unidad de caja con el resto de los recursos.

Si la intención es definir cuentas especiales, las podría crear dentro de ADRES. La experiencia del cambio de FOSYGA a ADRES puede dar elementos para dar prioridad a un gasto determinado sin que se genere una inflexibilidad en el manejo de los recursos. Como se comentaba antes, la solución fue la de establecer que la ejecución de los recursos se hace por conceptos dando prioridad en su distribución a los gastos del régimen contributivo y subsidiado. ADRES al preparar el presupuesto de gastos garantiza que las fuentes de recursos

³⁹ Según la RAE Administrar en relación con bienes es “Ordenar, disponer, organizar” Manejar es “usar, utilizar, emplear.

que tienen destinación específica se asignen a la destinación para la cual fue creada y si hace falta para cubrir primero los costos de UPC y demás prestaciones lo toma de otros recursos. Luego asigna el resto de los recursos a los otros conceptos. De esa manera se garantiza la destinación de la fuente y la prioridad del gasto.

Ahora bien, la creación de cuentas separadas crea problemas de inflexibilidad en el manejo de los recursos. En caso de existir superávit en una de esas cuentas especiales no se podrían utilizar para apoyar la financiación de otros gastos en los que puede requerirse porque los recursos restantes no son suficientes. A manera de ejemplo, se genera un excedente en la cuenta de fortalecimiento de la red pública porque los proyectos de inversión a los cuales se les había asignado recursos no pudieron ser contratados, estos no se pueden transferir a apoyar los pagos de servicios prestados de mediana y alta complejidad porque la norma no lo permitiría. Esta es una de las críticas de expertos del sector. Según Augusto Galán, director de Así Vamos en Salud el problema de regresar al modelo del Fosyga, “si se puede llamar así el Fondo Único que está planteando este Gobierno” es que básicamente se acabaría con el aseguramiento. “Por una parte, porque distribuye recursos de manera segmentada y manera rígida y en segundo lugar, porque no hay una destinación de recursos clara para pacientes que ya están con patologías graves”⁴⁰

Las funciones de la nueva ADRES, sin la creación del FUPS, sería suficientes para cumplir el objeto de ser pagador único en el sistema de salud. Eso sí, tendría que fortalecerse en infraestructura, talento humano, tecnología y procesos, para que pueda cumplir el reto con eficiencia. Hay que revisar la experiencia tortuosa del trámite de cuentas de cobros de servicios NO PBS y de reclamaciones de servicios prestados por las IPS en caso de accidentes de tránsito por vehículos fantasmas cuyo trámite de recepción, auditoría y pago es lento por la cantidad de soportes exigidos. Aunque la ADRES implementó procesos especiales semiautomatizados aún tiene cuentas que debe verificar manualmente. Y el número de cuentas para revisar es infinitamente menor a lo que se esperaría en el nuevo modelo.

En el documento del proyecto de ley estimaba que la ADRES tendría que procesar 156 millones de cuentas: “Para la estimación de los costos, los cálculos parten de la necesidad de revisar y reconocer un promedio de tres atenciones especializadas y hospitalarias por ciudadano al año, que a su vez incluyen un grupo de servicios (un promedio de seis a siete ítems, aunque con gran dispersión) como parte integral de la atención. El estimado supone en consecuencia aproximadamente 156 millones de cuentas médicas que deben ser auditadas y reconocidas anualmente.”. En la versión más reciente del proyecto de ley, esta tarea la deben realizar las GSV aunque, como el ordenador del gasto es el representante legal de

⁴⁰ Según lo dicho a Portafolio por Augusto Galán, <https://www.portafolio.co/economia/gobierno/reforma-a-la-salud-crece-preocupacion-por-el-fondo-unico-del-sistema-593290>

ADRES, tendrá que verificar que el trabajo de las GSV es correcto para lo cual se le permite contratar auditorías posteriores a la gestión de las GSV.

El artículo 9 de la propuesta de ley, que es el mismo artículo aprobado en la Cámara de Representantes, contiene el detalle de todas las funciones que deberá adelantar la ADRES. Para un mejor entendimiento se clasificaron en las relacionadas con la administración de los ingresos, los pagos, las funciones de auditoría, la gestión de información y la obligación de hacer seguimiento y evaluación y las propias de su gestión.

Cuadro 11. Propuesta de funciones de la Administradora de Recursos del Sistema de Salud - ADRES

Ingresos
1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al FUPS
2. Administrar los recursos del FUPS, que financian el Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la ley.
3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET.
Pagos
4. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta.
5. Realizar los giros de las asignaciones a los CAPS o a las instituciones de las que dependan o los operen.
21. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las GSV, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.
19. De conformidad con los lineamientos definidos por el MSPS, aplicar unidades de pago per cápita diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.
20. Establecerá, en coordinación con el MSPS, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.
23. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el MSPS ordene.
24. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la ADRES a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.
Funciones de auditoría

8. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.
17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las GSV.
Gestión de la información, seguimiento y evaluación
7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.
9. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.
13. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimiento del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.
18. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para la sostenibilidad del sistema de salud.
Funciones relacionadas con su gestión administrativa
6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente Ley.
10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.
11. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.
12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.
14. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar, la administración del FUPS. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Los recursos administrados del FUPS destinados a garantizar los servicios de salud seguirán siendo administrados bajo el régimen privado.
15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema

General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.
16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el SOAT y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.
22. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.

Fuente: Clasificación propia

De la lista exhaustiva de funciones se destacan las que hoy no realiza la ADRES. La identificación se hace tomando la operación ordinaria ya que la redacción de las funciones contenidas en las normas que hoy regulan la ADRES son enunciados generales. No se incluyen acá las relacionadas con el cambio en la forma de pago de UPC a presupuesto o pago de cuentas médicas que se analizaran en la parte correspondiente a usos y fuentes del nuevo sistema.

Se destaca la función reguladora que se le asigna al darle la capacidad de “establecer” el régimen de tarifas y mecanismos de pago de los servicios de salud. Al ser función reguladora debería ser competencia del MSPS y no de ADRES que simplemente debería verificar el cumplimiento de estos en las cuentas que se sometan a su consideración.

Hoy la ADRES cuenta con firmas auditoras para revisar las pocas cuentas que de recobros que hoy todavía le llegan. Para el efecto cuenta con un manual de auditoría que de manera muy detallada define cuales son los soportes que se deben verificar y cuales criterios debe aplicar. ADRES tendría que ampliar ese manual de auditoria para que también lo aplique las GSV. Aunque ellas deberán realizar la auditoria no podrán utilizar sus propios criterios, los que hoy usan en su gestión como EPS. No, estas deberán aplicar lo que el pagador único solicite para verificar la procedencia del pago, reconocerlo y pagarlo. Las GSV serían firmas auditoras y el mandante es el pagador que debe estar razonablemente seguro de la veracidad de la obligación.

Del repaso de la historia de la organización institucional para el manejo de los recursos se podría concluir lo siguiente:

- La ADRES ya actúa como pagador único de los recursos.
- El giro directo está operando desde 2010 cuando aplicó de manera obligatoria para todas las EPS del régimen subsidiado. Ya se probó esa figura, las EPS no se quedan con la plata, como se argumenta para justificar la ampliación de la medida. Desafortunadamente y a pesar del giro directo las deudas de las EPS

con la red de prestación de servicios son altas. ¿El problema del flujo de recursos, por lo menos, en el subsidiado fue resuelto con el giro directo? ¿No se está desconociendo la causa verdadera de los problemas en el flujo de los recursos? ¿No será por el contrario un problema de insuficiencia de la UPC?

- 1.1 El régimen subsidiado aplicó los contratos de aseguramiento para el pago de las UPC que, por la baja capacidad de muchas entidades territoriales eran un cuello de botella para el normal flujo de los recursos. En la propuesta inicial de reforma se regresaba a la suscripción de contratos o convenios entre la institucionalidad que se creaba en las regiones y la red de prestadores. En la versión última se exigirá la suscripción de acuerdos de desempeño que, afortunadamente, se propone sean suscritos por las GSV con los prestadores y las Direcciones de salud territorial solo tendrán una revisión y poder de veto posterior. No obstante debería precisárselas responsabilidades y el alcance de la gestión de los GSV.
- 1.2 ADRES como pagador único tendrá que organizar un proceso que se podría asimilar al de recobros de servicios NOPBS. La experiencia no es buena en términos de oportunidad y eficiencia aún con un proceso semi automatizado que se aplica desde 2020. La magnitud de las cuentas revisadas hoy es mínima. Con la reforma serían millones de cuentas. Aunque ahora ADRES aplica un proceso automático, que resolvió un problema con la firma auditora en su momento, deberá ajustarlo para garantizar el proceso eficiente de las magnitudes previsibles.

4.4.1.4 Ajuste en los mecanismos de asignación de los recursos

La reforma planteada por el Gobierno introduce un cambio fundamental en la estructura financiera de la salud para adaptarla al nuevo Sistema de Salud que se soporta en subsidios a la oferta y en el pago de atenciones que se prestan a la población en lugar de los subsidios que garantizan el acceso a un seguro de salud que es propio del Sistema General de Seguridad Social actual.

Los subsidios a la demanda del SGSSS son los que se otorgan para financiar el seguro de salud a que tienen derecho los habitantes del país. Este se materializa en el pago de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que define el Gobierno en el mes de diciembre de cada año que equivale a la prima del seguro público de salud que da derecho a unos servicios y tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios financiada con la UPC (PBS/UPC), en caso de requerirse en un evento de enfermedad o cuando ellas son prestadas en desarrollo de programas preventivos. Estos son los subsidios a la demanda más importantes que operan en el SGSSS.

También son subsidios a la demanda el pago de los recobros o los que se pagan a través de los presupuestos máximos. En este caso cuando se paga un servicio no incluido en el PBS se paga al prestador el costo de ese servicio que recibió una persona determinada. No se está pagando la nómina al prestador. Si el servicio no se presta no se paga nada. Eso también es subsidio a la demanda que se materializa sólo al momento de usar el servicio.

Los subsidios de oferta son subsidios que entrega el gobierno a los prestadores para financiar los costos de producción del servicio y ponerlo a disposición de las personas que quieran usarlos. Es independiente del número de servicios y de la situación socioeconómica de las personas que lo usan. Simplemente se podría considerar algo así como un pago por disponibilidad del servicio, no por cada uno de los servicios prestados a una persona definida. Los subsidios de oferta se definen en función de los costos de prestación del servicio de acuerdo con la oferta de recursos humanos e infraestructura, independientemente de las necesidades de salud o la demanda real de la población. Los subsidios de oferta se concretan en la transferencia que se hace para pagar el presupuesto de la institución.

Los subsidios de oferta se usan en la actualidad cuando se transfieren recursos a los hospitales públicos para “completar la financiación de su presupuesto” cuando la venta de servicios no es suficiente. Otro ejemplo es el pago que se realizó durante la pandemia de COVID 19 a ciertos prestadores para que no cerraran los servicios ante la determinación de no permitir su utilización para evitar el contagio de los pacientes durante la etapa más fuerte de la pandemia.

El proyecto de reforma cambia sustancialmente el uso de los recursos. El SGSSS se basa principalmente en la entrega de recursos de subsidios a la demanda vía la financiación del seguro público de salud y el pago de la prima de ese seguro UPC (95% del presupuesto asignado al aseguramiento), o en menor proporción, subsidiando los servicios de afiliados que requerían tecnologías no incluidas en el PBS/UPC, primero presentando las cuenta al FOSYGA y luego, a través de la definición de un presupuesto que se le anticipa a las EPS para que con cargo a él paguen las tecnologías NOPBS/UPC (5% del presupuesto asignado al aseguramiento).

La reforma distribuirá y asignará los recursos a la oferta vía la financiación directa de los presupuestos de las instituciones prestadoras o, similar a los recobros del NOPBS/UPC, vía el pago de los servicios que se le facturen a ADRES por los servicios de mediana y alta tecnología. Este tipo de pagos pasaría de 5% (equivalente a los recobros NOPBS/UPC y PM) a cerca del 60% del gasto esperado en servicios de salud.

El cambio, desde el punto de vista de mecanismos de asignación de recursos, es sustancial por su impacto en la gestión financiera de los recursos. Mientras en el SGSSS quien asumía el riesgo financiero era la EPS que cubría las desviaciones de frecuencia (estimación de probabilidades de las cantidades de tecnologías o servicios que se van a entregar a los

afiliados que los requieran) o en la severidad (costo promedio de las tecnologías) con los ingresos por UPC que recibía. En el nuevo sistema quien debe asumir el riesgo financiero es ADRES que debe pagar todas las cuentas por servicios de salud que se le radiquen para pago una vez realizado el trámite de su reconocimiento.

El déficit que se genera en un año en la UPC lo asumen las EPS contra su patrimonio. El que se genera en el PM lo tiene que asumir el ADRES como va a pasar con los pagos de los servicios de mediana y alta tecnología en la reforma. Hoy la UPC es la prima del seguro público y obligatorio que administran las EPS. El PM es un presupuesto, se transfiere mensualmente como un anticipo para gastos no incluidos en el seguro.

La suficiencia o no, o sea, la posibilidad que se genere déficit en la UPC depende de los indicadores que se usan en las proyecciones para estimar, con el menor error posible, el número de atenciones que se van a prescribir y su costo. Se debe considerar el envejecimiento de la población, el perfil de enfermedades crónicas, la probabilidad de aparición de picos de enfermedades transmisibles (como lo pueden ser los respiratorios o algo más complejo como lo fue el chikunguña o el Covid19 ya en su fase endémica), la mayor disponibilidad de tecnologías cada vez más costosas o el comportamiento de los precios de las tecnologías disponibles que en Colombia, en un gran porcentaje, son importadas y por tanto dependen de la devaluación(Paredes, 2024).

Estudios sobre la bondad del cálculo de la UPC muestran que ha estado subestimada haciendo que el coeficiente de costo médico sobre los ingresos por UPC sea superior en por lo menos 4 puntos porcentuales al definido por el Ministerio de Salud al momento de aprobar la UPC⁴¹ por lo que sería necesario mejorarse incluyendo otras variables que tomen en cuenta el gasto que se concentra en los enfermos crónicos y de alto costo(Riasco, spi).. El mayor gasto ha estado siendo financiado por el patrimonio de las EPS poniéndolas cada vez en problemas financieros. El déficit de un año no puede ser cobrado al sistema porque asumirlo es parte de su función de aseguradora.

En el cálculo del PM se hace una estimación matemática del número de servicios o productos incluidos en una lista que pueden ser prescritos por los médicos tratantes de la IPS que le realiza el tratamiento. Si el presupuesto no alcanza ese mayor gasto lo debe pagar el Sistema y no la EPS. La EPS de alguna manera debe “prestar” el recurso que obligatoriamente le debe ser reembolsado. Si la EPS no dispone de recursos le toca al prestador de la tecnología “financiar” al Sistema mientras el Gobierno acepta el ajuste, lo aprueba y lo paga. Esta es otra forma como podría operar el nuevo sistema al incluir a las GSV en el proceso de organizar la red.

⁴¹ Tomado de presentación de NUMERIS en el foro de ANIF “Backtesting de UPC y de Siniestralidad del Régimen Contributivo de Salud” Por: Wilson Mayorga, 9 de junio de 2023.

Aunque el Gobierno quería controlar el crecimiento desmesurado del PBS/NOUPC trasladando la gestión de dichas prestaciones a las EPS, no lo logró en tanto no le transfirió la capacidad de gestionar el servicio. Las tecnologías una vez prescritas y radicadas en la plataforma del MSPS dispuesta para el efecto MIPRES no puede ser cuestionada. El gasto no disminuyó por lo que el MSPS decidió aumentar rápidamente los contenidos del PBS/UPC para que fuera la EPS quien asumiera el riesgo financiero. El incentivo es controlar par que la UPC que se defina sea sostenible.

La estimación de los subsidios de oferta puede ser más fácil en tanto requiere la preparación y revisión una vez al año de un presupuesto de gastos. La desventaja es que no hay incentivos a una buena gestión en tanto el ingreso no depende de los servicios que se presten.

Ahora bien, el proyecto de ley en su artículo 26 establece que el MSPS debe calcular una UPC que incluya todos los servicios y ésta debe ser suficiente. No es muy claro cuál es la función de esta proposición si el gasto se va a asignar en función del presupuesto de funcionamiento de los CAPS y del pago de servicios a los afiliados.

En efecto, el artículo 26 del proyecto establece:

“Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud.

Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social destinará los recursos de la UPC así:

1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean

pertinentes. La financiación de la Atención Primaria en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley.

2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.

Parágrafo 1. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Gobierno Nacional dispondrá recursos financieros para asumir costos y gastos derivados de la misma.

Parágrafo 2. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del per cápita destinado a la Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 3. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del per cápita definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad⁴²

La UPC es una prima de riesgo, lo que conduce a una inquietud ¿Será que esta definición es la base para la establecer un presupuesto máximo para el sistema de salud que deberá garantizar el Ministerio de Hacienda y que es el ADRES quien deberá asumir con su patrimonio el riesgo financiero del sistema?

El mecanismo de asignación de los recursos debería generar los incentivos adecuados para hacer eficiente el gasto de tal manera que se garantice la sostenibilidad a largo plazo del sistema. La experiencia de los subsidios de oferta o de los subsidios entregados para tecnologías NOPBS no generan los incentivos a la eficiencia y el sistema puede colapsar. Para prevenir esta situación el Gobierno en su proyecto establece el manual de tarifas como método de ajuste. Esta manual de tarifas debe ser aceptado al momento de suscribir los convenios de desempeño. Si llegar el momento que las tarifas no son sostenibles las IPS

⁴² Los parágrafos 2 y 3 no deberían ser parte de este mecanismo de asignación. En realidad deben eliminarse porque están fijando una destinación de los recursos que se modifican en el proyecto”.

privadas se retirarán del sistema lo cual tendrá un efecto sobre la oportunidad y calidad del servicio.

4.4.1.5 Cambios en las fuentes y usos

La reforma del Gobierno Nacional ajusta principalmente el uso y destinación de los recursos. Desde el punto de vista de fuentes de recursos el proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes que adopta el acordado con las EPS, no aporta nuevas fuentes. Hay un cambio sustancial en la forma de asignación de los recursos como se comentó anteriormente pero también hay nuevos gastos para los cuales no se genera una nueva fuente. El ejercicio que se presenta enseguida estima como cambiaría el presupuesto de ADRES con estas nuevas reglas.

4.4.1.5.1 Fuentes

Los grupos grandes de fuentes propuestos en el proyecto de reforma son las cotizaciones y aportes (que se consideran parafiscales) y los aportes fiscales de orden nacional y territorial. El origen de los recursos es el mismo que funciona hoy en el SGSSS los cuales provienen de cotizaciones (36.7%), de aportes de la Nación (39,2%) y aportes de las entidades territoriales (18%).

En la tabla 4 se presenta la distribución de las fuentes de financiación para los gastos que debe asumir ADRES. En el presupuesto de 2024 los recursos para cofinanciar parte de los gastos del aseguramiento provienen principalmente de aportes de la Nación, 36%, de las entidades territoriales 19% y de aportes de empleadores y trabajadores ya sea como cotizaciones o como parte de lo que contribuyen a las cajas de compensación y que el artículo 217 de la Ley 100 destinó a la financiación del régimen subsidiado, 36.9%. Es importante mencionar que en el 2024 \$1.4 billones de los recursos de capital, que son excedentes de años anteriores, fueron adicionados recientemente para que el MSPS cancelara los déficits de presupuestos máximos de 2021, 2022 y 2023 a las EPS en cumplimiento de una orden de la Corte Constitucional emitida el pasado 6 de febrero.

El rubro de recuperaciones recauda las devoluciones que deben hacer las EPS por pagos errados de ADRES los cuales se detectan en auditorias periódicas que realiza la entidad. Estos recursos hacen parte de la financiación de las UPC en el año en que se recuperan.

Cuadro 12. Distribución de las fuentes de recursos administrados por la ADRES 2022 a 2024
Millones de pesos

	2022*	2023*	2024 **	%
--	-------	-------	---------	---

RECURSOS NACIONALES	25.185.392	30.669.315	32.571.261	36,0%
PGN CIERRE ASEGURAMIENTO	18.379.483	20.283.570	17.603.517	19,5%
IMPORENTA	6.092.503	10.345.703	14.685.443	16,2%
CREDITO PUBLICO	713.406	40.043	282.301	0,3%
RECURSOS TERRITORIALES	12.980.870	14.206.406	17.461.539	19,3%
SISTEMA GENERAL PARTICIPACIONES	10.119.773	11.148.292	14.262.954	15,8%
COLJUEGOS	480.605	590.011	624.688	0,7%
OTROS DE ENTIDADES TERRITORIALES	2.380.493	2.468.103	2.573.897	2,8%
RECURSOS TRABAJADORES Y EMPLEADORES	27.817.991	31.277.116	33.396.903	36,9%
COTIZACIONES	26.075.775	29.274.402	31.559.086	34,9%
APORTES REGIMENES EXCEPCION	1.046.512	1.200.450	985.960	1,1%
APORTES CAJAS COMPENSACION	695.704	802.265	851.857	0,9%
OTROS APORTES INCLUIDOS EN PGN SALUD	4.793.168	3.143.871	3.625.961	4,0%
ARMAS Y MUNICIONES	155.681	238.025	184.432	0,2%
ASOCIADOS AL FONSOAT	2.549.557	2.361.759	2.718.399	3,0%
PRUEBAS COVID	0	119.691	407.487	0,5%
RESIDENCIAS MEDICAS	229.120	279.505	302.791	0,3%
FOME	1.858.810	144.891	12.852	0,0%
OTROS INGRESOS	3.731.267	4.808.765	3.345.737	3,7%
REINTEGRO Y RECUPERACIONES, MULTAS	1.705.349	1.994.542	360.396	0,4%
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	307.355	316.623	174.978	0,2%
RECURSOS DE TERCEROS	77.588	32.454	53.440	0,1%
RECURSOS DE CAPITAL	1.640.975	2.465.146	2.756.923	3,0%
TOTAL PRESUPUESTO DRES	74.508.688	84.105.474	90.401.401	100,0%

* Ejecución presupuestal diciembre cada año

** Presupuesto aprobado al 31 de marzo

Fuente: Informe de ejecución presupuestal ADRES 2022 y 2023. Resoluciones de distribución de presupuesto 2024

Por último, la Nación transfiere recursos adicionales a ADRES para financiar otros gastos como programas de prevención del MSPS, el subsidio de manutención que se otorga a estudiantes en residencia, el pago de pruebas COVID y otros gastos extraordinarios originados durante la pandemia que se comprometió a financiar el Fondo de emergencias FOME, los recursos de armas y municiones y los relacionados con el SOAT (para atención de accidentados por vehículos fantasmas). Todos estos recursos hacen parte del presupuesto general de la nación e ingresan como transferencias del MSPS al ADRES. Esta entidad los

asigna según las necesidades dando prioridad a aquellos relacionados con el aseguramiento⁴³.

El proyecto no cambia esta estructura de fuentes. Son los mismos recursos, pero organizados y distribuidos de otra manera. Mantiene las cotizaciones y aportes parafiscales y los aportes fiscales de la Nación y las entidades territoriales.

4.4.1.5.2 Cotizaciones

Son las mismas cotizaciones en salud establecidas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que las han ajustado. Las deben pagar los trabajadores dependientes e independientes y los pensionados, las empresas, los rentistas.

En este momento las cotizaciones son, en general, con las excepciones establecidas por la Ley, el 12.5% del ingreso base de cotización que se establece en función del salario, los ingresos o la renta de las personas y las empresas (artículo 55). Las excepciones son la tasa de 4% para los pensionados de 1 salario mínimo mensual vigente (SMLMV), la tasa de 10% para aquellos que devenguen más 1 SMLMV, pero que no superan los 2 SMLMV y la eliminación del aporte del empleador (8.5%) de los trabajadores dependientes de menos de 10 SMLMV de empresas que pagan impuesto de renta.

Se mantiene el uno punto cinco 1,5 punto de las cotizaciones de los cotizantes de los regímenes exceptuados y especiales.

4.4.1.5.3 Aportes fiscales

Los constituyen los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; así como los recursos propios incluidos para salud en los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal.

⁴³ Los recursos originados en la regulación del SOAT están regulados en las normas que rigen el estatuto financiero, Tenían una destinación específica para gastos relacionados con atención de víctimas de accidentes con vehículo sin SOAT o fantasma y para gastos originados en catástrofes naturales. Al hacer un balance entre la renta y los gastos permitidos se generaba un excedente importante que, previo al trámite de una ley (o un artículo de alguna Ley), se autorizaba el cambio de destinación hacia otras necesidades del sector. En las discusiones sobre la reforma al SOAT se ha propuesto eliminar la sobretasa que se transfiere al ADRES. Para financiar los gastos relacionados con los accidentes de tránsito podría aceptarse su reducción. No obstante esta es una fuente que le deja cerca de \$2 billones que se destinan a apoyar el gasto en salud que tendrían que cambiarse con otros recursos de presupuesto general.

4.4.1.5.4 Otros aportes

Para que no quede duda sobre la incorporación automática de las mismas fuentes de recursos que del SGSSS, establece una definición general que incorpora todos los recursos que hoy financian el SGSSS pasan a ser parte del nuevo Sistema de Salud que se establezca en la reforma. “Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.” (numeral 14 art, 10 del proyecto acordado con las EPS)

4.4.1.5.5 Usos

Los gastos del sistema se proponen clasificar en tres grupos atendiendo las prioridades establecidas en el proyecto los cuales son organizadas en dos cuentas independientes y el resto en lo que podríamos decir es un fondo común, que hacen unidad de caja, en el Fondo Único de Salud que crea la reforma y que administrará ADRES.

El Fondo Único de Salud-FUS, tendrá entonces dos cuentas independientes y el resto de los recursos que se administran como un fondo común:

- Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud
- Cuenta de Fortalecimiento de la red pública hospitalaria
- Otros recursos del FUS

A las dos primeras cuentas se le definen recursos específicos que no pueden hacer unidad de caja con el resto de los recursos del fondo. El fondo común tiene asignadas también otras fuentes que recogen los demás recursos disponibles en ADRES o en los fondos territoriales de salud en el sistema actual.

La cuadro 13 muestra las fuentes y usos de las dos cuentas independientes del FUS y el “fondo común” que recoge el resto de los recursos que hoy administra ADRES. En la columna Monto se estima la nueva asignación de recursos a las dos cuentas independientes y al “fondo común” reorganizando las fuentes de financiación del presupuesto de ADRES de 2024.

Según este ejercicio, se estima que, para la cuenta de Atención Primaria en Salud, se dispondría de \$18.8 billones en pesos de 2024, para el fortalecimiento de la red pública \$3,2 billones y para el resto de los gastos previstos, incluyendo las atenciones de mediana y alta complejidad, la atención de enfermedades raras, las licencias de maternidad para no

cotizantes, la financiación de gastos administrativos para la nueva institucionalidad creada por el proyecto y demás gastos, \$70 billones.

El proyecto propone la reasignación de las mismas fuentes del SGSSS en tres grupos de gastos algunos de los cuales contienen rubros adicionales, no sustitutos, a los que hoy se financian con esos mismos recursos.

El primer grupo de gasto es el financiado con la cuenta de Atención Primaria. Con los recursos de destinación específica que va a recibir esta cuenta se van a pagar los siguientes gastos (art. 13):

- La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.
- Las soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales
- El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.
- Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el MSPS.

La operación y dotación (equipo médico y de transporte) de los equipos extramurales son gastos nuevos que se van a financiar según el proyecto de ley con el punto de solidaridad de los cotizantes incluidos los trabajadores afiliados a los regímenes de excepción la totalidad de los recursos del SGP que hoy se destinan al pago de las UPC del régimen subsidiado.

Según lo comentado anteriormente, el costo estimado de los equipos extramurales equipo oscila entre \$36 y \$53 millones mes lo cual requeriría mínimo \$15 billones año se supone que cada equipo en promedio atiende 500 familias que darían, para una población de 50 millones, 30.000 equipos a un costo de \$36 millones mes⁴⁴. Con la reasignación de fuentes en el 2024 se dispondría de \$18 billones para todas las acciones de atención primaria con lo cual se podría concluir que los EBS estarían financiados.

No obstante, con esa reasignación se dejaría desfinanciado básicamente el régimen subsidiado y las atenciones de todos los niveles que con la UPC se financian. El SGP para aseguramiento representa el 15% del total de recursos de ADRES y el 36% del gasto en UPC de dicho régimen previsto para 2024 que asciende a \$39.2 billones⁴⁵.

⁴⁴ Según el documento 500 familias por equipo es sólo el estándar para el área urbana, pero, este estándar nos permite definir el número mínimo de equipos que se requeriría y por tanto nos da el costo mínimo que tendría que asumir el país. Como en el área rural el número de familias por equipo se disminuye, se aumentaría el número de equipos y por tanto el costo.

⁴⁵ Resolución 5036 de 2024 ADRES

Hoy la operación de los centros médicos del SGSSS no contempla la atención de equipos extramurales interdisciplinarios que se han financiado con los recursos de oferta o recursos propios de las ET, diferentes a los que transfieren al ADRES. La operación de los centros médicos es intrainstitucional dirigida a la prestación de servicios básicos y otras atenciones ambulatorias de salud, no solo de primer nivel, incluyendo la dispensación y entrega de medicamentos.

Cuadro 13. PROPUESTA DE FUENTES Y USOS DE LOS RECURSOS

USOS	USOS ESPECIFICOS	FUENTES ESPECIFICAS	MONTO	
Artículo 13. Cuenta de Atención Primaria en Salud	Estos recursos se destinarán a financiar: ❖ Los servicios de atención primaria, (1. ART 11La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.) ❖ Las soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, (2 ART 11. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales) ❖ La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, (3. art 11El servicio	Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud,		
		Aporte de solidaridad incluido los de los regímenes exceptuados	4.225.108.921.231	Se toma el 1.5% del total de la apropiación vigente al 31 de marzo de 2024 de cotizaciones incluyendo las cotizaciones
		SGP de los municipios y distritos	14.262.953.858.669	Según artículo 48 Ley 715 Los recursos que forman parte del SGP de las ET asignados a subsidios a la demanda, serán distribuidos entre distritos, municipios y corregimientos departamentales. Estos recursos se dividirán por el total de la población pobre atendida en el país con RS. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre atendida en RS en la vigencia anterior, en cada ente territorial
		Juegos de suerte y azar de los municipios	312.344.148.835	Se supone que del total recibido por ADRES 50% va para la cuenta de APS y 50% para infraestructura
		Recursos propios de los municipios que hoy se trasladan a la ADRES	23.082.856.412	
		Recursos de municipios y distritos sin situación de fondos		Se establece que estos aportes pueden provenir de recursos de capial del fondo municipal o Distrital de salud

	público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.) 4.Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el MSPS.			
Subtoal APS			18.823.489.785.147	
Fortalecimiento de la red pública	<ul style="list-style-type: none"> Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del MSPS Al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado, Al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, 4.Al transporte medicalizado de los departamentos y distritos, 5.Al pago de incentivos que se establezcan para las ISE de mediana y alta complejidad. Saneamiento de las ESE. Se puede pagar con 	SGP oferta (hoy es 3%)	351.649.830.000	
		Recursos propios de las ET girados a ADRES	2.514.698.026.304	Esta apropiación puede corresponder con la fuente definida como rentas cedidas
		Juegos de suerte y azar de los departamentos	312.344.148.835	Se supone que del total recibido por ADRES 50% va para la cuenta de APS y 50% para infraestructura
		Recursos de rentas cedidas	ND	<p>C. Explotación del Monopolio de Juegos de Suerte y Azar</p> <p>El impuesto a Licores, Vinos, Aperitivos y Similares</p> <p>E. El Impuesto al consumo de Cervezas, Sifones y Refajos</p> <p>F. El componente Ad Valorem al Impuesto de Cigarrillos, Tabacos Elaborados</p> <p>El componente específico al Impuesto de Cigarrillos, Tabacos Elaborados.</p>
		Recursos propios de Departamentos y distritos	ND	
		Otros que asigne la Ley	ND	

	<p>vigencias futuras (art 75)</p> <p>Eliminan en la mención del artículo 14 los siguientes usos</p> <ul style="list-style-type: none"> Incentivos a las EGSV y los CAPS) Se pasa para el resto de conceptos <p>Art. 65 #9 Transporte de los</p>			
Subtotal fortalecimiento Red pública			3.178.692.005.139	
Artículo 15. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud	<p>I. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de la red de servicios en cada región.</p> <p>I. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las personas no cotizantes.</p> <p>II. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo. El financiamiento de los programas de formación en salud.</p> <p>a. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y</p>	Recursos fiscales orden nacional	32.433.422.731.498	Incluye aportes de presupuesto nacional para el cierre del aseguramiento, impropormenta y aportes para personas privadas de la libertad
		Recursos parafiscales del orden nacional	2.718.399.032.766	Se incluye como parafiscal los recursos relacionados con el SOAT que administra ADRES
		Cotizaciones sin punto de solidaridad	29.448.842.587.540	Incluye contribución solidario. Artículo 56 las defina como parafiscales
		Impuesto compra de armas, municiones y explosivos	184.432.123.058	
		Recursos Cajas de Compensacion artículo 217 Ley 100 de 1993	851.856.636.121	
		Presupuesto nacional para atención migrantes y recursos de cooperación internacional	0	
		SGP no incluido en las cuentas APIRS y fortalecimiento red pública	1.172.166.100.000	El SGP para salud se distribuye 10% para salud pública, 3% para oferta y 87% para subsidios a la demanda a través del RS
		Recursos de ET que deben girar a ADRES		Ya se incluyen en las subcuentas
		Recursos de juegos de suerte y azar		Ya se incluyen en las subcuentas
Recursos propios y de capital girados a ADRES	28.440.174.707	En el presupuesto de ADRES se denomina otros		

<p>epidemias. 6.El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.</p> <p>b. Las demás obligaciones que correspondan a las empresas aseguradoras y las destinaciones que se establecieron.</p> <p>c. Pago de remuneración a las Gestoras de Salud y Vida</p> <p>d. Pago de incentivos a los prestadores de salud</p> <p>e. complejidad y de Salud y Vida.</p>			recursos administrados por ADRES
	Recursos del FONPET, Excedentes o desahorro		
	Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud –Fonsaet		En el presupuesto de ADRES 2023 no existen recursos para el FONSAET. Fue creado por artículo 50 de Ley 1438 de 2011 La ley estableció que para financiar este fondo se destinarán hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta del SGP salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010.
	Otros recursos que hoy recibe ADRES	723.129.896.038	Incluye: Aportes de la nación para residencias médicas, recuperación de cartera, FOME, CRÉDITO PÚBLICO PARA no PBS Los recursos del FOME y de crédito público son temporales. No son una fuente permanente para el sistema
	Rendimientos financieros y excedentes años anteriores	2.756.922.960.000	Apropiados en presupuesto 2024
	Los demás recursos que se destinan a salud		Puede incluir los siguientes: aunque no se mencionan explícitamente en el nuevo proyecto Repetición a ARL y seguros de salud de extranjeros (#15 art. 58) Repetición a responsables de accidentes de tránsito (#16 art. 58) Recursos del acuerdo de paz y de cooperación técnica para el plan de salud rural (#16 art. 65)
Subtotal demás recursos del Fondo Unico		70.317.612.241.728	
SUMA DE LOS RECURSOS INCLUIDOS EN EL PROYECTO		92.319.794.032.013	LAS DIFERENCIA CON EL PRESUPUESTO DE ADRES SON LOS RECURSOS DE SGP QUE SI SE TRANSFIEREN A LOS DEPARTAMENTOS HOY

MONTO DISPONIBLE PRESUUESTO ADRES 2023	90.401.400.921.374	Monto apropiado en presupuesto ADRES 2023
--	--------------------	---

Fuente: elaboración propia

Según las normas vigentes las EPS deben contratar mínimo el 60% de la UPC con la red pública de servicios en los municipios donde opera⁴⁶. De este porcentaje se estima que el 40% debía destinarse a la contratación de las acciones correspondientes al primer nivel de complejidad, incluidas las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Esto significa que hoy se destina a todo el primer nivel de las atenciones del régimen subsidiado cerca de \$15 billones que es un valor similar al que recibiría la cuenta APS del FUPS. Este monto hoy financia las atenciones prestadas, consultas médicas, acciones de detección temprana, hospitalizaciones de primer nivel. Medicamentos, atenciones que quedarían desfinanciadas. El trabajo de los EBS no sustituye ese gasto.

En un capítulo aparte se presentó un análisis del papel de los CAPS propuestos en la reforma. Para el análisis financiero es importante destacar que los CAPS no son sólo entidades de prestación de servicios de salud. Esa es sólo una de las funciones. Según la propuesta de reforma los CAPS van a ser también centros administrativos con la función, entre otras, de adscripción de la población, de coordinación intersectorial para el trabajo de los determinantes, el gestor del pago de las prestaciones económicas. En este sentido, estas funciones también son adicionales a las que hoy realiza un centro médico y por tanto implicará gastos adicionales a los que hoy se cubren con los recursos para servicios de salud que se incluyen en la UPC. Este gasto es adicional a los \$15 billones que costarían los EBS.

El segundo grupo de gasto es el financiado con la cuenta de Fortalecimiento de la red pública. Con los recursos de destinación específica que va a recibir esta cuenta se van a pagar los siguientes gastos (art. 14):

1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del MSPS
2. Al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado. El proyecto acordado con las EPS incluye la posibilidad que este gasto se pueda pagar gradualmente con aportes de presupuesto que defina el Ministerio de hacienda art ⁴⁶ #13.
3. Al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento,
4. Al transporte medicalizado de los departamentos y distritos,
5. Al pago de incentivos que se establezcan para las ISE de mediana y alta complejidad.

⁴⁶ Artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, reglamentado por Decreto 1020 de 2007.

Al igual que la cuenta de APS, la cuenta de Fortalecimiento de la red pública cambia la destinación de recursos que hoy financian atenciones de salud que se prestan a los afiliados del régimen subsidiado vía el pago de UPC.

Los gastos de la cuenta son diferentes a los que hoy financian los recursos que se destinan a esta cuenta. El rubro más importante de esta cuenta son los aportes de departamentos y distritos que hoy administra ADRES y que hoy se destinan a cofinanciar las UPC de los afiliados al régimen subsidiado. En el proyecto de reforma se cambia la destinación y se propone financiar el presupuesto de las Instituciones de salud del estado (ISE), no aclara de cuál nivel de atención, y al saneamiento de las ESE que se transformen en ISE. Igual se destinan a financiar la inversión de infraestructura hospitalaria de Departamentos y Distrito que son principalmente instituciones de nivel medio y alto de complejidad.

Los únicos recursos que coinciden con el objeto de gasto de la cuenta son los del Sistema General de Participaciones (SGP) pero estos en la actualidad son solo el 3% del total SGP para salud (\$350 mil millones de cerca de \$11.7 billones).

Por último, las fuentes y usos de lo que aquí se llamó “fondo común” del FUPS tienen el mismo problema. Hay gastos nuevos que restarán disponibilidad a la financiación de prestaciones de salud de mediana y alta complejidad que hoy se pagan con la UPC y presupuestos máximos.

Cuadro 14. Propuestas de gastos sin fuente de financiación definida

ARTICULO PROYECTO DE LEY	USOS	USOS ESPECIFICOS	FUENTES ESPECIFICAS	MONTO	
19	OTROS GASTOS NO FINANCIADOS	Servicios sociales complementarios Incluye: transporte, hospedaje acompañantes, cuidados crónicos de enfermería en casa y traslado de cadáver	NO define recursos para su financiación		En el SGSSS parte de estos gastos se financian con recursos del sistema cuando estos servicios son ordenados por tutela o prescritos por un médico tratante en MIPRES
20		Licencias de maternidad para población no cotizante equivale a medio	No se establece fuente de financiación para este nuevo gasto. Se		

		salario mínimo por 3 meses	financiará con los mismos recursos del sistema recortando los gastos de otros conceptos.		
32		Funcionamiento de las unidades zonales de Planeación y evaluación en salud departamental y distrital Incluye: fortalecimiento de laboratorios de salud pública, proceso de formalización laboral de trabajadores de las direcciones de salud de departamentos y distritos	El proyecto establece que se debe destinar hasta el 1% del presupuesto ADRES destinado a atención en salud	904.014.009.214	Monto estimado para distribuir a departamentos y municipios. Se restaría del gasto destinado a atención en salud
6		Sistema público Unificado e Interoperable de Información en Salud	No hay fuente específica. El artículo 76 del proyecto aprobado en Cámara establecía la obligación de garantizar asignación presupuestal específica para el funcionamiento del sistema. El nuevo proyecto no menciona		
Parágrafo 1 y 3 art 9		Plan de inversiones de ADRES	Para desarrollar en 3 años No establece cómo se va a financiar el plan de inversiones		En 2023 del presupuesto de ADRES se destinaron \$135.391.467.000 para cofinanciar la administración

Fuente: elaboración propia

Un ejemplo de esta presión de gastos nuevos que no tiene definida la fuente para su financiación es la propuesta de pagar un subsidio monetario a las madres no cotizantes. Si bien dentro de los usos autorizados para el “fondo común” del FUPS está de manera general las licencias de maternidad y paternidad, de ese mismo rubro se deberán pagar las nuevas

licencias. Al no aumentar los recursos del sistema pues este nuevo gasto va a disminuir la disponibilidad para los otros gastos, incluyendo, en este caso, lo disponible para los servicios de mediana y alta complejidad.

En estos gastos del “fondo común” se incluye el pago de la remuneración de las GSV que es del “5% del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención en salud de la población de la cual la Gestora participa en su atención integral” (artículo 25). Esta remuneración se aumenta en la negociación con las EPS porque el proyecto aprobado en la Cámara de Representantes la definía en el 5% del valor de las atenciones de mediana y alta complejidad. El monto estimado de esta remuneración es de \$4 billones (5% de 80 billones que se asignan hoy al pago de UPC de los dos regímenes que sería el equivalente al costo integral del servicio). Este gasto está incluido en el pago de la UPC hoy.

Por último, el proyecto propone otros gastos que no tienen financiación definida y que seguramente van a presionar los recursos disponibles en el “fondo común”. Estos gastos se presentan en la tabla 6. En el caso de lo dispuesto en el proyecto para la financiación de las Unidades de Planeación y evaluación de salud departamentos y distritos el proyecto de ley establece una fuente de financiación que es el 1% de los recursos de ADRES (artículo 32), es decir que de los \$90 billones del presupuesto 2024 de ADRES se deberían destinar \$900 mil millones a la operación de esta unidades. Ese gasto tiene un recurso definido pero, como no hay un aumento en las fuentes de financiación del nuevo sistema, financiar ese gasto con la misma bolsa de recursos va contra la disponibilidad para los otros usos del “fondo común” del FUPS.

La primera conclusión de este análisis es que el proyecto está incluyendo mayores gastos que van a competir por los recursos ya disponibles en tanto no se definen nuevas fuentes de recursos.

Hoy la UPC paga acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desarrollo de programas de prevención secundaria y terciaria de enfermedades crónicas, servicios de salud ambulatorios y hospitalarios de todos los niveles de complejidad, medicamentos, transporte de pacientes, suministro de medicamentos y otras tecnologías para enfermedades agudas, crónicas y raras. Y para esto se destinan en el 2024 cerca de \$80 billones que se financian con las mismas fuentes que el proyecto pretende destinar en parte a otros gastos que son adicionales y que no sustituyen el gasto en los servicios que hoy se están prestando.

El Ministerio de Hacienda envió dos informes de factibilidad al Congreso de la República⁴⁷. En ellos se reconoce que la reforma va a generar una presión fiscal que en principio debe

⁴⁷ 29 de noviembre de 2023 y 20 de marzo de 2024

atenderse con los recursos disponibles y con recortes de recursos de los gastos de funcionamiento del Gobierno central sin precisar: “Conforme a lo expuesto en este documento, los costos fiscales mencionados podrían incorporarse de forma compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo de 2024 siempre que el Consejo Superior de Política Fiscal (CONFIS) apruebe, como parte de los límites de gasto establecidos en aquel documento, en sesión previa a su radicación en el Congreso de la República el 14 de junio del año en curso, un recorte de gastos de funcionamiento e inversión del Gobierno Nacional Central en otros rubros que sirva exactamente como fuente de financiamiento a los costos fiscales referidos”. Los documentos no se comprometen con los cálculos del costo de cada uno de los nuevos conceptos de gasto porque el Ministerio de Hacienda no conoce los soportes ni ha hecho su propio cálculo.

Reconoce que al comienzo de la implementación de la reforma el costo es mayor porque deben operar simultáneamente los dos esquemas pero que, en el mediano plazo, los gastos tienden a disminuir por una mayor efectividad de las acciones de primer nivel de atención lo cual no es una conclusión razonable como lo demuestran múltiples estudios internacionales sobre el gasto en salud⁴⁸.

En el caso que las acciones de promoción y prevención fueran muy efectivas lo que se esperaría es que la esperanza de vida de la población aumente. Ese resultado sería un éxito importante de la reforma. No obstante, desde el punto de vista financiero ese éxito no reduce los costos de mediana y alta complejidad en tanto la población vive más años con enfermedades crónicas que hay que seguir atendiendo. El envejecimiento de la población aumenta los costos del sistema y eso no significa un fracaso del sistema, todo lo contrario. Lo que genera es un reto para la sostenibilidad del sistema que va a requerir más recursos para atender un tiempo más largo las necesidades de salud de la población.

Ahora bien, ¿qué significa que los costos adicionales deben atenderse con los recursos disponibles? El informe del Ministerio de Hacienda menciona que son los mismos recursos que se asignarán primero a la Atención Primaria y lo que quede para mediana y alta complejidad.

El proyecto establece reglas para ajustar el gasto a los recursos disponibles. La primera es la definición de tarifas y métodos de pago que serán un mecanismo para regular el uso garantizando la contención del gasto: “El régimen de tarifas y formas de pago para la

⁴⁸ “En los próximos 20 años, el solo cambio en el tamaño y la estructura de la población aumentará las necesidades de gasto total en salud en 13% en Europa y Asia central, 37% en Asia oriental y el Pacífico, 45% en Asia meridional, 47% en América Latina y el Caribe, 52% en África subsahariana y 62% en el Medio Oriente y África septentrional. Sólo debido a razones demográficas y, excluyendo a Europa y Asia central, los países en desarrollo enfrentarán incrementos anuales de 23% en sus necesidades (y consecuentes presiones) de gasto de salud.” (Banco Mundial, 2007)

prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciadas por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.” (artículo 18).

Las tarifas y los mecanismos de pago son obligatorias como lo establece el artículo 26: “los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.”

Se requiere garantizar la sostenibilidad financiera del sistema y para ello se debe realizar la gestión del riesgo financiero que no significa sólo disminuir tarifas para controlar la oferta y bajar los costos. Eso sólo podría traer un racionamiento irracional del servicio y una afectación al derecho a la salud.

La gestión del riesgo financiero implica gestionar la red con acuerdos de voluntades que definan previamente las condiciones técnicas de prestación de servicios soportadas las decisiones que se aparten de esas normas técnicas en evaluaciones de la evidencia científica; la coordinación técnica de los equipos médicos que, con respeto a su autonomía profesional, tomen decisiones que mejoren los resultados en salud de sus pacientes a un costo razonable para el sistema evitando el desperdicio. Implica organizar una red con criterios de costo efectividad evaluando las necesidades de la población, mejorando los índices de ocupación del primer nivel y evitando la atención de servicios básicos en instituciones de salud de mayor complejidad.

El proyecto parece que desaparece todos estos instrumentos concentrándose exclusivamente en establecer el proceso para la presentación y pago de las cuentas o los presupuestos a tarifas fijadas por el MSPS. Hay evaluaciones de la gestión que se harán ex post cuando el gasto ya ha sido causado.

No es posible establecer el costo real de la reforma. Según el Ministerio de Hacienda el costo de los gastos nuevos es de cerca de \$2,5 billones que corresponde con el déficit que presenta en el segundo informe \$2.9 billones que equivale a un punto adicional del PIB. Estas cuentas no incluyen varios gastos; i. la financiación prevista para los ajustes que se introducirán con la norma propuesta en el artículo 38 Régimen Laboral de las ISE. En el proyecto de ley inicial se estimaba que los costos de la formalización laboral podrían ascender a \$9 billones,

3 puntos más del PIB, ii. Los costos de los EBS que se estiman en \$15 billones y iii. Los costos de operación de las funciones administrativas de los CAPS.

En el Cuadro 15 se presenta una estimación muy general de los gastos que tendría el sistema con la reforma. No incluye los costos de formalización laboral, pero si los otros costos que Minhacienda no considera. El costo para el primer año ascendería a \$103 billones que estarían financiados con los recursos que hoy recibe ADRES más los del SGP que no se transfieren a ADRES los cuales administran las ET para subsidios de oferta y salud pública según las normas vigentes (13% del total del SGP para salud). El déficit del sistema estaría alrededor de \$12 billones que son 3 puntos adicionales del PIB.

Cuadro 15. Estimación costos del sistema con los nuevos gastos

Equipos Básicos de Salud	15.000.000.000.000
Gastos administración CAPS *	1.400.000.000.000
Atenciones de todos los niveles incluyendo el primer nivel (a partir del gasto médico de la UPC)	72.333.360.732.031
Remuneración GSV	3.807.018.985.896
Gastos cuenta fortalecimiento ISE	3.178.692.005.139
Prestaciones económicas	2.650.920.419.145
Licencias maternidad no cotizantes **	800.000.000.000
Unidades zonales de Planeación	904.014.009.214
costos fortalecimiento institucional **	248.000.000.000
Otros gastos del FUPS ***	3.383.551.093.854
TOTAL	103.705.557.245.278
Presupuesto asignado ADRES	90.401.400.921.374
SGP no transferido a ADRES (13%)	1.170.000.000.000
Déficit	12.134.156.323.904

* Se supone 5% similar al de las GSV

** Tomado documento MHCP

*** Otros gastos incluidos presupuesto ADRES 2024

Fuente: Cálculos propios

4.4.1.6 Entidades de gestión

4.4.1.6.1 Las funciones de las EPS en el actual sistema

La reforma aprobada por la Cámara de Representantes estableció que las EPS se podían transformar en Gestoras de Salud y Vida. Las EPS en la actualidad son entidades de aseguramiento del seguro público de salud que gestiona los riesgos en salud de los afiliados y financiero del sistema, en consecuencia, debe conocer los riesgos para prevenirlos y

mitigarlos con programas para evitarlos. Sus funciones se clasifican en gestión del riesgo en salud, el agenciamiento y la articulación. Los riesgos a que se enfrenta son epidemiológicos de las personas afiliadas, su carga de enfermedad y el riesgo de enfermarse.

En el agenciamiento le corresponde:

- i. Representar los intereses de sus afiliados
- ii. Promover la afiliación y mantiene las novedades de la información de los afiliados en el BDUA
- iii. Organizar los servicios y los canales de comunicación para que el usuario navegue entre los distintos prestadores que requiere con la menor dificultad posible.
- iv. Responder financieramente por el usuario (asume el riesgo y le evita que asuma gastos catastróficos)
- v. Gestionar el riesgo, articula programas de salud para las necesidades de salud con rutas de atención especiales. Caracterización de la población afiliada y resultados en salud
- vi. Innovar permanentemente modelos de atención para mejorar los resultados en salud.
- vii. Organizar y gestionar la red: trabajo con redes y prestadores, contratos, pagos, atenciones, referencia y contrareferencia, verifica calidad de la red. Actúa como comprador informado de servicios de salud, y conforma una red de prestadores que garanticen el acceso adecuado y oportuno a los servicios.
- viii. Gestionar los costos para lograr el máximo resultado con los recursos disponibles. Utiliza diferentes modalidades de contratación y pago a los prestadores de servicios de salud para racionalizar la demanda de los servicios de salud (Artículo 179 Ley 100 de 1993). Dentro de las modalidades planteadas por la Ley de manera enunciativa, como instrumento de las EPS, se encuentra la capitación, protocolos o presupuestos globales fijos.
- ix. Tramitar y pagar las prestaciones económicas.

En la articulación le concierne:

- i. Articula las necesidades de la población afiliada con la red de prestación
- ii. Garantiza que los servicios requeridos sean ofertados, inclusive, organizando el traslado de pacientes donde sea necesario
- iii. Debe funcionar a través de una historia clínica electrónica única que le da la información necesaria para organizar los programas de mitigación de los riesgos en salud y organizativos que puedan impactarlos.
- iv. Articula sus acciones con las autoridades de salud donde residen los afiliados.

Y en información

- i. Informar a los usuarios sobre servicios cubiertos por el PB-UPC, red de

- prestadores, formas de acceso a los servicios de salud, entre otros.
- ii. Informar los derechos y deberes de los afiliados en relación con el Sistema, precisando las garantías a cargo de las EPS.
- iii. Capturar la información definida en las normas para la afiliación y reportar al MSPS los datos de cada individuo y sus novedades.
- iv. Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos

Estas son las funciones propias de la entidad de aseguramiento. Estas las desarrolla de manera independiente organizando y optimizando los recursos disponibles que permita de forma eficaz cumplir con los objetivos normativos, así como planear las acciones que den respuesta al control o minimización de los riesgos identificados y, por tanto, asumiendo las consecuencias financieras y legales que acarrea su no cumplimiento.

También realiza otras funciones por cuenta del SGSSS

- i. Seguimiento del recaudo de las cotizaciones, gestión de cobro
- ii. Pago de las licencias de maternidad y paternidad
- iii. Pago de incapacidades superiores a 540 días
- iv. Pago de servicios PBS/NOUPC y de los prescritos con cargo al presupuesto máximo
- v. Prestar los servicios de salud por accidente de trabajo y enfermedad profesional

Respecto de estas funciones las EPS deben hacer su mejor diligencia para cumplir con los servicios, pero no asumen ningún riesgo. No pueden gestionar los servicios como lo hacen con las coberturas el PBS/UPC en tanto las reglas para evaluar, autorizar, pagar estos servicios están definidas por el pagador último que es el ADRES. Ejemplo de esto es la autorización de tecnologías y servicios de salud de manera automática en una plataforma del MSPS denominada MIPRES (Mi Prescripción en salud) y su contratación, precio (valores de referencia) y disposición debe estar aparte y no dentro de paquetes de atención que pudieran hacer sinergías con las prestaciones adicionales del PBS/UPC que recibe el paciente. Las reglas las fija el MSPS y la EPS debe garantizar su cumplimiento independiente de si considera que hubiera podido gestionarse de manera adecuada el servicio.

4.4.1.6.2 Las Gestoras de Salud y Vida-GSV

La transformación de las EPS en GSV en el proyecto aprobado en la Cámara y en el articulado acordado entre el GNC y algunas EPS no tiene claridad en cuanto a sus funciones pues no encaja en el modelo inicial. En las propuestas se dice que sólo pueden operar donde sean autorizadas, no se especifica cuántas habrá por región y si es de libre elección o es asignada a los hogares.

Se define que las GSV cumplirán unas funciones y que por esa gestión recibirán una remuneración en función del gasto en salud gestionado que reciba la población de la cual la

Gestora participa en su atención integral. ¿Cómo se define esa población? La reforma desde el principio ha definido que las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un CAPS de su preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Pero no se establece cómo se define cuál es la población que la GSV va a gestionar.

Según los pronunciamientos públicos que se han hecho, el papel de las GSV es la gestión del riesgo en salud, pero no el riesgo financiero y a cambio recibirán una remuneración equivalente al 5% del costo en salud integral de los afiliados por los cuales ellas realizan su gestión. Ellas han argumentado que en razón a que el Gobierno no define adecuadamente la UPC ni el PM que les transfieren, están asumiendo contra su patrimonio un déficit continuado y creciente que es imposible soportar. Ahora bien, ¿son las funciones que se les asignan lo suficientemente claras para desarrollar su gestión de tal manera que puedan evitar los castigos que también incluye la propuesta de una reducción del 30% de la remuneración?

Todas las funciones de las GSV no las desarrollan de manera autónoma sino en coordinación con otras entidades públicas. La responsabilidad compartida puede ser entendida como colaboración para el logro de metas, pero puede también dar lugar a evasión de la responsabilidad o el cuidado por parte de algunos de los involucrados en la tarea colectiva, máxime si uno de ellos es una entidad pública con baja capacidad de gestión. El resultado puede ser un conflicto de competencias que lleva al incumplimiento de las metas que se querían lograr. Esto es lo que puede pasar con la funciones asignadas a las GSV.

El artículo 24 del proyecto acordado con el Gobierno establece que las GSV son las responsables de la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado para lo cual cumplirán con las siguientes funciones:

- i. **En coordinación** con los CAPS desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana.
- ii. **En coordinación** con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud participar en la organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el MSPS.
- iii. **Cooperar** en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y MSPS.
- iv. Gestionar el riesgo en salud **en coordinación** con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas

- Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS).
- v. **Establecer** los planes de intervención y **articular** la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los CAPS y a las RIITSS.
 - vi. **Desarrollar** modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.
 - vii. **Implementar** mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las RIITSS, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.
 - viii. **Gestionar** un sistema de referencia y contrarreferencia **en coordinación** con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las RIITSS habilitadas y autorizadas por el MSPS, incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población
 - ix. **Ejecutar en coordinación** con las direcciones territoriales de salud y el MSPS, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIITSS.
 - x. **Implementar** salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.
 - xi. **Entregar** informes periódicos del funcionamiento de las Redes.
 - xii. **Contribuir** al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
 - xiii. **Prestar** asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
 - xiv. **Gestionar en articulación** con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del MSPS, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
 - xv. **Gestionar el** acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
 - xvi. **Implementar** herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIITSS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, en la forma y condiciones que determine el MSPS.
 - xvii. **Realizar** la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de

- las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIITSS, con sujeción a los estándares establecidos por el MSPS, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.
- xviii. **Validar** la facturación del componente complementario de las RIITSS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.
 - xix. **Implementar** un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
 - xx. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el MSPS.
 - xxi. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida.
 - xxii. **Realizar** la gestión para el pago de las prestaciones económicas.
 - xxiii. **Gestionar** la atención integral de la salud del usuario.
 - xxiv. **Establecer** los convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad, dentro de la RIITSS correspondiente. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención
 - xxv. **En conjunto con** las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los CAPS, que conduzca al mejoramiento continuo.

Como se puede observar la gran mayoría de las funciones las debe realizar en coordinación con alguna entidad. A estas entidades les van a calificar el cumplimiento de unos estándares de gestión que seguramente definirá el MSPS relacionados con resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario, según se menciona en el artículo 25 del proyecto. Pero en esas mediciones va a ser muy difícil imputar fallas en la gestión cuando es compartida. Por ejemplo, el numeral 14 asigna a 4 entidades la responsabilidad de garantizar que una persona con una enfermedad rara tenga acceso a servicios especializados: “**Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud**, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras”. ¿A cuál de ellas se le va a atribuir la falla? ¿A cuál de ellas acude el paciente a exigir sus derechos?

De todas las funciones propuestas parecen más claras las relacionadas con la

161

información que deben tener y la de auditoría que si tiene verbo perentorio “realizar”. Ahora no es la auditoria que hoy realizan, es la auditoria que defina el MSPS y ADRES. Operaría como ocurre hoy con el Manual de Auditoria vigente que debe cumplir la firma auditora contratada para la revisión de las solicitudes de recobro que presentan las EPS y las solicitudes de reclamación que presentan las IPS o personas naturales.

El verbo “realizar” también está en el pago de incapacidades, pero en este caso es realizar la gestión y no realizar la actividad. El pago de las incapacidades es función de los CAPS. El numeral 3 del artículo establece que el CAPS debe “Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique”. ¿Dónde debe presentar el trabajador la solicitud para el pago de las prestaciones económicas? ¿En el CAPS o en la GSV? ¿Cuál de las dos entidades debe revisar la solicitud y certificar el reconocimiento para su pago? Estas indefiniciones sólo van a generar malestar, ineficiencia y desperdicio de recursos.

Las GSV deben “**Gestionar** un sistema de referencia y contrarreferencia **en coordinación** con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS”. Posteriormente el artículo 31 establece que las GSV **deberán contar** con una plataforma de información y comunicación interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al sistema público unificado e interoperable de información en salud”. En este artículo la responsabilidad esta más clara. Las GSV deben tener una plataforma donde las IPS registren las solicitudes de referencia y las GSV las “**resuelvan**”. Si esto es así ¿cuál es el papel de los CAPS? ¿Registrar la solicitud y registrar el recibo nuevamente del paciente? En el mismo sentido ¿los centros reguladores de urgencia de las entidades territoriales también serán usuarios de la plataforma? O ¿qué significa coordinación? Las responsabilidades de cada entidad deberían ser claras para evitar dispersar su cumplimiento.

Otra competencia que no está clara es el papel de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud. El artículo 32 establece que las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán dichas Unidades, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas de la Dirección territorial, para revisar las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir los objetivos y metas en APS, contenidos en convenios de desempeño que deberán suscribir según lo define el artículo 26. El mismo artículo establece que las GSV realizarán la supervisión y evaluación de los convenios de desempeño ¿Esa es función de la Unidad o será que quieren que supervise a la Unidad?

Los anteriores ejemplos son una muestra de que el Gobierno no ha comprendido muy bien cuál es el papel que quiere que desarrolle el GSV. Hay desconfianza en la delegación que hace por lo que sus tareas deban ser realizadas en coordinación con otra u otras entidades. Las EPS tienen una capacidad institucional desarrollada que puede ser aprovechada por el sistema. Habría que definir claramente las responsabilidades, los requisitos de habilitación de la EPS que decida operar como GSV y las formas de medir el cumplimiento de sus funciones para efectos de aplicar los castigos y las sanciones correspondientes.

La gestión del riesgo financiero ayudaría a la sostenibilidad del sistema en el sentido que a la EPS o GSV tendría incentivos para hacer la gestión del gasto de tal manera que se reduzcan las ineficiencias y el desperdicio y se puedan prestar más atenciones con los mismos recursos disponibles. Pero, tal como lo menciona ACEMI, se requiere que el monto de la UPC esté bien calculado, no para incorporar las ineficiencias, si para reconocer los cambios epidemiológicos que va experimentando una población que se está envejeciendo y para reconocer los mayores costos derivados de las nuevas tecnologías.

4.4.2 Las reformas y la organización industrial

4.4.2.1 Descentralización

En el contexto de la reforma, se propuso la creación de múltiples organizaciones a distintos niveles geográficos y administrativos. Este enfoque buscaba promover una mayor descentralización y autonomía en la gestión local. En pocas palabras, la descentralización implica la transferencia de autoridad, responsabilidad y recursos desde el nivel central del gobierno hacia niveles subnacionales, como regiones, provincias o municipios. Esta tendencia ha sido observada en los sistemas de salud de la mayoría de los países, aunque los resultados han sido mixtos. Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por sus siglas en inglés) Este proceso busca mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios de salud al acercar la toma de decisiones a las comunidades locales y permitir una respuesta más ágil a las necesidades específicas de cada área geográfica (La Rosa Huertas, s. f.).

Entre las nuevas entidades se encuentran Direcciones territoriales en salud, Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RIISS, Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, Consejo Nacional de Salud, Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las RIISS, Laboratorios de Salud y Vida, entre otros.

En términos generales, la descentralización no suele ser problemática en sí misma. En el caso de la reforma en Colombia, lo crucial radica en asegurar un nivel eficaz de gestión y coordinación interinstitucional, entre otros, tanto entre los agentes privados, como entre estos y los públicos, también, entre los diferentes niveles de complejidad de atención en salud, así como entre el cumplimiento de las funciones y determinantes en salud pública y el componente prestacional en redes integradas de servicios. A partir de la multiplicidad de principales y agentes que trae la reforma y la poca claridad de funciones, incluyendo el nuevo papel de las gestoras de vida en coordinación con las instancias públicas locales, se plantean dos temas de interés, el primero, el problema de los derechos residuales y la multiplicidad de principales, ambos en la base de los temores de corrupción política local y, segundo, el problema de la información.

De manera amplia, la descentralización, sus beneficios en las revisiones de la literatura no son concluyentes, la evidencia sugiere que los impactos en el liderazgo y la gobernanza y los componentes financieros en particular moldean el impacto en el sistema de salud en general. Cuando la descentralización se produce como resultado de la transferencia de poderes, puede afectar a los seis pilares del sistema de salud de la OMS (provisión de servicios; desarrollo y despliegue del personal; obtención, análisis y uso de información sanitaria crítica; entrega de productos médicos esenciales, vacunas y otras tecnologías sanitarias; financiamiento; y liderazgo y gobernanza eficaces), pero los efectos no son uniformes. Si bien los impactos en el liderazgo, la gobernanza y el financiamiento influyen de manera clave en el impacto general, es difícil predecir cómo los impactos de la devolución en los componentes básicos del sistema de salud individual se traducen en consecuencias más amplias para el sistema de salud. (Sapkota, 2023)

Cuadro 16. Efectos positivos y negativos de la descentralización

Liderazgo y gobernanza	
Efectos positivos	Efectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor participación comunitaria (en el control de enfermedades infecciosas, proceso de planificación y agenda de desarrollo) • El gobierno local está más capacitado para facilitar el compromiso y la participación de la comunidad. • Mejor participación de las partes interesadas en la planificación a nivel local, como organizaciones no gubernamentales, experiencia técnica y líderes tradicionales locales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la interferencia política en el proceso de contratación de personal de salud, aumento del nepotismo • Retrasos en la transferencia de recursos sanitarios • Autonomía limitada en la organización y gestión de los servicios de salud por parte de los gobiernos locales. • Continua centralización de la gestión de personal

<ul style="list-style-type: none"> • Mejor uso de la iniciativa, la información, la retroalimentación, los aportes y el control locales. • Mayores oportunidades para adaptar las reglas y monitorearlas y modificarlas cerca del terreno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opciones limitadas para funciones de gobernanza (local) (para financiamiento y recursos humanos) • Acoso político a funcionarios públicos • Mala coordinación (especialmente cuando hay conflicto entre partidos políticos en diferentes niveles de gobierno) • Políticas ineficaces • Baja transparencia y rendición de cuentas en la elaboración de presupuestos y gastos. • Falta de una delimitación clara de responsabilidades y relaciones entre los niveles de gobierno local, comités y juntas de salud. • Monitoreo insuficiente, falta de un mecanismo de rendición de cuentas, insuficiencia entre los mapas de salud y descentralización. • Falta de mecanismo formal de coordinación entre los centros de salud y los gobiernos locales.
Prestación de servicios	
Efectos positivos	Efectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento general de la asistencia hospitalaria de pacientes • Mejor acceso a la atención • Mayor equidad interprovincial en el acceso a la generación • Mayor equidad interprovincial en el acceso a la atención hospitalaria, especializada y de médicos generales y en el acceso intra provincial a la atención hospitalaria y de médicos generales • Mejora del desarrollo estructural sanitario necesario para la prestación de servicios de salud: influencia positiva en los resultados de la atención sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor uso de servicios curativos • Disminución de la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización y de las visitas de supervisión y entrega • Altas desigualdades en el acceso a la atención que favorecen a las jurisdicciones más ricas • Exacerbación de las desigualdades existentes en los resultados de salud • Mala preparación de los servicios de salud materna • Baja disponibilidad de servicios en salud materna y envejecimiento de la población. • Baja calidad del servicio de salud.

<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación de instalaciones y recursos de salud (como ambulancias) • Mejor accesibilidad debido a mejores medios de transporte y condiciones de las carreteras. • Distancia reducida a los centros de salud: acceso mejorado • Mejora de la cobertura de vacunación • Mejora de la calidad de la atención • La descentralización fiscal redujo la tasa de mortalidad infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inequidad en el acceso a los servicios de salud materna • Disminución del desempeño del programa de salud • Bajo desempeño de los profesionales de la salud. • Disminución del diagnóstico y tratamiento adecuados de los problemas humanos.
Financiamiento	
Efectos positivos	Efectos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Mejor coordinación con los donantes • Mayor equidad fiscal en todas las jurisdicciones • Disponibilidad de recursos y desarrollo, particularmente en jurisdicciones/regiones que han estado marginadas durante mucho tiempo. • Beneficiarse de un mayor nivel de hallazgos para condados / jurisdicciones anteriormente marginadas • Aumento del gasto total en salud • Reducción del gasto de bolsillo • Mayor asignación de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos fiscales controlados – dependencia del gobierno central para obtener fondos • Falta de transparencia en la asignación de recursos y procesos presupuestarios débiles • Retraso en la transferencia de recursos financieros del gobierno central a los locales • Débiles capacidades financieras para soportar los costos de inversión. • Recursos financieros limitados para prestar servicios de salud en la mayoría de los gobiernos locales. • Restricciones presupuestarias/falta de fondos suficientes: la prestación de atención y servicios médicos no satisface las necesidades locales • Funciones de financiación estrechas a moderadas • Espacio de decisión para asignaciones de gastos moderado y limitado para salarios y para la junta de instalaciones • La disminución de la transferencia central, junto con la financiación extrapresupuestaria, genera inequidad en los resultados de salud entre jurisdicciones.

	<ul style="list-style-type: none"> • Alta disparidad interjurisdiccional debido al efecto insignificante del fondo de compensación • Los presupuestos sanitarios son insuficientes para prestar servicios de salud óptimos • El gasto de bolsillo aumentó (no mejoró) • Restricción de los subsidios cruzados entre diferentes regiones • Menos dinero asignado para bienes públicos y atención primaria de salud. • Posibilidades de que las diferencias existentes en riqueza entre regiones se acentúen y las jurisdicciones pobres pierdan ingresos frente a las más ricas.
--	---

Fuente: Sapkota, 2023

4.4.3 *El problema de los derechos residuales y los múltiples principales*

4.4.3.1 Derechos residuales

Este problema, el primero enfocado desde el programa neoinstitucional de los derechos de propiedad y el segundo desde la teoría de la agencia, permite observar la necesidad de la simpleza de las relaciones entre el conjunto de agentes para el mejor cumplimiento, coordinado e integrado, de sus funciones.

En este conjunto de relaciones e interdependencias, las organizaciones tienen que establecer cómo se reparten los derechos de decisión, cómo se evalúa el comportamiento y cómo se crean y funcionan o se distorsionan los incentivos al desempeño institucional y a los resultados en salud y bienestar para la población.

Según quien se apropie de las rentas residuales (beneficios), según quien sea el titular de los derechos residuales de decisión (los no contemplados por la ley, el contrato o la costumbre), puede establecerse una tipología de las formas organizativas entre las puramente privadas y las puramente públicas (Cuadro 17). (García-Altes y Ortún, 2018)

Cuadro 17. Tipología de las formas organizativas según derechos residuales

Apropiación privada de rentas residuales	Titular derechos de decisión		
	Privada	Mixta	Pública
Sí	Privada pura (capitalista)	Privada regulada	X
Parcialmente	Comercial no lucrativa	Comercial lucrativa con participación pública	Pública comercial
No	No lucrativa pura	Fundación privada con financiación pública	Pública pura

Fuente: García-Altes y Ortún (2018)

En el Cuadro 2 se observan diversas formas intermedias entre la organización pública pura y la organización privada pura que se pueden adaptar a las particularidades de la actividad sanitaria habida cuenta tanto de sus fallos del mercado como de sus fallos del Estado. En este punto, de nuevo, la simpleza del conjunto de los agentes intervinientes, así como de los múltiples principales posibles, obsérvese, por ejemplo, el sistema de salud coreano permite que los derechos residuales de decisión y control sean más fácilmente asignados, con menos comportamientos oportunistas extractores de rentas o beneficios.

La asignación de derechos residuales de decisión y control efectuada a través de instrumentos como los contratos y el sistema de incentivos, que debe incluir mediciones de calidad y resultados, no es siempre coincidente con la que se desprende de la normativa regulatoria o de control. Esto introduce incertidumbre en los equipos directivos y aumenta el riesgo de pérdida de credibilidad del modelo en la medida en que la supuesta autonomía proporcionada por los contratos puede ser puntualmente anulada por normativas de carácter interno. Problemas de compromiso imperfecto y percepción del sistema de incentivos como una «lotería» son dos amenazas latentes.

Lo anterior, llevado a la gestión, debe orientarse hacia el «hacer individualmente atractivo lo socialmente deseable», lo que exige organizaciones con autonomía de gestión, que reciban una parte de sus presupuestos en función de resultados y en un entorno de competencia por comparación en calidad, pero donde se mantenga la financiación pública con cobertura universal y obligatoria.

4.4.3.2 Los múltiples principales

Las relaciones económicas, en las que una parte (el principal) desea incidir en las acciones de otra (el agente), por medio de incentivos, están presentes en el quehacer diario de la

humanidad. Tomado de Herrera Mesino, 2021, se afirma que, dentro del sector público, el rol del principal y del agente puede verse afectados por cuatro razones o problemas: la presencia de múltiples principales; la realización de múltiples tareas; la falta de competencia y la motivación de los agentes. En el caso de un sistema de salud, este esquema adquiere una connotación particular, ya que se observa que el rol del principal es asumido por el proveedor de los servicios de salud, sea un médico, una clínica, hospital o cualquier institución proveedora. Por su parte, la característica política del gobierno de las empresas públicas implica que se enfrentan a múltiples principales. Las empresas públicas, en términos institucionales, tienen dos juegos con reglas distintas: el político y el económico; las empresas tienen la imposibilidad de jugar los dos al mismo tiempo, dado que los objetivos de un juego se contradicen con los del otro (Herrera, 2021).

Desde un enfoque de las empresas públicas, se evidencia que existe una ineficiencia de mercado cuando se tienen más de un principal. Esta condición conlleva a que se generen búsquedas de objetivos diferentes y, en muchos casos, contradictorios, lo que genera pocos controles al desarrollo de los procesos inherentes, haciendo “free riding” entre ellos. Esta condición tiene dificultades primarias en la generación de incentivos, los cuales se encuentran debilitados por la existencia de múltiples principales, así con múltiples objetivos y productos (Beker, 2005). Por ello, Dixit (1997) argumenta que establecer una clara misión para cada agencia puede ser más importante que cualquier incentivo.

4.4.3.3 El faltante, los costos de transacción

Además de los programas de la economía neoinstitucional relacionados, derechos de propiedad y relación de agencia, los costos de transacción son importantes para entender las formas de organización y sus estructuras de gobierno. La definición de costos de transacción, cita Martín, 1994 a Milgrom y Roberts (1992) como los costos de coordinación y motivación tanto en la organización como en el mercado; son, por tanto, los costes de hacer funcionar el sistema. Los costos de transacción, con ello, son de gran importancia para entender la integración vertical y las formas de gobierno de las organizaciones.

El principio de eficiencia plantea un proceso de selección darwiniana, sólo sobreviven los mecanismos de gestión más eficientes. Por tanto, a lo largo de la historia se impondrán aquellas formas organizativas que minimicen simultáneamente los costes de producción más los costes de transacción.

Es importante observar como la probabilidad de integración vertical o internalización de distintos servicios de salud que producen diferentes outputs aumenta con el nivel tecnológico o de especialización. El cuadro 3 realiza un ejercicio exploratorio de este tipo considerando

que la probabilidad de internalización de las actividades sanitarias depende del grado de especificidad de activos y de la incertidumbre presente en la transacción.

Cuadro 18. Probabilidad de internalización de los costos de transacción

Transacción	Activos Específicos	Incertidumbre	Probabilidad de Internalización
Cirugía	Altos	Media	Alta
Cirugía de Día	Medio	Baja	Media-Baja
Servicios Médicos	Media-Altos	Alta	Medio-Alta
Psiquiatría	Bajo	Alta	Media
Atención Primaria	Bajo-Medio	Media	Media-Baja
Promoción de Salud	Bajos	Medio-Alta	Media
Cuidados Dentales	Bajos	Baja	Baja
Catering	Medios	Baja	Baja-Media
Limpieza	Bajos	Bajas	Bajas
Servicios Centrales (Laborat. Rayos X)	Medios	Media	Medio-Baja
Anestesia	Alta	Alta	Alta
U.C.I.	Alta	Alta	Alta
Emergencias	Medios	Alta	Medio-Alta

Fuente: Martín (1994)

En el caso colombiano, los costos de transacción permiten entender, cuando existe integración vertical entre EPS e IPS, como, por ejemplo, los recobros pueden ser favorables para el conjunto asegurador-prestador, según Rodríguez (2021), porque los costos de transacción son menores. Pero si la EPS no está integrada a una IPS, el recobro no le conviene, ya que los costos de transacción aumentan. El recobro en integraciones verticales, con integración patrimonial o no, debe tener costos de transacción menores al suponer que en el grupo integrado disminuye la incertidumbre de los costos o su varianza, pues al mejorar su previsibilidad, disminuye la incertidumbre.

También es posible para explicar por qué es probable que las formas más intensas de colaboración público-privada se asocien con costos de transacción más altos que otras formas de prestación, (Meneu, 2018). En un marco de racionalidad limitada y orientación hacia el interés propio de los actores, cualquiera de estos puede aprovechar las lagunas en el

conocimiento del otro para promover sus intereses, aunque pueden todavía ganancias en eficiencia.

4.4.3.4 El tema de la información

En presencia de múltiples principales, característica del sector y la organización pública, así como de la propuesta de reforma, donde todavía hay confusión de funciones locales, se pregunta de quién es el destinatario de la información que proporciona la medida o rendición de cuentas de o los agentes, que tan pública o reservada debe ser y cómo permite un control a la gestión pública de la sociedad o población beneficiaria o afectada. Adicionalmente, en términos de la política pública local, debe preguntarse si fortalece nuevas formas de democracia participativa y potenciará la capacidad de decisión y de elección de los ciudadanos.

Esto en general, pero en concreto y en términos de gestión, la información de la actuación de los diferentes agentes y la respuesta de los múltiples principales debe contener la medición de resultados para observar el desempeño de las instituciones a nivel local. En esa medida, deberá ser suficiente para observar la participación de los privados y el funcionamiento de los incentivos, tanto como las acciones de supervisión y control. Esta información debería hacerse pública cuando los indicadores de gestión van asociados a un sistema de incentivos o cuando se emplean como instrumento para favorecer comportamientos competitivos. En concreto, la propuesta de reforma, a pesar de conocer que la Ley debe tener un carácter general y abstracto, no plantea nada cercano a un sistema de medición de resultados y rendición de cuentas. (Pedraja y Salinas, 2005)

Por las razones anteriores, obedeciendo al contexto local específico y a las condiciones de partida, es perentorio considerar, tanto en el marco general de la norma, como en proceso mismo de implementación, el modelo de información para la medición de resultados, la rendición de cuentas y el desarrollo de las funciones de supervisión y control.

Finalmente, contrastando la descentralización con el acceso a la información, es crucial notar que la presencia de una amplia gama de actores, tanto principales como agentes (o inspectores y actores, en un sentido menos estrictamente económico), en el sector de la salud, y los diversos roles que desempeñan, se combina con las asimetrías de información inherentes al funcionamiento de los sistemas de salud. Esto resalta la importancia de que el acceso a la información no solo sea esencial-*sine qua non* para el funcionamiento efectivo y descentralizado del sector (y claro, enfocado y especializado en las necesidades regionales específicas), sino que también esté intrínsecamente vinculado a la garantía del derecho fundamental a la salud.

En resumen, Por otro lado, acceder a información confiable sobre el desempeño de los proveedores de servicios de salud es esencial para tomar decisiones más informadas en políticas públicas, ya sea en términos financieros u operativos. Por lo tanto, la disponibilidad de informes sólidos sobre eficiencia y cobertura a diversos niveles puede generar efectos sumamente beneficiosos a corto y largo plazo. La creación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud emerge como una medida prometedora para alcanzar este propósito y el de la garantía efectiva del derecho a la salud.

4.4.3.5 Observación

Con la reforma se busca promover una mayor descentralización y autonomía en la gestión local, se crean múltiples organizaciones a distintos niveles geográficos y administrativos. La estatización o, más exactamente, la publicación del sistema de salud trae consigo una mayor complejidad y lo que podría denominarse una “corporativización pública local” de múltiples principales y un riesgo de “rentas residuales” importante. En este punto, la propuesta de reforma es contradictoria entre la centralización de la gobernanza y el esquema de pagador único y la mayor autonomía local, lo cual hace mucho más exigente la función de supervisión y control para disminuir la posibilidad de rentas residuales, además, el esquema requiere, necesariamente, de indicadores de resultado y desempeño como insumo para las acciones de regulación control. No obstante, el sistema de información, su establecimiento y coordinación deben ser progresivos y necesariamente vinculados al nivel de conectividad a internet en el país, lo que plantea dudas sobre su viabilidad a corto plazo. Especialmente relevante es considerar que Colombia registra la menor cobertura de internet entre los países miembros de la OECD, alcanzando apenas un 60,5% (S.A.S, 2023)

4.4.3.6 Integración y coordinación

La coordinación interinstitucional emerge en conjunto con la demanda de una atención focalizada. Si bien la creación de estructuras es relativamente sencilla, su integración activa y eficiente constituye un desafío considerable. En el contexto de la integración, resulta imperativo señalar que si bien existen diversos órganos encargados de coordinar los esfuerzos ministeriales⁴⁹, existen aspectos cruciales, como los propios objetivos de la reforma, que podrían amalgamarse con otros entes gubernamentales por medio de una organización

⁴⁹ Como las becas para carreras de la salud integradas por el ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y el Ministerio de Ciencia y Tecnología, o en el caso del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud-SPUIIS, que estará integrado con el Ministerio de Ciencia y Tecnología, ya que su aplicabilidad dependerá en gran parte del Plan Nacional de Conectividad Rural.

horizontal que tenga como el objetivo mismo la eficiencia y reducción de costos operacionales con un enfoque de calidad.

4.4.3.7 Contenido de reforma

Es imperativo mencionar que la regulación sobre la integración vertical, tal como aquí se entiende, pierde sentido frente al nuevo papel de las EPS como Entidades Gestoras de Salud y Vida. Esta figura solo tiene sentido si agrega valor sobre el acceso, oportunidad, suficiencia, atención, calidad, desempeño o resultados del sistema, incluyendo la equidad, de lo contrario tendería a desaparecer. Además, debería discutirse la integración de redes y su coordinación, integración y gestión entre niveles asistenciales y organizaciones públicas y privadas en zonas de mercado y no mercado.

La atención integral en salud es un proceso que comprende la provisión de servicios en salud de forma eficaz, segura y centrada en las personas, y que comprende el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativos.

El modelo de salud establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, con un nivel primario constituido con equipos de salud territorial y centros de atención primaria en salud como el primer contacto con el sistema de salud, que integra y coordina la atención incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, en el contexto de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

4.4.3.7.1 Enfoque

En el pasado, la formación de redes propias por parte de las EPS, surgidas a partir de la integración vertical con las IPS, generó tensiones significativas dentro de este oligopolio bilateral, alcanzando su punto álgido en 2006. En respuesta a esta situación, la Ley 1122 de 2007 estableció limitaciones para las EPS, restringiendo su capacidad de contratar más del 30% de su gasto en salud, tanto de manera directa como a través de terceros. Además, se estableció que las EPS subsidiadas deben destinar al menos el 60% de su gasto en redes públicas, lo que en última instancia representa una regulación que limita la integración vertical en el sector.

Para investigadores como Bardey y Buitrago, (2016) los límites impuestos a la integración vertical no parecen ser la opción más adecuada en grandes centros urbanos. En estos entornos, donde el oligopolio cuenta con una mayor cantidad de actores, la presión sobre los precios no parece ser significativa. Por lo tanto, las ganancias están más estrechamente vinculadas a la eficiencia asociada a la reducción de costos de transacción cuando se permite

la integración vertical. Sin embargo, en áreas con una oferta limitada de servicios, las restricciones a la integración podrían resultar beneficiosas, ya que este tipo de integración podría generar problemas de exclusión (forclusión, en términos económicos).

4.4.3.7.2 La integración y la oferta

Es esencial resaltar que, además de canalizar las economías de escala hacia la atención primaria, la integración vertical debe tener en cuenta la dinámica del mercado de médicos y su integración vertical. En áreas con una demanda limitada de servicios de salud, existe una mayor propensión a la formación de monopolios en este ámbito. La obligatoriedad prestacional suele dejar a un solo proveedor, generalmente de carácter público, con la responsabilidad de prestar servicios, lo cual puede o no garantizar un volumen suficiente para la obtención de economías de escala. Asimismo, es posible que este proveedor carezca de la infraestructura necesaria, incluyendo recursos humanos y espacio físico adecuado que ponen en duda la capacidad de prestar por sí mismos un servicio de calidad mínima requerida.

Estos monopolios resultan más atractivos para los médicos que trabajar dentro de una red con un salario fijo. El fenómeno en discusión puede ser mitigado mediante regulaciones o incrementando la presencia de médicos en áreas con menor demanda. Además, se pueden mejorar los incentivos para retener a los médicos, ya sea mediante mejoras salariales o facilitando el acceso a especializaciones mediante becas y otros programas de apoyo para evitar la pérdida de talento. En esta última parte, compartimos la visión de la reforma en hacer que el proceso de ingreso a posgrados sea más selectivo y transparente, además de incentivar, a través de becas, el estudio en ciencias de la salud y campos relacionados.

4.4.3.7.3 Integración y enfoque diferenciado

Uno de estos puntos, ampliamente mencionado a lo largo del proceso reformista, reside en la adquisición directa de información demográfica, sanitaria y de cobertura, cuya función sustancial sería proporcionar la base para un enfoque diferenciado y territorial, así como para la formulación de políticas específicas. Esta tarea podría ser incorporada de manera eficaz con organismos como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE, lo que podría redundar en una reducción de los costos asociados a la reforma. Delegar este tipo de indicadores a entidades con una trayectoria más consolidada podría, además, asegurar una gestión más eficiente y precisa, y que podría eliminar los incentivos perversos que podrían existir con la anunciación de indicadores.

4.4.3.7.4 Integración y la atención básica

Entre los cambios posteriores a la reforma, destaca la decisión de ofrecer subsidios a los proveedores de servicios de salud, subsidios a la oferta, al presupuesto histórico, a los costos fijos, mas no a la productividad, cuando el recurso sigue al paciente. Las restricciones a la Integración Vertical son evidentes, especialmente en áreas con una competencia considerable, donde es probable que los costos de transacción aumenten, Bardey & Buitrago, 2016. Esto se debe a que se obstaculiza la internalización de costos, mientras que **la integración vertical, por el contrario, debería promover una mejor coordinación, supervisión y control**. En términos generales, esta prohibición reduce y prácticamente elimina las economías de escala, lo que significa que las entidades gestoras de salud enfrentarán el desafío único de minimizar costos operacionales, perdiendo en gran parte su autonomía.

Desde la perspectiva del CEPESS, es crucial establecer un sistema de salud de primer nivel que aproveche las economías de escala y alcance (reducción de costos). Esto facilitaría, tal como se menciona en la reforma, la concentración en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Sin embargo, nos encontramos ante dos fuerzas que se contraponen. **Por un lado, está la limitación de las economías de escala debido a la integración vertical**, y por otro, el inevitable cierre masivo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

4.4.3.7.5 La integración y el desempeño

En Colombia, la inexistencia de un sistema de pago basado en el desempeño o los resultados implica que no se recompensa económicamente a individuos o entidades según su rendimiento. En el ámbito de la competencia, tal como se ha destacado anteriormente, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se desenvuelven en un contexto que exhibe características de un mercado oligopólico bilateral con integración vertical. La Ley 100 de 1993 establece un marco de competencia regulada, cuyos fundamentos descansan en la interacción entre los proveedores de servicios de salud (caracterizada por una competencia imperfecta derivada de las economías de escala), donde el gobierno asume principalmente roles de supervisión y regulación, y en menor medida, proporciona servicios de salud directamente.

4.4.3.7.6 La integración y la autorregulación médica

Es esencial resaltar que, además de canalizar las economías de escala hacia la atención primaria, la integración vertical debe tener en cuenta la dinámica del **mercado de médicos y su integración vertical**. En áreas con una demanda limitada de servicios de salud, existe una mayor propensión a la formación de monopolios en este ámbito. La obligatoriedad prestacional suele dejar a un solo proveedor, generalmente de carácter público, con la

responsabilidad de prestar servicios, lo cual puede o no garantizar un volumen suficiente para la obtención de economías de escala. Asimismo, es posible que este proveedor carezca de la infraestructura necesaria, incluyendo recursos humanos y espacio físico adecuado que ponen en duda la capacidad de prestar por sí mismos un servicio de calidad mínima requerida.

Estos monopolios resultan más atractivos para los médicos que trabajar dentro de una red con un salario fijo. El fenómeno en discusión puede ser mitigado mediante regulaciones o incrementando la presencia de médicos en áreas con menor demanda. Además, se pueden mejorar los incentivos para retener a los médicos, ya sea mediante mejoras salariales o facilitando el acceso a especializaciones mediante becas y otros programas de apoyo para evitar la pérdida de talento. En esta última parte, compartimos la visión de la reforma en hacer que el proceso de ingreso a posgrados sea más selectivo y transparente, además de incentivar, a través de becas, el estudio en ciencias de la salud y campos relacionados

En el ámbito de la regulación internacional, varios países han optado por la autorregulación de la profesión médica a través de organismos como los colegios médicos. Por ejemplo, en Canadá, el programa de residencia en medicina familiar incluye una rotación rural obligatoria para los residentes, quienes deben dedicar un período de tiempo a trabajar en comunidades rurales y remotas. En Australia, algunos programas de formación de especialistas médicos requieren que los residentes completen períodos de práctica en áreas rurales y regionales como parte de su entrenamiento, y el gobierno australiano ofrece incentivos financieros y becas para atraer a médicos especialistas a regiones remotas y desatendidas. En los Estados Unidos, algunos programas de residencia en medicina familiar y otras especialidades ofrecen oportunidades para rotaciones clínicas en áreas rurales y desatendidas como parte del entrenamiento. En Brasil, el gobierno federal ha implementado programas como el Programa Más Médicos, que exige que los médicos participantes trabajen en áreas rurales y periféricas del país.

Estas instituciones, de naturaleza privada y gremial, asumen la responsabilidad de regular la oferta de cupos de especialistas según la necesidad geográfica. Aunque esta medida puede ofrecer una solución a la escasez de profesionales en áreas remotas, plantea desafíos para el Estado en términos de control y regulación.

La delegación de la función pública a entidades privadas como los colegios médicos plantea desafíos en cuanto al poder que estos actores pueden ejercer en la regulación. Esto puede conducir a un aumento de los costos de transacción y a posibles impactos en los derechos de propiedad al restringir la competencia. Es fundamental buscar un equilibrio entre la autonomía de la profesión médica y la regulación estatal para asegurar una distribución eficiente y equitativa de los servicios médicos en todo el país.

4.4.3.7.7 Observaciones

Las recomendaciones en términos de organización industrial están orientadas hacia la toma de decisiones que fomenten un sistema eficiente y de amplia cobertura. En resumen, propone se lo siguiente:

- Es fundamental garantizar un grado adecuado de **coordinación entre instrumentos y actores** para asegurar que los mayores niveles de descentralización se traduzcan en mejoras reales en eficiencia y cobertura. En este sentido, la experiencia internacional habla de un mejor desempeño, contractual y de gestión, con base en las colaboraciones público-privadas y por lo tanto, una regulación de mercado es deseable en cuanto pueda propiciar este tipo de colaboración (BID, 2017; Jensen, 2016; Prybil et al., 2015).
- Se sugiere el uso y la **integración horizontal** con otras entidades del Estado, como el DANE, para facilitar el acceso a datos de salud de mejor calidad y posiblemente con mayor transparencia.
- Es relevante, aunque difícil, **la creación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUISS)**, pero se subraya la importancia de contar con información confiable y se aboga por la eliminación de los costos asociados con la transferencia de historiales clínicos entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) y no solo dentro del sistema de salud. También se enfatiza la necesidad de avanzar en la cobertura de internet para aprovechar al máximo estas herramientas, siempre teniendo en cuenta la importancia de garantizar la protección de los datos personales.

Desde una perspectiva de organización industrial, es imperativo considerar estrategias que contrarresten los monopolios en servicios médicos complementarios, los cuales surgen con frecuencia en áreas con baja demanda de atención médica. Para abordar este desafío, proponemos incentivar y facilitar el acceso a especialidades médicas, así como aumentar el número de becas para carreras relacionadas con la salud.

Al promover la formación de profesionales de la salud en estas áreas, se puede mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios ofrecidos, lo que garantizará una atención médica más equitativa y completa para todas las comunidades. Sin embargo, consideramos que estas medidas no son suficientes por sí solas. Para lograr una distribución más equitativa de los servicios médicos, es fundamental crear incentivos económicos y de bienestar que hagan atractiva la práctica en zonas rurales en comparación con el sector privado, donde las remuneraciones suelen ser más altas.

Una solución paradójica para abordar estos desafíos podría ser la implementación de una estructura de gobierno o forma societaria adecuada, que internalice los riesgos, permita rentas extraordinarias y brinde libertad operativa. En este sentido, la integración vertical podría ser una opción que considerar.

Es arriesgado limitar la integración vertical, ya que se percibe como una estrategia demasiado radical para el mercado, especialmente si se implementa como una medida global sin tener en cuenta el estado de la naturaleza del sistema en cada una de las diversas zonas del país. Esto podría ocasionar aumentos significativos en los costos monetarios y de transacción de los servicios de salud, especialmente en áreas urbanas densamente pobladas (Bardey y Buitrago, (2016).

Es crucial distinguir entre la coordinación e integración entre distintos niveles asistenciales y la integración vertical. Ambos conceptos abordan parcialmente la formación de redes y la integración de servicios entre diferentes niveles de atención, lo cual garantiza la continuidad de los servicios, como entre la atención básica y especializada. En principio, ambas formas de integración son deseables si generan eficiencia y eliminan incentivos negativos, pero es importante mencionar que la integración vertical no solo logra estas mejoras en eficiencia, sino que también promueve la integralidad y continuidad del servicio al internalizar costos.

Es imperativo mencionar que la regulación sobre la integración vertical, tal como aquí se entiende, pierde sentido frente al nuevo papel de las EPS como Entidades Gestoras de Salud y Vida. Esta figura solo tiene sentido si agrega valor sobre el acceso, oportunidad, suficiencia, atención, calidad, desempeño o resultados del sistema, incluyendo la equidad, de lo contrario tendería a desaparecer. Además, debería discutirse la integración de redes y su coordinación, integración y gestión entre niveles asistenciales y organizaciones públicas y privadas en zonas de mercado y no mercado.

Por último, en la actualidad, en cuanto a la integración vertical o de servicios, es crucial considerar que la experiencia internacional establece que su viabilidad de implementación depende de considerar a los trabajadores de la salud como agentes que deben ser integrados voluntariamente a la red.

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La propuesta gubernamental de tener un sistema cuyo objetivo sea “cuidar la vida de cada persona, familia, comunidad y sociedad [...] [y] cumplir con los principios fundantes de la salud: dignidad humana, universalidad, eficiencia, solidaridad, igualdad y equidad [...]”(Ministerio de Salud⁵⁰, 2023, pág. 32) recoge lo que cualquier persona espera que sea un sistema de salud o de expertos como se manifestó en las observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en agosto de 2000. Eso significa que el objetivo no tiene discusión. Las cuestiones están en el método y los instrumentos para alcanzar el objetivo.

Si el derecho humano a la salud tiene que ser efectivo, el Estado debe proveerlo de manera directa como productor o pagando su elaboración al sector privado o haciendo una combinación de los dos tipos de producción. El primer interrogante es si el sistema debe ser subsidiado o no. La respuesta depende del grado de concentración del ingreso o la riqueza, de la estructura demográfica y de la decisión política sobre el ingreso o financiamiento para cubrir el riesgo en salud.

Cuando es necesario dar subsidios y la salud es un derecho humano, como en el caso colombiano, la decisión política es si los subsidios se financian con impuestos o con contribuciones, por lo tanto, sobre qué sector económico o social recaerán las tarifas o las tasas y cuál es el nivel que estas deben tener, lo que remite de inmediato al establecimiento de qué beneficios se entregarán y que copagos se implantarán.

Ante la necesidad de dar subsidios, el segundo tema en cuestión es si deben ser a la oferta –prestación directa de los servicios– o a la demanda. La respuesta tiene que consultar los principios rectores de todo tipo de sistema de salud, es decir, se debe optar por la alternativa que demuestre ser más equitativa, más eficaz, oportuna, suficiente y eficiente. En el mundo las sociedades hacen una ordenación de preferencia de estos principios y lo estándar es que el sistema que se elige combina la producción de algunos servicios por parte del Estado y los restantes los provee el sector privado; el grado de complementariedad entre los dos tipos de prestadores depende de la decisión política, de la estructura industrial y de mercado, y de los incentivos que se puedan implementar en el contexto social donde opera el sistema

⁵⁰ Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara por medio del cual se transforma el Sistema General de Salud y se dictan otras disposiciones. *Gaceta del Congreso*, Senado y Cámara, año XXXII, n.º 68.

de salud. Por eso la experiencia italiana o coreana no es similar a la noruega, por ejemplo.

Supóngase que el mejor modelo de sistema es el que se aprobó en la Cámara. Para prestar los servicios de salud, el Estado necesariamente debe recurrir a la provisión de bienes y servicios que produce el sector privado, como el caso de los medicamentos, o a contratar a las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, como son los laboratorios clínicos, los hospitales, etc. Ahora considérese el escenario alternativo: que el sector privado produce todos los bienes y servicios de salud y se los entrega directamente a las personas, y el Estado se limita a pagar y a hacer cumplir perfectamente los principios rectores del sistema. En los dos casos hay producción privada que opera en unas estructuras de mercado determinadas, es decir, existen unos tamaños y segmentos de mercado y una organización industrial subyacente que no se puede desconocer tanto si la producción es completamente estatal o totalmente privada.

Tanto en el proyecto de ley como en las discusiones y aprobación en la Cámara y en los diferentes foros se soslaya el tema de la organización industrial. Se hacen afirmaciones sobre la presencia de los cuasimercados, de oligopolios y de segmentaciones del mercado, pero el GNC, el Congreso y los agentes interesados no conocen a profundidad la organización industrial subyacente en Colombia. Se comete el mismo error en que se incurrió en la discusión del Proyecto de ley 155 de 1992 que llevó a la Ley 100 de 1993, y que tiene al país en la actual situación y discusión.

Muchos de los elementos que contiene la propuesta del GNC ya están incorporados en la legislación colombiana. Algunos de ellos son responsabilidad de los tres niveles de gobierno. Por ejemplo, en atención primaria el Plan Decenal de Salud incluyó algunos componentes en los cuales jugaban un papel fundamental las entidades gubernamentales. Una evaluación del Ministerio de Salud y Protección Social señala que entre las restricciones que se detectaron en la ejecución está la interacción entre los niveles de gobierno, pese a que la coordinación se hallaba en un nivel alto de gobierno: la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

En la propuesta y en el texto aprobado por la Cámara de Representantes se tiene previsto el Sistema Público e Interoperable de Información en Salud, del cual depende en gran medida el éxito operativo y administrativo del modelo. Como lo manifiesta la exposición de motivos gubernamental y en diferentes momentos la

Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, la información actual sobre el sector salud es una caja negra. Para tomar buenas decisiones se requiere oportunidad y calidad de la información.

Con base en lo expuesto en el capítulo 4 de este documento, el CEPES concluye que es posible evaluar políticamente la posibilidad de alcanzar los mismos objetivos de la reforma que propone el Gobierno Nacional Central a partir de hacer cumplir las normativas existentes a todos los actores del sistema de salud y realizar ajustes de carácter técnico, económico, financiero y operativo al actual sistema, ganando en precisión y, ante todo, en evaluación, vigilancia y control, esto es, un cambio radical en la Superintendencia de Salud, llevarla a alcanzar los estándares operativos de sus similares de Industria y Comercio y de al Financiera. Con esta proposición recomienda:

- i. Antes de optar por una prestación directa, el Estado debe ordenar los principios del sistema de salud partiendo del que considera superior hasta el de menor jerarquía, y luego autoevaluarse y evaluar al sector privado para determinar quién tiene operativamente las competencias para cumplir con los principios rectores y puede alcanzar los objetivos, y con base en ese resultado construir la arquitectura del sistema de salud. Como la experiencia en el manejo operativo del sistema lo tiene el sector que ha manejado el actual sistema, se reitera la recomendación de hacer modificaciones que optimicen el actual sistema.
- ii. Para hacer una excelente modificación se requiere estudiar a profundidad y tener documentada la organización industrial que opera en el país en los mercados de servicios profesionales de salud, de medicamentos y hospitalario. Su conocimiento posibilitará diseñar estrategias de regulación que permitan reducir el poder dominante de monopolios y oligopolios en servicios médicos complementarios, provisión de medicinas, localización de hospitales, y estrategias para incentivar y facilitar el acceso de los profesionales a estudios superiores en especialidades médicas y estimular su ubicación en zonas con déficit en estas ramas especializadas.
- iii. La integración vertical no es negativa *per se*, depende de factores, sectores económicos y tamaños de mercado concretos; en segmentos donde hay

bastante competencia industrial⁵¹ no es problemática. Se sugiere hacer análisis específicos que conduzcan a regulaciones que minimicen costos de transacción y de operación del sistema en segmentos de mercado específicos; no se recomiendan restricciones generalizadas, son contraproducentes.

- iv. Una regulación efectiva y cualquier función de supervisión y control financiero deben considerar los incentivos de los agentes y la forma como ellos inciden sobre la estructura de capital y la cadena de aseguramiento-prestación, sin afectar la rentabilidad social y la limitación al derecho a la salud. Como en términos espaciales las economías, las deseconomías y las estructuras de mercado cambian, se recomienda que un nuevo marco de competencias y asignación de recursos de la salud sea coherente con los tamaños de mercado territoriales y se diseñen mecanismos de interconexión espacial para minimizar costos de atención.
- v. Ante los problemas operativos y de ejecución, la tendencia colombiana es pretender solucionarlos con la creación de comités, consejos, juntas, comisiones, etc., o a crear reglamentaciones con leyes, decretos, ordenanzas, circulares, etc., que arreglen los problemas prácticos. Antes de crear una instancia de decisión o de operación, se recomienda considerar las evaluaciones existentes de situaciones similares y de diseños institucionales y operacionales presentes o pasados, y revisar la práctica internacional con el propósito de tomar las lecciones de la experiencia y analizar los requerimientos técnicos, de la capacidad institucional y profesional de los entes territoriales, de los incentivos que se necesitan, y de los liderazgos requeridos, entre otros aspectos, que permitan impulsar la cooperación entre entidades y niveles de gobierno y lleven a que las estructuras de la organización y la operación funcionen cabalmente. Así mismo, se sugiere que construir sobre lo construido también significa hacer un balance de la normatividad vigente y una evaluación de sus resultados para detectar restricciones reglamentarias que atentan contra la operación y los buenos resultados del sistema de salud.
- vi. Es importante que el GNC evalúe bien el costo financiero y económico de los bienes y servicios que presta el sector para determinar la UPC que corresponde a la prestación de los servicios y, al mismo tiempo, corrija los

⁵¹ Es importante no confundir competencia de mercado con competencia industrial y precios competitivos.

requerimientos del presupuesto máximo. Para alcanzar los objetivos que se propone el gobierno, realizado el ajuste financiero y hechos los giros a las EPS, se sugiere:

- a. Diseñar arquitecturas específicas para las zonas marginales del país, como módulos enlazados con el sistema general de salud, pero con características económicas, financieras y operativas propias a este tipo de regiones.
 - b. Evaluar la ampliación de servicios complementarios con recursos financieros que se correspondan con la dinámica poblacional, el acceso a la salud y a la igualdad en tratamiento de los servicios.
 - c. Incentivar a las EPS a trabajar de manera coordinada con las entidades territoriales y a profundizar en la atención primaria en salud con enfoque preventivo, a partir de la normatividad vigente, allanando todas las restricciones que se pueden detectar.
 - d. Mejorar el giro directo desde la ADRES a los prestadores, sin desmontar el aseguramiento que tiene como función las EPS.
- vii. Con o sin cambio de modelo, el país necesita integrar la información del sector salud, empezando por la información de la historia clínica para que el usuario la tenga disponible en cualquier parte del país donde lo atiendan, pasando por información confiable sobre la situación de las variables de salud en los municipios, el cumplimiento de funciones de los administradores y el desempeño de los proveedores de servicios, y llegando a tener información de resultados operativos, económicos, financieros y de las variables relevantes sobre la situación del nivel de salud de la población por regiones y total que contribuyan a la planeación y toma de decisiones en política en salud. Desde luego, para lograrlo se requiere alcanzar una cobertura amplia de telecomunicaciones que permita la interconexión y aprovechar herramientas como internet.

El CEPES reitera su invitación a utilizar de manera proactiva, eficiente y eficaz la oportunidad que abrió el Senado al archivar el proyecto de ley, para que entre todos los estamentos sociales se mejore el sistema de salud. La decisión final será política, no técnica, porque es el diálogo político de carácter racional el que permite escuchar y entender los argumentos éticos, políticos, económicos, filosóficos y jurídicos que todos pueden aportar para tomar una decisión informada sobre las consecuencias sociales de los cambios en el sistema de salud. El sistema actual requiere

modificaciones, mucho más si se piensa en el cambio en la estructura demográfica que tendrá el país en el inmediato futuro, y el entendimiento técnico de sus problemas, junto con un diálogo democrático como sociedad, nos debe permitir tomar una decisión conjunta sobre lo que se debe modificar. Así mismo, el Gobierno Nacional Central debe recoger los acuerdos, incorporarlos en una propuesta y presentar un nuevo proyecto al Congreso de la República que mejore el sistema de salud y beneficie sin excepción a todos los residentes en el país.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial(2007), Estudio del financiamiento de la salud Gasto Mundial en Salud efectos Globales De las enfermedades. Guía Para especialistas, 2007
2. Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 77, 231-262. <https://doi.org/10.13043/dys.77.6>
3. BID. (2017, junio 30). Asociaciones público privadas en salud en América Latina. *Gente Saludable*. <https://blogs.iadb.org/salud/es/asociaciones-publico-privadas-fortalecer-los-sistemas-de-salud/>
4. Blümel, M., A. Spranger, K. Achstetter, A. Maresso, R. Busse (2020). Germany Health system review 2020. *Health Systems in Transition*. Vol. 22, No. 6.
5. Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Desarrollo y Sociedad*, (77), 231-262. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n77/n77a07.pdf>
6. Carranza, J. E. (2015). Poder de mercado, contratos y resultados de salud en el sistema de salud colombiano entre 2009 y 2011. *Borradores de Economía; No. 918*. Recuperado de https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/6229/be_918.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Carrasquilla, A. (2008) “El régimen Contributivo en el sistema de salud en Colombia: Situación actual, Perspectivas y Desafíos”.
8. Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil (9 de julio de 1996). Concepto Exp. 854, [C.P: Suárez Franco, Roberto].
9. Cortez, D., Londoño D. y colaboradores, 2022. Presentación del estudio “Cómo mejorar la situación laboral de las trabajadoras calificadas de la salud”. Universidad del Rosario. Video recuperado de: <https://youtu.be/MfxgoYBfJSY>
10. Chaparro, F. P., Jiménez, J. S., & Jiménez, M. D. M. S. (2005). Los indicadores de gestión en el Sector Público. *Revista de Economía y Estadística*, 43(2), 109-129.
11. Contraloría General de la República-CGR (1993). La modernización del Estado. Santafé de Bogotá. Contraloría General de la República.
12. Corte Constitucional Sala Segunda de Revisión (31 de julio de 2008) Sentencia T-760/08 [M.P: Cepeda Espinosa, Manuel José]
13. Corte Constitucional (30 de enero de 2019), Sentencia C-439/19 [M.P.: Guerrero Pérez, Luis Guillermo]
14. Corte Constitucional (30 de noviembre de 2011), Sentencia C-902 [M.P.: Palacio Palacio, Jorge Iván]
15. Corte Constitucional (30 de julio de 2008), Sentencia C-756/08 [M.P.: Monroy Cabra, Marco Gerardo]
16. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE(2021). Informes de estadística sociodemográfica aplicada No 7. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas->

- [sociodemograficas/2021-09-23-Determinantes-factores-asociados-tasa-mortalidad-infantil-dptl-mpal.pdf](#)
17. De Belvis, A. G., M. Meregaglia, A. Morsella, A. Adduci, A. Perilli, F. Cascini, A. Solipaca, F. Fattore, W. Ricciardi, A. Maresso & G. Scarpetti (2022). Italy Health system review 2022. *Health Systems in Transition*. Vol. 24, No. 4.
 18. Defensoría del Pueblo(2007) La Tutela y el Derecho a la Salud Período 2003-2005 - Actualización. Bogotá DC. Defensoría del Pueblo.
 19. Defensoría del Pueblo (2012) “La Tutela y el Derecho a la Salud 2011 - 20 AÑOS 1992 – 2011”. Bogotá DC. Defensoría del Pueblo.
 20. U.S. Department of Health and Human Services-HHS(2024). Medicaid. <https://www.medicaid.gov>
 21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DRESS (2023). La protection sociale en France et en Europe en 2022 – Résultats des comptes de la protection sociale https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/recherche?f%5B0%5D=content_type%3A1&f%5B1%5D=themes%3A76
 22. Fedesarrollo (2012), La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro-1. Informe Final – Sujeto a revisiones”.
 23. FIFARMA-IQVIA, 2024. Informe “Waiting to Access Innovative Therapies)”. Recuperado de https://fifarma.org/wp-content/uploads/2024/03/FIFARMA-WAIT-2023_White-Paper_ESPANOL.pdf
 24. García-Altés, A., & Ortún, V. (2018). Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria. *Cuadernos Económicos de ICE*, (96).
 25. Gómez, T., Matarín Rodríguez-Peral, E., & García García, F. (2021). La sostenibilidad del sistema de salud y el mercado farmacéutico: Una interacción permanente entre el costo de los medicamentos, el sistema de patentes y la atención a las enfermedades. *Salud colectiva*, 16, e2897. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2897/>
 26. Grupo de Economía de la Salud-GES (2017). Eficiencia en los sistemas de salud: Marco internacional y perspectivas para Colombia. Observatorio de la Seguridad Social, No. 34, pp. 1-16. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/13859/1/GrupoEconomiaSalud_2017_EficienciaSistemasSalud.pdf
 27. Herrera, O. (2021). Resultados administrativos y financieros de la recuperación de costos en la modalidad de contratación montos fijos de una EPS contributiva, desde el enfoque de contratos incompletos 2018-2019

28. Hsiao, W. C. (1995). Abnormal economics in the health sector. *Health policy*, 32(1-3), 125-139. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0168851095007317>
29. Jaramillo-Mejía, M. C., Chernichovsky, D., & Jiménez-Moleón, J. J. (2018). Determinantes de la Mortalidad Infantil en Colombia. Path Analysis. *Rev. Salud Pública*. 20 (1): 3-9. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/rsap/2018.v20n1/3-9/es/>
30. Jensen, J. (2016). A Review of Public–Private Partnership Activities in Health System Strengthening. En *The Role of Public-Private Partnerships in Health Systems Strengthening: Workshop Summary*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK373286/>
31. Kumar, S., A. Mangal & D. K. Mangal (2022). Health Policy and Health System. En Gupta, S. D., A, Khanna (eds)(2022). *Healthcare System Management. Methods and Techniques*. Singapore. Springer.
32. La Rosa Huertas, L. (s. f.). *Descentralización de la salud, perspectiva de género y empoderamiento de la mujer*.
33. Lucumí, D., Mosquera, C., Ordoñez, J., & Fuentes, M. (2023). *Diseño de un modelo de gestión integral y calidad para fortalecer en equipos territoriales de salud pública capacidades y desempeño de las funciones esenciales en salud pública* (No. 20983). Recuperado de https://gobierno.uniandes.edu.co/sites/default/files/books/DT/DT_100.pdf
34. Martín, J. J. M., & del Amo, M. D. P. L. (1994). *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
35. Meneu, R., & Urbanos, R. (2018). La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras. *Cuadernos económicos de ICE*, (96).
36. Merlano-Porras, C. A., & Gorbanev, I. (2011). ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 170-180. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a12.pdf>
37. Ministerio de Salud (1994). La reforma a la Seguridad Social en Salud. Antecedentes y resultados. Santafé de Bogotá. Ministerio de Salud.
38. Ministerio de la Protección Social (2009). “Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano”, Bogotá DC.
39. Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Evaluación de procesos e institucional del Plan Decenal de Salud Pública- 2012-2021. Bogotá DC. Ministerio de Salud y Protección Social
40. Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara por medio del cual se transforma el Sistema General de Salud y se dictan otras disposiciones. *Gaceta del Congreso*, Senado y Cámara, año XXXII, n.º 68.
41. Ministerio de Salud y Protección Social (2024), “Fortalecimiento de la Gestión Territorial En APS - Equipos Básicos de Salud: conformación, operación y seguimiento.” Bogotá DC.

42. Ministère du Travail de la Santé et des Solidarités (2024) Système de santé, <https://sante.gouv.fr>
43. Murray, C., & Frenk, J. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), pp. 717-731. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/58011/Bull-of-WHO-2000-3-p149-162-spa.pdf>
44. Norwegian Ministry of Health and Care Services (2020). National Health and Hospital Plan 2020-2023. <https://www.regjeringen.no/en/find-document/white-papers-/id1754/?isfilteropen=True&term=Meld.+St+7+2019-2020>
45. Norwegian Ministry of Health and Care Services (2024). Health and Care. <https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/id917/>
46. Norwegian Ministry of Labor and Social Inclusion (2024) The Norwegian Social Insurance Scheme, Oslo. https://www.regjeringen.no/contentassets/4ad75304a13b4fde875832fd77b75b7e/the-norwegian-social-insurance-scheme_2024.pdf
47. Oliva, J., González, B., Trapero, M., Hidalgo, Á., & Del Llano, J. (2018). Economía de la Salud. *Editorial Pirámide*.
48. Or, Z., C. Gandré, A-V. Seppänen, C. Hernández-Quevedo, E. Webb, M. Michel & K. Chevreul (2023). France Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 25, No. 3.
49. Organización Panamericana de la Salud-OPS & Organización Mundial de la Salud-OMS (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud.
50. Páez, G. N., Jaramillo, L. F., Franco, C., Arregoces, L., Bardey, D., & Ortiz, J. L. (2015). Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. *Bogotá, DC: Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>
51. Paredes N. (2024), “Las verdades a medias – la crisis de la salud”, CODESS.
52. Paredes, N. (2015) “Visión integral del manejo del Riesgo” *Revista Conexión*. Año 4 Número 8.
53. Parent, H. (2009). Reformar el sistema francés de salud. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 7(1), pp. 23-32. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-reformar-el-sistema-frances-salud-13136962>
54. Prybil, L., Jarris, P., & Montero, and J. (2015). A Perspective on Public–Private Collaboration in the Health Sector. *NAM Perspectives*. <https://doi.org/10.31478/201511a>
55. Rana, F. F. Rahman & M. Bellager (2022), *Health Policy*, en Farazmand, A. (eds)(2022). *Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy, and*

- Governance*, Switzerland, 2nd Edit. Switzerland. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-66252-3>
56. Restrepo, J. H., Lopera, J. F., & Rodríguez, S. M. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de economía institucional*, 9(17), 279-308. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-59962007000200011&script=sci_arttext
 57. Riasco Alvaro y otros, Ajuste de Riesgo en el Sector de la Salud usando Técnicas de Minería de Datos” www.alvaroriasco.com/mineriadatos/AjusteDeRiesgo.pdf
 58. Rice, T., P. Rosenau, L. Y. Unruh & A. Barnes (2020) United States Health system review 2020. *Health Systems in Transition*. Vol. 22, No. 4.
 59. Rodríguez et al., 2023. “Efectos Regulatorios del Régimen de Supervisión y Control en las EPS” Universidad Jorge Tadeo Lozano. Noviembre de 2023. Video recuperado de <https://youtu.be/1AkpiYB4TxQ>
 60. Rodríguez-Páez, F. G., Marulanda Restrepo, J. A., Pineda Céspedes, J. H., Pineda Ospina, H. S., & González Borrero, J. I. (2022). La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. https://expeditiorepositorio.utadeo.edu.co/bitstream/handle/20.500.12010/32147/54570443004_visor_jats.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 61. Ruiz Gómez, F. (2015). Precios y contratos en salud: estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. *Colección Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/precios-contratos-en-salud-2008-pars.pdf>
 62. Salutia (2016), Programa Territorios Saludables de la Secretaría de Salud de Bogotá. Informe de Evaluación”, Bogotá.
 63. Sapkota, S., Dhakal, A., Rushton, S., van Teijlingen, E., Marahatta, S. B., Balen, J., & Lee, A. C. (2023). The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews. *BMJ Global Health*, 8(12), e013317
 64. S.A.S, E. L. R. (2023, mayo 21). *Colombia se ubicó en el último lugar de países de la OCDE en cobertura de internet*. Diario La República. <https://www.larepublica.co/globoeconomia/colombia-se-ubico-en-el-ultimo-lugar-de-paises-de-la-ocde-en-cobertura-de-internet-3620379>
 65. Saunes, I. S., M. Karanikolos, & A. Sagan (2020). Norway Health system review 2020. *Health Systems in Transition*. Vol. 22, No. 1.
 66. Servicio Nacional de Seguro de Salud-NHIS (2024). Health Security System. <https://www.nhis.or.kr/english/wbheaa02300m01.do>
 67. Social Security Administration-SSA (2024). Medicare. <https://www.ssa.gov>
 68. Servizio Sanitario Nazionale-SSN (2024), L principi del Servizio Sanitario Nazionale(SSN) organizzazione e principi bae. <https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

69. Thaldorf, C., & Liberman, A. (2007). Integration of health care organizations: Using the power strategies of horizontal and vertical integration in public and private health systems. *The health care manager*, 26(2), 116-127. https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/abstract/2007/04000/integration_of_health_care_organizations_using.4.aspx
70. Vera Loo, R. Y., Cortez Bailon, F. M., & Ibarra Carrera, O. S. (2019). La integración vertical como estrategia empresarial. *E-IDEA Journal of Business Sciences*, 1(2), 35-42. Recuperado de <https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/eidea/article/view/8>
71. Waldman, D. E., & Jensen, E. J. (2016). *Industrial organization: theory and practice*. Routledge.
72. Zwifel, P., R. Eisen & D. Eckles (2021) *Insurance Economics*, 2nd ed. Springer.

Centro de pensamiento en seguridad social CEPES

Autores:

Isidro Hernández Rodríguez

Director académico CEPES y docente investigador de la facultad de
Economía de la Universidad Externado de Colombia

John Alberto Marulanda Restrepo

Asesor de investigación – corporación para el desarrollo de la
Seguridad Social CODESS

Tatiana Katherine Remolina Galindo

Coordinadora académica CEPES

Camilo Enrique Hernández Barbosa

Asistente de investigación CEPES

Yaritza Alexandra Zambrano Camargo

Asistente de investigación CEPES

Nelcy Paredes Cubillos

Experta investigadora CEPES

Luisa Fernanda Rodríguez Rodríguez

Docente investigadora departamento de derecho laboral
De la universidad Externado de Colombia

Cristian Alfredo Orozco Espinosa

Docente investigador departamento de derecho laboral
De la universidad Externado de Colombia

Manuel Gerardo Duarte Torres

Docente investigador departamento de derecho laboral
De la universidad Externado de Colombia

