

BOGOTÁ, MARZO DE 2023

RESUMEN EJECUTIVO

LOGROS EN EQUIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y LA REFORMA EN COLOMBIA

Investigador | Jairo Núñez

Fedesarrollo

Calle 78 # 9 - 91, Bogotá, Colombia.

Teléfono: (601) 3259777

  @Fedesarrollo



LOGROS EN EQUIDAD DEL SISTEMA DE SALUD Y LA REFORMA EN COLOMBIA

Jairo Núñez Méndez - Fedesarrollo

1. Introducción

En los últimos 30 años, el sistema de salud en Colombia ha experimentado mejoras significativas, alcanzando coberturas universales de aseguramiento, bajos gastos de bolsillo y un plan de protección financiera para los hogares frente a gastos catastróficos. Durante la pandemia, el sistema asumió el costo de la enfermedad y vacunó a millones de personas en todo el país. Se han expandido los beneficios, unificado los regímenes contributivo y subsidiado, y consolidado el derecho a la salud. A pesar de estos avances en cobertura y equidad, el sistema aún presenta problemas y quejas legítimas que deben ser resueltos con urgencia. No obstante, es importante reconocer los logros alcanzados y evitar regresar a la situación de hace tres décadas, cuando las enfermedades llevaban a la ruina económica de las familias.

Este documento tiene como objetivo, en su segundo capítulo, presentar los logros del sistema de salud en indicadores clave como cobertura, acceso, calidad, estado de salud, incidencia en pobreza y desigualdad, entre otros, así como los grandes desafíos que enfrenta actualmente el sistema. Estos desafíos deben ser la base para una reforma de la salud. El siguiente capítulo presenta los principales lineamientos de lo que debería incluir la reforma de salud, precedido por un breve resumen de las características principales del proyecto propuesto por el gobierno y la propuesta de articulado de los partidos políticos, que, al momento de redactar este documento, aún se discuten con el gobierno.

2. Contexto del sistema de salud en Colombia

2.1 Logros del sistema de salud en Colombia

El sistema de salud colombiano ha logrado un significativo aumento en la cobertura y calidad de sus servicios desde 1993 hasta 2021. Según la encuesta de Calidad de Vida del DANE, la cobertura a nivel nacional pasó del 24% al 94%, con una notable expansión entre 1993-1997 y 2003-2008. La brecha entre zonas urbanas y rurales prácticamente se cerró, pasando de 7% y 31% en 1993 a 95% y 93% en 2021, respectivamente (Figura 1). Además, la brecha de cobertura según ingresos también se ha reducido significativamente, entre el quintil 1 y 5 pasando de 4% y 47% en 1993 a 91% y 97% en 2021, respectivamente (Figura 2).

Figura 1. Cobertura en salud por zona.

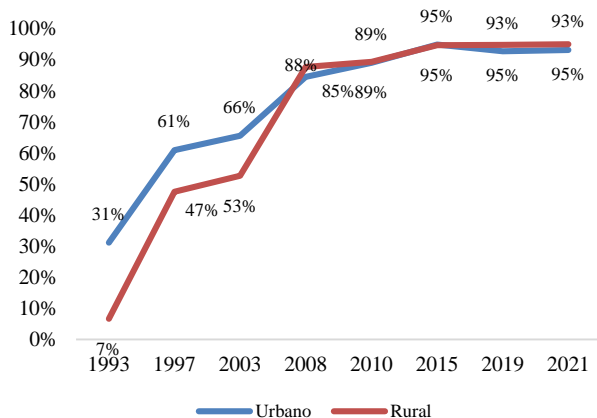
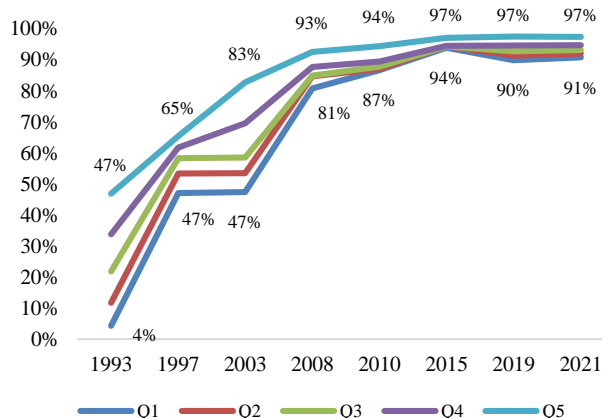


Figura 2. Cobertura en salud por quintiles.



En cuanto a la prevención, la tendencia muestra un aumento en las visitas médicas anuales, desafiando la creencia convencional. Según la encuesta mencionada, las visitas "sin estar enfermo y por prevención" al menos una vez al año aumentaron del 43% en 1997 al 70% en 2019, llegando incluso al 72% en 2015. Se evidencia un cierre de brechas en términos de prevención, tanto por zonas como por niveles de ingresos. Entre 1997 y 2019, la prevención creció

del 49% al 74% en zonas urbanas y del 29% al 58% en zonas rurales (Figura 3). En cuanto a ingresos, las visitas médicas aumentaron del 30% al 59% en el primer quintil y del 63% al 77% en el quintil más alto (Figura 4).

Figura 3. Prevención por zona.

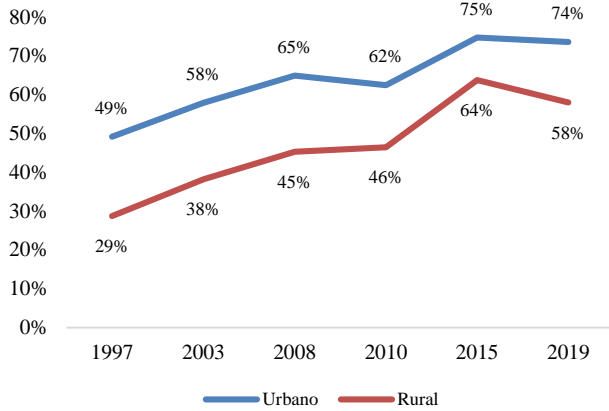
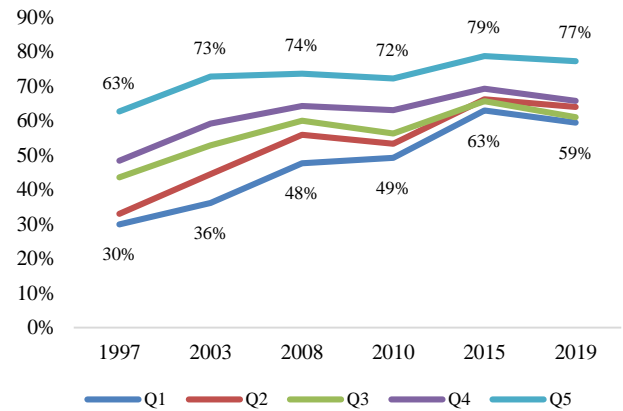


Figura 4. Prevención por quintiles.



La provisión de medicamentos en el sistema de salud colombiano también ha mejorado con el tiempo. En 1997, el 56% de los pacientes que requerían medicamentos no los recibían, mientras que en 2021 este porcentaje se redujo al 24%, llegando incluso al 19% en algún momento. A pesar de un aumento de más de 30 puntos porcentuales, aún hay margen para mejorar. Las diferencias entre zonas y quintiles de ingreso también se han reducido; en 2021, la entrega de medicamentos alcanzó el 76% y 79% en zonas urbanas y rurales, respectivamente (Figura 5), y el 80% y 75% en el quintil 1 y 5 de ingresos, respectivamente (Figura 6).

Figura 5. Entrega de medicamentos por zona.

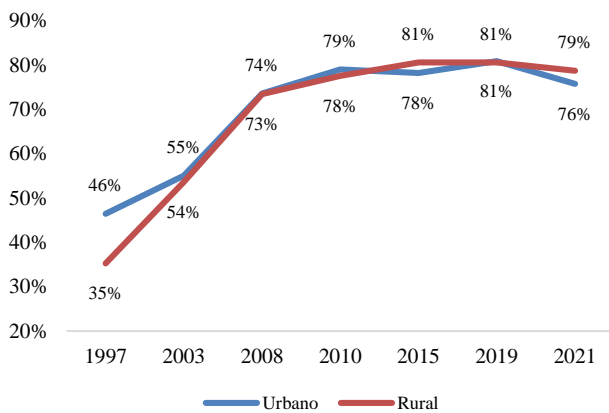
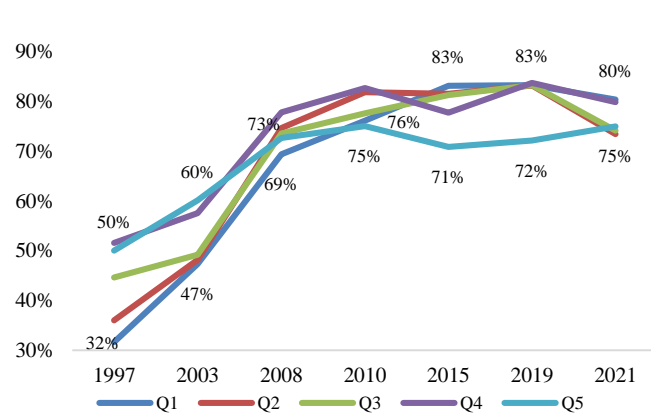


Figura 6. Entrega de medicamentos por quintil.



La calidad del servicio médico en Colombia es otro indicador relevante, y la mayoría de los usuarios la consideran buena o muy buena. En 2021, el 89% de los encuestados opinaron positivamente sobre la calidad, mientras que solo el 1% la consideró mala (comparado con el 82% y 3% en 1997, respectivamente). La percepción de la calidad del servicio es similar entre zonas urbanas y rurales, con un 82% y 83% en 1997, y un 89% en ambos casos en 2021 (Figura 7). Además, esta tendencia se mantiene constante entre los niveles de ingreso, con un 86% y 84% para el quintil 1 y 5 en 1997, y un 89% y 88% en 2021, respectivamente (Figura 8).

Figura 7. Calidad en el servicio médico por zona.

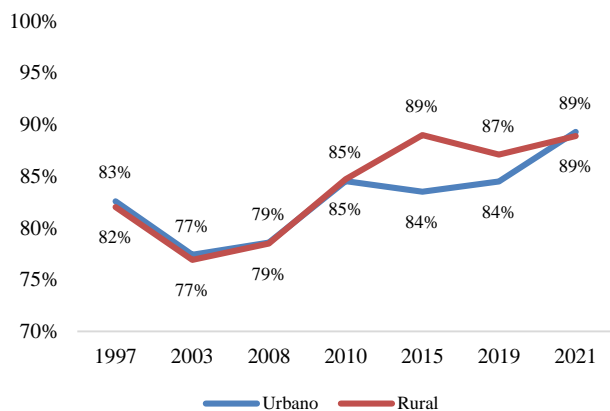
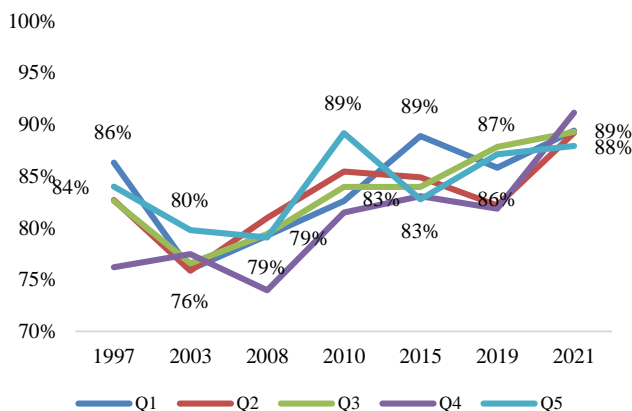


Figura 8. Calidad en el servicio médico por quintiles.



La calidad en la hospitalización es otro aspecto importante del sistema de salud colombiano, y la satisfacción en este ámbito es incluso mayor. En 2021, el 93% de los usuarios que requirieron hospitalización consideraron la calidad como buena o muy buena, en comparación con el 82% en 2003. La percepción es similar entre zonas urbanas y rurales, e incluso en algunos años, la satisfacción fue mayor en zonas rurales (Figura 9). Al analizar los niveles de ingreso, la percepción de calidad en la hospitalización ha mejorado en todos los quintiles. En el quintil más bajo, el porcentaje de usuarios satisfechos pasó del 78% en 2003 al 93% en 2021, mientras que en el quintil más alto aumentó del 84% al 94% en el mismo período (Figura 10).

Figura 9. Calidad en la hospitalización por zona.

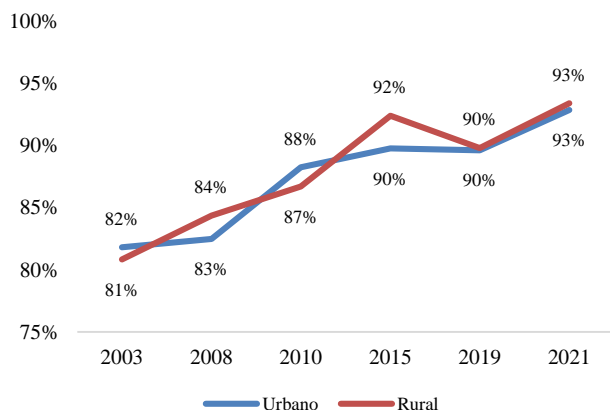
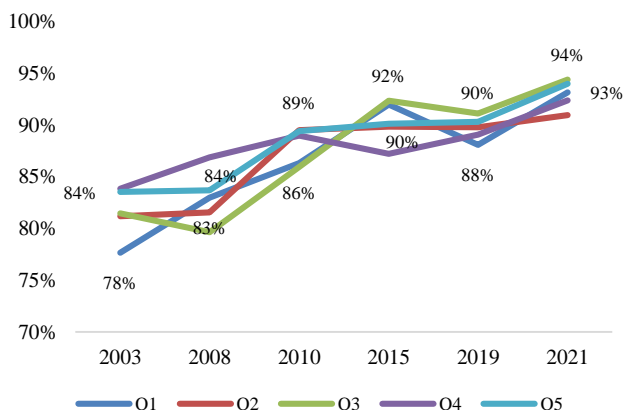
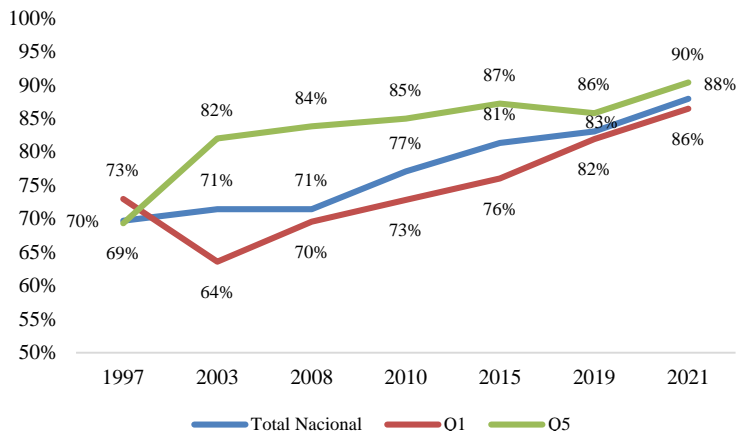


Figura 10. Calidad en la hospitalización por quintil.



El sistema de salud colombiano ha contribuido a mejorar la percepción del estado de salud de las personas en los últimos 25 años. Según la encuesta, aquellos que consideran su estado de salud como bueno o muy bueno aumentaron 18 puntos porcentuales entre 1997 y 2021 (del 70% al 88%). Al analizar este indicador por quintiles, el crecimiento más acelerado se observa en el 20% más pobre, con la percepción de su estado de salud pasando del 64% en 2003 al 86% en 2021 (Figura 11). Aunque el quintil más alto también experimentó mejoras (82% en 2003 a 90% en 2021), no fueron tan significativas como en el grupo más pobre. Estos datos sugieren que las brechas existentes hace 20 años están prácticamente cerradas.

Figura 11. Percepción del estado de salud para el total nacional y el primer y último quintil.



La prevalencia de enfermedades crónicas en Colombia ha aumentado en los últimos años, lo cual podría atribuirse al envejecimiento de la población. Según la encuesta, el porcentaje de personas con enfermedades crónicas aumentó del 12% en 1997 al 16% en 2021. Este aumento se observa tanto en zonas urbanas como rurales, con una reducción en las zonas rurales. En 1997, el 12% de la población urbana y el 10% de la población rural padecían enfermedades crónicas, mientras que, en 2021, estos porcentajes aumentaron al 17% y al 13%, respectivamente (Figura 12). Al analizar los niveles de ingreso, el quintil más alto presenta el mayor porcentaje de personas con enfermedades crónicas (Figura 13), lo cual podría explicarse por una mayor esperanza de vida en este segmento (en 2021, el 20% de este quintil tenía diagnosticada alguna enfermedad crónica).

Figura 12. Presencia de enfermedades crónicas por zona.

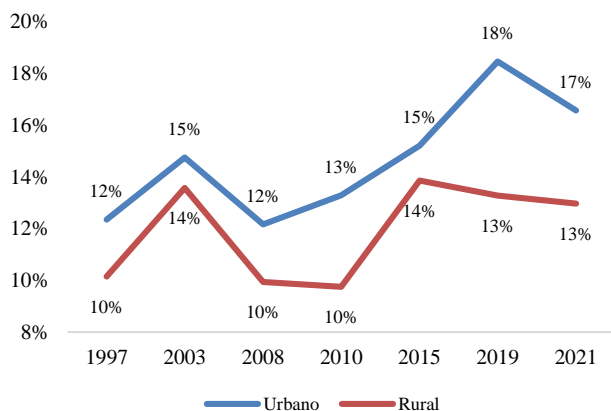
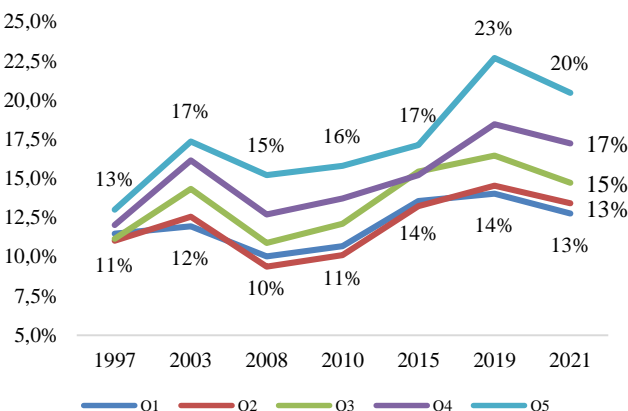


Figura 13. Presencia de enfermedades crónicas por quintil.



La encuesta también investiga si las personas tuvieron algún accidente, enfermedad o problema de salud en los últimos 30 días que no haya requerido hospitalización. El porcentaje de personas que no sufrió problemas de este tipo disminuyó significativamente entre 1997 y 2021, pasando del 16% al 3%. Esta tendencia se mantiene en zonas y niveles de ingreso. En 1997, el 15% de la población rural y el 17% de la urbana reportó problemas de salud, mientras que en 2021 estos porcentajes se redujeron al 2% y 3%, respectivamente (Figura 14). Por niveles de ingreso, se observa una situación similar: en 1997, el porcentaje era del 17% en el quintil 5 y del 14% en el 1, reduciéndose al 4% y 2%, respectivamente, en 2021. Estos datos evidencian el mejoramiento del estado de salud de los afiliados en los últimos 30 años (Figura 15).

Figura 14. Problemas de salud en los últimos 30 días por zona.

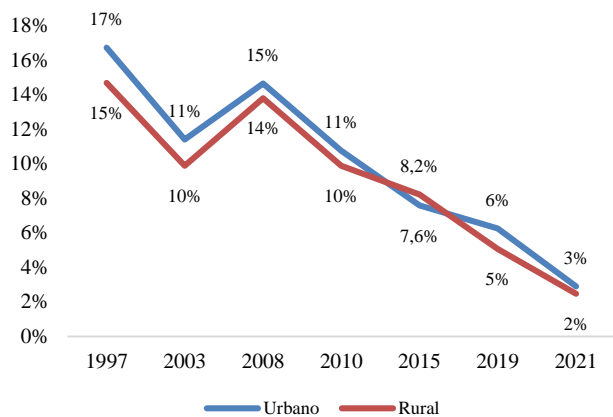
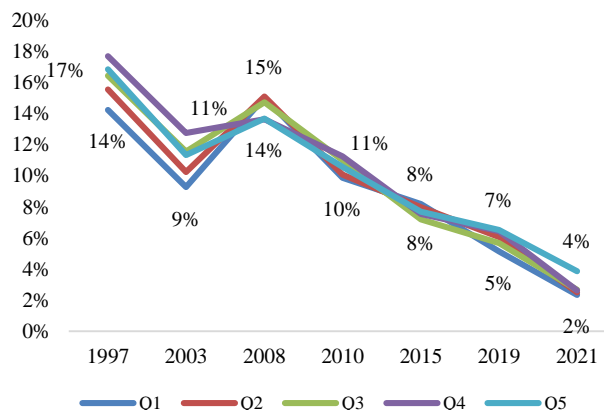


Figura 15. Problemas de salud en los últimos 30 días por quintil.



Finalmente, el gasto en salud ha contribuido a la reducción de la pobreza y la desigualdad en Colombia. Según investigaciones en este tema, el gasto en salud se atribuye a reducciones de 4,8 y 4,6 puntos porcentuales en la pobreza en 2008 y 2020, respectivamente (Figura 16). En cuanto a la desigualdad, medida por el índice de Gini, el gasto en salud contribuyó a disminuir este indicador en aproximadamente 0,0254 y 0,0261 puntos en 2008 y 2020, respectivamente. No obstante, en 1997, el impacto del gasto en salud en la desigualdad fue aún más notable, con una reducción atribuible de 0,042 puntos en el índice de Gini (Figura 17).

Figura 16. Reducción de la pobreza atribuible al gasto en salud.

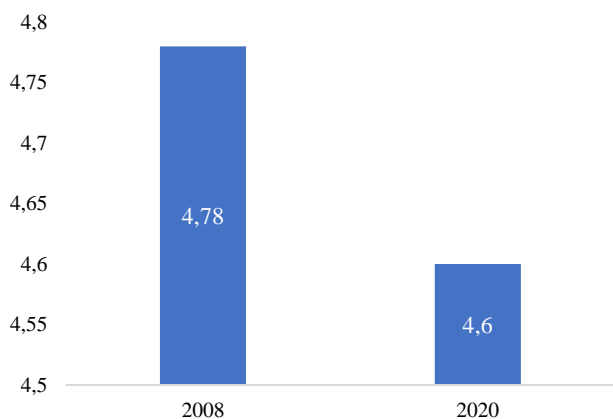
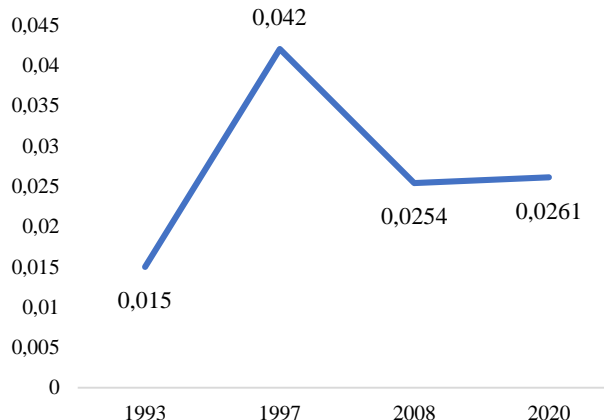


Figura 17. Reducción de la desigualdad atribuible al gasto en salud.



Los logros del sistema de salud colombiano han generado un cambio social significativo en las últimas décadas, aunque aún hay espacio para mejoras. El aseguramiento en salud ha sido central para alcanzar estos logros. El aseguramiento en Colombia ha jugado un rol central en la gestión de riesgos en salud y financieros, así como en las capacidades operativas del sistema. Su función es articular y coordinar la atención médica en una red fragmentada de instituciones públicas y privadas, lo cual es un proceso complejo que requiere habilidades sofisticadas.

Las EPS gestionan el riesgo financiero asignando recursos de manera estratégica y equitativa y estableciendo sistemas de monitoreo y evaluación para garantizar la eficiencia y efectividad en la utilización de recursos. También garantizan la protección financiera de las familias y la protección integral mediante procesos de incapacidades y licencias de maternidad.

2.2 Desafíos y problemas más importantes que enfrenta el sistema actualmente

Los tres grandes problemas que enfrenta el Sistema de Salud son:

- 1) **Niveles subóptimos en la prestación de servicios de salud con desigualdades significativas en oferta, acceso, calidad y oportunidad** entre diferentes grupos de la población (según ocupación e ingreso), entre las zonas urbanas y rurales del país, en especial las más remotas (i.e. Orinoquia, Amazonía, parte del litoral pacífico, La Guajira, etc.) y entre el desempeño general de las EPS ofrecidas en los territorios.
- 2) En general, **los recursos del sistema son insuficientes para financiar el derecho a la salud**. En primer lugar, los gastos superan los ingresos corrientes del sistema manteniendo un problema estructural de flujo de recursos (atenuado en el régimen subsidiado a través del giro directo) y, en segundo lugar, la acumulación de los déficits anuales ha generado una cartera que tiene en riesgo al sistema y que sumado al gasto creciente en salud anula los esfuerzos que se han hecho para aumentar los recursos. En otras palabras, hay problemas estructurales de **sostenibilidad financiera** a lo largo de la cadena de valor (prestación de servicios) del sector, una cartera de difícil recuperación e **identificación** que impacta negativamente la prestación de los servicios de salud y un **gasto explosivo e inducido** a través de la modalidad de “*pagos por evento*” y a la falta de incentivos para controlar el gasto por parte de los prestadores de servicios. Al mismo tiempo, se desconoce la **eficiencia del gasto** en términos de los resultados en salud, en parte, porque las modalidades de contratación EPS-IPS no persiguen estos objetivos (eficiencia, resultados).
- 3) El sector de la salud presenta **debilidades en su estructura institucional y gobernanza**, lo que se traduce en una falta de coordinación entre políticas, actores y niveles de gobierno, dificultando la garantía del derecho a la salud. El sistema no funciona como un conjunto ordenado de normas y procedimientos que regulan su funcionamiento, ya que la regulación actual resulta poco efectiva, generando ineficiencias en la prestación de servicios. Además, el sistema es fragmentado y desequilibrado en los riesgos financieros, con incentivos negativos para el acceso y positivos para generar un gasto descontrolado. La responsabilidad y rendición de cuentas respecto a la oportuna prestación de servicios es difícil de exigir y solucionar, lo que aumenta el riesgo de corrupción. Cabe destacar que estos problemas de acceso, sostenibilidad y gobernanza varían significativamente entre regiones y entidades territoriales.

3. Propuesta de reforma

3.1 La propuesta del gobierno

La reforma a la salud radicada por el gobierno genera preocupaciones en cuanto a su trámite, supresión de derechos, no regresividad, costos fiscales, asignación de responsabilidades, estructura institucional, capacidad de las entidades territoriales, continuidad en la atención de pacientes crónicos y manejo de licencias de maternidad e incapacidades. Es necesario abordar estas inquietudes para garantizar un sistema de salud sostenible y de calidad para toda la población. En particular hay gran preocupación por los siguientes aspectos de la reforma:

- El proyecto de reforma a la salud propuesto por el gobierno debe seguir un trámite técnico, amplio y participativo, ya que regula derechos fundamentales y tiene impacto en la institucionalidad de la prestación de servicios de salud.
- La propuesta suprime el derecho a la libre elección y la portabilidad de la atención a nivel nacional, lo cual representa un retroceso en relación con los logros alcanzados.
- El mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud representa un costo fiscal elevado y requiere un proceso de largo plazo.
- La transferencia de funciones clave a las entidades territoriales (ET) puede generar problemas debido a la falta de capacidad institucional y tecnológica para asumir tareas operativas.
- La reforma propuesta tiene un costo fiscal significativo, lo que plantea problemas de financiamiento y sostenibilidad.
- Hay falta de claridad en la asignación de responsabilidades y estructura de los sistemas de información propuestos.
- El valor de la UPC, el plan de beneficios y el modelo de aseguramiento no están bien definidos en la propuesta.

- La nueva estructura institucional no parece estar enfocada en separar funciones, asignar responsabilidades y generar incentivos, lo que puede generar caos en el sistema de salud.
- La baja capacidad de los CAP y la ADRES para llevar a cabo las tareas que hacían las EPS es una de las mayores preocupaciones expresada por diferentes actores sobre la reforma presentada.
- La falta de talento humano en salud es una problemática compleja y multifactorial que requiere inversión y planificación por parte del Estado. Sin embargo, en el proyecto no es claro cómo abordar este enorme problema del sistema.
- La transición indefinida y así como la continuidad en la atención de pacientes crónicos es otra de las preocupaciones sobre la reforma, ya que se percibe que el sistema planteado sería fragmentado entre los niveles de atención.

3.2 La propuesta de los partidos

La propuesta de reforma de salud presentada por los partidos Liberal, Conservador y de la U busca fortalecer la Atención Primaria en Salud, la red pública y la formalización laboral, además de establecer un modelo de atención diferencial en zonas apartadas y fortalecer la ADRES. Propone transformar las EPS en gestoras de salud, aunque no aclara cómo se atenderá el riesgo financiero del sistema ni cómo se logrará la complementariedad en funciones clave.

El texto no identifica ni cuantifica el costo de las distintas iniciativas, ni aborda la necesidad de incorporar nuevos recursos para garantizar la sostenibilidad financiera. La propuesta impone condiciones de transición difíciles de cumplir para las EPS y un esquema de incentivos poco atractivo para nuevos jugadores.

Las EPS asumirían riesgos de sus afiliados, pero enfrentarían limitaciones en el cálculo de la prima, falta de control financiero y dificultades para negociar precios de servicios con las IPS. Mientras tanto, las IPS se benefician de un esquema de pago anticipado del 80% del valor facturado y un rango de precios mínimo y máximo establecido, lo que les otorga una ventaja financiera significativa frente a la vulnerabilidad de las EPS.

El planteamiento puede generar falta de incentivos para mejorar la calidad de los servicios y reducir costos, lo que podría afectar la eficiencia del sistema de salud en general y, en última instancia, la atención y salud de los colombianos.

3.3 Hacia una reforma que mejore la situación actual: aspectos claves

La reforma del sistema de salud debe abordar tres problemas fundamentales: i) acceso, calidad y oportunidad en atención primaria, especialmente en municipios pequeños y rurales; ii) sostenibilidad financiera ante presiones demográficas, tecnológicas y necesidades de inversión; iii) problemas institucionales y de gobernanza en todos los niveles del sistema. La reforma debe diferenciar las problemáticas y necesidades según el tamaño y nivel de ruralidad de los municipios, pudiendo agruparlos en:

- Centros urbanos con población mayor a 100.000 habitantes: se deben mejorar la atención primaria, promoción y prevención, disminuir trámites administrativos y adoptar tecnologías y sistemas de información interoperables.
- Ciudades y municipios intermedios (12.000-100.000 habitantes): se deben adoptar modelos de atención que combinen atención primaria y especializada, aprovechar recursos como la telesalud, y mejorar la formación y retención de profesionales de la salud.
- Municipios de menos de 12.000 habitantes: se debe enfatizar en la atención primaria, enfrentar la escasez de recursos humanos con telesalud y atención médica domiciliaria, y desarrollar programas especiales para maternas y cuidado infantil.

Cada tipología de municipio requiere modelos de atención diferenciados, adaptados a sus particularidades y necesidades, ya que el modelo actual no atiende adecuadamente estas heterogeneidades.

Se propone tratar en la reforma los siguientes aspectos:

1. La reforma de salud propone diseñar modelos de gestión para **estructurar redes integrales e integradas a nivel regional**, con la participación del gobierno nacional, gobiernos territoriales y las EPS. Las EPS deben presentar al MSPS la integración de sus redes en los tres niveles de complejidad, incluida su red de atención primaria en salud. Durante la implementación de las redes, se deben considerar los siguientes aspectos:
 - Implementación de sistemas de monitoreo de resultados en salud y seguimiento financiero de las redes integradas.
 - Programa efectivo de saneamiento financiero de las ESE.
 - Reducción gradual del giro del 60% a la red pública en el régimen subsidiado en concordancia con la integración y el saneamiento financiero propuesto.
 - Revisión de los límites de la integración vertical en zonas remotas y permitir contratación individual en cada caso.
 - Terminar la transición para unificar definitiva y completamente el régimen contributivo y el subsidiado.
 - Eliminar los límites a la integración vertical en atención primaria.
 - Continuar con la integración vertical en atención primaria y estudiar con una comisión técnica los niveles óptimos de integración para los otros niveles de atención.
 - Establecer normas para evitar la posición dominante de las EPS y garantizar la igualdad de condiciones de mercado en la contratación de IPS.
 - Implementación de mecanismos de evaluación y monitoreo continuo del desempeño del sistema de salud en términos de resultados, costos y calidad.

2. **Diseñar e implementar el modelo de APS** con enfoque territorial. Para aplicar este modelo, se requieren inversiones significativas en infraestructura, recurso humano, tecnología y telemedicina, especialmente en los 510 municipios más pequeños. Estos municipios operarían bajo un modelo de gestión del riesgo en salud, utilizando telemedicina para atender algunas especialidades, integrándose a una red de apoyo diagnóstico y referencia-contrarreferencia de niveles mayores de complejidad. Además, se promovería la vigilancia epidemiológica y gestión de la salud pública mediante telesalud. Se propone que la entrada al sistema de salud se realice mediante la asignación de cada afiliado a un equipo con al menos un médico familiar o a través de Centros de Atención Primaria (CAP) si están cerca. Se deben considerar los siguientes aspectos:
 - Fortalecer capacidades institucionales de direcciones territoriales de salud.
 - Invertir en infraestructura, recurso humano, tecnología.
 - Aumentar recursos para atención primaria mediante aumento de la UPC o subsidios de oferta.
 - Abordar determinantes sociales de la salud bajo coordinación de entidad territorial.
 - Adaptar protocolos según contexto demográfico, geográfico y social.
 - Fortalecer primer nivel de atención con redes organizadas (numeral anterior).
 - Asignar afiliados a equipos de salud con médico familiar o CAP.
 - Diferenciar actividades individuales (IPS) y colectivas (ET) en promoción y prevención de la salud.
 - Implementar telesalud en redes integrales y atención primaria.
 - Crear consejos locales para coordinación de actividades individuales y colectivas.
 - Mantener aseguramiento en sistema de salud y diversificar el riesgo.
 - Profundizar en telesalud en regiones apartadas.

3. Desarrollar un **programa de infraestructura y dotación de hospitales** basado en el diagnóstico de las redes, con énfasis en zonas remotas, para fomentar la competencia dentro de la red adscrita. Se puede estudiar la posibilidad de financiar la infraestructura mediante asociaciones público-privadas, pero con regulaciones más flexibles que las del sector vial para garantizar viabilidad. No obstante, debemos reconocer que operar en zonas remotas puede ser financieramente difícil y que la inversión pública es necesaria para ampliar la red de servicios en los municipios más pequeños y rurales.

4. **Política de talento humano en salud:** diseñar los componentes de formación, gestión y ejercicio con los siguientes elementos:
 - Evaluación rigurosa de las necesidades de talento humano en los territorios.
 - Implementación de un sistema de información para determinar las necesidades de talento humano según indicadores básicos de salud y evaluación territorial, enfocándose en especialistas requeridos.
 - Programa de créditos condonables financiado con recursos de regalías, condonables solo para quienes permanezcan en las regiones de origen.
 - Coordinación efectiva con el sector educación y los departamentos.
 - Establecimiento de mecanismos de contratación, sistema de incentivos, condiciones laborales y educación continua para el personal del sector.

5. En términos de la **sostenibilidad financiera** se propone:
 - Aumentar la tasa de cotización de empleados de manera progresiva y eliminar el techo de 25 SMLV.
 - Implementar cotizaciones para niveles del SISBEN superiores al grupo C5.
 - Establecer impuestos saludables en productos como bebidas azucaradas, alcohol, vapeadores, apuestas en línea, entre otros.
 - Evaluar la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y ajustarla según diferentes tipos de riesgos para crear estabilidad entre las EPS.
 - Crear sistemas de seguimiento y auditoría para prestadores de servicios (IPS).
 - Implementar componentes explícitos de pago para distintas áreas y considerar un componente de pago por calidad y resultados dentro de la UPC.
 - Continuar y ampliar la política de regulación de precios de medicamentos y tecnologías.
 - Crear un manual tarifario que establezca pisos y techos considerando las estructuras de costos y calidad de servicios de los diferentes prestadores.
 - Promover planes voluntarios de salud, medicina prepagada y otros servicios complementarios.
 - Crear una norma de insolvencia o mecanismo similar como Fondo de Garantías del Sistema.
 - Trasladar la regulación y control financiero de las EPS a la Superintendencia Financiera.
 - Establecer el giro directo por parte de la ADRES como excepción, no como norma, manteniendo los incentivos al control de demanda en las aseguradoras.

6. Diseñar, implementar y promover contratos de riesgo compartido con el prestador en la atención de pacientes con enfermedades crónicas, renales, VIH, etc. Se propone lo siguiente:
 - Enfocar los contratos en la gestión por resultados.
 - Incluir todas las prestaciones necesarias para el paciente en su municipio con un presupuesto global (todo incluido).
 - Establecer explícitamente las rutas integrales de atención en el contrato.
 - Licitación para unir diferentes prestadores públicos y privados (red y otros requeridos).
 - Incluir en el objeto del contrato el resultado esperado y los indicadores para alcanzarlos y medirlos.
 - Incluir incentivos o descuentos por calidad y desempeño en el contrato.
 - Establecer contratos de largo plazo (más de 2 años).
 - Extender este tipo de contratos a otras patologías según las necesidades y el pool de riesgos de cada EPS.

7. **Fortalecimiento de la SNS.** En particular, es necesario conferirle mayor independencia y autonomía a través del nombramiento del superintendente por un período fijo de cuatro (4) años y bajo la selección por méritos. Adicionalmente:
 - Fortalecer la SNS en temas de auditorías, seguimiento al cumplimiento de la circular única y a las PQR.
 - Depurar las EPS a nivel regional, dejando solo las que cumplan con requisitos financieros, calidad y satisfacción.

- Revisar los plazos para la habilitación financiera de las EPS que permanezcan y considerar nuevos plazos para cubrir déficits y deudas con la ADRES.
 - Realizar seguimiento, evaluación y auditorías a las redes conformadas.
 - Aumentar la difusión del trabajo de la SNS, generando información clara, transparente y periódica sobre el estado de prestadores y aseguradores.
 - Implementar el DL 4185 de 2011, asignando funciones de IVC sobre riesgos financieros de las EPS a la Superintendencia Financiera de Colombia.
8. Establecer **instancias de coordinación efectivas** con el objeto de atender los determinantes sociales de la salud (reglamentando el Art. 7 de la Ley 1438) y las desigualdades regionales que impactan al sector. La secretaría técnica de la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) debe rendir cuentas trimestralmente a la ciudadanía en los territorios (con una rotación regional).
9. En el ámbito de la **Salud Pública**, se deben tomar las siguientes medidas:
- Evaluar y definir las acciones y el gasto en salud pública.
 - Resolver problemas de articulación intersectorial a nivel territorial para coordinar acciones relacionadas con los determinantes de salud. La CISP debe reglamentar lineamientos de coordinación efectiva para que los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud apliquen las directrices y procedimientos correspondientes.
 - Diseñar e implementar un programa de transferencia de conocimiento y asistencia técnica para la estrategia PASE entre la nación, los departamentos y municipios.
 - Fortalecer la capacidad de la red pública para la prestación de actividades colectivas (PIC) mediante asistencia técnica y el programa de infraestructura y dotación del tercer numeral.
10. Para diseñar e implementar un **sistema de información público, interoperable y transaccional** que respalde las estrategias propuestas y los indicadores de resultados de las redes, EPS, IPS y contratos innovadores de riesgo compartido, es necesario enfocarse en los siguientes aspectos:
- Garantizar la conectividad local y el reporte biométrico en todos los servicios de salud.
 - Asegurar el reporte permanente y en línea de los prestadores, vigilado por la SNS.
 - Avanzar en el diseño de un conjunto mínimo de datos que interoperen dentro de las redes con los protocolos existentes, sin depender de un software o plataforma únicos para las historias clínicas.
 - Cada asegurador debe garantizar (y hacer visible a los reguladores) un sistema de citas que asegure el acceso oportuno a los servicios.
 - Implementar un sistema de garantías de acceso, oportunidad y calidad para un conjunto de patologías prioritarias, ampliándolo posteriormente para todas las atenciones.
 - Realizar seguimiento a las redes integradas en los indicadores trazadores (financieros, servicios, resultados en salud).
 - Asegurar que el sistema utilice información de diversas fuentes (SISPRO, MIPRES, ADRES, SNS, INS, INVIMA, historias clínicas, centrales de citas, etc.) para medir desempeño y rendición de cuentas, sin ser parte de la operación.
 - Elaborar indicadores de eficiencia del gasto.
 - Hacer interoperables los sistemas de información en toda la cadena de atención, desde el prescriptor (MIPRES) hasta el pagador (EPS o ADRES). Esta información debe ser utilizada para identificar riesgos de corrupción, resultados en salud, comparación de precios y calidad, entre otros aspectos.



Fedesarrollo

Calle 78 # 9 - 91, Bogotá, Colombia.

Teléfono: (601) 3259777

  @Fedesarrollo
