

Agenda en salud 2018:

para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100

Un espacio de diálogo constructivo para avanzar hacia un mejor sistema de salud

Autores

Fernando Ruiz, Ramón Abel Castaño, Jaime Ramírez, Claudia Vaca, Carlos Arango, Augusto Galán, Enrique Peñaloza, Eduardo Rueda

Editores

Andrés Vecino, Manuela Villar, Diego Lucumí, Blanca Llorente, Stephanie Puerto



Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Agenda en salud 2018:

para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100

Un espacio de diálogo constructivo para avanzar hacia un mejor sistema de salud

AUTORES

Fernando Ruiz, Ramón Abel Castaño,
Jaime Ramírez, Claudia Vaca,
Carlos Arango, Augusto Galán,
Enrique Peñaloza, Eduardo Rueda

EDITORES

Andrés Vecino, Manuela Villar, Diego Lucumí,
Blanca Llorente, Stephanie Puerto



Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Agenda en salud 2018:
para definir el rumbo del sector salud
a los 25 años de la Ley 100

Bogotá, Colombia
Abril de 2018

Autores

CARLOS ARANGO
RAMÓN ABEL CASTAÑO
AUGUSTO GALÁN
ENRIQUE PEÑALOZA
JAIME RAMÍREZ
EDUARDO RUEDA
FERNANDO RUIZ
CLAUDIA VACA

Editores

ANDRÉS VECINO
STEPHANIE PUERTO
Instituto de Salud Pública
Pontificia Universidad Javeriana

MANUELA VILLAR
Banco Mundial

DIEGO LUCUMÍ
Escuela de Gobierno
Universidad de los Andes

BLANCA LLORENTE
Fundación Anáas

Realización gráfica

Diseño de carátula

Camilo Ayala
Angélica Cantor

Escuela de Gobierno – Universidad de los Andes

Diseño páginas interiores

María Cristina Rueda Traslaviña - Banco Mundial

Agradecimientos

Nuestro inmenso agradecimiento al Banco Mundial y en especial a Roberto lunes y Carlos Roa, por su generosidad y confianza al apoyar esta Iniciativa. Toda nuestra gratitud a Janet Bonilla por su liderazgo y dirección en la realización gráfica y la edición final del documento.

Contenido

Presentación

Agenda en salud 2018:
para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100 5

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) 9
Fernando Ruiz, MD PhD

El liderazgo médico como punto de partida para resolver
los problemas estructurales del sistema de salud19
Ramón Abel Castaño Yepes, MD PhD

Rectoría y legitimidad en el sistema de salud colombiano31
Jaime Ramírez Moreno, PhD

Propuestas de política pública orientadas a la equidad en el acceso y
el uso óptimo de medicamentos y productos biomédicos43
Claudia Vaca, Óscar Lizarazo, Tatiana Andia,
Rodrigo Moreira, Tatiana Orjuela, Sandra Moreno

Los desafíos del financiamiento sostenible65
Carlos H. Arango, MD MSc PhD(c)

Liderazgo y gobernanza en el sector salud87
Augusto Galán, MD

Medidas prioritarias para avanzar en la garantía del derecho a la salud en Colombia93
Eduardo A. Rueda Barrera, MD, PhD
Enrique Peñaloza Quintero, Od, PhD

Agenda en salud 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100

A los 25 años de la Ley 100, el sistema de salud ha evolucionado, y con él, las expectativas de los colombianos respecto al sistema también han cambiado. Siendo conscientes de que aún hay mucho por hacer en relación con las lecciones aprendidas y las nuevas expectativas, y con la necesidad de tener más claridad sobre el rumbo que el sector salud deba seguir, el grupo de editores de este documento se unió para convocar a expertos colombianos con trayectorias muy diversas para promover un espacio de diálogo sobre siete áreas del sector salud, basadas en los seis bloques de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud, más un tema transversal, relacionado con el derecho a la salud y la Ley Estatutaria.

Centrados en estas áreas, los expertos convocados con experiencias pasadas y actuales en la academia, el gobierno, la sociedad civil y como parte de diferentes agentes del sistema, escribieron sus capítulos a partir de los aspectos específicos del sistema que, a la luz de su vivencia, deben ser mejorados. Parten de un diagnóstico general y presentan propuestas con un enfoque constructivo, propositivo, incremental y no partidista. Debe advertirse que esta no es una lista exhaustiva de áreas temáticas sino más bien procura equilibrar ciertos temas en salud que son altamente mediáticos con algunos, que pese a ser importantes, son menos discutidos. Esta iniciativa no pretende ser un consenso, ni una lista de prescripciones de política. Más bien, busca plasmar las ideas de estos expertos y ponerlas a disposición del público en un documento en línea, de libre circulación, con el único fin de generar un debate constructivo alrededor del sistema. Todas las políticas tienen ventajas, desventajas y consecuencias no intencionadas y sólo confrontando esas visiones es posible visibilizarlas.

El capítulo correspondiente a cada área fue revisado por el equipo editorial en un esquema de revisión de pares para asegurarse de la consistencia argumentativa y del seguimiento a las guías editoriales. Es importante recalcar que las opiniones de los expertos no representan nuestras posiciones como editores ni las de las instituciones a las que estamos vinculados. Como equipo

editorial buscamos generar un espacio abierto de diálogo respetuoso para establecer posturas y hacer propuestas constructivas. Por tanto, nuestro rol no pretende controlar el contenido de los capítulos, los cuales pertenecen en su totalidad a los autores.

A pesar de la gran diversidad de visiones representadas en este documento, algunos temas comunes merecen ser destacados, pues representan posiciones consistentes que deben ser consideradas en el futuro del sistema de salud.

Un primer aspecto es el de prevención y salud pública. En este documento se propone el fortalecimiento de una concepción conjunta de las actividades de atención individual con las de la salud colectiva y los determinantes de la salud, mediante la territorialización del sistema y una visión conjunta de dichas actividades a la luz de la Ley Estatutaria de la Salud. Así mismo, un replanteamiento del Sistema General de Participaciones para fortalecer financieramente las funciones del sistema que le corresponden a las entidades territoriales.

Un segundo aspecto común se refiere a la calidad de la atención en salud. Los lectores encontrarán a lo largo del documento tres propuestas consistentes: el replanteamiento de los estándares de calidad y habilitación hacia un sistema integrado y no circunscrito a garantizar la calidad asociada a un procedimiento aislado; la modificación hacia esquemas de pago por resultado, especialmente con énfasis en las actividades preventivas, y el replanteamiento del tradicional modelo hospitalario hacia esquemas de atención que efectivamente discriminen entre niveles de complejidad o incertidumbre, con diferentes requerimientos de estandarización, tales como la creación de centros de excelencia. Un aspecto importante para destacar es la necesidad de lograr una mayor resolutiveidad en el nivel primario de atención.

En el documento hay menciones recurrentes a los sistemas de rendición de cuentas. Esta rendición de cuentas se propone a través de varios niveles. A nivel asistencial, debe establecerse un ambiente de rendición de cuentas entre pares como mecanismo para optimizar el gasto y la calidad. A nivel institucional, se propone un proceso de fortalecimiento de capacidades técnicas, especialmente en el nivel territorial, y una “consolidación institucional” entre el regulador, los agentes y los ciudadanos para restablecer la legitimidad del sistema y restaurar la confianza entre actores. Es importante recalcar que se recomienda llevar a cabo esta rendición de cuentas a través de procesos consultivos que aseguren la participación y fortalezcan la legitimidad de las difíciles decisiones que el sistema debe tomar. En particular, es fundamental avanzar en los procesos de rendición de cuentas y transparencia del sistema de compras, entrega y uso óptimo de medicamentos y productos biológicos, así como en la inversión de recursos para la investigación y desarrollo en esta área.

El liderazgo juega un rol fundamental en la visión de los autores sobre el sistema. Los capítulos de este documento son consistentes en una concepción horizontal de ese liderazgo. Desde el liderazgo del personal de salud para establecer sistemas de pares que maximicen la calidad y minimicen los costos para el sistema, hasta el liderazgo de las entidades territoriales para forta-

lecer sus capacidades y resolver sus problemas en formas “contextualmente eficientes”. La visión de un sistema de salud más cercano a los ciudadanos y con mayor participación y liderazgo ciudadano es un tema que emerge de manera reiterada en este documento.

Finalmente, un punto de diferencia entre los expertos es la estructura financiera del sistema de aseguramiento. Mientras algunos expertos promueven el cambio en algunos aspectos del actual sistema de aseguramiento en salud para solucionar las fallas de mercado y agregarle valor al sistema sin perder las ganancias adquiridas, otros promueven cambiar a un sistema de aseguramiento financiado por contribuciones parafiscales e impuestos generales a través de un asegurador único con el objeto de modificar el flujo de recursos.

El sistema de salud colombiano cumple 25 años con una gran complejidad acumulada por cuenta de sus múltiples actores, normas, interrelaciones y una muy diversa red de incentivos contrapuestos. Los editores de este documento promovemos una visión del sistema de salud equilibrada, técnica, participativa, y sobre todo, que proponga cambios siempre incrementales. Saber que ningún sistema de salud en el mundo es percibido como suficientemente bueno no es excusa para ser conformistas respecto al nuestro. Sin embargo, esto nos obliga a reconocer que el mismo, debe ser concebido como un sistema que irrevocablemente evoluciona más lentamente que las expectativas de los ciudadanos. En tiempos de visiones divergentes frente al sistema de salud, este esfuerzo busca promover un espacio de reflexión y diálogo sobre dichas visiones del sistema como guía para el gobierno nacional en el próximo cuatrienio.

LOS EDITORES
Abril 16 de 2018

Fernando Ruiz, MD PhD

Fernando Ruiz es médico con maestría en economía y doctorado en salud pública. Fue Director del Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana por más de 15 años y Viceministro de Salud entre 2013 y 2016. Fundador de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES) e Investigador Senior según el ranquin de Colciencias. Ha sido consultor del Banco Mundial en proyectos ejecutados en más de 10 países; asimismo, miembro del Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Comité de Salud de la Organización para Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD). Actualmente trabaja en la Fundación Luis Carlos Sarmiento Angulo como Líder Médico Científico, a cargo del diseño técnico e implementación del Centro Integral para el Tratamiento e Investigación sobre Cáncer (CTIC).

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

Fernando Ruiz, MD PhD

¿Por qué es necesario un modelo integral de atención?

El sistema de salud colombiano fue concebido como un esquema descentralizado, cuya eficiencia sería obtenida mediante la competencia de mercado entre los diferentes agentes que lo conforman. Este diseño pretendió una evolución de los sistemas públicos centralizados que habían conducido a la segmentación de poblaciones y al alto gasto con baja cobertura poblacional (Londoño & Frenk, 1997). En realidad, la introducción de mercados promovió la competencia en la prestación de servicios médicos y hospitalarios en mayor extensión que en el aseguramiento. Después de 25 años, los aseguradores aún no compiten por el precio, ni por el valor agregado de las primas de aseguramiento; tampoco por la extensión en la cobertura de planes de beneficios competitivos. En el aseguramiento privado, el asegurador realiza sus propios estudios de consumo agregado de servicios (estudios actuariales) y, a partir de los resultados fija el costo de la prima para el siguiente año; así se consolida la competencia entre planes de aseguramiento cobertura-prima-precios de los competidores. Por el contrario, en el aseguramiento social colombiano el precio del seguro y la composición del plan de beneficios ha sido regulado unilateralmente por el gobierno a través de la determinación forzada y ajustes regulados al Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS) y de la Unidad de Pago per cápita (UPC). Lo anterior ha derivado en un modelo de aseguramiento social con muy limitada competencia.

Esta estructura regulatoria determinó un asegurador (EPS) que recibe una prima calculada exógenamente y responde en dos formas desde el mercado de aseguramiento: 1. Expandiéndose en

volumen de afiliados para distribuir el riesgo en su población y 2. Actuando sobre los contratos y precios que reconoce a los hospitales, con muy pocas actividades de gestión de riesgo poblacional; a pesar de algunos casos excepcionales. Actualmente la función principal de mercado del asegurador es la compra de servicios. Para ello induce competencia entre prestadores de servicios mediante el mecanismo de contratación selectiva utilizando arreglos adaptados de la competencia administrada (*managed competition*) que se extendió en los Estados Unidos en los años 90 (Enthoven, 1990). Fuera del mercado actúa diversificándose y aprovechando su control sobre poblaciones para extender su rol hacia la intermediación de medicamentos, prestación directa de servicios médicos y diagnósticos. El descreme de mercado fue un factor importante en la etapa de expansión del aseguramiento durante los primeros años, hoy en día ese efecto ha sido contraproducente y la baja demanda en lugares distantes parece haber sido compensada por los mayores precios que enfrentan debido a bajos volúmenes de demanda en territorios con baja tasa de afiliación.

La respuesta de mercado hospitalario a la contratación selectiva por parte de los hospitales ha sido su especialización en nichos del mercado de servicios, especialmente en los segmentos de mediana y alta complejidad, buscando apalancar las inversiones en tecnología, por tanto limitando la competencia a través de la diferenciación tecnológica o la puesta en el mercado de médicos cada vez más sub especializados en pequeñas cantidades (Colombia tiene mayor número de diferentes denominaciones de especialidades que cualquier otro país del hemisferio occidental).

El resultado ha sido la concentración creciente tanto en los mercados de aseguramiento como en la prestación de servicios lo que ha llevado a la consolidación de monopolios y oligopolios bilaterales. Esto incluye tanto al aseguramiento como al mercado hospitalario y a la industria farmacéutica (esta última a través del régimen de patentes). Si a lo anterior se adiciona el evidente déficit de médicos especializados, el resultado es un esquema donde la competencia ha sido severamente limitada y los incentivos hacia la calidad muy reducidos por la alineación de los diferentes agentes hacia la competencia por las rentas derivadas de la UPC, lo cual se traduce en servicios fragmentados (Plaza et. Al, 2001). Ciertos mecanismos son utilizados para mantener esos incentivos: 1. El pago por evento que ha sido dominante en los contratos entre EPS e IPS de mediana y alta complejidad, lo cual ha tendido a incrementar el costo a través del mecanismo de inducción de demanda desde la oferta (Ruiz et. Al, 2018; Vecino et. AL. 2015) y 2. El procedimiento de autorizaciones por servicio que permite algún control sobre el consumo desde los hospitales pero terminan afectando la oportunidad en la atención al paciente (Abadia cols, 2009).

Un aspecto a destacar es el evidente crecimiento en el acceso a servicios, lo cual se representa como una alta cobertura de aseguramiento y la importante reducción en el gasto de bolsillo (Dmytraczenko, 2015). El crecimiento de cobertura ha conducido a mayor equidad con acceso incremental de las poblaciones más pobres a los servicios de alta complejidad (Ruiz y Zapata, 2015). La configuración prestacional y fragmentada del plan de beneficios depositó la resolución en la alta complejidad limitando severamente la resolutivez de la mediana y baja complejidad. En el sistema no se transa el tratamiento integral de la enfermedad sino procedimientos. Los

exegéticos requerimientos de la habilitación de servicios (componente del sistema de calidad) no consideran la integralidad de la atención sino el procedimiento, subordinando los servicios primarios y transformándolos en simples remitidores de pacientes. A partir de esa visión se perdió completamente el rol del médico general y de la propia atención primaria. Ejemplos de la marcada tendencia centrada en el hospital son la mayor tasa de hospitalización en Latinoamérica, la alta tasa de resolución en unidades perinatales y de cuidado intensivo y la segunda mayor tasa de cesáreas en la región. En los últimos seis años las camas hospitalarias de alta complejidad crecieron en un 36% mientras las de mediana y baja se redujeron. La desarticulación entre la atención primaria y la atención hospitalaria es evidente por la carencia de mecanismos que aseguren su integralidad.

El resultado es un sistema enfocado en la alta complejidad, costoso y desarticulado donde el paciente agencia cada etapa de su tratamiento contra un sistema que no responde integralmente. La casi absoluta desconexión entre la red de urgencias y los demás servicios es un ejemplo permanente de la fragmentación del sistema.

Hay baja detección del riesgo en el ciudadano y discontinuidad en el paciente, el cual enfrenta un sistema profundamente fragmentado, de baja resolutivez en el primer nivel y con puerta efectiva de entrada en las urgencias de los hospitales de mayor complejidad, llevando a que la enfermedad crónica tenga un bajo nivel de detección temprana. Un ejemplo de lo anterior se evidencia en estudio de Vecino y cols. (2012), quienes encontraron que alrededor de la tercera parte de los pacientes de diabetes no habían sido diagnosticados. Cada una de las enfermedades crónicas presenta estudios en este mismo sentido, la detección del Cáncer de mama toma 30 días en promedio a nivel urbano, periodo que toma el tratamiento completo en países desarrollados (Piñeros et. al, 2011). Por otro lado, la contratación selectiva se materializa en contratos abiertos con los prestadores donde la discrecionalidad del asegurador es muy alta y significa para el paciente procesos tortuosos de autorizaciones donde el paciente no tiene quien lo represente frente al sistema y termina agenciando su propia atención en un complejo entramado institucional donde existen tantos modelos de atención como relaciones entre EPS e IPS.

En ese contexto se da una profunda desconexión entre una salud pública pulverizada y desfinanciada donde cada municipio recibe recursos capitados sin un contexto de sus determinantes sociales y riesgos ambientales y donde las intervenciones en salud pública no alcanzan una escala que haga efectivas las intervenciones. El rol de los departamentos es muy limitado en la salud pública, siendo esta la unidad territorial que podría ejecutar con mayor pertinencia la mayor parte de los planes y

Para el ciudadano existe una baja detección del riesgo y como paciente enfrenta un sistema profundamente fragmentado, de baja resolutivez en el primer nivel y con puerta efectiva de entrada en las urgencias de los hospitales de mayor complejidad, llevando a que la enfermedad crónica tenga un bajo nivel de detección temprana.

programas de la salud pública. La descentralización municipal casi absoluta de la salud pública en el país tiene sentido en las 5 mayores ciudades, en los demás 1100 municipios se caracteriza por una muy limitada ejecución técnica y eficiente, así como por una tremenda pérdida de recursos.

Detrás de los problemas de calidad de la atención y la fragmentación de servicio subsiste una profunda falla regulatoria. Los diferentes gobiernos han dejado a los mecanismos de mercado la auto regulación de la calidad del sistema, y la regulación sobre la atención se ha reducido al cumplimiento de requisitos mínimos a través del proceso de habilitación de servicios que los hospitales deben surtir antes de ofertar servicios de salud. La habilitación de servicios está compuesta por estándares de servicio basados en las condiciones de infraestructura sin ninguna aproximación a los procesos de servicio. Esto ha fomentado a un sistema basado en el hospital de alta complejidad, sin conformación de redes de servicio o mínima interacción entre los prestadores.

Componentes principales del modelo de atención

Algunos actores sociales y políticos han propuesto una reforma estructural al sistema de salud. Las propuestas más frecuentes se dirigen a acabar las EPS y consolidar un sistema único nacional. Estas posturas pueden tener graves consecuencias no intencionadas, que podrían ser peores que el status quo, ya que eliminarían la coordinación del asegurador derivando en la competencia por rentas entre prestadores exclusivamente.

La alternativa a estas propuestas es consolidar un modelo sistémico regulado que module los fallos de mercado y provea elementos para estandarizar los procesos de atención, de acuerdo con las definiciones de sistema e integralidad contenidas en la Ley estatutaria de la salud. A propósito el actual gobierno formuló la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que contiene el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), el cual define una ruta de desarrollo y los mecanismos para la integración efectiva del sistema.

Los principales elementos estratégicos del modelo propuesto son:

El objetivo fundamental del MIAS es integrar la salud pública con los determinantes sociales y ambientales, acoplar las actividades de detección y prevención con las actividades de atención mediante la territorialización del sistema, la coordinación de los agentes del sistema y la operación integrada a través de rutas de atención que deben ser coordinadas desde el aseguramiento con acciones específicas de seguimiento y monitoreo.

Un modelo de atención para un sistema de alta fragmentación en la atención requiere desarrollos técnicos que bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) y los entes territoriales tenga la capacidad para realizar una efectiva integración del sistema tomando como centro el paciente.

- Orientar el sistema hacia la prevención incrementando la capacidad de resolución del nivel básico de servicios imponiendo un esquema regulado de atención por médicos familiares con mejor entrenamiento. Médicos familiares adecuadamente entrenados con acceso a telemedicina y controles periódicos (semestrales o anuales) por sub especialistas deberían poder atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, así como más del 70% de las patologías integrando la prevención y a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención. Este no es un esquema de medicina ‘pobre’ sino una propuesta de un modelo moderno y orientado hacia el manejo de riesgos como se practica en Inglaterra, Holanda, Canadá, con resultados excelentes.
- Asegurar la integralidad de la atención mediante la implantación de rutas reguladas de atención para la mayor parte de las enfermedades.
- Reducir la fragmentación de los servicios a través de la implantación de redes integrales e integradas de prestadores con un enclave territorial.
- Mejorar la integración funcional del sistema a través de la implantación de un sistema de información integrado e interoperable que permita compartir datos clínicos y epidemiológicos entre prestadores y al interior de las redes de prestadores.
- Evolucionar el plan de beneficios de una lista inconexa de prestaciones a la integración con base en evidencia de aquellas que garanticen la cobertura integral de riesgos y enfermedades.
- Transformar al asegurador hacia el rol de gestor y coordinador de las redes de atención balanceando la función del manejo financiero con la propia de gestor de riesgos clínicos y poblacionales.
- Para superar los efectos nocivos del pago por evento, implantar mecanismos de pago u agregación de procedimientos como los Grupos Relacionado de Diagnostico (GRD) que permitan la transaccionalidad de tratamientos completos para limitar los incentivos hacia la fragmentación.
- Permitir la diferenciación de la atención entre entornos urbanos rurales y de zona dispersa donde las características de la demanda y la oferta presentan diferencias notorias.

Un modelo de atención para un sistema de alta fragmentación en la atención requiere desarrollos técnicos que bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) y los entes territoriales tenga la capacidad para realizar una efectiva integración del sistema tomando como centro el paciente. Los operadores privados del sistema deben ser acogidos dentro de este modelo único e integrado para asegurar que toda la población reciba la misma atención en condiciones de equidad.

¿Cuáles deben ser los mecanismos institucionales y retos para la implantación del MIAS?

El proceso de implantación no necesariamente implica la definición de un plan de transformación del sistema y un rol mucho más directivo MinSalud. Más bien, esto requiere del desarrollo de diseños efectivos para la implantación de las rutas y redes de servicios, así mismo como el desarrollo de diversos desarrollos técnicos que deben ser ejecutados por el sector privado bajo la coordinación del ministerio.

Los retos técnicos esenciales para la implantación y extensión del MIAS a nivel nacional incluyen:

- Desarrollo de estándares sintácticos (aquellos que permiten la integración de la información entre diferentes sistemas y aplicativos) y buses de integración para asegurar la interoperabilidad de un sistema integrado de información con la flexibilidad para adaptarse a los diferentes aplicativos de historia clínica utilizados en el país y que posibilite la apropiación de aplicativos internacionales avanzados.
- Transformación de la habilitación de servicios del Sistema General de Garantía de la Calidad. Los estándares deben cambiar radicalmente hacia aquellos que permitan garantizar la oportunidad y continuidad de la atención con estándares mínimos de proceso para prestadores primarios y redes integrales, por encima de la infraestructura.
- Implantación y desarrollo de centros de excelencia para la atención de las patologías más exigentes en tecnología tales como el cáncer y las enfermedades huérfanas. No tiene sentido que los 1000 pacientes que en Colombia padecen de fibrosis quística sean atendidos en 300 diferentes IPS, 10 centros de excelencia pueden brindar una mejor atención y obtener rebajas sustanciales en los medicamentos mediante compras centralizadas.
- Mejorar la información al usuario transformando el Registro Especial de Prestadores (REPS) hacia un sistema interactivo en el cual el usuario acceda a información en tiempo real sobre la red de prestación a la cual tiene derecho y sobre la cual el médico pueda hacer referencia y contrarreferencia en condiciones de estabilidad, tanto para diagnóstico como para tratamiento.
- Adaptación e implementación de los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) a nivel nacional para reemplazar el sistema de tarifarios de pago por evento del Instituto de Seguros Sociales.
- Definición de los conjuntos mínimos de variable para el seguimiento de condiciones de riesgo y enfermedades de interés para la gestión del riesgo por parte de las EPS. Esto debe acompañarse de una regulación estricta que obligue a los aseguradores a transformar su rol dentro del sistema.
- Desarrollo de un plan de formación de médicos familiares que permitan la cualificación y mayor resolutiveidad del médico general. Esto debe estar acompañado de la definición de

conjuntos mínimos de enfermedades, tecnologías de tratamiento y sistemas de soporte a distancia que deben apoyar la práctica del médico general.

- Definición del conjunto de especialidades médicas pertinentes para el sector salud y formulación de un proyecto de reforma a la educación médica con la implantación de un examen único nacional y la vinculación de los programas de especialidad existentes. Es imperativo transformar al estudiante de especialidades médicas en médicos en entrenamiento reconocidos por el sistema de salud y con capacidad de atender pacientes como especialistas en entrenamiento, tal como en los demás países del mundo.
- Implantación de mecanismos para mejorar la efectividad de los mercados en la regulación de los intereses de sus agentes, a través de un proyecto de regulación de conglomerados en el sector salud.

Para poder hacer esto posible, MinSalud debe gestionar ante el gobierno nacional los recursos para financiar el desarrollo de los instrumentos técnicos que permitan la implantación del MIAS, así como la asistencia técnica a los entes territoriales, EPS e IPS que son fundamentales para cualquier transformación estructural de este tipo. Estos recursos y capacidades actualmente no se encuentran presupuestados.

¿Cuáles deben ser las metas en indicadores de desempeño?

Las metas para los próximos cuatro años deben orientarse hacia la medición de resultados de la implantación debido a que en el corto plazo no será posible evidenciar desenlaces. Sin embargo, es necesario definir un conjunto de indicadores de línea de base que también sirva para evaluar el desempeño del modelo de atención. Esto debe incluir el desarrollo de indicadores para que las entidades territoriales puedan evaluar la capacidad instalada y hacer seguimiento al desempeño de las redes.

Ejemplos de estos indicadores debe ser, entre otros:

- Tasas de detección temprana de enfermedad, tanto en enfermedad crónica como en enfermedades raras.
- Indicadores de seguimiento poblacional de pacientes en riesgo y enfermos crónicos con indicadores de manejo de casos y desenlaces.
- Indicadores de resolutiveidad de los servicios primarios y de completitud y oportunidad de las redes integrales.

Las metas para los próximos cuatro años deben orientarse hacia la medición de resultados de la implantación debido a que en el corto plazo no será posible evidenciar desenlaces. Sin embargo, es necesario definir un conjunto de indicadores de línea de base que también sirva para evaluar el desempeño del modelo de atención.

- Adherencia a las rutas de atención y guías de práctica clínica.
- Crecimiento en la formación de nuevos especialistas y especialistas en medicina familiar.
- Tasas de uso integrado de la información clínica y de medios de diagnóstico en las redes integrales de servicios, entre redes y aseguradores.
- Equidad entre poblaciones y regiones en el acceso y desenlace de servicios de salud.
- Costos medios de la atención en modelos integrados vs. modelos fragmentados.

Economía política de la implementación

Todo cambio implica una serie de transformaciones y obstáculos que será necesario superar. La implementación del MIAS puede producir algunas victorias tempranas pero en realidad representa una ruta completa de transformación del sistema de salud bajo el marco de la Ley Estatutaria de Salud. Por tanto debe ser una política de Estado y como tal debe ser considerado por el próximo gobierno.

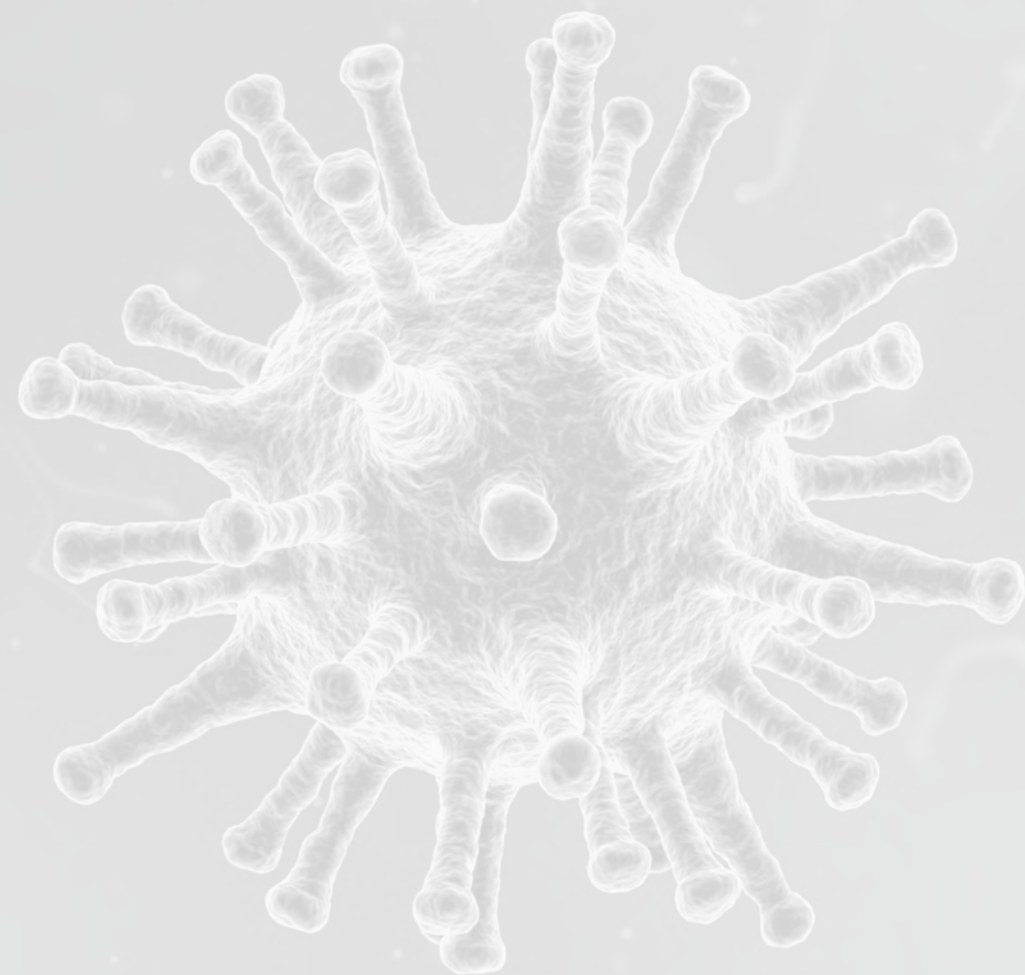
El rol regulador en esencial recae en el Ministerio de Salud y Protección Social. La separación de sus funciones financieras a través de la ADRES constituye una oportunidad única para transformar al ministerio centrándolo en sus funciones esenciales de salud de la población. Esto implica evidentemente una reestructuración de la entidad.

La ejecución e implementación del MIAS depende críticamente de la acción acompasada de los aseguradores, los hospitales y los entes territoriales a través de planes de implementación concertados y vigilados. Debe generarse una política de acompañamiento y asistencia técnica en cascada que permita una ejecución técnica adecuada y deben considerarse las posibles resistencias al cambio por parte de agentes que pueden sentir amenazadas sus rentas a causa de la implementación de MIAS.

Debe generarse una política de acompañamiento y asistencia técnica en cascada que permita una ejecución técnica adecuada y deben considerarse las posibles resistencias al cambio por parte de agentes que pueden sentir amenazadas sus rentas a causa de la implementación de MIAS.

Referencias

- Abadia, Cesar E, Oviedo, Diana G. 2009. "Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems." *Social Science & Medicine* 68(6):1153-60. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.049. Dmytraczenko, Tania, Almeida (eds). 2015. "Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean". World Bank, Pan American Health Organization. Washington. <http://dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-0454-0>
- Enthoven, Alain C. 1993. "The History and Principles of Managed Competition." *Health Affairs, Supplement* , 24-48.
- Londoño, J., & Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for the health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41 (1), 1-36.
- Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R (2011) Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública de México* 53 (6): 478-485.
- Plaza, B., Barona, A. B., & Hearst, N. (2001). Managed competition for the poor or poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. *Health Policy and Planning*, 16 (2), 44-51.
- Ruiz F, Avila L, Trujillo AJ, How does managed competition affect hospital prices in a social health insurance system?: The Colombian case *Submitted article pending of publication*.
- Vecino A, Trujillo AJ, Ruiz Fernando (2012) Undetected diabetes in Colombia. *Int. J. Public Policy*, Vol. 8, Nos. 4/5/6, pp.362–373.
- Vecino-Ortiz AI, Bardey D, Castano-Yepes RA. Hospital Variation in Cesarean Delivery: a Multilevel Analysis. *Value in Health Regional Issues*. 2015; 8: 116-121.



Ramón Abel Castaño, MD PhD

Médico de la Universidad CES. Master en Gestión y Política en Salud, Escuela de Salud Pública de Harvard. PhD en Política y Salud Pública, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Ha desarrollado investigaciones sobre equidad en el financiamiento de la salud, sostenibilidad financiera del sistema de salud, autonomía de hospitales públicos y Centros de Excelencia en salud. Actualmente se dedica a promover innovaciones en modelos de negocio en la prestación de servicios de salud. Es miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia

El liderazgo médico como punto de partida para resolver los problemas estructurales del sistema de salud

Ramón Abel Castaño Yepes, MD PhD

El problema

Los sistemas de salud en general enfrentan el reto de cómo satisfacer las crecientes necesidades de atención médica y sus respectivos costos, pero con recursos que no crecen al mismo ritmo.¹ El crecimiento de los costos agregados de la atención médica es consecuencia de tres factores principales: 1) el envejecimiento poblacional, 2) la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, y 3) la presión de las tecnologías biomédicas de alto costo. De estos tres el tercero explica entre una y tres cuartas partes de la diferencia entre el crecimiento del gasto agregado en salud y el crecimiento total de la economía.²

En el caso particular de Colombia, se suman a estos tres factores, el hecho de que la Corte Constitucional, desde su creación, ha ido consolidando una visión individualista del derecho a la salud, que le da prioridad al individuo sobre el colectivo, y para hacer exigible y justiciable el derecho le da a la acción de tutela la efectividad que termina reforzando la visión individualista del derecho. Adicionalmente, la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) en su artículo 17 le confiere a la

¹ Getzen TE (2016). Measuring and forecasting global health expenditures. En: The Economics of Health and Health Systems, editado por: Sherman Folland y Lorenzo Rocco. World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy.

² Sorenson C, Drummond M, Khan B (2013). Medical technology as a key driver of rising health expenditure: disentangling the relationship. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. 5:223-234.

profesión médica el privilegio del autocontrol, frente a lo cual algunos actores del sistema de salud señalan que de ser interpretado como la libertad del médico para actuar sin control alguno, representaría un riesgo para la sostenibilidad financiera del sistema de salud.³

Como los recursos no crecen al mismo ritmo que crecen las necesidades y sus respectivos costos, se pone en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Las respuestas típicas de los formuladores de política sanitaria para enfrentar este reto, son seis:

1. Agregar más recursos vía impuestos, seguros privados o gasto de bolsillo. Esta respuesta tiene un efecto muy limitado porque aumentar impuestos tiene efectos macroeconómicos que no son triviales, y aumentar los seguros privados y el gasto de bolsillo genera un impacto negativo sobre el acceso a los servicios de salud.⁴
2. Controlar precios de las tecnologías en salud. Esta respuesta genera distorsiones en las frecuencias de uso de tecnologías puesto que incentiva el mayor uso para compensar el menor precio, y la sustitución de las tecnologías de bajo margen precio/costo con las de alto margen.
3. Priorizar el gasto mediante la definición del plan de beneficios. Esta respuesta mejora la eficiencia de asignación del sistema de salud como un todo,⁵ pero no permite utilizar tecnologías excluidas, que en algunos casos específicos podrían ser costo-ahorrativas, y deja por fuera grupos vulnerables cuando se excluye una tecnología que es crítica para estos grupos específicos.
4. Control a oferta de capacidad instalada, y de especialidades médicas. Esta respuesta es usada con frecuencia en los sistemas de salud de Europa occidental y Canadá, y se sabe con claridad que generan déficit de oferta y, como consecuencia, el bien conocido problema de listas de espera.⁶
5. Estrechar el espacio de decisión del médico mediante guías de práctica clínica. Esta respuesta casi siempre resulta inefectiva porque las guías se perciben como impuestas desde fuera de la realidad de la práctica clínica y no se cuenta con los mecanismos de rendición de cuentas entre pares que controlen la adherencia a ellas.⁷
6. Pasar del mecanismo de pago por servicio a modalidades de pago prospectivas. Esta respuesta es, cuando menos, inefectiva porque cambia los incentivos perversos de la primera (inducción

³ Santos AC (2014). Debates Ley Estatutaria. En: Ley Estatutaria en Salud. ACEMI. p. 28.

⁴ Kutzin J, Yip W, Cashin Ch (2016). alternative financing strategies for universal health coverage. En: The Economics of Health and Health Systems, editado por: Sherman Folland y Lorenzo Rocco. World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy.

⁵ Giedion U, Tristao I, Bitrán R (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.

⁶ Britnell M (2015). In search of the perfect health system. Palgrave.

⁷ Cabana MD, Rand CS, Powe NR et al (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines. *JAMA*.282(15):1458-65.

de demanda, fragmentación de la atención y no prevención y promoción), por los incentivos perversos de la segunda (negación de servicios, transferencia de costos y selección de riesgos).⁸

Sin embargo, un frente de acción que ha sido ampliamente ignorado por los formuladores de política es la forma como se producen los servicios de salud y cómo se organizan los prestadores para producirlos.⁹ Estas formas de organización tienen implicaciones profundas en la eficiencia técnica del sistema de salud y en su eficiencia de asignación, y por lo tanto en la sostenibilidad financiera del sistema.

Y dentro de la organización de los servicios de salud, un elemento crítico pero también ignorado por los formuladores de política es la forma como toman decisiones los médicos. Después de todo, más del 90% del gasto agregado en salud es consecuencia de decisiones médicas para diagnosticar, tratar o paliar las condiciones médicas de sus pacientes, por lo cual resulta más crítico buscar que los médicos tomen decisiones de manera que se haga el mejor uso posible de los recursos disponibles. El ignorar este rol crítico de los médicos ha llevado, en el caso específico de Colombia, a un nivel preocupante de desprofesionalización de la medicina del que ya se hacía mención desde 2001¹⁰ hasta el punto de considerar al médico un factor más de la función de producción de servicios de salud y no el más importante.

Por lo anterior, para lograr el objetivo de hacer que el sistema de salud sea sostenible, es necesario repensar los modelos de prestación de servicios de salud y entender el proceso decisorio de los médicos. A partir de las intervenciones en estos dos elementos se podrá esperar un impacto más positivo de las demás intervenciones de política sanitaria.

Las causas del problema

¿Por qué la raíz de los problemas de sostenibilidad financiera de los sistemas de salud está en la forma como toman decisiones los médicos y en la forma como se organiza la prestación de servicios de salud? En esta sección se analizará la respuesta a esta pregunta, partiendo de dos condicionantes estructurales de la prestación: la incertidumbre y la asimetría de información.

En cuanto al primer condicionante, Arrow planteó desde 1963¹¹ que en las decisiones médicas hay dos tipos de incertidumbre: 1) sobre la precisión del diagnóstico, y 2) sobre los resultados a esperar

⁸ Robinson JC (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly*. 79(2):149-77.

⁹ Bohmer R (2009). Designing Care. Harvard Business School Publishing. p 1-2.

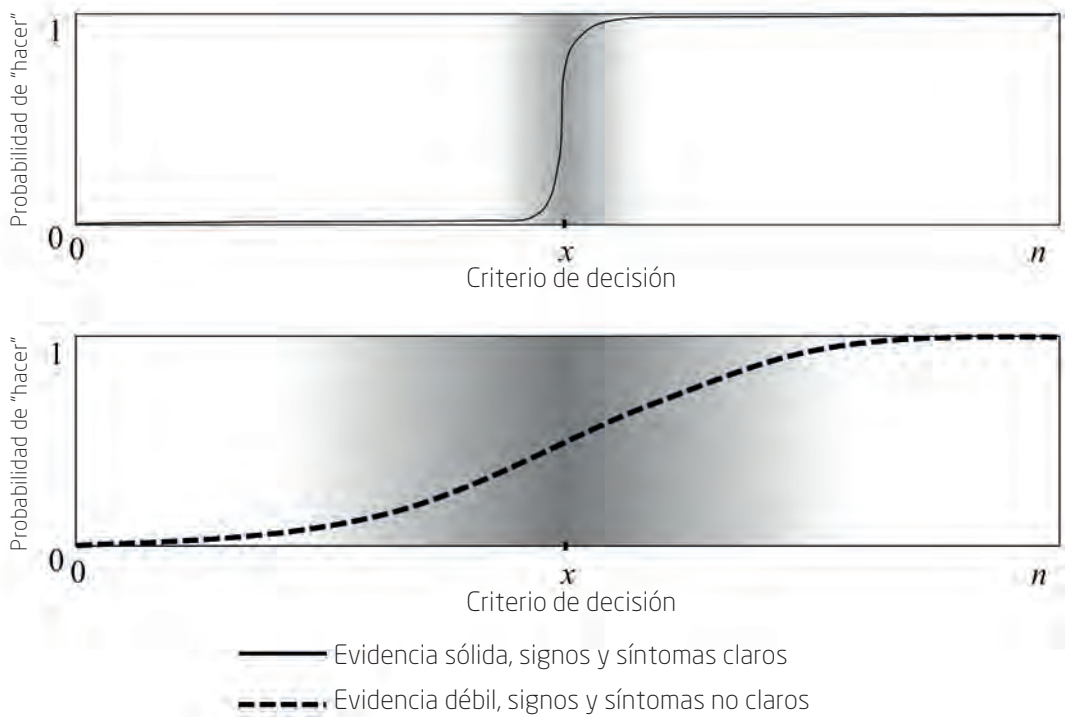
¹⁰ Patiño JF (2001). La desprofesionalización de la medicina en Colombia. *Acta Médica Colombiana*. 26(2):43-49.

¹¹ Arrow KJ (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 53(5):941-973.

de las intervenciones. Esta incertidumbre es producto del avance del conocimiento científico: cuando este es poco avanzado y no logra dilucidar las relaciones causa-efecto, es muy difícil hacer un diagnóstico correcto, o garantizar la efectividad de un tratamiento. A medida que el conocimiento científico avanza en entender las relaciones causa-efecto, se va reduciendo la incertidumbre.

El gráfico 1 muestra la diferencia entre las decisiones con muy poca incertidumbre y con mucha incertidumbre. En el eje x se ilustra el criterio de decisión, antes del cual la decisión es “no hacer” (por ejemplo, no prescribir un medicamento, no ordenar un apoyo diagnóstico o no realizar un procedimiento), y una vez superado, la decisión es “hacer”. En el eje y se ilustra la probabilidad acumulada. El primer panel del gráfico 1 ilustra aquellos casos en los que hay evidencia sólida sobre qué hacer y los signos y síntomas del paciente son claros, por lo cual se espera una mínima variabilidad en las decisiones médicas alrededor del criterio de decisión; el segundo panel ilustra aquellos casos en los que la evidencia es menos sólida y los síntomas y signos son menos claros; en estos casos hay médicos que, mucho antes de cumplirse el criterio de decisión ya toman la decisión de “hacer” mientras que hay otros que mucho después de haber sobrepasado el criterio de decisión aún no deciden “hacer”. Esta variabilidad obedece a que la evidencia es aún incierta, lo que se refleja en una mayor variabilidad alrededor del criterio de decisión dado que los médicos toman decisiones teniendo en cuenta múltiples variables además de la evidencia disponible.

Gráfico 1
Incertidumbre en las decisiones médicas



Fuente: Castaño RA (2014). Mecanismos de pago en salud. ECOE Ediciones.

El otro condicionante, la asimetría de información, se refiere a que el paciente no logra evaluar completamente la calidad técnica de las decisiones de su médico, bien porque esta no es observable, o porque aun siendo observable, carece del conocimiento técnico para evaluarla.¹² La asimetría de información abre un espacio a favor del médico en el que este podría aprovecharla para su propio beneficio y no para el beneficio del paciente.

Estos dos condicionantes críticos generan problemas de agencia ampliamente descritos en la literatura, y ellos dan lugar al surgimiento de mecanismos de no-mercado para garantizar el adecuado control de dichos problemas de agencia. El mecanismo más crítico, también planteado por Arrow, es el de la profesión como una institución que asume el compromiso de controlar el comportamiento de sus miembros, con el fin de preservar la confianza que la sociedad ha puesto en ella.¹³

Ahora bien, para entender cómo toma decisiones el médico es necesario entender los cinco elementos que entran en juego, de los cuales el primero es la base más amplia pero los otros cuatro ejercen una poderosa influencia sobre la decisión final. Estos elementos son:

1. El conocimiento científico: Esta es la base principal de las decisiones médicas, teniendo en cuenta que a menor nivel de avance en el entendimiento de las relaciones causa-efecto, mayor nivel de incertidumbre.
2. Las restricciones éticas: cuando se presentan conflictos entre los principios de beneficencia/no maleficencia, autonomía y justicia, las decisiones no siempre coinciden con lo que la evidencia sugeriría. Un ejemplo de esta situación es el cuidado al final de la vida, cuando un tratamiento que aumenta la sobrevida por un corto tiempo implica un nivel de sufrimiento insoportable para el paciente (conflicto con el principio de no maleficencia) o un alto costo de oportunidad para la sociedad (conflicto con el principio de justicia).
3. Los intereses secundarios del médico: Cuando el médico tiene intereses personales que son legítimos (por ejemplo, mejorar su ingreso, aumentar su prestigio, avanzar en sus intereses de investigación, minimizar el riesgo legal, etcétera), pero que los pone por encima de los principios de beneficencia/no maleficencia, autonomía y justicia, puede tomar decisiones que no van acordes con la evidencia, o que aún dentro de lo que la evidencia sugiere, son diferentes en casos similares.
4. Sus motivaciones irracionales: Dentro de los límites de la variabilidad razonable de las conductas médicas, puede haber decisiones consistentemente irracionales como consecuencia de aspectos conductuales como, por ejemplo, el sesgo de acción, la aversión a la pérdida, la ilusión del control, etcétera.¹⁴

¹² Dranove D, Satterthwaite MA (2000). The industrial organization of health care markets. En: Handbook of Health Economics, editado por Anthony Culyer y Joseph Newhouse. Elsevier.

¹³ Royal College of Physicians (2005). Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a working party to the Royal College of Physicians of London. London, RCP.

¹⁴ Hough D (2013). Irrationality in health care. Stanford University Press.

5. El marco regulatorio en el que ejerce su práctica: Cuando las regulaciones obligan a realizar acciones u omisiones que no están soportadas en la evidencia, como por ejemplo obligar a que un medicamento dado solo pueda ser prescrito por un médico especialista, o que ciertos servicios solo se puedan prestar en un escenario dado.

La incertidumbre y la asimetría de información también conllevan a la ausencia de competencia por valor, entendido este como resultados clínicos y de calidad de vida en relación con los recursos utilizados para generarlos.¹⁵ Dado que hay incertidumbre sobre la obtención de los resultados, el médico no puede garantizar la precisión del diagnóstico ni la efectividad del tratamiento, por lo cual emerge la obligación de medios: si no se logra el resultado esperado, ello no hace responsable legalmente al médico, mientras se pueda demostrar que actuó con diligencia, prudencia y pericia. Esto a su vez trae como consecuencia que prestadores con malos resultados clínicos puedan sobrevivir en el mercado y competir con prestadores con muy buenos resultados.

La incertidumbre a su vez también explica el surgimiento y la supervivencia de los dos modelos de prestación básicos que sustentan todos los sistemas de salud: el hospital general y el consultorio médico. Estos dos modelos son adecuados para lidiar con la incertidumbre pues le garantizan al médico la disponibilidad de una amplia gama de recursos diagnósticos y terapéuticos para enfrentar una amplia gama de condiciones médicas llenas de incertidumbre en el diagnóstico y en el tratamiento. Pero cuando el diagnóstico y/o el tratamiento de algunas de estas condiciones médicas empieza a ser estandarizable, estos procesos de atención se pueden separar del hospital general y del consultorio médico y operar bajo modelos de prestación muy diferentes a estos dos modelos tradicionales.¹⁶ A pesar de ello, siguen siendo ejecutados en estos dos modelos tradicionales.¹⁷

Otra consecuencia de la incertidumbre es el surgimiento y la supervivencia del pago por servicio. Este mecanismo de pago es propicio cuando no es posible predecir el número y tipo de servicios que se requerirán para llegar a un diagnóstico o para tratar una condición médica. Los incentivos perversos inherentes al pago por servicio mencionados arriba, intensifican aún más la fragmentación de los procesos de atención, pero en aquellos procesos en los que el avance del conocimiento ha permitido reducir la incertidumbre, es perfectamente posible pasar a mecanismos de pago prospectivos¹⁸ e incluso aplicar incentivos complementarios basados en desempeño, resultados clínicos y en mejoría de la calidad de vida.

¹⁵ Porter M, Lee T (2015). Why strategy matters now. *The New England Journal of Medicine*. 372(18):1681-4.

¹⁶ Una condición adicional para que se puedan separar estos modelos es que no haya interdependencias críticas que obliguen a mantenerlos dentro de los dos modelos tradicionales, especialmente el hospital general, como curre por ejemplo, cuando un activo fijo de muy alto costo obliga a mantener dentro del hospital procesos muy diversos, para así optimizar su rotación.

¹⁷ Christensen C, Grossman J, Hwang J (2009). *The Innovator's Prescription*. McGraw Hill.

¹⁸ Christensen C, Grossman J, Hwang J (2009). Op cit.

En un contexto de ausencia de competencia basada en valor y prevalencia del pago por servicio, los prestadores pueden competir demostrando que cumplen con los estándares de estructura y de proceso y que cumplen con su obligación de garantizar los medios, simplemente asumiendo que sus resultados clínicos son comparables. Esto hace que la competencia se concentre solamente en los precios, lo que puede llevar a que los prestadores adopten mecanismos de reducción de costos que tienen consecuencias negativas no observables en la calidad, que terminan por destruir valor en vez de incrementarlo.

En el sector salud prevalece la mentalidad de oferta pues en el diseño de los modelos de prestación con frecuencia prima la visión del prestador sobre cómo se deben organizar los servicios de atención médica y cómo se deben entregar a los pacientes.

Por último, la función de agencia del médico y el surgimiento del profesionalismo como institución para controlar los problemas de agencia, crean y perpetúan una mentalidad de oferta. Es decir, en los demás sectores de la economía prevalece la mentalidad de demanda, pues el diseño de los modelos de negocio parte de las necesidades, expectativas y preferencias de los clientes. En cambio, en el sector salud prevalece la mentalidad de oferta pues en el diseño de los modelos de prestación con frecuencia prima la visión del prestador sobre cómo se deben organizar los servicios de atención médica y cómo se deben entregar a los pacientes. Esto trae como consecuencia que, a pesar de que se predica que los servicios sean centrados en la persona, en la realidad todavía hay una gran brecha frente a lo que implica diseñar las soluciones desde las necesidades, expectativas y preferencias de los pacientes y sus cuidadores.¹⁹

Las soluciones

Partiendo de la lógica descrita en las dos secciones anteriores, el primer paso para avanzar en una solución de fondo al problema de la sostenibilidad financiera del sistema de salud es impulsar la agenda de la generación de valor. Ya la OCDE había recomendado al gobierno Colombiano una política en este sentido.²⁰ Por su parte, la Política de Atención Integral en salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) son pasos concretos en la misma dirección.²¹

La generación de valor como motor fundamental de la evolución del sistema de salud surte su efecto mediante una lógica simple y contundente: para generar valor es necesario integrar el ciclo completo de atención de una condición médica y sus comorbilidades,²² y superar la frag-

¹⁹ Christensen C, Grossman J, Hwang J (2009). Op cit.

²⁰ OECD (2016). OECD reviews of health systems: Colombia.

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud.

²² Porter M, Lee T (2015). Op cit.

mentación por tipos de servicio, por especialidades, por escenarios de atención o por niveles de complejidad.

Pero para hacer realidad la agenda de la generación de valor en función de condiciones médicas, es necesario además generar cambios fundamentales en los modelos de prestación y en los mecanismos de pago. Estos dos elementos están íntimamente ligados entre sí, pues no es posible cambiar del pago por servicio al pago por gestión integral de condiciones médicas si no se cambia de manera fundamental el actual modelo fragmentado heredado del pago por servicio (en la mediana y alta complejidad) y de la capitación (en la baja complejidad). En el sentido opuesto, el desarrollo de modelos de prestación en los que se integra el ciclo completo de atención de una condición médica, no llega muy lejos en un contexto de pago por servicio en el que el asegurador tratará de contratar separadamente los componentes del servicio buscando tarifas más bajas.

Para romper este círculo vicioso del pago por servicio y los modelos de prestación fragmentados, es necesario repensar los modelos tradicionales del hospital general y el consultorio médico, aptos para procesos rodeados de incertidumbre, y diseñar modelos innovadores que exploten las ventajas de la estandarización de procesos con menor incertidumbre, permitan la reasignación de tareas a otras categorías ocupacionales y se puedan separar de estos dos modelos tradicionales.²³

Ahora bien, para hacer posibles estos cambios fundamentales, se requiere el liderazgo de los médicos, pues son el personal más calificado de las instituciones prestadoras y son quienes entienden mejor los detalles de la calidad técnica, por lo cual son los llamados a hacer los aportes críticos para repensar los modelos de prestación. Pero adicionalmente porque al ser el recurso más calificado de la organización y manejar un conocimiento complejo, los médicos son más receptivos al liderazgo de sus pares y de sus organizaciones profesionales que al de la organización en la que ejercen su práctica.²⁴

Por esta razón es crítico que se fortalezca el liderazgo de los médicos. Para ello es necesario identificar a los líderes actuales y potenciales, entendidos estos como los médicos que tengan la visión necesaria, las capacidades y las habilidades para generar transformaciones profundas en las instituciones prestadoras. Estos médicos líderes tienen sobre sus hombros unos retos particulares a las organizaciones profesionales: por su naturaleza de expertos en su campo específico, los médicos se resisten a

Es crítico que se fortalezca el liderazgo de los médicos. Para ello es necesario identificar a los líderes actuales y potenciales, entendidos estos como los médicos que tengan la visión necesaria, las capacidades y las habilidades para generar transformaciones profundas en las instituciones prestadoras.

ser dirigidos por los administradores y son más propensos a seguir a otros médicos, pero sólo si los consideran sus referentes en el campo de las decisiones técnicas de la práctica clínica diaria.

Si se entiende que el liderazgo de los médicos es fundamental para lograr las transformaciones organizacionales que requiere el sector prestador, cabe anotar entonces cuáles son esas transformaciones. En este sentido, podrían señalarse cuatro principales:

1. Crear los nuevos modelos de prestación, liderados por médicos emprendedores. Ejemplos de estos nuevos modelos son las unidades de práctica integrada que proponen Porter y Teisberg, las empresas enfocadas en procesos altamente estandarizables y separables del hospital, los consultorios de alta resolutivez, etcétera.²⁵
2. Crear las nuevas estructuras y procesos en los nuevos modelos o en los existentes, liderados tanto por los médicos emprendedores como por los no emprendedores que prefieren concentrarse en su práctica clínica. Por ejemplo, el diseño de la infraestructura centrada en el paciente, el diseño de protocolos a ser aplicados por personal no médico, el diseño y aplicación de ciclos de mejoramiento con criterio médico, o el manejo de casos complejos y de alta incertidumbre.
3. Crear y mantener un ambiente de rendición de cuentas entre pares que permita reducir la variabilidad injustificada en las decisiones médicas y reducir el efecto de la incertidumbre. Esto no equivale a usar la información del Mipres ni a que las Sociedades Científicas hagan auditoría de pertinencia, sino que en el día a día los médicos se vean expuestos al escrutinio de sus pares para mejorar así la adherencia a las guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia disponible. Un ejemplo de esto es el modelo de Kaiser Permanente, en el cual el ambiente de rendición de cuentas entre pares es crítico para lograr un equilibrio entre calidad y recursos disponibles.²⁶
4. Crear incentivos no financieros más allá de la rendición de cuentas entre pares, tales como el reconocimiento al logro profesional y académico, la educación continuada, la investigación, pero sobre todo, devolverle al médico la información que le permita visualizar el impacto de sus decisiones en la salud de sus pacientes.²⁷

Además de las características del liderazgo que se describen ampliamente en la literatura, el liderazgo médico tiene unas características particulares que es necesario entender. La figura del líder médico ha sido comparada con la de pastorear gatos. Esta analogía, de origen no establecido pero popularizada por David Platt, un programador de computadores,²⁸ señala que la cultura del experto premia el esfuerzo individual por llegar a un alto nivel de conocimiento y de logro personal. Esto a su vez hace que el experto solo reconozca a sus pares como posibles evaluadores de su desempeño. La máxima expresión de este reconocimiento entre pares es el Premio Nobel en sus diferentes categorías.

²³ Castano R (2014). Towards a framework for business model innovation in health care delivery in developing countries. *BMC Medicine*. 12:233.

²⁴ Bohmer R (2012). The instrumental value of medical leadership. Engaging doctors in improving services. The King's Fund. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/instrumental-value-medical-leadership-richard-bohmer-leadership-review2012-paper.pdf>. Fecha de acceso: Febrero 20 de 2018.

²⁵ Castaño RA (2014). Op cit.

²⁶ Kanter M, Nguyen M, Klau M, et al (2013). What professionalism mean to the physician. *The Permanente Journal*. 17(3):87-90.

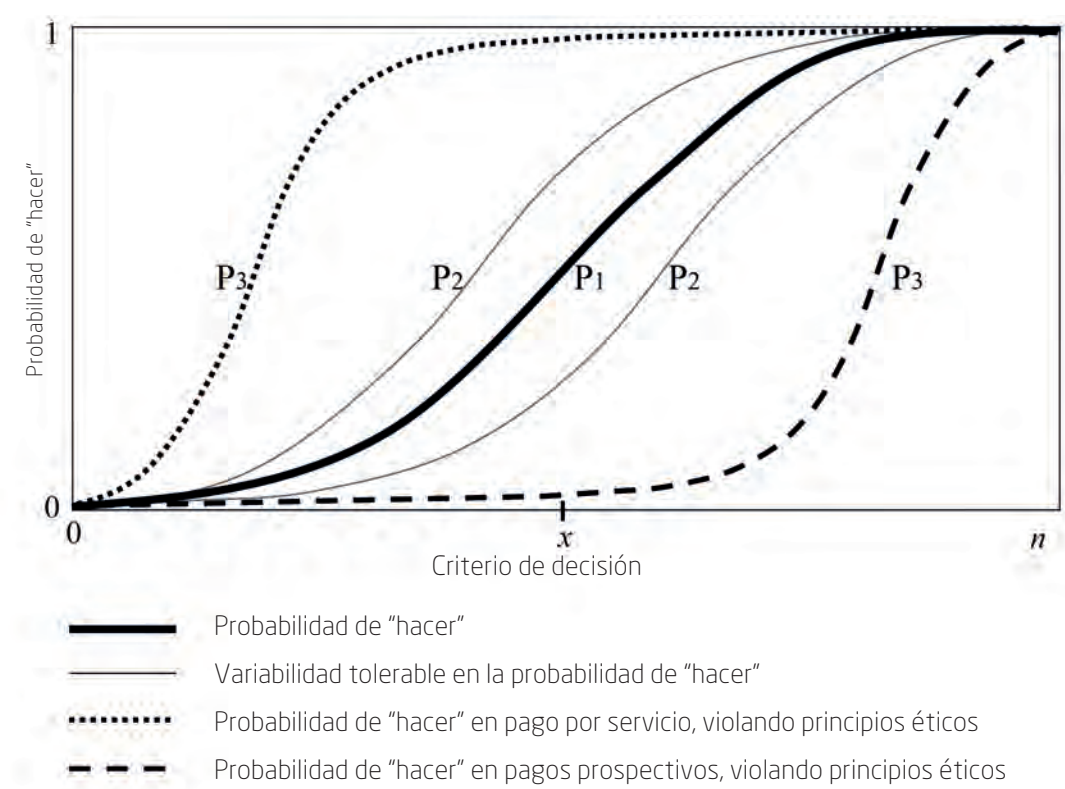
²⁷ Berenson RA, Rice T (2016). Beyond measurement and reward: methods of motivating quality improvement and accountability. *Health Services Research*. 50(S2):2155-86.

²⁸ Véase: <http://answers.google.com/answers/threadview?id=163007>. Fecha de acceso: Marzo 4 de 2018.

En lo referente a la rendición de cuentas entre pares, el gráfico 2 muestra lo que puede suceder cuando, en el caso de las decisiones clínicas rodeadas de incertidumbre, un médico incurre en transgresiones al principio de beneficencia/no maleficencia y pone sus intereses pecuniarios por encima del interés por el bienestar del paciente. Un médico de este tipo puede irse a los extremos de la excesiva inducción de la demanda en el pago por servicio (curva P3 a la izquierda), o de la excesiva restricción en los pagos prospectivos (curva P3 a la derecha). La rendición de cuentas entre pares es crítica para controlar estas variaciones extremas porque, dada la complejidad del conocimiento médico en estas situaciones rodeadas de incertidumbre, es difícil para un no-experto determinar si el médico está sobrepasando los límites razonables de la variabilidad.

Gráfico 2

Incertidumbre, influencia de los mecanismos de pago y rendición de cuentas entre pares



Fuente: Castaño RA (2016). El rol de los modelos de prestación de servicios de salud y los mecanismos de pago en la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Documento borrador.

Para mantener la variabilidad de las conductas médicas dentro de los límites razonables que se soportan en la evidencia (curvas P2), es necesario entonces crear un ambiente de rendición de cuentas entre pares. Y para crear este ambiente de rendición de cuentas es necesario el liderazgo médico en las instituciones prestadoras, como se observa en experiencias como Kaiser Permanente, Mayo Clinic y Virginia Mason en los Estados Unidos.²⁹ Los intentos de la administración por controlar desde afuera la variabilidad con base en estándares de proceso establecidos a partir de guías de práctica clínica o con base en estándares arbitrarios de gestión, solo crean más tensiones entre los clínicos y los administradores, a la vez que intensifican la desprofesionalización del médico y debilitan la relación médico-paciente, contribuyendo de paso a profundizar la prolongada crisis de legitimidad del sistema de salud.

Recomendaciones

De lo expuesto en las secciones anteriores emanan las siguientes recomendaciones:

- Impulsar la agenda de la salud basada en valor. Esto se puede lograr ampliando el menú de condiciones médicas que hoy maneja la Cuenta de Alto Costo, y utilizando indicadores de resultado para las respectivas condiciones médicas.
- Renovar y fortalecer el profesionalismo médico, mediante capacitaciones, publicaciones, declaraciones y planes de acción, liderados por las instituciones de la profesión médica de nivel nacional.
- Capacitar a médicos líderes actuales y potenciales en habilidades de liderazgo en general y liderazgo en organizaciones médicas en particular.
- Realizar visitas de estudio a modelos de prestación en otros países que han logrado reconocimiento global por generar mayor valor por cada peso utilizado, y en los cuales el liderazgo médico sea un elemento clave del éxito.
- Estimular el desarrollo de modelos innovadores de prestación con recursos de ciencia y tecnología, y acompañar estas iniciativas con evaluaciones de impacto en resultados clínicos que permitan determinar su éxito o fracaso.

²⁹ Cochran J, Kaplan GS, Nesse RE (2014). Physician leadership in changing times. Healthcare. 2:19-21.

A grayscale microscopic image of cells, showing a large cell with a prominent nucleus in the center, surrounded by a thin membrane. Other smaller cells are visible in the background.

Rectoría y legitimidad en el sistema de salud colombiano

Jaime Ramírez Moreno, PhD

Jaime Ramírez, PhD

Economista y PhD en Economía y gestión de la Salud. Profesor Asociado y Director de Posgrados en el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana. Sus temas de interés están relacionados con estudios de las diferentes formas de creación y apropiación de los bienes en la sociedad y especialmente de los relacionados con la salud y el bienestar en términos de sus procesos políticos y económicos, especialmente en los ámbitos relacionados con la salud y las desigualdades sociales, promovió la creación del régimen subsidiado en salud y la construcción de metodologías de ajuste regulatorio en la configuración del Plan de Beneficios y del Ajuste de la Unidad de Pago por capitación.

En el Sistema General de Seguridad Social se ha venido presentando una especie de disonancia social y comunicativa sobre la realidad del Sistema. Por un lado, la Corte constitucional en su sentencia T-760 consideraba que en Colombia existe una violación sistemática del derecho a la salud y la encuesta Gallup de octubre de 2017, refleja que el 85% de los encuestados consideran que la situación del sistema de salud está empeorando, con solo un 9% que considera que está mejorando. Por otro lado, los funcionarios públicos consideran que, con base en la experiencia y uso de los servicios, la satisfacción de los afiliados es mayor del 80%. Esta disonancia se refleja en cada uno de los agentes del sistema, por ejemplo, entre aseguradores y prestadores y entre afiliados y aseguradores, generando arduas polémicas sobre la necesidad de ajustes, desde las reformas estructurales, como la denominada Ley Estatutaria de 2015, hasta los ajustes burocráticos, y acumulativo-dependientes de la ley ordinaria y los mejoramientos en la gestión directiva en el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Lo cierto es que, independientemente del pesimismo o del optimismo, el rasgo compartido por todos se deriva de la consideración de que la salud y los asuntos del sistema de salud son considerados por la sociedad como de vital importancia para el futuro de las personas y de la sociedad en general; de tal suerte que desde muchos espacios se solicita claridad a los partidos políticos y candidatos en la actual coyuntura.

En este esquema de agenda de políticas para el próximo cuatrienio, mi reflexión está orientada sobre el tema de la rectoría en el sistema, y me gustaría retomar la idea de rectoría del documento del informe del año 2000 (Organización Mundial de la Salud, 2000) de la OMS, en el que se incluye en un sentido amplio las distintas formas de gobierno entre el sistema y la sociedad con el objeto de satisfacer las expectativas asistenciales y no asistenciales de las poblaciones frente a una idea general de la salud y el bienestar de las personas. En otro contexto, especialmente el mencionado por Juan Luis Londoño como modulación¹, esta incluye el establecimiento de un conjunto de políticas, incentivos y valoración de resultados que permitan orientar la separación de funciones en el sistema y especialmente relacionadas con el puente que comunica el financiamiento con la provisión a través del aseguramiento obligatorio (Londoño & Frenk, 1997) y finalmente, la visión tradicional y quizá un poco limitada de regulación² como corrección de asimetrías mercados³ (Baldwin, 1998) (Joskow & Rose, 1989).

Se considera que esta concepción es limitada en el contexto del sistema de salud colombiano por cuanto en las relaciones principales entre el sistema y la población, y entre el sistema y los aseguradores los intercambios no son de naturaleza económica, determinada por el sistema de precios, sino más bien por relaciones políticas basadas en la ley y la coerción, tales como la cotización y el aseguramiento obligatorio, basados en los ingresos.

Esto es más equivalente a la tributación que a los intercambios de mercado y en tal sentido es necesario un enfoque conceptual más amplio relacionado con las

A pesar de que estas definiciones de las funciones del Estado pudieron normativamente cambiarse con el transcurso del tiempo en otros planes de desarrollo, esta nueva definición de las funciones gubernamentales fue asumiéndose como natural y el Estado pasó imperceptiblemente de ser un proveedor a un comprador de servicios con los particulares.

¹ Por esta razón se creía que la mejor forma de llevarla a cabo era a través de un Consejo del Tipo CNSSS en donde se suavizaran los conflictos y las expectativas de los agentes del sistema.

² Del tipo particular de regulaciones normativas como en la experiencia de la Comisión Reguladora En Salud (CRES) que fue rápidamente capturada por cuanto en su diseño y conformación no fueron fuertes los criterios de autonomía, independencia y estabilidad, tanto de la CRES como la de su interés. Esta forma fue sustituida por la regulación administrativa en una dirección del Ministerio de Salud y Protección Social.

³ Esta tal vez era la opinión del grupo de Harvard, el Banco Mundial y El BID que consideraba que el sistema colombiano funcionaba en forma equivalente al sistema de HMOs de los estados Unidos y se popularizó la idea de que el sistema de salud colombiano era un sistema de competencia regulada vado de los supuestos desarrollados por Alan Enthoven. La confusión que generó esta aplicación conceptual a un contexto distinto al funcionamiento de los mercados privados de los seguros médicos en los Estados Unidos, delimito una actuación regulatoria en el sentido de corregir fallas de mercado como a selección adversa y el riesgo moral, dejando de lado la relación principal de obligatoriedad en la cotización y el plan obligatorio de salud.

interacciones y el comportamiento de los agentes de un sistema complejo de reglas formales y sociales para encontrar formas legítimas que hagan concordante el comportamiento de los agentes con los objetivos del sistema.

Hago la anterior conceptualización porque en el proceso de reforma sectorial de los noventa y especialmente el plan de desarrollo del gobierno de César Gaviria se introduce un juicio y una decisión política que establece que la principal función del Estado no consiste en la provisión pública de servicios sociales sino en el establecimiento de sistemas regulatorios de incentivos y penalizaciones que permitan la participación de los particulares en la ejecución de programas de inversión social a los cuales se les puede delegar las responsabilidades estatales. (República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, 1991).⁴ A pesar de que estas definiciones de las funciones del Estado pudieron normativamente cambiarse con el transcurso del tiempo en otros planes de desarrollo, esta nueva definición de las funciones gubernamentales fue asumiéndose como natural y el Estado pasó imperceptiblemente de ser un proveedor a un comprador de servicios con los particulares, sin que la función de regulación global de los asuntos relacionados con los servicios públicos ganara independencia y autonomía como en otras formas de regulación pública en otros países.⁵

En el proceso de transformación del Estado, denominado la modernización del sector público, cobró vida un comportamiento burocrático relacionado con la elaboración de pliegos para subastas o licitaciones para la asignación de cuotas de mercado a diferentes operadores privados que muy pronto fueron capturados porque quienes realizaban y administraban este proceso, en su gran mayoría, también eran contratistas, quienes se veían en el futuro como gerentes en la ejecución de estos procesos.⁶ En algunos casos, las comisiones reguladoras se desarrollaron como extensión de la estructura burocrática del poder ejecutivo o como funciones especiales de ciertas superintendencias⁷, pero en la mayoría de procesos de provisión de servicios públicos el Estado actúa simultáneamente como pagador-comprador y como agente regulador, sin dispositivos institucionales para evitar la captura y la corrupción y sobre todo sin dispositivos para representar las expectativas de la sociedad y el interés general.

⁴ Entre las razones por las cuales se consideraba que el Estado regulador es deseable, consiste en que las deficiencias del estado proveedor de servicios, se transforman en pérdida de legitimidad del estado no solo en términos operacionales sino ante todo en términos de legitimidad política, proceso que se había vivido en Colombia en los paros cívicos nacionales y locales en contra de la mala provisión de servicios públicos domiciliarios.

⁵ Se mencionan como referencia las formas de regulación de las comisiones reguladoras en Estados Unidos y algunos en Inglaterra y Europa y se detallan algunas fallas de la regulación como el caso de captura y falta de información en los reguladores como es el caso de las regulaciones basadas en la idea de la corrección de las fallas de mercado y la promoción de la competencia.

⁶ Gran parte de los grandes procesos de corrupción en la contratación pública está relacionada con este fenómeno, especialmente en las entidades territoriales y en la contratación de obras públicas nacionales.

⁷ Que no fue el caso de la Superintendencia Nacional de Salud que siguió siendo un mecanismo de inspección y vigilancia, pero no de control.

Tal vez la imagen más apropiada del Estado contratista y del Estado regulador es la existencia de muchos fondos de recursos disponibles en la nación, en los municipios y en los departamentos y un conjunto de firmas recién creadas a la caza de los mismos, en una especie de captura regulatoria en una primera fase y en un proceso generalizado de corrupción en la historia actual de la contratación pública en Colombia que incluye al sector salud. Podría decirse para confirmar la imagen que el Estado no paso de ser proveedor ineficiente a un contratista eficiente, sino a un Estado capturado en procesos de licitación en donde el rasgo característico es la corrupción y no la eficiencia.

En el caso del sector salud, la regulación se concentró en modular las transacciones entre las funciones y los agentes del sistema, especialmente entre la función de financiamiento representada en el Fosyga y la función de gestión del aseguramiento, desarrollada por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a través de los ajustes periódicos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las actualizaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) en términos de inclusiones o exclusiones⁸. En el de las prestaciones se impuso el concepto procedimental de la garantía de la calidad y los estándares de habilitación y acreditación sin ningún énfasis en los resultados. En estos procesos regulatorios, la función regulatoria fue asumida en forma predominante por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y en tal sentido, la función de rectoría y la función de regulación aparecen como una sola función con preponderancia regulatoria en el sentido tradicional en donde el Estado actúa como regulador comprador, abandonando la idea de la rectoría en el sentido de que la función principal está afianzada en la relación sistema-ciudadanos.

Mediante este mecanismo los agentes fueron regulados por normas o por decisiones de compra como es el caso de la UPC en donde el Estado compra afiliaciones a las EPS de acuerdo con los reportes de gastos -asistenciales de los afiliados, en un sistema que puede definirse como de seguros de reembolso público que proyecta sus ajustes tarifarios con base en los gastos históricos actualizados en el presente y proyectados en el futuro con una regla monetaria.

El anterior esquema suponía que la relación de agencia entre asegurador y afiliado funcionaba bien y que no había mucho que hacer en la relación entre los ciudadanos y el sistema, en la medida en que se pensaba que las

La imagen más apropiada del Estado contratista y del Estado regulador es la existencia de muchos fondos de recursos disponibles en la nación, en los municipios y en los departamentos y un conjunto de firmas recién creadas a la caza de los mismos, en una especie de captura regulatoria en una primera fase y en un proceso generalizado de corrupción en la historia actual de la contratación pública en Colombia que incluye al sector salud.

⁸ En la mayoría de los casos la actuación de las EPS fue asimilada a entidades administradoras, incluso en el régimen subsidiado asumieron legalmente este nombre.

reglas de la afiliación obligatoria en segmentos de seguros contributivos, especiales y subsidiados estaba funcionando bien y en tal sentido, el concepto de rectoría era prácticamente innecesario. En forma subyacente se fue desarrollando un proceso de rechazos en la atención médica, en términos de negaciones y falta de oportunidad, que no encontraron respuestas directas en los aseguradores y prestadores y menos en los organismos de control como la Superintendencia Nacional de Salud, derivando en reclamaciones judiciales que dieron origen a las tutelas como mecanismo de actuación de ciudadanos y jueces ante la ausencia de un buen funcionamiento de la agencias públicas, en la medida en que la relación principal en el día a día era entre el financiamiento y el aseguramiento y no entre la población y el sistema.

Los recobros denominados eventos No POS y las tutelas de eventos POS serán los fenómenos que dan origen a la Sentencia T-760 y a la declaratoria de “La Emergencia Social⁹. En el primero, la Corte Constitucional actúa como regulador constitucional definiendo la salud como derecho fundamental y estableciendo órdenes, procesos y metas que los organismos de dirección (MSPS, CRES, SNS) deberán cumplir y reportar en audiencias de seguimiento constitucional, y en el segundo, el poder ejecutivo actúa como legislador autoritario creando impuestos ilegítimos sin representación, sustituyendo al Congreso, creando medidas reglamentarias que excepcionalmente cambiaban el ordenamiento legal en el Sistema de Salud. La Corte Constitucional, a través de las sentencias sucesivas, incluida la sentencia sobre la Ley Estatutaria, formaliza definitivamente la idea del derecho a la salud y de las obligaciones sustanciales del Estado y los ciudadanos para proteger el acceso, uso y calidad en términos de garantizar a las personas “lo que requieran con necesidad”¹⁰; transformando la dirección de las relaciones de agencia, de la dirección financiamiento-aseguramiento a la dirección médico-paciente; a la vez que convierte a la Corte Constitucional en Rectoría Constitucional, lo cual quiere decir que las relaciones políticas entre el sistema y los ciudadanos se encuentran intermediadas directamente por el poder judicial.

La Corte Constitucional, a través de las sentencias sucesivas, incluida la sentencia sobre la Ley Estatutaria, formaliza definitivamente la idea del derecho a la salud y de las obligaciones sustanciales del Estado y los ciudadanos para proteger el acceso, uso y calidad en términos de garantizar a las personas “lo que requieran con necesidad”

⁹ La Emergencia Social fue un intento autoritario por crear nuevos impuestos por la vía ejecutiva y por reglamentar por la vía ejecutiva asuntos que necesitaban trámites legales vía legislativa. La Corte la declara inconstitucional en tanto no se pudo comprobar el carácter contingente de las circunstancias que en opinión del MSPS originan una crisis y una quiebra inminente del sistema; por el contrario, considera la corte que se están violando sistemáticamente el derecho a la salud.

¹⁰ El mecanismo que define la necesidad, vale decir el derecho efectivo, es la relación médico-paciente y en tal sentido las relaciones de agencia que van del sistema al afiliado, del afiliado al asegurador cambian de dirección, del médico al paciente, de este al asegurador y del asegurador al sistema.

Los procesos anteriores implican que las expectativas de los ciudadanos fueron sustituidas por lo que los pacientes “requieran con necesidad” en la relación médico- paciente, en donde los encargados de transformar las expectativas de derechos en servicios no son los procesos políticos, sino que los médicos actúan como agencia principal de los enfermos, dejando de lado la relación básica en términos de tributación con representación, donde la estructura de derechos y obligaciones se encuentra intermediada por la acción política y no por el sistema judicial y menos aún por la relación idiosincrática de médico-paciente, que solo representa una relación específica dentro del conjunto de interacciones globales en el sistema de salud.

Recientemente aparece otro hecho regulatorio de gran importancia para el sistema y para las relaciones entre los agentes, especialmente para los trabajadores y los empleadores con el sistema. Y consiste en que las reformas tributarias de las Leyes 1607 de 2013 y 1739 de 2014 sustituyen progresivamente cotizaciones patronales del 8,5% de sus aportes por un conjunto de impuestos directos e indirectos que hacen que el régimen contributivo transforme su naturaleza y deje de ser en términos de su financiamiento, exclusivamente parafiscal, para convertirse en un régimen que combina fiscalidad y parafiscalidad con destinación específica. Desde el punto de vista regulatorio, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) y el Congreso asumen funciones de concurrencia regulatoria de la rectoría del sistema, interfiriendo en la relación entre el sistema y la población, haciendo que el concepto de seguridad social tradicional pierda su naturaleza de relacionar proporcionalmente los aportes con la cobertura de los beneficios amparados para la población que genera sus recursos a través de contribuciones.

Los escándalos de corrupción, como los de Saludcoop, Cafesalud y los nuevos denominados “carteles de la salud” hacen que entren en concurrencia regulatoria, la Contraloría, la Procuraduría y la Defensoría del Pueblo que conjuntamente con la Corte y los jueces desmonopolizan y descentralizan la naturaleza de la regulación en el sistema.

Los escándalos de corrupción, como los de Saludcoop, Cafesalud y los nuevos denominados “carteles de la salud” hacen que entren en concurrencia regulatoria, la Contraloría, la Procuraduría y la Defensoría del pueblo que conjuntamente con la Corte y los jueces desmonopolizan y descentralizan la naturaleza de la regulación en el sistema; cada agente tiene nuevos reguladores y cada nuevo regulador quiere fijar sus propias reglas y sus propios procedimientos.

Esto implica que, al caos normativo, ahora hay que agregar la atomización institucional en la concurrencia regulatoria y, en consecuencia, los agentes ven el sistema como un conjunto de congestiones normativas y de agentes, inspectores y vigilantes. Como resultado, en lugar de mejorar la regulación y el control, se promueve el comportamiento oportunista en el sistema hasta el punto en que cada agente puede elegir la regla que más les conviene y el inspector o regulador más benevolente.

Un estudio recientemente realizado para Colciencias por la Universidad Javeriana¹¹, considera que este proceso que va pasando de la regulación corriente a la rectoría constitucional es todavía muy incompleto, por cuánto en las Sentencias de la Corte y en la ley estatutaria se asocia el derecho a la salud con ámbitos relacionados con los servicios prestacionales que se pueden individualizar con facilidad dejando por fuera los ámbitos sociales y colectivos relacionados con el bienestar y la salud.

Como un hecho paralelo, que le resta legitimidad y estabilidad al sistema, se reconocen hoy los problemas económicos y financieros de los agentes, especialmente de los aseguradores, quienes se encuentran en una posición de fragilidad financiera que combina altas deudas con bajos niveles de rentabilidad, que los lleva a incumplir sus compromisos de pago con los prestadores públicos y privados y que, a su vez, interfieren en la oportunidad y la calidad de los servicios. Frente a este hecho los mecanismos tradicionales de regulación financiera de márgenes de solvencia y habilitación, no han funcionado como se esperaba, poniendo de relieve la falta de mecanismos de garantías para enfrentarse a situaciones de iliquidez de los agentes y desequilibrios financieros.

Esta situación ha afectado las expectativas de los agentes en el futuro hasta el punto en que la mayoría de ellos han considerado que no estarían en condiciones de realizarlas. Para superar este escenario, que altera el funcionamiento corriente en el sistema, el MSPS a través del Fosyga, hoy a través de la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud), vienen realizando el giro directo de recursos del financiamiento a la provisión y han realizado conjuntamente intervenciones administrativas como es el caso de Saludcoop, Caprecom, Salud Vida, Savia salud; y han venido aceptando solicitudes de retiro de la operación de muchos aseguradores, empezando por Coomeva y recientemente por Sanitas EPS. Esta circunstancia reproduce la imagen de que el Fosyga o la ADRES son una especie de seguro público unificado que integra las funciones de aseguramiento y financiamiento que se relaciona directamente con los prestadores en una dinámica de giros directos, reembolsos de UPC e intervenciones administrativas.

Como un hecho paralelo, que le resta legitimidad y estabilidad al sistema, se reconocen hoy los problemas económicos y financieros de los agentes, especialmente de los aseguradores, quienes se encuentran en una posición de fragilidad financiera que combina altas deudas con bajos niveles de rentabilidad, que los lleva a incumplir sus compromisos de pago con los prestadores públicos y privados.

¹¹ Proyecto “Factores condicionantes de los mercados, agentes e instituciones en el sector salud en relación con la regulación y la inspección, vigilancia y control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud publicado 2017”

Con el correr del tiempo el MSPS asumió funciones de asegurador de última instancia, la Corte Constitucional sustituyó las funciones de rectoría y regulación y la Ley Estatutaria estableció como “medida de los derechos” lo que se requiera con necesidad en la relación de médico y paciente, y con todo ello, el sistema se ubica más allá del criterio de división y especialización de funciones del denominado pluralismo estructurado y se constituye en una suerte de mecanismo de gestión pública del riesgo y de pago por reembolso a los prestadores, administrado por el MSPS y el Fosyga en condiciones de pérdida de autonomía y estabilidad de los aseguradores.

En estas circunstancias, la estructura inicial del sistema es sustituida por una estructura de facto de intervención de los agentes acompañada de un seguimiento constitucional que realiza la Corte para que el MSPS y la SNS hagan bien su tarea. ¿Hasta dónde será sostenible esta solución? Muchas son las dudas, puesto que la estructura del MSPS y la SNS están hechas para tiempos corrientes y no para tiempos de crisis.

La intervención directa gubernamental requiere de estructura, instrumentos y recursos nuevos, tipo Unidades Especiales y Recursos económicos especiales (Fondos de Garantías).

Frente a estos hechos, reales algunos y regulatorios o normativos otros, el Sistema es percibido por los agentes y por los ciudadanos como uno que atraviesa por una situación crítica que necesita muchas decisiones políticas, entre las cuales desde el punto de vista de las políticas regulatorias se pueden mencionar las siguientes:

- *Recuperar y mejorar el desarrollo de las funciones de Agencia y Representación de los ciudadanos por parte del Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social y de organismos colegiados de representación de la sociedad de los agentes del sistema.* Se necesita desarrollar el concepto de la OMS de la rectoría como una forma de gobierno participativo entre el sistema y los ciudadanos, y no la idea de rectoría que subyace en nuestras conciencias como la rectoría de las instituciones educativas, en donde las decisiones se toman por jerarquías y se cumplen por obediencia. Esta propuesta se trata, más bien de un sistema complejo y no de una organización especializada que regula. Es más una especie de símil con el sistema de gobierno donde es necesario pasar del presidencialismo en el sistema y la hegemonía del poder ejecutivo a esquemas de participación y representación de la sociedad en el sistema. Sistemas más plurales de división de poderes y de pesos y contrapesos¹²

¹² Para un análisis comparativo entre formas de Gobierno y estructuras regulatorias ver (Spiller, 2000) en donde se analizan y se comparan diversas formas de gobierno y de regulación en servicios públicos y se resalta que los modelos de regulación y contratación basados en países de configuraciones gubernamentales más diversificadas que el presidencialismo tienen mecanismos de control más legítimos que disuaden el comportamiento oportunista de los agentes.

- *Hacer consistente la idea de las necesidades sociales e individuales definidas como coberturas amparadas por los seguros universales, mediante un pacto social que incorpore las expectativas de los ciudadanos más allá de la presión de la industria y las tecnologías.* Los acuerdos sobre los derechos, que tengan pretensiones de igualdad y equidad, son acuerdos razonables sobre los que estamos dispuestos a financiar como un compromiso social, a cumplir razonablemente y no siempre los eventos inducidos por el denominado desarrollo tecnológico. Los diferentes estudios de expectativas de los ciudadanos están relacionados con las prestaciones básicas y necesarias, en los domicilios, en las condiciones sociales y sus realizaciones, y no siempre en la alta complejidad cercana de la enfermedad en los estadios difíciles de recuperación. Tal vez este pacto incluya el tema de la salud pública, de las relaciones entre la salud individual y colectiva, y entre los temas asistenciales y las condiciones sociales y económicas de la sociedad, entendida como un todo y no como un esquema sectorial de seguros en salud. La experiencia vivida por algunos países que configuraron el estado de bienestar lo hicieron basados en la categoría de ciudadanía social que le permite a los sistemas sociales incorporar a los ciudadanos a las decisiones de la política, a la vez que permite integrar los ámbitos individuales y sociales en canastas de servicios sociales relacionadas no solo con la asistencia individual sino ante todo con el bienestar social.

- *Unificar el sistema en un seguro único, con reglas únicas de tributación y representación en sistemas explícitos de derechos y obligaciones, aplicando los principios de igualdad y universalidad, propios de los sistemas de ciudadanía que integran los regímenes y segmentos que clasifican las poblaciones y otorgan coberturas diferenciales.* La parafiscalidad modificada y la extensión de la regla de la tributación facilitarán aún más este proceso de integración y la mancomunación de la ADRES permitirá generar condiciones financieras, de tal suerte que se rompe el vínculo directo entre las fuentes de financiamiento y los regímenes de afiliación. Es necesario construir una senda de estabilidad financiera del sistema, incorporada en el plan fiscal de mediano plazo, en donde la diversidad de fuentes pueda ser mancomunada y el recaudo primario pueda ser una función de los esquemas de recolección de impuestos, tributos nacionales, territoriales y tasas que hacen parte de las fuentes de financiamiento.

La Corte Constitucional, a través de las sentencias sucesivas, incluida la sentencia sobre la Ley Estatutaria, formaliza definitivamente la idea del derecho a la salud y de las obligaciones sustanciales del Estado y los ciudadanos para proteger el acceso, uso y calidad en términos de garantizar a las personas “lo que requieran con necesidad”

- *Recuperar el sistema de Rectoría y de la responsabilidad política centrada en el Ministerio de Salud, separada de la ADRES, con capacidad para entender las necesidades y expectativas de la población, el conocimiento de los intereses y los incentivos de los agentes.* En este sentido, es necesario definir como prioridad especial y de manera explícita en qué consisten las responsabilidades

y las obligaciones del mecanismo de delegación de las funciones públicas en los particulares, empezando por la delegación de los mecanismos operativos de aseguramiento, la provisión pública y privada, y el marco de actuación de las inversiones y beneficios de los agentes. En este proceso es necesario clarificar que el sistema de seguros debe ser de gestión social e individual del riesgo, y no un sistema de ajustes retrospectivos propios del seguro de reembolso.

Finalmente, a pesar de considerar que son importantes y necesarios los recursos financieros adicionales, lo que más falta hace en el sistema son las reglas que establecen:

1. Una interacción con las expectativas de las personas en términos de derechos de ciudadanía, y
2. Mecanismos de delegación en los particulares que no sustituyan la legitimidad del Estado en esquemas razonables de tributación y representación como mecanismo para ajustar social y temporalmente las fuentes de financiamiento y las coberturas amparadas frente a las necesidades individuales y sociales.

■ Referencias

Baldwin, R. S. (1998). A Reader on Regulation. Oxford University Press.

Jerarquias (págs. 296-230). Mexico: Oxford University Press.

Joskow, P. L., & Rose, N. L. (1989). The effects of economic regulation. Handbook of industrial organization, 1450-1498.

Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). El pluralismo estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Washington: Banco Interamericano de desarrollo.

Organizacion Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de lo sistemas de salud. Genova: ediciones oms.

República de Colombia. Departamento Nacional de Planeacion. (1991). Plan de desarrollo Bienvenidos al futuro 1990-1994. Bogora: DNP.

Spiller, P. (2000). Instituciones y compromiso. En G. R. Carrol, & D. J. Teece, Empresas Mercados y Jerarquias (págs. 296-230). Mexico: Oxford University Press.

Propuestas de política pública orientadas a la equidad en el acceso y el uso óptimo de medicamentos y productos biomédicos

Claudia Vaca, Óscar Lizarazo, Tatiana Andia,
Rodrigo Moreira, Tatiana Orjuela, Sandra Moreno
Centro de Pensamiento “Medicamentos, Información y Poder”.
Universidad Nacional de Colombia¹

Claudia Vaca, MSc

Química Farmacéutica. Magíster en Farmacoepidemiología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Magíster en efectividad clínica y sanitaria de la Universidad de Buenos Aires-IECS. Directora del Centro de Pensamiento “Medicamentos, Información y Poder” de la Universidad Nacional de Colombia y profesora de la misma universidad. Ex-asesora técnica del Ministro de Salud en los temas de política de medicamentos. Miembro del Comité de expertos de Farmacovigilancia de la OMS. Miembro del Comité Técnico de la Iniciativa latinoamericana SaluDerecho. Asesora de políticas públicas en materia de medicamentos y bioterapéuticos en países de América Latina y el Caribe.

En los últimos ocho años Colombia desarrolló un modelo de política de medicamentos que atiende recomendaciones y tendencias internacionales y a la vez es observado con interés por la comunidad internacional, dadas las innovaciones regulatorias emprendidas, en respuesta a la complejidad de su entorno.

Tomando en cuenta estos avances, pero también la necesidad de atender las necesidades aún insatisfechas en esta materia, en este capítulo se presentan una serie de propuestas que intentan responder a la pregunta general:

¿Cuáles son los problemas más relevantes que la ciudadanía enfrenta actualmente sobre el acceso a sus medicamentos y a la atención en salud?

La problemática identificada se sustenta en cifras y estudios publicados en la última década sobre la situación del acceso y los problemas de uso de medicamentos en el país y en evaluaciones a

¹ Este documento es producto del desarrollo de cuatro memorandos de campaña preparados por el Centro de Pensamiento con propuestas a los candidatos presidenciales. Participaron en la elaboración Claudia Vaca (Profesora de Farmacia, Universidad Nacional de Colombia), Óscar Lizarazo (Profesor de Derecho, Universidad Nacional de Colombia), Rodrigo Moreira (economista, consultor independiente), Tatiana Orjuela (Farmacéutica, consultora independiente), Sandra Moreno (Farmacéutica, consultora independiente) y Tatiana Andia (Profesora de Sociología, Universidad de los Andes, directora proyecto Salud Visible). Se realizaron consultas a otros expertos y líderes del sector para evaluar la factibilidad y pertinencia de las propuestas.

la política farmacéutica nacional². Cada iniciativa sugerida proviene de la revisión de aquellas intervenciones cuyo impacto se ha documentado en otros países o en Colombia. Si la iniciativa es innovadora se describe el racional que la motiva.

El paquete de sugerencias se desarrolla en el entendido de que, para el cumplimiento pleno del derecho a la salud, se requiere de una regulación robusta y consistente del mercado de medicamentos y la existencia de una política farmacéutica nacional coherente, basada en los principios de solidaridad, transparencia y promoción de la competencia; como lo establece la Ley Estatutaria en Salud.

Las propuestas se compilan en 4 grandes grupos:

1. Las medidas de regulación del mercado farmacéutico y promoción de la transparencia, que se titula *Medicamentos buenos y a buen precio*.
2. Las estrategias orientadas a resolver la demanda insatisfecha en el sistema de salud, que se denomina *Entrega oportuna y completa de medicamentos*.
3. Las intervenciones e incentivos para promover la desmedicalización, la protección del medio ambiente y para reducir la ineficiencia en el gasto público, descrita como *Uso óptimo de medicamentos y cero desperdicio* y
4. Las iniciativas asociadas a la promoción de la *Producción e investigación estratégica nacional*.

Cada numeral presenta la problemática, cifras y estudios que lo sustentan y al final en un recuadro se describen las propuestas.

En cada apartado se describen las acciones regulatorias requeridas para que las iniciativas puedan ser desarrolladas, su grado de complejidad y una aproximación a la factibilidad de las propuestas en el corto y largo plazo.

1. Medicamentos buenos y a buen precio: medidas de regulación del mercado farmacéutico y promoción de la transparencia

En Colombia existe una preocupación por el aumento del gasto en salud y su sostenibilidad a largo plazo. Variables como el crecimiento demográfico, la carga epidemiológica y, especialmente, la disponibilidad creciente de innovaciones tecnológicas a precios elevados, se consideran variables relevantes para que el Estado garantice el derecho a la salud. Para la gestión del gasto público se considera importante el diseño de políticas farmacéuticas coherentes e integrales, que incorporen medidas de regulación del gasto tanto desde la oferta, como desde la demanda.

² Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2012. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>. Consulta 23/03/2018.

En este apartado se hacen recomendaciones orientadas a la oferta en las que se combinan medidas como la referenciación de precios con la definición de precios con base en el aporte terapéutico de las innovaciones o con procesos centralizados de negociación y compra, además de la promoción del uso de medicamentos genéricos.

Problemática, cifras y estudios que sustentan este componente

El gasto total estimado de medicamentos en Colombia, tanto público como privado, fue de alrededor de 15 billones de pesos en 2017, incluyendo costos de distribución y dispensación³. Dicho gasto ha venido aumentando de forma constante a una tasa promedio anual de 10% desde 2007 y representa alrededor del 22% del gasto total en salud. Se estima que en 2015 el Sistema de Salud de Colombia destinó cerca de 4 billones al gasto en medicamentos, sin considerar el régimen subsidiado.

De estos 4 billones, cerca del 50% corresponde a medicamentos que no están incluidos en el plan de beneficios (conocido como POS), y que se pagan de forma centralizada con recursos públicos a través de la Administradora de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud –ADRES-. Algunos de estos medicamentos *No POS*, aún no se comercializan en el país y son denominados “Medicamentos Vitales No Disponibles”, también son pagados con recursos públicos.

Posiblemente los recursos que el Sistema de Salud dedica a los medicamentos aumenten cada vez más en la medida que la implementación de la Ley Estatutaria en Salud de 2015 facilita la prescripción de medicamentos que no están incluidos en el POS.

Un buen número de Medicamentos Vitales No Disponibles se usan para enfermedades huérfanas o de alto costo. Por ejemplo, la Elosulfasa Alfa, un medicamento indicado para tratar el síndrome de Morquio, considerada una enfermedad ultra huérfana, se importó bajo la modalidad de “Vital No Disponible” en 2014 y el Sistema de Salud lo pagó a 5 millones de pesos el vial (el doble de su precio de compra). En promedio, el valor pagado por paciente al año fue de \$1.600 millones⁴. Esta misma situación sucedió con medicamentos como Agalsidasa Alfa (\$2,9 millones por vial) o Lomitapida (\$117 millones caja por 28 tabletas), que entraron en algún momento como vitales no disponibles⁵.

³ Sistema de información de precios de medicamentos –SISMED- 2017.

⁴ Administradora de los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud –ADRES- Disponible en https://www.amazon.com/clouddrive/share/VLFntqIRcQsDwjIJsW8BItN1P65Vxlgcy9LB1an6Y6/vkuTMfgHSCIEK02S0y-JLvg?_encoding=UTF8&*Version*=1&*entries*=0&mgh=1 consulta 04/04/2018

⁵ Fuente: ADRES.

Para controlar el gasto en medicamentos, Colombia ha venido implementando una política de regulación de precios basada en referenciación internacional que ha logrado una reducción promedio de 41.7% en los precios de los productos regulados⁶. Sin embargo, esa regulación comienza a operar solamente cuando los productos ya están siendo transados en el mercado y ya representan un porcentaje importante del gasto público en medicamentos. Adicionalmente, dicha regulación no evalúa el valor terapéutico agregado que los medicamentos nuevos representan para el país. Es importante que Colombia pague precios justos desde un principio, antes de la comercialización de los medicamentos y que esos precios sean proporcionales al aporte terapéutico de las nuevas tecnologías, frente a las ya disponibles. Es decir que no se pague más por lo mismo.

La factibilidad del establecimiento de un precio, basado en el aporte terapéutico antes de su comercialización en el país, es alta pues es una iniciativa utilizada en otros países como Brasil y muchos países europeos (aunque en estos países no se vincula al registro sanitario). Además, ya fue incorporada en el plan de desarrollo 2014-2018 y superó las demandas de constitucionalidad interpuestas por los laboratorios farmacéuticos^{7,8}. Sin embargo, su aplicación depende de la reglamentación y metodología detallada que emita la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM), de las capacidades institucionales de las entidades que participarían en el proceso (INVIMA, CNPMDM, IETS) y, especialmente, de las capacidades de coordinación y rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social.

Dentro de los efectos indeseados de la regulación de precios de medicamentos se ha documentado el aumento del gasto por presión de consumo de sustitutos. La experiencia colombiana muestra que es posible que los controles de precios no necesariamente disminuyan el gasto total farmacéutico. Autores comentan que “una mayor demanda de productos farmacéuticos puede ser algo positivo, siempre que el aumento sea el resultado de un mayor acceso a medicamentos efectivos en lugar de ser el resultado de la demanda inducida por los productores farmacéuticos”, sin embargo es fundamental establecer mecanismos de monitoreo del consumo⁹ y combinación de estrategias orientadas a promover el uso óptimo de los medicamentos (Ver numeral 3).

⁶ Prada SI, Soto VE, Andia TS, Vaca CP, Morales AA, Márquez SR, Gaviria A. Prada et al. Higher pharmaceutical public expenditure after direct price control: improved access or induced demand? The Colombian case. Cost Eff Resour Alloc (2018) 16:8.

⁷ Congreso de la República, Ley 1753 de 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, artículo 72.

⁸ Sentencia C-620/16 Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-620-16.htm>. Consulta 30/03/2018.

Ver noticias relacionadas: Corte Constitucional dejó en firme control de precios a medicamentos, disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/judicial/corte-constitucional-dejo-firme-control-de-precios-medi-articulo-664847>. Consulta 30/03/2018.

⁹ Prada S 2017. op cit.

Conviene mencionar dentro de los efectos indeseados de estas iniciativas de regulación de precios, el lobby internacional de la Industria Farmacéutica para mitigar o evitar su puesta en marcha. Por ejemplo, en respuesta a la decisión nacional de establecer una regulación de precios antes de la comercialización, Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo (AFIDRO) logró incluir este asunto dentro de los condicionamientos a Colombia para ingresar a la The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) y la mención del país en la lista de países bajo observación por la Oficina de Comercio de los Estados Unidos-USTR. Adelantar esta iniciativa en el contexto de integración comercial de Colombia, implica una alta legitimidad, fuertes capacidades técnicas y de negociación.

De otro lado, varios países de la región, en particular México (a través del Instituto Mexicano de Salud), realizan negociaciones o compras centralizadas de medicamentos con reducciones cercanas del 60% en los precios¹⁰. Colombia realizó una compra centralizada de 2 medicamentos (3 moléculas) para la hepatitis C en 2017, en el marco de las negociaciones de precios que adelanta la Organización Panamericana de la Salud y logró una reducción de precio del 80% y ahorros cercanos a los \$292 mil millones¹¹.

El éxito relativo de esta estrategia de compra centralizada, tanto en Colombia como en Chile, demostró que es una iniciativa factible y que el gobierno tiene la capacidad para gestionar la compra, distribución y dispensación de medicamentos, caso que puede extenderse a otros medicamentos, sobre todo aquellos para enfermedades huérfanas.

La sostenibilidad de las compras o negociaciones centralizadas dependen de la transparencia con que se adelanten. Conviene al respecto observar “buenas prácticas” en los procesos¹².

¹⁰ Ver Central America pooled purchasing (a success regional public good) shows the relevant savings Disponible en <http://comisca.net/content/negociaci%C3%B3n-conjunta-de-precios-y-compra-de-medicamentos-para-centroam%C3%A9rica-y-rep%C3%BAblica> Consulta 30/03/2018.

Ver precios comparados de los medicamentos observados en los países participantes del proyecto DIME <http://www.proyectodime.info/> Consulta 30/03/2018. Allí México muestra, en general, precios más bajos para 38 medicamentos de alto costo. Consulta 30/03/2018.

En las observaciones de los precios de referencia que usa Colombia, México tiene consistentemente los precios más bajos gracias al sistema de negociación y compra de centralizada del Instituto Mexicano de Salud. Ver <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/herramienta-interactiva-de-consulta-de-precios-regulados-de-medicamentos.aspx> Consulta 30/03/2018.

¹¹ Ver información Negociación y compra centralizada de medicamentos en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/negociacion-y-compra-centralizada-de-medicamentos.aspx> Consulta 30/03/2018.

¹² World Health Organization. Challenges and opportunities in improving access to medicines through efficient public procurement in the WHO European Region”. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/323598/Challenges-opportunities-improving-access-me Consulta 30/03/2018

En Colombia más del 55% del mercado de medicamentos corresponde al mercado privado, esto incluye ventas directas en droguerías, farmacias, cadenas de farmacias o grandes superficies¹³. Esta diferencia debe ser estudiada, pues una proporción de este mercado podría explicarse por problemas en la entrega insuficiente de medicamentos (Ver numeral 2 de este documento). Además sugeriría que la magnitud del gasto de bolsillo en salud de los colombianos esté infra valorada (Las cifras del Ministerio de Salud establecen que ese gasto no es superior al 16%¹⁴, mientras en OCDE el gasto en promedio alcanza el 20%¹⁵).

La amplia disponibilidad de información de precios de medicamentos para que los ciudadanos decidan y elijan el más económico, es un mecanismo efectivo para proteger el gasto de bolsillo. Los aplicativos móviles que permitan conocer en tiempo real los precios, y la ubicación de las droguerías y farmacias que los ofrecen, debe ser prioridad de política pública¹⁶. En México¹⁷, Perú¹⁸ y República Dominicana¹⁹ se ha documentado que estas estrategias logran ahorros de hasta el 75% para los ciudadanos. También se debe promover la transparencia en los precios de compra de medicamentos de los hospitales para evitar la discriminación de precios.

El uso y promoción de medicamentos genéricos es una de las estrategias más eficientes para reducir el gasto público y ampliar el acceso a medicamentos. Lamentablemente la percepción -equivocada- de mala calidad de estos medicamentos, alimentada por las campañas contra los genéricos y el bajo reconocimiento de la autoridad sanitaria dificulta la aplicación de esta estrategia.

¹³ Sistema de información de precios de medicamentos -SISMED- 2017.

¹⁴ Ministerio de Salud. Cifras financieras del sector salud. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-sector-salud-No.9.pdf> Consulta 30/03/2018

¹⁵ Prada S. Salinas M. Documentos de trabajo PROESA. ESTADÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD: COLOMBIA FRENTE A OCDE. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/308419118_ESTADISTICAS_DEL_SISTEMA_DE_SALUD_COLOMBIA_FRENTE_A_OCDE Consulta 30/03/2018

¹⁶ En Colombia medicamentos estas iniciativas han sido desarrolladas con el apoyo de recursos de cooperación internacional y recursos propios. Ejemplos de ellas son medicamentos un clic y clic salud (termómetro de precios) y otras de iniciativa institucional como pos populiVer <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nueva-app-pospopuli-informaci%C3%B3n-en-celulares-al-instante.aspx> y <http://www.medicamentosauunclic.gov.co/> y <http://www.actuecolombia.net/index.php/lineas-estrategicas/accion-sectorial/salud> Consulta 30/03/2018

¹⁷ Ver <https://byprice.com/> Consulta 30/03/2018

¹⁸ Ver <http://www.tvperu.gob.pe/informa/tecnologia/minsa-lanza-app-para-consultar-precios-de-medicamentos-y-ubicacion-de-farmacias> Consulta 30/03/2018

¹⁹ Ver <http://sidip.gob.do/medicamentos.php?original=1> Consulta 30/03/2018

Este asunto se agudiza en el caso de las versiones genéricas más económicas de los medicamentos biotecnológicos, por su alto costo y por la presión que las grandes compañías realizan para proteger su fracción de mercado, ante la entrada de competencia.

En Colombia se adelantan campañas para desacreditar los medicamentos genéricos, que buscan deslegitimar algunas decisiones que fomentan la competencia en el sector. Por ejemplo, se argumenta que el decreto que reglamenta la entrada de biotecnológicos al país (Decreto 1782 de 2014) hace menos estrictos los criterios de evaluación del INVIMA para los competidores, lo que pondría en riesgo la salud de los pacientes, al facilitar la entrada de medicamentos de menor calidad²⁰, desconociendo que atiende los estándares aceptados por la mayoría de las agencias sanitarias a nivel mundial^{21,22}. Al respecto conviene reforzar las estrategias de comunicación que el INVIMA realiza²³, siguiendo ejemplos de la otras entidades regulatorias, para reducir la carga de noticias falsas a la ciudadanía.

Propuesta

Medicamentos buenos y a buen precio

1. Continuar y robustecer la regulación de los precios de los medicamentos: Control del precio de los medicamentos nuevos antes del inicio de la venta en el país (incluidos los Medicamentos Vitales No Disponibles), referenciación internacional de precios y monitoreo del gasto de bolsillo en medicamentos.
 - Profundizar la estrategia de compras y negociaciones centralizadas de medicamentos.
 - Disponer herramientas de consulta fácil de los precios de los medicamentos para los ciudadanos.
 - Consolidar al INVIMA como una institución en la que confían los ciudadanos por sus decisiones de protección de la salud y por la vigilancia rigurosa de la calidad de los medicamentos.
 - Vigilar, prevenir y sancionar las prácticas de bloqueo de la competencia de los medicamentos, por ejemplo, las que intentan limitar la disponibilidad de los genéricos y biogénicos, o las que intentan desprestigiarlos.

²⁰ Ver <http://www.semana.com/hablan-las-marcas/multimedia/colombianos-en-alto-riesgo/558067> Consulta 30/03/2018

²¹ Gaviria G, Vaca CP, Gomez C, Morales AA. El debate de la regulación de medicamentos biotecnológicos: Colombia en el contexto mundial. Revista Panamericana de Salud Pública. 2016;40:40-7. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28578/v40n1a6_40-4v7.pdf?sequence=1&isAllowed=y Cartas a los autores y respuestas <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34309> Consulta 04/04/2018

²² Ver Expertos opinan sobre el proyecto de decreto de medicamentos biotecnológicos <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/biotecnologicos-opinan-expertos.aspx> Consulta 30/03/2018

²³ Ver <https://www.invima.gov.co/images/pdf/informate/Infografiamedicamentosgenericos.jpg>

2. **Entrega oportuna y completa de medicamentos: estrategias para resolver la demanda insatisfecha en el sistema de salud**

Problemática, cifras y estudios que sustentan este componente

Hace casi seis años el Documento Conpes “Política Farmacéutica Nacional” diagnosticó la situación del acceso de la población a los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). En ese momento, cerca del 30% de las personas aseguradas no recibieron de manera suficiente los medicamentos prescritos. Y todo indica que la situación no se ha resuelto.

La entrega inoportuna e incompleta de medicamentos a los que los usuarios tienen derecho sigue siendo uno de los principales problemas de acceso efectivo a los medicamentos, puede afectar el gasto de bolsillo y podría ser la causa de la percepción negativa de los usuarios sobre el sistema de salud.

La Encuesta de Calidad de Vida – ECV del DANE de 2016 estableció que más del 20% de las personas no recibieron los medicamentos que les formularon y que a más del 36% no se los entregaron de forma completa. La situación es peor en las regiones apartadas. El caso más crítico se presenta en la región de la Orinoquía – Amazonía, en donde sólo a uno de cada dos pacientes reciben sus medicamentos completos cuando los necesita²⁴. Otra evaluación realizada en 2017, consultó a los usuarios del sistema y mostró que el 28% de ellos calificaron como malo o medio el servicio de entrega de medicamentos²⁵.

Aunque existe una regulación desde el 2013, que intenta resolver el problema de la entrega insuficiente de los medicamentos, la misma no se aplica (Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud de Colombia²⁶). La buena intención del Ministerio quedó en el papel. No existe un Plan Nacional de Verificación, ni un Sistema de Monitoreo y Control de la Entrega de Medicamentos.

Para corregir esta situación es necesario fiscalizar el cumplimiento de la norma mencionada. Con ello, aumentaría significativamente la satisfacción de los usuarios, el sistema de salud

²⁴ Cálculos realizados a partir de la Encuesta de Calidad de Vida 2016 del DANE.

²⁵ “Estudio de evaluación de servicios de las EPS” 2017 Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/visor-encuesta-satisfacion-eps-2017.pdf> Consulta 30/03/2018.

²⁶ Ver Entrega de medicamentos a afiliados no podrá ser mayor a 48 horas Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/medicamentos-48-horas.aspx> y <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1604-de-2013.pdf> Consulta 30/03/2018.

ganaría en legitimidad y, si el efecto permite reducir el gasto de bolsillo en medicamentos, se aliviaría la presión sobre el ingreso de los hogares, sobre todo el de los más pobres.

Otra directiva que permitiría mejorar oportunidad y calidad en la entrega de medicamentos se refiere a integrar las cadenas comerciales de droguerías al sistema de salud, a través de redes de prestación de servicios farmacéuticos, con una cobertura más amplia en zonas dispersas y periféricas. Esto significa que las llamadas droguerías de los pequeños municipios pudieran dispensar oportunamente los medicamentos prescritos por entidades del sistema de salud, cumpliendo requisitos adecuados de recurso humano calificado y de infraestructura y atención. Este enfoque prioriza el acceso a los medicamentos que requiere la población rural o que vive en las cabeceras municipales.

Conviene considerar de forma paralela a esta iniciativa la creación de una cultura de comportamientos saludables, que promueva la “desmedicalización” y el desarrollo de estrategias que promuevan la solidaridad y la protección de los recursos públicos, para facilitar el objetivo de equidad en el acceso de los medicamentos y mejores resultados en salud (Ver numeral 3).

La escasez de medicamentos esenciales es un problema global. Un informe de la OMS, señala que alrededor de 21 países en el 2015, se vieron afectados por diversos problemas de abastecimiento oportuno.

La OMS sugiere que parte de esta problemática está vinculada a problemas de fabricación, a dificultades de la cadena de suministros y a fallas en la financiación de la atención de salud²⁷. Sin embargo, se reconoce que existen otras causas como el acelerado ritmo de ingreso de nuevos medicamentos al mercado, que desplazan medicamentos esenciales “antiguos” y de alta importancia en salud^{28, 29}.

En Colombia se han documentado 45 medicamentos desabastecidos desde el 2015 al 2017 en el país. El desabastecimiento ha sido temporal, pero en algunos casos se desabastecen periódicamente. En la actualidad el país afronta el desabastecimiento de diez medicamentos usados en el manejo del dolor en oncología, para la profilaxis en ginecología, para la artritis reumatoide y la psoriasis grave y para el manejo de urgencias cardíacas³⁰.

²⁷ WHA69.25 - Afrontar la escasez mundial de medicamentos y vacunas. Resolución WHA; 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, 2016. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/js22423es/> Consulta 30/03/2018

²⁸ Chabner BA. Drug shortages - A critical challenge for the generic-drug market The New England Journal of Medicine (N Engl J Med) 8 de diciembre 2011 . Volumen 365 nº 23 página(s) 2147-9

²⁹ https://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/06/briefing/2006_4204B1_06_FDA.DrugShortages.pdf

³⁰ Información relacionada con las alertas de desabastecimiento de medicamentos en Colombia. Ver <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx> Consulta 30/03/2018

Entrega oportuna y completa de los medicamentos

- Adelantar un Plan Nacional de Verificación de la entrega oportuna y completa de los medicamentos por parte de las EPS.
- Obligar a las EPS y a las farmacias/droguerías a publicar en un lugar visible del dispensario una declaración de los derechos de los usuarios que indique que:
 - Si el medicamento no está disponible, la EPS se lo enviará a su casa o lugar de trabajo en menos de 48 horas.
 - El ciudadano debe recibir sus medicamentos en un tiempo de espera no superior a una hora.
- Exigir a las EPS que dispongan de al menos un dispensario de medicamentos en cada municipio donde residan los usuarios afiliados y hacer esfuerzos por vincular a las droguerías y farmacias comerciales al sistema de salud. Cuando no existan farmacias y droguerías comerciales que cumplan esta función, la EPS deben enviar los medicamentos al municipio donde reside el usuario.
- Desarrollar los mecanismos que permitan resolver los casos de medicamentos desabastecidos, que incluyan:
 - Incentivos económicos para la producción o importación de medicamentos esenciales que no son atractivos comercialmente para la industria.
 - Sanciones a las empresas que no mantengan un abastecimiento y para las que desabastezcan con fines especulativos y aumento injustificado de los precios.
 - La coordinación, mediante plataformas de información y alertas tempranas, entre el INVIMA, el Ministerio de Salud y los prestadores; para resolver los desabastecimientos, incluyendo un plan sostenible de disponibilidad del medicamento por parte del fabricante o comercializador.

3. Uso óptimo de medicamentos y cero desperdicio: intervenciones e incentivos para promover la desmedicalización, los hábitos de vida saludables, la protección del medio ambiente y para reducir la ineficiencia en el gasto público

Las propuestas de este apartado incluyen estrategias educativas independientes de la industria farmacéutica, protección de los recursos públicos, compromiso con la sostenibilidad ambiental y fortalecimiento institucional.

Problemática, cifras y estudios que sustentan este componente

Según el enfoque de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³¹, una proporción muy importante del estado de salud de las personas se asocia con factores estructurales socio-económicos y culturales, mientras otra porción está determinada por factores intermedios, asociados con los hábitos de vida y de consumo y con los servicios de salud.

Aunque la relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es compleja a muchos niveles diferentes; hay aspectos como la excesiva medicalización y los hábitos no saludables que podrían ser modificables si existe voluntad individual, institucional e inversión de recursos para reducir su carga epidemiológica.

Una expresión de esta complejidad es el uso inapropiado de medicamentos, el cual incluye el uso excesivo, los errores de medicación y el acceso insuficiente a los mismos. Los problemas de acceso suelen capturar la atención de los medios, pero los otros problemas pueden ser de un impacto tan grande o mayor.

Por ejemplo, los errores de medicación³² constituyen un gran desafío para los sistemas de salud en todo el mundo. En Estados Unidos estos errores causan la muerte de una persona al día y dañan a 1,3 millones de personas al año. Según la OMS, en países menos desarrollados se estima que el impacto es dos veces mayor en términos de años de vida saludable perdidos. El costo mundial de los errores de medicación se estima en 42000 billones de dólares al año, cerca del 1% del gasto sanitario mundial. Por esta razón se ha establecido el mensaje de promover una “Medicación sin daño” con la meta de reducir en un 50% en los próximos 5 años el daño evitable severo relacionado con la medicación³³.

³¹ OMS. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe final. 2009. Disponible en file:///D:/Usuarios/CristianCamilo/Downloads/9789243563701_spa.pdf Consulta 30/03/2018

WHA62.14 Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud Disponible en http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/ Consulta 30/03/2018

³² Se entienden como errores en la prescripción, dispensación, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos Ver definición Europea http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000570.jsp&mid=WC0b01ac0580659655 Consulta 04/04/2018

³³ Medication Without Harm: WHO Global Patient Safety Challenge Ver <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=D87790942051AC24E3278FF2A401B5C-B?sequence=1> Consulta 30/03/2018

El grupo poblacional con más problemas con sus medicamentos son los pacientes ancianos, quienes tienen una prevalencia de multi-morbilidad del 55% al 98%³⁴, situación que condiciona la polifarmacia (consumo habitual de más de 4 medicamentos)^{35,36} y la necesidad de desarrollar herramientas de apoyo para gestionar adecuadamente sus medicamentos en el hogar e interrumpir medicamentos innecesarios.

Un grupo de investigación colombiano recopiló información de 8 años, en 71 lugares del país y encontró más de catorce mil errores de medicación. Entre las causas de los errores encontraron problemas en la interpretación de la fórmula médica (16%), confusión de medicamentos (12%) y problemas en el etiquetado de los medicamentos (4%)³⁷.

La confusión de medicamentos puede asociarse a la similitud en la apariencia física de los medicamentos. Por esto la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, y otras organizaciones, recomiendan que NO se permitan medicamentos con envases o etiquetas similares, nombres comerciales homófonos o parecidos al escribirse³⁸.

Se propone que el INVIMA adelante un programa de etiquetado novedoso, con enfoque de riesgo, de los medicamentos para evitar las confusiones, tomando como ejemplo la iniciativa que adelantan algunos laboratorios farmacéuticos nacionales.

El uso inadecuado de medicamentos involucra también una responsabilidad ambiental y un compromiso con la protección de los recursos públicos, por medio de la eco-farmacovigilancia que

³⁴ Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011;10(4):430-9.

³⁵ Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5: Cd008165.

³⁶ Reason B, Turner M, Moses McKeag A, Tipper B, Webster G. The impact of polypharmacy on the health of Canadian seniors. Fam Pract. 2012;29(4):427-32.

³⁷ Ver <http://www.consultorsalud.com/informe-especial-14873-errores-de-medicacion-se-identificaron-en-colombia-durante-8-anos> Consulta 30/03/2018

Los artículos que soportan este informe son

- Machado et. al. Medication errors in outpatient care in Colombia, 2005-2013 Biomédica 2016;36:251-7
- Machado et. al. Errores de medicación identificados por un sistema de farmacovigilancia de instituciones hospitalarias en Colombia Farm Hosp. 2015;39(6):338-349
- Machado et al. Identificación de errores de medicación en un hospital de primer nivel de Pereira, Colombia. Rev. Fac. Med. 2013 Vol. 61 No. 3: 267-273

³⁸ Existe abundante información sobre el asunto, ver ejemplos <https://www.intmedsafe.net/> <https://www.ismp.org/recommendations/confused-drug-names-list> Consulta 30/03/2018

vigila la adecuada disposición de los medicamentos, con el fin de minimizar su impacto ambiental. Esto es, adelantar, actividades asociadas con la prevención de los efectos dañinos de los medicamentos al medio ambiente³⁹.

El elevado consumo de medicamentos y el deficiente sistema de eliminación de residuos de medicamentos vencidos o en desuso, tanto en los hogares como en instituciones sanitarias explica la presencia de más sustancias en ríos, lagos y aguas residuales. En España se detectaron altas concentraciones de Lorazepam en dos ríos, coincidentes con el aumento en el uso de ansiolíticos y antidepresivos. En Francia se encontraron residuos de ibuprofeno, aspirina y antidepresivos en ríos cercanos a Burdeos y en el Sena⁴⁰.

En Colombia, existen normas donde indican que los medicamentos sobrantes se deben depositar en “puntos azules” para transportarlos a los sitios de incineración. Una encuesta realizada por la Universidad Nacional de Colombia en el 2016, a 385 personas en un hospital de primer nivel de complejidad en Bogotá, encontró que la mayoría de los pacientes no conoce los “puntos azules”. El 64 % de las personas botan a la basura los medicamentos sin utilizar que no están vencidos, el 8% los bota en el desagüe y solo el 3,1 % en un punto azul.

Las personas encuestadas relacionan la generación de estos desechos, con dos factores: 1) tratamientos no terminados pues sintieron mejoría (40%) y 2) con prescripciones no necesarias (17%).

La consecuencia más preocupante del uso inapropiado de medicamentos es la generación de resistencia a los antibióticos. La magnitud de este problema es de escala global. Un informe de la OMS publicado a finales del 2017, identificó 12 clases de microorganismos patógenos prioritarios (algunos de ellos causantes de infecciones frecuentes como la neumonía o las infecciones en las vías urinarias), que son cada vez más resistentes a los antibióticos existentes. La OMS alertó la gravedad de la falta de nuevos antibióticos para combatir esta creciente amenaza, asociada al uso irresponsable de los antibióticos en los sectores de la salud humana, animal y en la agricultura y la ganadería⁴¹.

³⁹ Velo G, Moretti U. Ecopharmacovigilance for better health. Drug Saf. 2010; 1:33(11):963-8.

⁴⁰ Ortiz de García S et al. Consumption and occurrence of pharmaceutical and personal care products in the aquatic environment in Spain. Sci Total Environ. 2013 Feb 1;444:451-65

⁴¹ WHO Antibacterial agents in clinical development – an analysis of the antibacterial clinical development pipeline, including tuberculosis 2017 Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/running-out-antibiotics/es/> Consulta 30/03/2018

En Colombia, desde el 2016 se trabaja, sin avances documentados, en el diseño de un Plan Nacional Contra la Resistencia Antimicrobiana, que incluye la creación de la mesa de gobernanza inter-institucional para la adopción de los compromisos y la asignación suficiente de recursos para la ejecución del plan.

Dentro de las variables que facilitan el uso inapropiado de medicamentos se encuentra la publicidad de medicamentos a los consumidores o a los profesionales de la salud. Esta publicidad puede generar riesgos para la salud, entre ellos los ya descritos como consumo excesivo, erróneo e innecesario de medicamentos⁴².

Las compañías farmacéuticas argumentan que parte del gasto farmacéutico en publicidad es destinado a la formación del personal médico y a la financiación de sociedades científicas y de pacientes. Sin embargo, no existen investigaciones que demuestren que los contactos de los médicos con la industria, para la educación continua, tengan efectos beneficiosos^{43,44}. Al contrario, diversos estudios concluyen que las prácticas son menos apropiadas cuando los prescriptores (o los investigadores) han recibido la información proveniente de la industria farmacéutica^{45,46,47,48}.

¿Cómo reducir entonces la magnitud del uso inapropiado de medicamentos? y
¿Cómo financiar la producción de información independiente?

Para responder estas preguntas, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sugirió “introducir un impuesto obligatorio a las actividades de promoción de la industria farmacéutica que sea

⁴² HAI/OMS.Comprender la promoción farmacéutica y responder a ella: Una guía práctica. En este manual se referencian algunos estudios <http://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/05/Pharma-Promo-Guide-Spanish.pdf> Consulta 30/03/2018

⁴³ Ver <http://www.medicossinmarca.cl/wp-content/uploads/2012/06/Are-medical-conferences-use-ful-for-whom.pdf> Consulta 30/03/2018

⁴⁴ <http://www.medicossinmarca.cl/wp-content/uploads/2012/07/Pharmaceutical-industry-financial-support-for-medical-education.pdf> Consulta 30/03/2018

⁴⁵ Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. BMJ 2003;326: 1167-70.

⁴⁶ Lenzer J. Alteplase for stroke: money and optimistic claims buttress the “brain attack” campaign. BMJ. 2002 Mar 23; 324(7339):723-9.

⁴⁷ Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA. 2000 Jan 19; 283(3):373-80.

⁴⁸ Joel Lexchin. The relation between promotional spending on drugs and their therapeutic gain: a cohort analysis. CMAJo September 14, 2017 vol. 5 no. 3.

utilizado, entre otras cosas, para financiar un fondo público destinado a la *formación independiente de los profesionales de la salud*⁴⁹.

En Francia, existe un impuesto de 9% sobre gastos en promoción, además de restricciones sobre determinadas prácticas. En el Reino Unido existe un sistema complejo por el cual gastos por encima de cierto nivel, que varía entre 7% para empresas grandes y 15% para pequeñas. En Suecia existe un impuesto del 11% pero sólo para el material impreso en que figure el nombre de la empresa y/o producto.

Se propone que Colombia establezca un impuesto de esta naturaleza, basado en los gastos de publicidad o en las ventas.

Para estimar la magnitud de un potencial recaudo se usó el ranking anual de ventas y participación en el mercado farmacéutico de QuintilesIMS. Si se destina entre el 3% y el 5% de las ventas a la publicidad farmacéutica, con un 9% de tributación (el más bajo de los países que ya lo tienen definido) el recaudo sería entre 76 y 126 millones de dólares. Esta cifra se estima con los datos de ventas de las 20 empresas más destacadas del sector.

Este recaudo permitiría funcionar holgadamente al IETS (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud), entidad recientemente creada que se encarga de realizar las guías de práctica clínica del país y realizar estudios técnicos para la definición de los medicamentos y tecnologías que deben ser pagadas con recursos públicos en el país.

El IETS no cuenta con presupuesto propio, es una entidad clave para el cumplimiento de la Ley Estatutaria en Salud y desarrollaría las campañas y estrategias de educación que se requieren para mejorar la forma como son usados los medicamentos por la ciudadanía.

Estas estrategias para el uso óptimo de los medicamentos orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad e impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud, deben ser dirigidas por una organización independiente y de carácter académico como el IETS.

⁴⁹ Parliamentary Assembly. Report of the Committee on Social Affairs, Health and Sustainable Development, rapporteur: Ms Liliane Maury Pasquier. Text adopted by the Assembly on 29 September 2015 (30th Sitting). Resolution 2071 (2015) <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=22154&lang=en>

La creación de un nuevo impuesto implica una reforma de Ley compleja en el Congreso de la República, en especial cuando se trata de impuestos a sectores industriales con alta incidencia. El Ministerio de Salud no logró hacerlo para las bebidas azucaradas, a pesar de la evidencia sobre los beneficios en salud. Sin embargo, iniciar e instalar este debate puede ser interesante para promover la generación de evidencia y establecer fuentes alternativas de financiación.

También se podría argumentar que un impuesto a la publicidad o a los ingresos aumentaría los precios de los medicamentos. No se encontró evidencia de ello. Los países que tienen este impuesto como Francia, cuentan con mecanismos de regulación de precios fuertes y monitoreo del mercado que les permite gestionar el balance en el impacto de las medidas.

Otras medidas como las campañas masivas y las estrategias de educación ciudadana han generado importantes resultados en otros sectores y deberían ser incorporadas en este subsector⁵⁰, especialmente en la promoción del uso adecuado de antibióticos. Estas medidas requieren importante inversión de recursos y sostenibilidad en el tiempo.

De otro lado, la propuesta de establecer incentivos financieros o de otro tipo, como bonos a los prescriptores cuando se logren metas de uso óptimo de medicamentos, se usa ampliamente en otros países, en la búsqueda de mejores resultados en salud para los pacientes⁵¹.

No se ha documentado en Colombia esta práctica, pero posiblemente se presente en los procesos de gestión entre las IPS especializadas y las EPS. La información disponible internacional sugiere que es complejo medir los resultados del uso óptimo, en lugar de los ahorros en recursos. Sin embargo, como con otras políticas que buscan cambios culturales, el compromiso directo con los involucrados es un determinante de éxito.

Propuesta

Uso óptimo de medicamentos y cero desperdicio

1. **Promover una cultura ciudadana en salud** basada en:
 - a. Estrategias de educación y programas de **visita directa al médico y al hogar**, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y al uso óptimo de los medicamentos.
 - b. **Un programa territorial de apoyo a los adultos mayores** en el manejo de su medicación.
 - c. Una **campaña masiva y de alto perfil por el uso responsable de antibióticos**.
 - d. Una **institucionalidad fuerte** que incluya la financiación sostenible del IETS y de la red de Centros Públicos de Información de Medicamentos, mediante un **impuesto a la publicidad** o a las ventas farmacéuticas.
2. Pagar a las IPS de alta complejidad, y a sus médicos, **bonos, o incentivos diversos, por el cumplimiento de metas de reducción de gasto de los medicamentos** que se prescriben por MIPRES.
3. Diseñar y aplicar un plan nacional de **manejo ecológico de los sobrantes de medicamentos en el hogar**.
4. Establecer un **sistema de etiquetado de medicamentos novedoso** para disminuir los errores en la medicación desde el INVIMA.

4. Producción e investigación estratégica nacional

Problemática, cifras y estudios que sustentan este componente

El gasto en ciencia y tecnología de Colombia es sustancialmente bajo (0.27% del PIB⁵²) al del promedio de países OECD (2.2%). si la meta de destinación de recursos en los próximos cuatro años es de al menos al 1% del PIB, la tercera parte de estos recursos debería destinarse a la investigación biomédica local, cuyos desarrollos se orienten a resolver problemas de salud estratégicos del país.

⁵⁰ La cultura ciudadana: una pedagogía para la democracia, la civilidad, la seguridad, la comunicación y el disfrute1 Disponible en http://www.institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/coleccion_digital/Cultura_Ciudadana/Cultura_Ciudadana_Pedagogia-Saenz_Javier.pdf Consulta 30/03/2018 ver también estrategias educativas para reducir el embarazo adolescente <http://conexioncapital.co/embarazo-adolescente-bogota-disminuyo-1295/>

⁵¹ Vogler S, Schmickl B. Rationale use of medicine in Europe. Executive summary Austria: Gesundheit Österreich GmbH; 2010 Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17135e/s17135e.pdf>.

Otras fuentes sobre el efecto de estas medidas en Rashidian A, Omidvari AH, Vali Y, Sturm H, Oxman AD. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. Cochrane Database Syst Rev. 2015(8):Cd006731.

⁵² Observatorio Colombiano de Ciencia y Tecnología. Indicadores de Ciencia y Tecnología en Colombia (2016). Disponible en http://ocyt.org.co/wp-content/uploads/2017/07/indicadores-2016_web.pdf Consulta 30/03/2018 Consulta 30/03/2018

Para garantizar que los recursos se asignan adecuadamente debe evaluarse y rediseñarse el sistema de ciencia tecnología e innovación, incluido Colciencias, y fortalecer la transparencia, la gobernanza y rendición de cuentas de las entidades que lo componen.

En los últimos 7 años el país adoptó una política de aumento de concesión de patentes, de manera más rápida y más “fácil” buscando estimular la innovación. Pero es necesario analizar objetivamente las ventajas y las desventajas de este modelo.

En el caso de los medicamentos y dispositivos médicos, el monopolio de las patentes genera precios muy altos, que en la mayoría de los casos el Estado debe pagar a través del sistema de salud.

El país se ha centrado en la concesión de patentes como único incentivo a la innovación, sin considerar que se requieren simultáneamente otros incentivos. Por ejemplo premios a los investigadores o políticas de financiación focalizada, como lo sugieren estudios rigurosos. El informe del Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos de Naciones Unidas sugiere que no hay causalidad entre más patentes, más innovación y más desarrollo⁵³. En el mejor de los casos hay correlaciones que se dan en presencia de otras condiciones como alta inversión pública y privada en educación, ciencia y tecnología, capital de riesgo, etc.

En el país se aumentó el porcentaje de solicitudes de patentes de nacionales de 14% en 2015, a cerca de 25% entre 2016 y 2017. Pero en 2016 de cada 5 solicitudes presentadas por colombianos, se concedió 1. Una tasa de concesión del 20%, mientras para extranjeros bordeó el 50%⁵⁴.

De las pocas universidades y empresas locales que logran patentar, la mayoría sólo lo hacen en el país, y son aún menos las que logran comercializar el producto o proceso patentado. Esto sin considerar que para las universidades los costos de obtener y mantener las patentes pueden ser más altos, que los ingresos por regalías.

⁵³ Informe del GRUPO DE ALTO NIVEL DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS: Promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud. Disponible en https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/596feefb3e00be55b028a1a6/1500507901944/50923+-+HLP+Report_SPANISH-v5_web.pdf Consulta 30/03/2018/

⁵⁴ FUENTES: Cálculos propios, a partir de datos y estadísticas SIC-Superintendencia de Industria y Comercio www.sic.gov.co/estadisticas-propiedad-industrial y OMPI-Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. http://www.wipo.int/ipstats/es/statistics/country_profile/profile.jsp?code=CO

De otro lado, se usan de manera insuficiente las salvaguardas que el sistema de propiedad intelectual establece para proteger la salud pública, aunque los Objetivos de Desarrollo Sostenible han invitado a los países a usarlas para cumplir las metas de salud globales⁵⁵.

Contrario a lo que podría creerse, la principal flexibilidad en el campo de las patentes no se refiere al uso de las licencias obligatorias, sino la autonomía de los países para interpretar y aplicar rigurosamente los criterios de patentabilidad. También la posibilidad de presentar de forma activa oposiciones, desde los Ministerios de Salud y otros sujetos, para actuar oportunamente, aportar información y evitar que se otorguen monopolios inmerecidos, como una medida preventiva de la presión de las innovaciones sobre el gasto público.

En el país se presentan entre 400 y 600 solicitudes de patentes farmacéuticas, sin contar las clasificadas como biotecnológicas. Se conceden anualmente más de 250 en ambos campos⁵⁶. Por ello los esfuerzos que haga el país deben articular al sector salud y al sector comercio, en la búsqueda de mayor coherencia en las políticas públicas para el acceso a medicamentos. Las políticas públicas en salud, siempre se quedarán cortas, si las políticas de comercio van en sentido opuesto⁵⁷.

La gran cantidad de patentes concedidas a extranjeros limitan la competencia, la libertad de operación de otras empresas y, en la práctica, limitan la presencia de genéricos y biogénicos en el mercado. Países como Argentina y Brasil tienen sistemas de patentes estrictos y son líderes en biotecnología y farmacéuticos en Suramérica. Estos países buscan un balance entre la “libertad de operación” que posibilita la competencia de sus industrias nacionales y la protección a desarrollos extranjeros y nacionales, siempre y cuando se cumplan plenamente los requisitos de patentabilidad.

⁵⁵ Objetivos de Desarrollo Sostenible Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en <http://onu.org.pe/ods-3/> Consulta 30/03/2018

⁵⁶ FUENTES: Cálculos propios, a partir de datos y estadísticas SIC-Superintendencia de Industria y Comercio www.sic.gov.co/estadisticas-propiedad-industrial y OMPI-Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. http://www.wipo.int/ipstats/es/statistics/country_profile/profile.jsp?code=CO última consulta marzo 30 de 2018.

⁵⁷ Ver también: Lizarazo; Oscar, “Colombia, ¿demasiado flexible en patentes de invención?”, 9 de agosto de 2015, periódico de la Universidad Nacional de Colombia, Web: <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/detalle/article/colombia-demasiado-flexible-en-patentes-de-invencion-1.html> PDF: https://www.researchgate.net/publication/283291694_Colombia_demasiado_flexible_en_patentes_de_invencion

Los temas de propiedad intelectual e innovación con enfoque de salud pública son los que mayores debates y tensiones generan, al lado de los de regulación de precios. Esto -en parte- por el alto nivel de armonización global de las medidas de protección que el país ha adoptado en el marco de los acuerdos de integración, y en ocasiones por falta de voluntad política sectorial, que hace compleja cualquier medida de intervención. Se sugiere entonces iniciar con esquemas menos desgastantes y que generen cambios graduales asociados a la observación y control institucional y social de los procesos de examen y otorgamiento de patentes y a partir de ello, propiciar debates y reflexiones que permitan “innovar” en el modelo de gestión de la innovación. Ya existen algunos casos internacionales basados en incentivos alternativos o complementarios, como los desarrollos de DNDi “iniciativa para medicamentos enfermedades olvidadas”⁵⁸

De acuerdo con el INVIMA, al país llegan al menos 100 estudios clínicos nuevos cada año. En 2016, 924 investigaciones clínicas se encontraban en marcha en Colombia, el quinto país de la región en número de estudios⁵⁹. Aunque en diversos escenarios se ha declarado que el país podría convertirse en una potencia en esta área⁶⁰, esta decisión debe provenir de un análisis riguroso de los beneficios sociales y de sus implicaciones éticas y económicas.

La política debe incluir los lineamientos y la gobernanza para la definición de las prioridades de la investigación clínica del país, la protección de los individuos participantes, la consolidación de la red de comités de ética y los principios de transparencia de la investigación.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) estableció que la transparencia es un componente esencial en la investigación clínica⁶¹. En el marco de la iniciativa de transparencia de EMA se liberaron al público los datos relacionados con ensayos clínicos. Colombia debe establecer una plataforma que permita a los ciudadanos e investigadores acceder a los datos de la investigación clínica que se realiza en el país.

⁵⁸ Amy Maxmen, «Busting the Billion-Dollar Myth: How to Slash the Cost of Drug Development», Nature News 536, n.o 7617 (25 de agosto de 2016): 388, <https://doi.org/10.1038/536388a>.

⁵⁹ Invima, 2018.

⁶⁰ Las referencias se encuentran asociadas a firmas privadas con interés en la investigación clínica Ver <https://www.latammarketaccess.com/blog/2015/9/7/investigacin-clnica-en-colombia-una-oportunidad-para-exportar-ms-de-usd-2-mil-millones-de-servicios-de-salud-en-el-2020> . Sin embargo los documentos oficiales de competitividad no lo mencionan Ver Informe Nacional de Competitividad 2017-2018 Disponible en https://compite.com.co/wp-content/uploads/2017/10/CPC_INC_2017-2018-web.pdf Consulta 30/03/2018

⁶¹ Ver: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/special_topics/general/general_content_000555.jsp&mid=WC0b01ac05809f363e y http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2014/10/WC500174796.pdf Consulta 30/03/2018

Propuesta

Producción e investigación estratégica nacional

Investigación Biomédica Básica

1. Destinar al menos el **30% de los recursos públicos de investigación a aquella innovación biomédica local orientada a las prioridades de salud pública**; a la vez que fortalecer la transparencia, gobernanza y rendición de cuentas del sistema de ciencia, tecnología e innovación, incluido Colciencias.
2. Promover un **sistema de propiedad industrial balanceado que posibilite la competencia** y que considere la “libertad de operación”, como medidas preventivas de la presión sobre el gasto público. Ello incluye:
 - i. **Elevar la calidad del examen de las patentes** farmacéuticas y biotecnológicas que se conceden en el país, para que se otorguen sólo a innovaciones médicas que lo merezcan.
 - ii. **Promover la presentación de oposiciones** a las patentes farmacéuticas y biotecnológicas que no cumplen los requisitos de patentabilidad.
 - iii. Promover **modelos de investigación de conocimiento abierto**, con premios directos a investigadores e incentivos, no basados únicamente en patentes.
 - iv. Promover **alianzas público/privadas que faciliten la producción nacional y comercialización, a precios referenciados internacionalmente**, de los medicamentos estratégicos en salud pública, cuya investigación se financió con recursos públicos.
 - v. Diseñar una política de **licenciamiento y uso de las patentes de residentes (nacionales)**, que determine cómo la inversión pública en investigación se refleja posteriormente en precios asequibles, y logre transferir y convertir los resultados de investigación en productos que resuelvan problemas de salud prioritarios.

Investigación Clínica

3. Establecer una **política pública de investigación clínica** a partir de una evaluación de los beneficios sociales de la investigación que hoy se realiza en el país, incluyendo las implicaciones éticas y económicas de la misma. Esta política debería considerar elementos como:
 - i. Establecer **precios más bajos de los medicamentos, cuando pacientes colombianos hayan participado en los estudios clínicos**.
 - ii. Establecer en el INVIMA una **plataforma abierta de los datos de la investigación clínica que se realice en el país**, para facilitar el monitoreo de los protocolos en marcha, la identificación temprana de eventos adversos y para orientar la agenda de investigación biomédica del país.

Los desafíos del financiamiento sostenible

Carlos H Arango, MD MSc PhD(c)

Carlos Arango, MD MSc PhD(c)

Médico-Cirujano - Universidad de Caldas, especialista en gerencia de servicios de salud y seguridad social - Universidad Javeriana, magister en ciencias económicas aplicadas a economía de la salud - Universidad Santo Tomás y es candidato a doctor de salud pública de la Universidad Nacional de Colombia. Se ha desempeñado, en el sector público, como Director de Hospital, Director técnico Nacional del Programa de Mejoramiento Hospitalario en Colombia del Ministerio de Salud y asesor del despacho del Sr. Ministro de Salud en política pública de prestación de servicios de salud. En el sector privado, se ha desempeñado como director del Centro de Investigaciones en Salud - Fundación Salutia e investigador sénior en políticas públicas, economía y gestión en salud y como director de la firma de consultoría Synergia S.A. Ha sido docente universitario de postgrado, consultor e investigador en servicios de salud, salud pública, políticas en salud, economía de la salud y gestión de servicios de salud. Ha dirigido un amplio conjunto de proyectos de consultoría y de investigación en Colombia y en América Latina, para diversas entidades nacionales e internacionales (OPS, BID, BM, USAID, KOICA, FONDO GLOBAL, PMA). Desde hace 6 años es asesor de políticas públicas en salud de la Federación Nacional de Departamentos FND.

El desafío de la sostenibilidad

Los sistemas de salud en el mundo contemporáneo operan enfrentados a una tensión constante por garantizar su sostenibilidad financiera, en escenarios de múltiples desafíos e incertidumbre. Igual que en los demás países del mundo, en Colombia, el riesgo de no sostenibilidad financiera del aseguramiento, genera hoy enormes retos de política pública, en tanto que pone en peligro permanente las ganancias sociales que el sistema ha logrado alcanzar en las últimas décadas, tanto en el mejoramiento de la situación de salud de la población y de las condiciones disponibles de oferta de servicios, como en la protección financiera que requieren los ciudadanos y sus familias ante la aparición de la enfermedad, y que les permita hoy afrontarla sin menoscabo de la capacidad económica de los hogares.

Sostenibilidad y equidad. Un sistema no sostenible, es por defecto, un sistema generador de inequidad. La no sostenibilidad financiera atenta contra los logros en equidad en salud¹ y restringe la garantía del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, provocando limitaciones diferenciales e injustas al (i) acceso, disponibilidad y calidad de los bienes y servicios que se espera sean suministrados por el sistema y a (ii) la protección financiera de las familias,

¹ “En muchos países, las barreras financieras excluyen a los pobres de los servicios, y los costos de la atención son causa de graves problemas financieros para los pacientes y sus familias.” (WHO, 2005)
<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/>

de acuerdo con los contenidos del “contrato social” que se haya pactado en cada nación. Un conjunto de factores, bien conocidos y comunes a todos los países, están presentes en las sociedades contemporáneas, presionando desde hace varias décadas de manera constante y significativa, el gasto incremental sostenido en los sistemas de salud: la transición demográfica, la presión tecnológica, los estilos de vida, las expectativas de la gente, entre otros.

La salud como prioridad de política pública. Para los colombianos, igual que para la mayoría de las personas en el mundo, la salud es considerada como una de sus mayores prioridades y uno de los aspectos de sus vidas que más les inquietan e importan, resultando ser un asunto prioritario, lo que la convierte claramente en un tema político de primer orden. Por ello la presión social que se ejerce sobre los gobiernos para satisfacer las demandas de salud, es elevada. La población exige cada vez más a los sistemas de salud, demandando de ellos más y mejores servicios y una mejor experiencia de atención. Las mediciones más recientes en Colombia sobre los asuntos que más preocupan a los colombianos, así lo demuestran, ubicando a la salud como primera o segunda prioridad (¿asuntos del país que mas le preocupan? ¿temas que definen su voto para la presidencia de la República?) (YANHAAS S.A., 2017).

La sostenibilidad como problema para el sistema de salud. A su vez, en tanto que los diversos actores del sistema de salud colombiano perciben los múltiples signos de la disfuncionalidad financiera en su operación cotidiana, se hace más amplia una percepción pesimista sobre el desempeño del mismo y el riesgo de no sostenibilidad futura, como se advierte en los estudios que indagan con líderes del sector, sobre los principales problemas y retos actuales del sistema de salud colombiano. La percepción general es que en 5 años el sistema no será sostenible. (UDEA, 2017). Para el propio MSPS el mensaje del Sr Ministro de Salud, ha sido frecuente en indicar como síntesis del problema principal: “gastamos más de lo que tenemos”.

Desafíos de sostenibilidad financiera a considerar

El sistema de salud colombiano, tanto con sus importantes logros y ganancias sociales, como con sus problemas explícitos, enfrenta hoy un conjunto enorme y complejo de desafíos que exigen ser identificados y comprendidos, de tal manera que sea posible formular propuestas apropiadas de acción. Los desafíos escogidos para la revisión son:

- El desafío de garantizar el mantenimiento de la cobertura universal y el financiamiento para el plan de beneficios en salud (PBS).
- El desafío de garantizar el financiamiento de los servicios que no hacen parte del PBS (No PBS) y que no son financiados mediante la unidad de pago por capitación UPC.
- El desafío de consolidar el proceso de definición de las exclusiones explícitas definidas por la ley estatutaria de salud de 2015.

- El desafío de saneamiento financiero del aseguramiento: el pago de la deuda, el necesario ajuste institucional.
- El desafío de la gobernanza, rectoría, salud pública y autoridad sanitaria nacional y territorial.

El desafío de garantizar el mantenimiento de la cobertura universal y el financiamiento para el PBS

Es imperativo preservar la financiación de la cobertura universal alcanzada al día de hoy y la sostenibilidad del PBS, como logros sociales que se deben proteger, lo que implica afrontar desafíos como los siguientes:

1. Asegurar la disponibilidad de recursos en el sistema

Es imperativo preservar las fuentes de financiamiento y la suficiencia de los montos que hoy se recaudan y que permitan seguir cubriendo el valor de la UPC en los regímenes contributivo (RC) y subsidiado (RS).

Sin embargo y ante la continua presión incremental sobre el gasto en el sistema de salud (a pesar de las acciones regulatorias), es necesario resaltar que aunque se estimaron ingresos por COPS \$ 42,2 Billones para 2018 (MSPS, 2018), esto no es suficiente para cubrir el gasto actual, requiriendo aún hoy, recursos adicionales para cerrar la operación.

En Colombia, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP) es quien realiza el “cierre financiero” anual del presupuesto del sistema, cubriendo con recursos de la nación los recursos faltantes y lo somete para aprobación en el Congreso de la República (CR), dentro del proyecto anual de Presupuesto General de la Nación (PGN). Para 2018 no se logró dicho cierre. Los recursos solicitados por el MSPS para ser incluido dentro del PGN, reflejan un déficit de COPS \$2,3 billones (MSPS/DGF, 2018). Esta es una situación de puja por recursos, que se repite cada año, liderada por el MSPS frente al MHCP y al CR, que genera incertidumbre en el cumplimiento de las metas del sistema de salud para el año.

En este sentido, se hace necesario plantear un lineamiento de política que proteja y establezca los recursos requeridos, para que en cada proyecto anual del PGN, se garanticen los recursos necesarios para mantener las coberturas y atender el gasto planificado en el aseguramiento. La decisión de garantizar la universalización y su sostenibilidad, luego de haberla alcanzado, no debiera continuar sometida a debates parlamentarios sobre posibilidad o no de otorgar partidas para cierre anual del presupuesto del sector. Debe ser una regla de Estado, la garantía de cubrimiento de cobertura total del aseguramiento.

En Colombia, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público es quien realiza el “cierre financiero” anual del presupuesto del sistema, cubriendo con recursos de la nación los recursos faltantes y lo somete para aprobación en el Congreso de la República (CR), dentro del proyecto anual de Presupuesto General de la Nación.

2. Proteger y administrar de manera eficiente los recursos del sistema

En respuesta a este desafío, el MSPS crea la nueva Entidad Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES), que se encarga de controlar el recaudo de los fondos para el aseguramiento desde las diversas fuentes y asegurar la mancomunación eficiente, garantizando la unidad de caja y los flujos de pago (Ley 1753/2015).

ADRES tiene el reto de consolidar su operación, identificando y controlando sus riesgos, lo que supone, crear las condiciones para protegerla de su captura política, fortaleciendo un perfil técnico-operativo idóneo que le otorgue legitimidad y prestigio, desplegando medidas de transparencia, incluida la rendición pública de cuentas y evitando un potencial conflicto con el MSPS, frente al papel regulatorio que es propio de las funciones y naturaleza de este último.

3. Regulación e intervención eficaz del Estado sobre las agencias responsables del aseguramiento (EPS)²en el plan de recuperación financiera vigente

Es imprescindible afrontar como desafío mayor, la grave disfunción financiera de las firmas encargadas de agenciar el aseguramiento en ambos regímenes. A pesar de existir un plan de recuperación financiera de largo plazo que permite a estas firmas reducir gradualmente el déficit, la situación real al día de hoy, es que casi la totalidad presentan indicadores que muestran serias pérdidas de valor, patrimonios negativos e incapacidad para cumplir con los márgenes de solvencia.

Estas disfunciones en la operación se manifiestan de diversas formas: los elevados volúmenes de cartera corriente y de largo plazo, de difícil recuperación, restricciones a servicios por limitaciones en la oferta de prestadores, dilación de autorizaciones, problemas de oportunidad, entre otras muchas manifestaciones, que provocan lo que se podría denominar *discapacidad, morbilidad y mortalidad evitables* originadas por la disfunción financiera de las agencias de aseguramiento y del sistema en su conjunto.

Aunque son pocos los casos de EPS que logran mantener una operación estable, en un gran número de ellas estos problemas son recurrentes e incluso incrementales. Ha sido evidente la permisividad de las autoridades, y en especial del ente de vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), que ha sido laxa ante la operación deficitaria de la mayoría de estas

Un serio efecto de la disfuncionalidad operacional y financiera de las EPS/EOC, se visualiza en el enorme volumen de recursos dejados de pagar a las redes de prestadores. La llamada cartera hospitalaria, no solo ha sido de gran magnitud, sino además incremental y permanente.

² Incluye también las EOC o Entidades obligadas a compensar y que junto con las EPS son las agencias encargadas del aseguramiento.

entidades por muchos años, sin aplicar la ley en plenitud ante la evidencia de inviabilidad e insolvencia, lo que hubiera ameritado el cierre de un mayor número de EPS o la suspensión de sus actividades y reubicación de usuarios.

Tras muchos años en los que se agotaron patrimonios y activos, se terminaron heredando enormes pérdidas financieras para proveedores, trabajadores, profesionales, etc. Son varias las EPS en liquidación en la actualidad y las pérdidas financieras que han dejado, incalculables, en especial en aquellas en donde la intervención de la SNS fue tardía.

De las 11 EPS existentes hoy en el RC, 3 están solventes, 5 que han estado en insolvencia lograron demostrar ante la SNS que alcanzaron los compromisos de ajuste para el segundo año del plan de recuperación, y 3 continúan insolventes; de 24 EPS del RS, 6 de ellas son solventes, 3 lograron cumplir compromisos del plan de recuperación del segundo año y 15 continúan en insolvencia (SNS, 2016). A pesar que un gran número de estas EPS cumplieron con el compromiso de capitalización, 11 de ellas (9 en RS y 2 en RC) permanecen en situación de insolvencia. La mayor parte de sus activos hoy, en casi la totalidad de EPS, están conformados por cuentas por cobrar, de difícil y dudosa recuperación (SNS, 2018). Dentro de las acciones de capitalización, muchas EPS están recurriendo a otorgar la propiedad a sus acreedores, especialmente firmas distribuidoras de medicamentos.

Un serio efecto de la disfuncionalidad operacional y financiera de las EPS, se visualiza en el enorme volumen de recursos dejados de pagar a las redes de prestadores. La llamada cartera hospitalaria, no solo ha sido de gran magnitud, sino además incremental y permanente. No obstante que no toda esta cartera resulte ser cierta, y aún descontando una alta proporción de los valores reportados, los valores de deuda siguen siendo muy elevados.

Para diciembre de 2017, el total de las cuentas por pagar reportada en la contabilidad de las EPS a la SNS, asciende a una suma de COPS \$ 1,3 billones en el RC y a COPS \$ 4,4 billones en el RS. (SNS, 2018). En los registros SIHO la deuda con Hospitales públicos ESE, asciende a de COPS \$ 1,3 billones en el RC y a COPS \$ 4,4 billones en el RS, para un total de COPS \$ 5,9 billones. (MSPS, 2018).

En los reportes de las ACHC, el valor de la cartera reportado para 2017 en su encuesta anual, tiene un valor de COPS \$ 8,2 billones, de los cuales el 60,2% es carteta en mora. Las EPS RC adeudan COPS \$ 3,1 billones y las EPS RS adeudan COPS \$ 2,5 billones. (ACHC, 2016).

4. La acción judicial para servicios PBS, como secuela de la disfunción financiera de las EPS

Ante la afectación originada en la disfuncionalidad financiera, sobre el acceso que la provisión de bienes y la prestación de servicios incluidos de manera explícita en el PBS, los ciudadanos activaron el uso del aparato judicial para ejercer la protección del derecho a la salud y su propia integridad vital. La premisa correcta, es que un ciudadano no debería tener la necesidad de utilizar la acción judicial para acceder a los servicios PBS, en ninguno de los regímenes, no solo en términos de garantía del derecho a la salud, sino además en función de la eficiencia misma del sistema.

Cuando un ciudadano acude a la acción judicial para acceder a los servicios cubiertos en el PBS, genera una señal al sistema de “invalidación de la figura del aseguramiento”. Estas limitaciones suelen estar directamente ligadas en la mayoría de los casos a la capacidad de la agencias de asuramiento, para cumplir con sus compromisos de disponibilidad y suministro de los bienes y servicios del PBS a los ciudadanos: si la situación de sostenibilidad financiera de la EPS está comprometida, y su operación se torna disfuncional, entonces se compromete también la atención en salud de la población afiliada.

5. Garantizar la financiación del crecimiento “vegetativo” del gasto

La necesidad de garantizar la universalización incluye además, asegurar el incremento del volumen global de recursos requerido, mediante cambios en al menos tres variables claves que habrían de modificar la estimación de la UPC, y su ajuste por riesgo: (i) número de habitantes del país y variaciones en el perfil demográfico, (ii) la incorporación de nuevos bienes y servicios del PBS con su necesaria actualización periódica y (iii) el incremento de los precios y/o el volumen y frecuencia de uso de los bienes y servicios.

Este es un desafío que no se puede dejar de considerar como un hecho que tendrá que afrontarse cada año y hacia el futuro, lo que obliga al sistema contar con ejercicios de planificación financiera de mediano y largo plazo, que permita simular los escenarios a los que se verá enfrentado el país y el sistema de salud, y que supondría (i) la estabilización e incremento de las fuentes actuales y la búsqueda de recursos de nuevas fuentes, además de (ii) la existencia de un plan cuatrienal de presupuesto del sistema, ligado a los planes nacionales de desarrollo, que garantice el cierre financiero anual.

6. El riesgo de sustituir la progresividad de las fuentes y la necesidad de mantener la diversificación de las fuentes

El modelo de financiamiento del aseguramiento vigente, tiene un perfil de equidad y progresividad que se debe conservar basado en el esquema mancomunado de contribuciones como fuente de financiamiento principal, frente al riesgo que supondría reemplazarlas, eliminarlas y concentrar el financiamiento solo en base a impuestos generales, como se ha llegado a sugerir. En este caso, esto implicaría hacer un rediseño tributario del país de gran calado, que permita sustituir las fuentes de la contribución por impuestos a toda la población, lo que significaría un nuevo gravamen o el incremento aún mayor del ya elevado valor del IVA.

Los riesgos fiscales del país, son siempre una amenaza constante para la sostenibilidad financiera del sistema de salud, por ello, la composición de fuentes debe continuar diversificada, considerando como necesarias las rentas parafiscales, en un mix con las fuentes fiscales y para lo cual, se requiere la estabilización de los aportes del PGN, ajustables de forma cuatrienal, sin la puja por recursos fiscales con otros sectores.

7. Nuevos recursos para financiar el sistema de aseguramiento

A pesar de que es evidente la necesidad de provocar una mejora en la eficiencia sobre el uso de los recursos disponibles y de impactar la mala gestión en muchos casos, al mismo tiempo,

es innegable la necesidad de incorporar nuevos recursos al sistema, lo que es visible tanto para cubrir las necesidades de operación actual, como en las previsiones sobre la operación futura. La necesaria nueva actualización del PBS, la entrada en vigencia de la ley estatutaria de salud y la presión de incorporación y financiamiento pleno de los servicios NO PBS en ambos regímenes, entre otros muchos factores conocidos y esperados, explican la necesidad de nuevos recursos (crecimiento poblacional, incremento de la presión de demanda y de la frecuencia de usos y consumos, p.e.).

Esta necesidad también se hace visible, en las comparaciones internacionales de gasto. Colombia ha tenido una tendencia de crecimiento constante en el gasto sanitario, pasando la *participación del gasto corriente en salud como porcentaje del PIB* de 5,9% en 2000 a 7,2% en 2014 (WHO, 2018), igualando el promedio de países de América Latina pero aún distante del promedio de los países de ingreso alto (12,3%).

Las consideraciones sobre nuevos recursos, se abordan en dos perfiles: el incremento de los recaudos de fuentes vigentes y las nuevas fuentes de financiamiento.

Colombia ha tenido una tendencia de crecimiento constante del gasto sanitario, pasando la participación del gasto corriente en salud como porcentaje del PIB de 5,9% en 2000 a 7,2% en 2014 (WHO, 2018).

Incremento de recaudos de fuentes vigentes

(i) Los recaudos de fuentes actuales sobre los que existe un espacio potencial de mejora por vía de contribuciones parafiscales:

- El sistema se enfrenta a la necesidad de seguir avanzando en el fortalecimiento de los factores que habrían de incidir en el futuro sobre un incremento del recaudo vía cotizaciones, y que disminuya el peso de los recursos vía subsidio, esto es, pudiendo contar con un valor mayor y creciente de afiliados en el régimen contributivo que supere el volumen de afiliados al régimen subsidiado: el mejoramiento de las condiciones de empleo, en volumen de empleo formal, en incremento del IBC, en control pleno de evasión y elusión de aportes, entre otros.
- Es un desafío país y del sistema, tener que seguir teniendo a cargo de un régimen de subsidios, la mitad de la población del país. Es necesario poner en discusión de nuevo, las contribuciones parafiscales de empleadores, versus el modelo vigente de pago por impuestos generales y evaluar los resultados e impacto financiero de esta medida (CREE, Autorenta).
- Una mejora en el control de evasión y elusión de cotizaciones y aportes parafiscales, a lo que entidades estatales de control, como la Unidad de gestión pensional y parafiscales UGPP han venido contribuyendo de manera importante.

- La consolidación en la población de la “cultura de la seguridad social” que requiere una pedagogía permanente.
- Una mejora en los aportes parafiscales derivados de un mejor desempeño económico del país, que conduzca a incrementar el volumen y calidad del empleo (incremento de la formalización laboral, aumento del IBC, mayor diversificación en la dependencia económica de los hogares, una relación positiva cotizantes/beneficiarios, un mayor balance de afiliación al régimen contributivo, sobre el subsidiado, etc.).

En el pasado, se modificaron las fórmulas originalmente propuestas en la Constitución Política de 1991, lo que redujo la bolsa total transferida en cerca de COPS \$ 224 billones. Se debe afrontar aquí el desafío de consolidar la estabilidad de crecimiento constante y sostenibilidad hacia el futuro.

(ii) Los recaudos de fuentes actuales, sobre los que existe un espacio potencial de mejora, por vía de contribuciones fiscales:

- Aunque se hizo un gran avance en la incorporación de un nuevo incremento al impuesto al TABACO, pasando el precio por cajetilla de USD \$ 1 a \$ 3, existe aún una tarea por hacer, llevando la tasación a un nivel superior (el valor de referencia internacional OEDC es de USD \$ 9). Se debe perseverar en un nuevo incremento.
- Desde un punto de vista financiero, este impuesto tiene impacto relevante como fuente: se espera un recaudo de este impuesto para 2018 de COPS \$ 1 billón. Este impuesto además se debe expandir a los cigarrillos electrónicos y otras productos nuevos.
- Aplicación del “IVA social” (art. 468 del Estatuto Tributario, art. 184 Ley 1819 de 2016) requiriendo que el giro de 0.5 puntos destinados a la financiación del aseguramiento, sean efectivamente entregados.
- Un incremento en el volumen de recursos disponibles del sistema general de participaciones SGP, destinados a la salud, en un valor que permita cubrir al menos 5 puntos adicionales al que hoy se transfiere a los territorios. Esto se lograría por dos vías: una, mediante el incremento del porcentaje de participación del sector salud dentro del total de presupuesto SGP, que es el 24,5%, lo que supondría disminuir la participación en alguno de los demás rubros y dos, manteniendo este mismo porcentaje para salud, pero incrementando la bolsa total de recursos SGP que la nación transfiere a los territorios.
- Frente a la necesidad de nuevos recursos, un riesgo que se evidencia con los recursos SGP, es justo el que se manifiesta en 2018, cuando por primera vez los recursos transferidos a los territorios, dejaron de crecer. Aunque se mantuvo la bolsa para salud, el valor total transferido disminuyó, sugiriendo que años siguientes pueda continuar esta tendencia de reducción.
- Ya en el pasado, se modificaron las fórmulas originalmente propuestas en la Constitución Política de 1991, lo que redujo la bolsa total transferida en cerca de COPS \$ 224 billones.

Se debe afrontar aquí el desafío de consolidar la estabilidad de crecimiento constante y sostenibilidad hacia el futuro.

- A su vez, las fórmulas de distribución de recursos SGP SALUD, en donde los recursos destinados al aseguramiento en el régimen subsidiado, se incrementaron de manera gradual hasta alcanzar el 80% del total de la bolsa anual, apoyando el proceso de financiamiento del aseguramiento, siendo sin duda un elemento que contribuyó a su universalización.
- No obstante, al mismo tiempo permitió cubrir el componente PBS RS, desfinanció el componente NO PBS RS, que justo, en los últimos 5 años, ha tenido un crecimiento desbordado, derivando su financiamiento hacia recursos propios de los territorios, sin que en algunos casos sea suficiente y generando una nueva fuente de deuda del sistema.

(iii) Los recaudos de fuentes actuales, sobre los que existe un espacio potencial de mejora, por vía de recursos fiscales recaudados en los territorios:

- Incrementar las capacidades de los entes territoriales, para el recaudo de fuentes tributarias, en donde hay espacio fiscal de recuperación de rentas que se estén eludiendo o evadiendo como: juegos de suerte y azar, lotería tradicional, apuestas permanentes chance, rifas, juegos, premios; cervezas y sifones; cigarrillos y tabaco; licores destilados, alcohol potable, licores-vinos-aperitivos-similares; este.
- Con lo anterior, se une la necesidad de reglamentar y poner en marcha una renta adicional que ya existe en la ley con lotería instantánea y Lotto pre-impreso (Ley 1393 de 2010, art 17), destinado a financiación del aseguramiento y que esta pendiente de implementación en el país.

Nuevas fuentes de financiamiento

(i) Las nuevas posibles fuentes de recursos de orden parafiscal:

- No se considera que el incremento de los puntos de cotización sobre el salario para incrementar los ingresos, pudiera ser una política tributaria progresiva en la actualidad en el país. Sumadas todas las contribuciones parafiscales, la carga impositiva sobre salarios y honorarios resulta ser hoy elevada, tanto para empleadores como empleados, lo que podría generar un efecto negativo que estimule la evasión.podría generar un efecto negativo que estimule la evasión.

(ii) Las nuevas posibles fuentes de recursos de orden fiscal, tributaria:

- La incorporación de los llamados “Impuestos saludables”: hay que perseverar en la inclusión de nuestro marco tributario, de un nuevo impuesto a las gaseosas y bebidas azucaradas, así como hay que considerar su extensión no solo a bebidas, sino a alimentos con altos contenidos de azúcares libres y otras sustancias que afectan la salud humana
- Estos dos impuestos, además de ser medidas que generan nuevas rentas, son en general medidas de gran impacto sobre la carga de enfermedad y la salud pública, con un impacto adicional sobre la reducción en la carga económica del sistema de salud.

(iii) Las nuevas posibles fuentes de recursos generados en gasto de bolsillo:

- Copagos dirigidos a servicios No PBS. Dirigido específicamente a conjuntos de servicios No PBS en el régimen contributivo, por encima de un umbral de IBC, para servicios no catastróficos, especialmente cuando se trata de bienes y servicios complementarios y de apoyo, medicamentos calificados de baja efectividad clínica, entre otros.
- Esto dado la oportunidad de tener hoy un bajo gasto de bolsillo, en donde hay margen para incorporar este tipo de copagos, sin que en el agregado final afecte esta ganancia social y la protección financiera que el sistema hoy provee a los afiliados.
- Cualquier propuesta de esta naturaleza se enfrenta a rechazos derivados de la baja disponibilidad a pagar manifiesto en la población colombiana para temas relacionados a salud, frente a un alto nivel de exigencias al sistema en un escenario de bajo nivel de confianza y legitimidad del sistema.

El desafío de garantizar el financiamiento de los servicios NO PBS (no financiados con la UPC)

Este es un componente de la protección financiera a los ciudadanos que hace parte de lo señalado por la ley estatutaria de salud frente a la garantía del derecho, y se encuentra justo entre el conjunto de servicios cubiertos por el PBS y los servicios excluidos, corresponde a prestaciones específicas de derecho individual no financiado con la UPC y que se ha tornado en los años recientes en un generador importante de riesgos para el sistema de salud, desde una perspectiva financiera.

Esto significa garantizar el pago de los bienes y servicios NO PBS tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo.

1. La necesidad de resolver la sostenibilidad del segmento NO PBS en el régimen contributivo

- Al observar la tendencia 2005 – 2017 se aprecia una dinámica de crecimiento constante, que alcanzó rápidamente un “pico” de COPS \$ 2,2 billones en 2011. Esta tendencia de crecimiento se detiene de manera abrupta, con la primera actualización del POS del 2011 (ordenada por la Corte Constitucional en la sentencia T-760), donde un volumen importante de bienes y servicios “salen del No POS³” y se incorporan al POS, llegando a reducir en un 6,1% los recursos (COPS \$ 2 billones).
- Sin embargo, el crecimiento no se detiene allí, y por el contrario, aparece un salto a COPS \$ 2,6 billones (crecimiento de 21,8% entre el 2012 y el 2013).

³ O No PBS como se ha venido definiendo en el presente artículo.

- De nuevo, una actualización adicional del POS en el año 2013, reduce el monto a COPS \$ 2,4 billones en 2014 como efecto inmediato, no obstante, su crecimiento sigue adelante y de nuevo alcanza los COPS \$ 2,8 billones tanto en 2016 como en 2017 (un crecimiento aproximado de 11,1% entre 2015-2016).
- El sistema aquí tiene un enorme problema sin resolver: el crecimiento de servicios NO PBS en el RC. Aún cuando es de menor magnitud, ha continuado su rumbo sin consideración de las importantes medidas tomadas por el Gobierno Nacional, en especial la regulación de precios de medicamentos y el control a la prescripción MIPRES (MSPS, 2015, p. 49). Es alarmante que estos recobros hayan sido reactivos a las actualizaciones del POS y su efecto inmediato, haya sido rápidamente neutralizado.
- Por otra parte, MIPRES, como instrumento de control de la prescripción, ya está implementado y se ha consolidado en el RC, sin embargo, aún no se advierte un efecto eficaz sobre el gasto. Hacia el futuro y tan pronto se provoque una mejor retroalimentación de la información coleccionada a médicos, IPS y EPS, habrá cabida para un efecto específico de control, y tan pronto se tenga la información de gasto ligado a la prescripción, será posible tomar nuevas medidas regulatorias.
- En el corto plazo, aún no se tiene contundencia sobre la carga económica de los servicios NO PBS, pero en un reciente informe del Ministerio de Salud se brinda información clave sobre la nueva actualización del POS/PBS. (MSPS, 2018).
- Se debe resalta el hecho, de que en general, el régimen contributivo y sus fuentes de financiamiento, logran tener la capacidad de suplir no solo el valor de la UPC del PBS y las prestaciones económicas (por maternidad e incapacidades por enfermedad general), sino también, y a través de la cuenta de compensación, de cubrir la mayor parte del costo de los recobros por bienes y servicios NO PBS.
- Se debe indicar, no obstante, que para 2007, las EPS del régimen contributivo, reportaron cuentas por cobrar de COPS \$ 4,98 billones, por concepto de recobros, lo que visualiza una elevada deuda por pagar de Fosyga/ADRES a las EPS del RC, revelando la gravedad del riesgo generado sobre la sostenibilidad financiera debido al componente NO PBS del RC.

En general, el régimen contributivo y sus fuentes de financiamiento, logran tener la capacidad de suplir no solo el valor de la UPC del PBS y las prestaciones económicas (por maternidad e incapacidades por enfermedad general), sino también, y a través de la cuenta de compensación, de cubrir la mayor parte del costo de los recobros por bienes y servicios NO PBS.

2. La necesidad de resolver la sostenibilidad del segmento NO PBS en el régimen subsidiado

- en donde el problema no es menor, se constituye como un tramo del sistema que aún no tiene definida su sostenibilidad financiera: ni los recursos son suficientes, ni las fuentes son estables, ni los consumos y el gasto están sometidos a control, ni tampoco la prescripción monitoreada

(no se aplica aún MIPRES), ni se tiene control sobre la información NO PBS del RS. El 66% de toda la deuda país se ha concentrado en 4 Departamentos y 3 Distritos, con cuentas por cobrar registrada en los informes contables de las EPS, de COPS \$ 920,8 mil millones.

- Llama la atención que si se compara el valor del gasto NO PBS del RC y del RS se advierte muy diferente: el gasto en RS es al menos una tercera parte del RC, lo que no es consistente, si se considera que los volúmenes de afiliados en ambos regímenes son similares (alrededor de 22 millones).
- Además, en ambos regímenes, podría decirse que existe un “PBS judicial”, que si bien protege a los ciudadanos en la garantía del derecho actuando en el marco de la Ley Estatutaria de Salud, desde una perspectiva financiera genera una tensión presupuestaria al sistema dado que los bienes y servicios NO PBS, hoy no se encuentran financiados con suficiencia.
- De hecho, los recobros que proceden vía sentencias judiciales, corresponden a 44% y 35%, en los regímenes subsidiado y contributivo, respectivamente.

En ambos regímenes, podría decirse que existe un “PBS judicial”, que si bien protege a los ciudadanos en la garantía del derecho actuando en el marco de la Ley estatutaria de Salud, desde una perspectiva financiera genera una tensión presupuestaria al sistema dado que los bienes y servicios NO PBS, hoy no se encuentran financiados con suficiencia.

3. Es necesario escindir completamente la asistencia social del sistema de aseguramiento en salud

Desarrollar en el país un SISTEMA DE ASISTENCIA SOCIAL o “sistema de cuidados”, que esté en capacidad de asumir la gestión y financiamiento de todos los servicios que hoy, formulados por los médicos y en muchos casos reclamados por vía judicial, son cargados al sistema de salud, en el entendido de que son bienes y servicios que corresponden al sistema de protección social / sistema de asistencia social, y que deben ser cubiertos mediante otros instrumentos de financiamiento del Estado.

Se requiere hacer una diferenciación institucional y ordenar las responsabilidades y sus fuentes de recursos: uno, es el perfil institucional de la seguridad social y otro, es el de asistencia social. Hoy, este sistema de asistencia social no existe en el país, al menos de manera formal e integrada, ya que se advierte la presencia de una multiplicidad de líneas de asistencia para poblaciones especiales y para problemas específicos que se encuentran dispersos entre diversas instituciones, financiados con bolsas de recursos también diseminadas y no siempre atendidos o cumplidas las disposiciones normativas.

4. La necesidad de gestionar de “otra manera” los bienes y servicios NO PBS de ambos regímenes

Las particularidades que son propias de la provisión de bienes y de la prestación de servicios NO PBS, hacen que sea necesario abordarlos de una manera diferente a la actual: (i) un segmento

importante de los bienes y servicios NO PBS, son productos terapéuticos únicos (monopólicos), corresponden a las tecnologías de más reciente incorporación al arsenal terapéutico, en muchos casos con bajas frecuencias de uso y con muy elevados costos, se proveen y adquieren de manera dispersa en todo el territorio nacional en reducidas cantidades; en otros casos, corresponden a productos de frecuencia creciente como alternativa terapéutica de primera o segunda línea, que desplazan otras opciones; en muchos casos son suministrados por una red de prestadores y proveedores específicos, bien identificados dentro del territorio, con una experticia o complejidad concreta, o reglamentados para ser habilitados de manera específica (redes especializadas); otro segmento corresponde a todos los servicios que hacen parte más de la categoría de asistencia social (o “sistema de cuidados”) y de otro tipo de sistema de soporte, que de los servicios de salud y la seguridad social; entre otros. Esto ocurre con grupos poblacionales específicos, como los de (i) enfermedades huérfanas y raras, (ii) atención de cáncer, (iii) atención de patologías crónicas degenerativas, entre otros.

De acuerdo con estas características, se hace necesario considerar la constitución de un fondo financiero que integre todos los recursos para la provisión de los bienes y prestación de servicios NO PBS, en una bolsa única nacional que permita mancomunar los recursos (con unidad de caja) provenientes de las diversas fuentes hoy vigentes (y nuevas fuentes) territoriales, nacionales e incluso de usuarios, integrando subsidiado y contributivo, que permita realizar gestión unificada de adquisiciones de dichos bienes y control de usos y destinos, que considere el control unificado de proveedores y de las redes de servicios especializadas, el control mediante un registro especial de prestadores y habilitación especializada, un sistema de información específico, el control de gastos, con techo presupuestario, la regulación de precios específicamente dirigida, entre otros.

Es necesario que la planificación presupuestaria se pueda cumplir, que pueda tener certidumbre sobre un horizonte de gasto y contar con los recursos para atenderlo. Un plan financiero justo frente a los requerimientos de la población, pero sensato frente a un gasto sin control y que se pueda pagar. Es un desafío para el sistema poder buscar la certidumbre necesaria en el gasto a financiar.

La ausencia de límites o “techos presupuestarios” en los horizontes de gasto para bienes y servicios NO PBS provoca incertidumbre sobre los recursos con los que debemos contar. Mientras existan los incentivos, para que los Gobiernos nacional y territoriales, sigan asumiendo como responsables últimos y únicos la obligación de generar los recursos y hacer los pagos de cualquier volumen de gastos, el gasto tenderá siempre a ser incremental. Mientras se opere sin límites de gasto, sin importar si están por encima de los recursos disponibles, la planeación financiera será inocua y el desequilibrio será permanente.

El desafío de consolidar el proceso de definición de las exclusiones explícitas definidas por la Ley Estatutaria de Salud

Consolidar su proceso de validación y aplicar una amplia difusión social que legitime las exclusiones explícitas definidas por la ley. Este mecanismo es vital para poder demarcar el límite sobre el

cual sea posible realizar una planificación financiera sostenible. En la actualidad, este segmento se encuentra sometido a un proceso de judicialización, en donde se terminan cargando a los recursos ordinarios, bienes o servicios no presupuestados, que generan un stress financiero al sistema, compitiendo por las mismas fuentes ya asignadas a los demás usos del sistema de salud y usualmente con alta carga en costos.

**El desafío de saneamiento financiero del aseguramiento:
el pago de la deuda, el necesario ajuste institucional**

1. El saneamiento de las agencias aseguradoras

En el futuro las EPS/EOC de los dos regímenes, deberán realizar múltiples ajustes que las hagan viables, dentro de la aplicación del plan de recuperación financiera vigente. En este camino, se esperaría que el país terminara con unas pocas agencias de este tipo, que puedan afiliar de manera no diferenciada a población de los dos regímenes, con acuerdos para asignación de territorios específicos con poblaciones bien identificadas sobre las cuales hacer rendición pública de cuentas (distribuidas por departamentos y distritos), con un volumen de afiliados no menor de 1 millón de personas y quizá, no mayor de 4 millones.

Independientemente de los ya conocidos beneficios que traen las economías de escala, la praxis en Colombia ha mostrado que cuando las EPS con grandes volúmenes de afiliados entran en fallos de operación financiera, ponen en riesgo al sistema mismo, porque afectan un mayor volumen de personas en el goce efectivo de su derecho y en sus vidas mismas, porque generan una mayor presión social -que repercute en los medios y en la confianza del público sobre el sistema-,y porque tienen mas capacidad de influir –incluso cooptar- y poner condiciones al Gobierno, ante la inminencia de una crisis social, dado que no se pueden dejar sin atención a millones de personas, en caso de que se iniciara algún tipo de proceso de suspensión de actividad o de liquidación. En este último escenario, con 4 millones de afiliados promedio, no cabrían mas de 12 EPS en todo el país. Una situación deseable.

2. “Borrón y cuenta nueva” como estrategia

El proceso de saneamiento de las EPS en Colombia, pasa por un camino, en el que la mayoría de ellas deberán aplicar, como plan de salvamento extremo, poner en liquidación de la persona jurídica actual, que se encarga del pago de la deuda en el marco y condiciones de un proceso liquidatorio, y crear una nueva persona jurídica, que “empiece de ceros”.

Para poder garantizar su estabilidad futura, deberá diseñar su modelo de operación, sobre la restricción presupuestaria que le impone la disponibilidad de recursos vía UPC, esto es, no contratar por mecanismos en donde pueda “compartir el riesgo operacional financiero” con los prestadores (pagos globales prospectivos, con un segmento a pagar por resultados, p.e.), quienes deberán asumir el compromiso de cumplir con las provisiones de bienes y la prestación de los servicios a que tiene derecho los afiliados, pero dentro del marco de la restricción presupuestaria transferida y con límites techo de gasto, dentro de los que tendrán que operar.

La búsqueda de certidumbre en la operación financiera se convirtió en un factor imperativo para la supervivencia de las nuevas EPS. En este modelo la presión por control del gasto, se empieza a trasladar a los prestadores.

3. El pago de la enorme deuda acumulada en el aseguramiento

La deuda generada en el sistema, no tiene un valor fiable y preciso final. La contabilidad de estas deudas se encuentra permeada por múltiples falencias de consistencia y registros de dudosa validez. No obstante, a juzgar por información reportadas por IPS, hay un monto general de DEUDA DE LAS EPS con PRESTADORES tasado en COPS \$ 8,2 billones con ACHC (ACHC, 2017) y \$ 5,9 billones con ESE (SIHO 2018). Del lado de las EPS la información contable dice que la deuda se encuentra en un valor de \$ 8,4 billones (\$3,9 billones RS y \$4,5 billones RC) (SNS, 2018).

De otro lado, las EPS indican que diversas entidades del sistema, tienen una deuda con ellas de COPS \$ 8,85 billones, que en gran medida corresponden a deudas por concepto de recobros NO POS, en los dos regímenes (principalmente adeudados por FOSYGA/ADRES y por las Entidades Territoriales). Esta deuda con IPS privadas, IPS publicas ESE y con EPS, generan una gran masa de deuda, que por su dimensión parecía impagable.

De hecho la situación se torna mas grave, cuando se observa la situación patrimonial de las EPS. Tienen patrimonio positivo: 5 de 27 EPS RS / 6 de 10 EPS RC y 2 de 3 EPS RC&RS. En total, de 40 EPS, tan solo 13 tiene patrimonio positivo a dic 2017. Y esto es aun mas grave cuando se aprecia que los activos de las EPS, están constituidos en un 60% por cuentas por cobrar (que en muchos casos en superior al 80%). Son empresas cuyos activos se soportan en deuda.

Ante este panorama y la magnitud de la deuda, habría de esperarse que el proceso de RECUPERACIÓN de las EPS, dejara depuradas al final de largo periodo las EPS que quedarían operando en el país. Sin embargo el plan a 10 años, de los cuales van 3, parece ser muy lento si no se toman medidas radicales cuando las EPS no cumplan con el compromiso anual. La laxitud y debilidad en estas acciones es contraproducente. La depuración debería correr mas rápido.

Adicionalmente, para recuperar estabilidad operacional financiera del sistema de aseguramiento, recuperar confianza y generar capital de trabajo, habría de considerarse la necesidad de contar con un medidas extraordinarias, de rescate financiero el sistema de aseguramiento, evaluando el tipo de deuda que podría redefinirse como “soberana”, para pago a los prestadores. El tamaño y carácter de estos pagos solo podrían llegar a cubrirse con recursos del Estado.

El proceso de saneamiento de las EPS en Colombia, pasa por un camino, en el que la mayoría de ellas deberán aplicar, como plan de salvamento extremo, poner en liquidación de la persona jurídica actual, que se encarga del pago de la deuda en el marco y condiciones de un proceso liquidatorio, y crear una nueva persona jurídica, que “empiece de ceros”.

**El desafío de la gobernanza:
rectoría y autoridad sanitaria nacional y territorial**

La sostenibilidad del sistema de aseguramiento depende no solo de las agencias aseguradoras y proveedoras/prestadoras, sino además de la capacidad del Estado para ejercer su papel regulador y su rol de rectoría sanitaria, destacando la innegable necesidad de incrementar las CAPACIDADES del estado en el nivel territorial, para ejercer sus competencias. Sin un Estado fuerte en los territorios, no puede asegurarse la sostenibilidad financiera del aseguramiento en la Nación.

1. La necesidad de modificar el perfil específico de competencias en salud para los entes territoriales

El fortalecimiento de las capacidades y competencias básicas de los departamentos, distritos y municipios (y sus secretarías de salud), en su papel fundamental de Estado, en el gobierno y la rectoría (*gobernanza*) de los sistemas de salud territoriales, es imperativo. Su papel como autoridad sanitaria territorial, gestionando las políticas públicas en salud (i) ejerciendo un rol de liderazgo, (ii) gestionando la información y el conocimiento e (iii) influenciando los actores del sistema territorial mediante el uso de la regulación, es también vital en la operación del sistema de aseguramiento.

Las competencias de RECTORIA en SALUD a cargo de los territorios son indelegables:

- Liderazgo técnico y político para la integración, planeación, dirección, coordinación, control y abogacía sobre la salud en el territorio.
- Gestión de coordinación de la puesta en marcha y operación del modelo integral de atención en salud en el territorio MIAS.
- Autoridad de regulación, fiscalización y control del sistema territorial. Funciones de inspección, vigilancia y control sanitario y de la prestación y del aseguramiento en el territorio.
- Gestión de la salud pública en el territorio: planeación, ejecución, control.
- Gestión sobre sistemas de información en salud territorial.

Se requiere un rediseño de competencias asignadas a los territorios hoy (ley 715/2001), bajo el siguiente principio *competencias asignadas con base en capacidades institucionales* en cada entidad territorial: un modelo de competencias y recursos asignados de acuerdo a una escala de capacidad institucional para cada territorio. Se requiere el diseño de un mecanismo técnico (matriz capacidad/competencia) para (i) clasificar cada uno de los entes territoriales, según una escala de capacidades y para (ii) asignación de competencias por perfil de capacidad.

Se requiere contar con mayores recursos que los dispuestos en la actualidad, para poder fortalecer las capacidades y competencias de las secretarías de salud en su labor de IVC, de acuerdo con las tipologías predefinidas que se financien con recursos SGP salud, rentas cedidas y rentas propias.

2. Recursos para atender las competencias en salud de los territorios (rectoría, autoridad sanitaria y salud pública)

(i) Transferencia de recursos SGP a los territorios

- Se propone el diseño de asignación de recursos por territorios, basado en un principio de equidad, ligados a la capacidad de generación de rentas cedidas y rentas propias en cada territorio: entre menos capacidad de generar rentas, más participación de recursos transferidos SGP: *“redistribución de recursos según necesidades vs capacidades institucionales”*: Recursos transferidos asociados a un criterio de equidad por capacidad.
- Los recursos específicos que requiere el ente territorial en SGP SALUD, no deben ser un monto fijo o predefinido para todos los territorios, debe ser variable en función del nivel de responsabilidades que se defina en la matriz capacidad/competencia, como ocurre con IVC (número de establecimientos a vigilar). Así un territorio clasificado en un nivel bajo capacidades/competencias, deberá poder contar con una participación mayor de rentas transferidas sobre el total de sus rentas, todo esto ligado a un mecanismo de incentivos para el mejoramiento de capacidades y un sistema de monitoreo de evaluación del desempeño, que permita valorar el cambio en el nivel de clasificación de capacidad/competencias a asignar.
- Se debe regular mediante parametrización técnica las funciones precisas de una secretaria de salud prototipo y clasificarlas por tipologías, pre-determinado un marco de funciones, procesos y gastos en los que deben incurrir para su operación, buscando asegurar el financiamiento básico de estas operaciones predefinidas por autoridad nacional.

(ii) Nuevos recursos para ejercer la labor de IVC

- Se requiere contar con mayores recursos que los dispuestos en la actualidad, para poder fortalecer las capacidades y competencias de las secretarías de salud en su labor de IVC, de acuerdo con las tipologías predefinidas que se financien con recursos SGP salud, rentas cedidas y rentas propias.
- Se deben crear nuevas tasas impositivas locales consignadas a favor de las Secretarías de Salud, por el ejercicio de la labor de IVC que deben ser pagadas por las entidades sujetas de vigilancia, como hoy ya lo hacen otros organismos de control en el país. Esta sería una nueva fuente de recursos para fortalecer las capacidades de estado en materia de control, y financiar el funcionamiento de las SDS.

(iii) Los aportes patronales

- Se deben incluir como recurso de oferta, solo para aquellos hospitales en algunos departamentos que tengan incapacidad financiera para cubrir estos pagos y requieran un apoyo a manera de subsidio de oferta específico.

Recursos y modelo de gestión para atender los servicios NO PBS RS

- Se destaca que dentro de las competencias de RECTORIA, no se considera ninguna función operativa ligada a (i) las operaciones propias del aseguramiento, para ninguna población o de (ii) la gestión comercial de compra y pago de bienes o servicios para la salud (que no sean los de la salud pública y los planes colectivos), como ocurre en la actualidad, y en donde se gestiona la compra de suministro de los bienes y la prestación de servicios de salud, para población del régimen subsidiado (No PBS), población pobre no asegurada PPNA, población migrante, etc.
- Una dirección territorial de salud, en general, no está en capacidad de asumir con idoneidad la función de un asegurador en la gestión de estos bienes y servicios (talento humano con competencias y suficiencia, sistemas de información, experiencia en transacciones comerciales de mercados de compraventa especializada, como medicamentos p.e., etc.) dado que sus competencias no están definidas para este propósito y en la que se incurre en una situación de conflicto potencial de interés, al ser al mismo tiempo quienes negocian estos bienes y servicios y quienes ejercen la autoridad de control de dichas operaciones y garantía del derecho a la población.
- La responsabilidad sobre las prestaciones NO PBS RS, deben tener un manejo de carácter integrado y central. La gestión integrada nacional es necesaria dadas las características particulares de estos bienes y servicios: mono/oligopólicos, de muy alto costo, volúmenes acotados, redes de atención monopólicas especializadas, poblaciones identificables y de manejo especial, nuevas tecnologías ultra especializadas, etc.
- Para la atención de estos servicios se deben mancomunar los recursos en una bolsa única, gestionar las compras centrales y realizar la ejecución logística con operadores regionales especializados, lo que se debe realizar en cabeza de una entidad pública/mixta nacional de novo o en alguna existente, pero en todo con autonomía suficiente para realizar la gestión bajo reglas del derecho civil y comercial, con un gobierno corporativo colegiado, integrado por actores de diverso perfil de representación (social, gobierno, gremios, etc.).
- En este sentido, esta labor no se debe continuar ejerciendo por parte de los entes territoriales en el RS, ni por parte de las EPS en el RC. Con la información recolectada en MIPRES, deberá ser posible a futuro definir, que servicios NO PBS se incorporarían al PBS (actualización) y cuales serían realizados por este NUEVO FONDO.
- En este proceso, y en la labor operativa, los entes territoriales deberán participar de las acciones de control (IVC), participando del proceso de control desde la prescripción en el régimen subsidiado en cada territorio, mediante la implementación y desarrollo del MIPRES, dentro del proceso de integración con los procedimientos del régimen contributivo que debe adelantar el MSPS.

- El financiamiento de estos fondo, al que pagaría ADRES por sus servicios, concurren diversas fuentes:
 - SGP transferido a los territorios, como aporte de los entes territoriales, un porcentaje destinado a este propósito
 - RENTAS CEDIDAS... destinadas al aseguramiento... cuando los recaudos definidos por ley excedan los compromisos de cofinanciación de la UPC del régimen subsidiado.
 - RENTAS PROPIAS... que de manera voluntaria, cada departamento aporte dentro del plan financiero territorial anual, para mantener la garantía de aseguramiento y aportes adicionales voluntarios para financiar los servicios NO PBS RS.
- Los entes territoriales concurren dentro de los limites de los compromisos actuales definidos por la ley para las rentas cedidas y de los aportes que de manera voluntaria, decidan hacer con sus rentas propias.
- La Nación deberá gestionar integralmente los planes de beneficios del SGSSS, gestionando el financiamiento tanto del segmento de beneficios incluidos financiados con la UPC ("POS/PBS") como los no financiados por este mecanismo ("NO POS/PBS"), quedando solo por fuera, los explícitamente excluidos de acuerdo con lo definido al aplicar los mandatos de la ley estatutaria.

La responsabilidad sobre las prestaciones NO PBS RS, deben tener un manejo de carácter integrado y central. La gestión integrada nacional es necesaria dadas las características particulares de estos bienes y servicios: mono/oligopólicos, de muy alto costo.

Los desafíos en síntesis

El sistema de salud colombiano requiere, desde una perspectiva de sostenibilidad financiera:

1. Estabilizar e incrementar ingresos del sistema

- Protección del incremento anual de SGP transferido de Nación a los territorios e incremento del SGP destinado a la SALUD. Se requiere acto legislativo.
- Introducción nuevas fuentes de ingresos: 1. Impuesto a bebidas y alimentos no saludables 2. Telefonía celular, tasa para salud para financiar aseguramiento tanto PBS como NO PBS.
- Incrementar ingresos fuentes actuales: 1. poner en operación el impuesto de Lotería Instantánea y Lotto (juegos novedosos) 2. Incremento tributario adicional al tabaco (incluido cigarrillos electrónicos)
- Estabilizar los aportes de la Nación en el PGN anual, plan cuatrienal de presupuestación ligado a plan de desarrollo, para garantía de cierre fiscal del aseguramiento.

- Consolidar mediante pedagogía la cultura de la seguridad social.
- Consolidar instrumentos de política para el control de contribuciones y aportes.

2. Control del gasto, mayor eficiencia en el uso de recursos y mejoramiento de la gestión

- Reformar el mecanismo operacional actual para los bienes y servicios NO POS/PBS, a cargo de Departamentos y Distritos en el RS y de las EPS en el RC. Separar y distribuir responsabilidad sobre los bienes y servicios NO PBS en las siguientes instancias:
 - 1. Incorporar bienes y servicios en el POS/PBS: nueva actualización.
 - 2. Transferir los servicios sociales a cargo de un nuevo “sistema de asistencia social” o “sistema de cuidados” para el país.
 - 3. Transferirlos los demás bienes y servicios NO POS/PBS a un nuevo fondo mixto de manejo nacional de compra centralizadas y operación logística regional, alimentado con recursos de la Nación PGN y de los territorios (SGP, rentas cedidas y rentas propias) con copagos.
 - 4. Deben contarse con un mecanismo de planificación anual de gasto con estimaciones de limite o techo, sobre le cual ejecutar el gasto No PBS, subsidiado y contributivo, en acuerdo con EPS y prestadores.
- Consolidar MIPRES en régimen contributivo. Expandir MIPRES al régimen subsidiado.
- Reducción de EPS de 40 actuales a un conjunto menor (15) para la totalidad del país y en ambos regímenes, que superen requisitos de habilitación y permanencia, regionalizarlas asignándolas a territorios (2 EPS por Deptos y Distritos), con volúmenes promedio de 4 millones de afiliados entre territorios asignados, introducir nueva regulación sobre gobierno corporativo-colegiado en estas entidades, rendición de pública de cuentas, información pública financiera y del perfil de accionistas.
- Estimular mediante pedagogía, el uso del derecho de libre elección de la población y el uso de los instrumentos de movilidad.

3. Acciones claves adicionales necesarias

- Consolidar ADRES, proteger su independencia futura y de la captura política
- Creación del sistema nacional de cuidados (sistema de asistencia social)
- Fortalecimiento de la función rectora del Estado, autoridad sanitaria y salud pública, en los territorios. Redefinición de competencias en SALUD basados en capacidades. Modificación de fórmulas de asignación de recursos SGP SALUD. Incluye retirar la competencia de manejo de NO POS RS. Requiere reforma de Ley 715.
- Reforma de la figura de Empresa Social del Estado, transformar 936 ESE actuales en 110 entidades prestadores primarios de carácter regional.

■ Referencias

Bernal, O., & Gutiérrez, C. (Eds.). (2012). La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones UniAndes.

Banco Mundial. (1 de 3 de 2018). Indicadores de desarrollo mundial. From Banco Mundial. Datos: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP?end=2014&start=1995&view=chart>

DNP. (2018) Grupo GFT - DIFP - Departamento Nacional de Planeación – DNP. Bogotá DC.

MSPS. (2015). Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2016. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogota DC.

MSPS. (2017) Sistema de información Hospitalario SIHO. Bogotá DC. Recuperado de : <https://prestadores.minsalud.gov.co/siho/top.htm>

MSPS (2018) Base de Datos de la Compensación. Evolución del reconocimiento por el pago de recobros régimen contributivo. Bogotá DC.

MSPS. (2018) Nota Técnica de Suficiencia de la UPC. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>. Bogotá DC.

MSPS- (2018) Comportamiento del aseguramiento. <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

MSPS. (2018). Resultados preliminares de las Cuentas de Salud de Colombia con la metodología SHA-2011. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de financiamiento sectorial, Bogotá DC.

OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. (O. M. Salud, Ed.) Ginebra, Suiza.

SNS. (2018) Circular Única - archivo tipo FT001 Catálogo de Información Financiera. Tablas de referencia: FT001-01, FT001-02, FT001-07. Bogotá DC. Recuperado de: <https://docs.supersalud.gov.co/portalweb/supervisionriesgos/estadisticasepsregimensubsidiado/forms/allitems.aspx?paged=true&p%255fsortbehavior=0&p%255fnumero=189&p%255ffileleafref=7.+afiliados++dic+2014+rs-ct2014.xlsx&p%255fid=19&pagefirstrow=721&view=%7B9b75b05f-1518-4462-af32-822e80569310%7D>

UDEA. (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. Observatorio de la seguridad social. , 17 (35).

WHO. (11 de 11 de 2018). Global Health Expenditure database. From <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es>

WHO. (2005). Fifty-eight World Health Assembly. WHA58.33. Sustainablehealth financing, universal coverage and social health insurance. Geneva: World Health Organization.

YANHAAS S.A. (2017). La gran encuesta elecciones 2018. Bogotá DC.

Augusto Galán, MD

Médico de la Escuela de Medicina Juan N Corpas y Cardiólogo de la Escuela Colombiana de Medicina-Universidad El Bosque. Subespecialista en Cardiología No Invasiva de Baylor College of Medicine de Houston. Magister en Administración Pública de la Escuela de Gobierno John F. Kennedy de Harvard y Estudios complementarios en Economía de la Salud de la Universidad del Rosario. Posee amplia experiencia en el diseño, implementación y administración de políticas públicas de salud y seguridad social. A nivel público nacional, se ha desempeñado como Ministro de Salud y Embajador de Colombia ante la UNESCO. Ha sido asesor de diversos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia y consultor del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. De igual manera ha dirigido gremios del sector de la salud, en su condición de Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (ACESI), así como Presidente Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). En la actualidad es Director del Observatorio Así Vamos en Salud y presidente de la Junta Directiva de la Fundación Saldarriaga Concha. Pertenece a diferentes juntas directivas ocupando cargos rectores en ellas.

Liderazgo y gobernanza en el sector salud¹

Augusto Galán, MD

El principal reto para preservar y fortalecer el liderazgo y la gobernanza del Sistema de Salud se encuentra en mantener y acrecentar las capacidades técnicas de las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional. Los avances que se han dado durante los últimos ocho años requieren sostenerse e incrementarse.

El Ministerio de Salud -MSPS-, el Instituto Nacional de Vigilancia del Medicamento - INVIMA-, el Instituto Nacional de Salud -INS-, la Superintendencia de Salud -Supersalud-, la Aseguradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud -ADRES-, al igual que el Instituto de evaluación tecnológica en salud -IETS-, deben consolidar un servicio civil de alto perfil profesional y técnico que consolide el liderazgo sobre la conducción del sistema, permita una alta calidad en la regulación, module adecuadamente el financiamiento, garantice el aseguramiento, armonice la provisión de servicios, asegure la inspección, vigilancia y control pertinentes y satisfaga las funciones esenciales de salud pública.

Los agentes del sector deben establecer un pacto social y político mediante el cual se asegure que se preservará y defenderá el carácter técnico de las entidades que hacen parte de la Autoridad

¹ “El contenido de este artículo, hace parte del documento de Así Vamos en Salud, en el cual este Observatorio realiza un análisis de la situación del sector en Colombia y sugiere recomendaciones de política pública elaboradas en mesas de trabajo con participación de profesionales de diferentes disciplinas y sectores con responsabilidades en materia de salud”

Sanitaria Nacional (MSPS, ADRES, INVIMA, INS, Supersalud, Secretarías de Salud). De esta manera, los avatares del ejercicio tradicional de la política colombiana deben estar alejados, lo más posible, de ese proceso de consolidación institucional que requiere el sector.

Paralelo a lo anterior, se hace necesario revisar la Ley 715, en especial en sus aspectos relativos a las competencias de las entidades territoriales en aseguramiento, prestación, salud pública e inspección vigilancia y control; de tal forma que, de las funciones emanadas desde las dimensiones en las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, se redefina cuáles de ellas se descongestionan, se desconcentran y se descentralizan y a qué nivel territorial se asignan.

Se requiere una mayor armonía entre el nivel nacional, departamental y municipal, para la operación más satisfactoria de la descentralización y para el fortalecimiento de las capacidades institucionales a nivel territorial; una forma de hacerlo es avanzar hacia la concentración de capacidades técnicas y financieras por regiones, de acuerdo a las particularidades municipales.

Adicional a esto, el sector salud requiere mejores estructuras de gobierno de sus entidades y mayor prevención de los riesgos derivados de su operación. Las mejores prácticas de gobierno corporativo deben ser incorporadas tanto en las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, como en las correspondientes a nivel territorial, así como en las EPS e IPS para un mejor cumplimiento de las funciones que les han sido delegadas a cumplir. Se debe potenciar la cultura de mejoramiento continuo y de excelencia operacional en beneficio del avance de la acreditación de IPS y EPS en el país, construir confianza entre los agentes del sistema a través del desarrollo de sistemas de relacionamiento interinstitucional claros enmarcados en una política nacional de transparencia para el sector salud.

Con ello, el sector podría solucionar tres de sus mayores retos: los excesivos costos de operación que se derivan de ineficiencias de procesos y/o actividades redundantes; el mayor volumen de requerimientos de normas y procedimientos sobre temas fiscales, comerciales y de servicio, y la exposición a riesgos e incertidumbres que las entidades no están en condiciones de identificar y mucho menos de medir para mitigar.

El trabajo debe ser continuo sobre la definición y redefinición del contrato social en salud, que permita, legítimamente, contar con un plan de beneficios que cumpla con el mandato constitucional de cubrir a todos los ciudadanos, de manera equitativa y en forma sostenible, a través del fortalecimiento técnico de las instituciones rectoras del sistema y de la definición de una mega o gran meta común del sistema. El gasto en salud más injusto e ineficiente en una sociedad es el que privilegia los derechos particulares sobre los colectivos.

Es esencial que se recupere y se fortalezca la confianza y los puentes de entendimiento entre los agentes del sistema. Esta labor no es menor y debe propender por una mejor comprensión sobre los roles y sobre la complementariedad que debe existir entre ellos. Debe existir un mayor

compromiso para trabajar por solucionar los retos fundamentales de gestión que existen con el modelo que opera en la actualidad. A partir del fortalecimiento de la instancia de coordinación y asesoría del MSPS, creada por medio del decreto 2478 de 2014, se requiere incrementar la participación ciudadana y de los diferentes agentes del sector en las deliberaciones sobre temas que les incumbe y donde sus criterios deben ser consultados y escuchados, en particular en el proceso de priorización de nuevas tecnologías en salud en el plan de beneficios.

Por último y no menos importante, es clave fortalecer la acción estratégica de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada desde la ley 1438 de 2011 y reglamentada por el decreto 859 de 2014, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud a nivel nacional y replicada en las entidades territoriales departamentales y municipales.

Rendición de cuentas de los agentes del sector

La debilidad de legitimidad que existe en el sector salud es consecuencia en gran medida de la carencia de información oportuna. Se precisa construir indicadores que permitan evidenciar la transparencia de los procesos del sistema de salud y del quehacer de sus agentes en toda la cadena de valor. El sector salud requiere de un barómetro de transparencia.

La transparencia y la participación ciudadana son indispensables para legitimar el sistema de salud en Colombia. En este orden de ideas el mejoramiento continuo del sistema de información del sector es esencial. Este último no puede estar ajeno a la transformación digital que existe hoy en el mundo. Fortalecer el sistema de información implica acrecentar la calidad en la obtención de los datos en la fuente primaria de la atención y prestación del servicio, pasa por la celeridad con la que se transfieren los mismos y concluye con la oportunidad mediante la cual se analizan y se haga pública la información. Es importante reconocer que MIPRES es un excelente paso en este sentido, mejor información y más pública conducen a una mayor transparencia.

Adicional a ello, se hace necesario fortalecer el ranking de EPS en su continuidad, divulgación y nivel de desagregación a nivel territorial e incluso en un diferencial entre lo urbano y lo rural. Unido al requerimiento de consolidar el ranking de IPS. Lo uno y lo otro, deberá brindar la información necesaria para que la población adopte decisiones más informadas frente a la elección del asegurador y para las EPS en la construcción de la red de servicios

Los agentes del sector deben establecer un pacto social y político mediante el cual se asegure que se preservará y defenderá el carácter técnico de las entidades que hacen parte de la Autoridad Sanitaria Nacional (MSPS, ADRES, INVIMA, INS, Supersalud, Secretarías de Salud). De esta manera, los avatares del ejercicio tradicional de la política colombiana deben estar alejados, lo más posible, de ese proceso de consolidación institucional que requiere el sector.

ofertada a los usuarios. El Observatorio Así Vamos en Salud ha avanzado en la consolidación de un índice sintético de la salud nacional, departamental y municipal. Es un ejemplo que puede contribuir en estas materias.

Paralelo a lo anterior, se hace necesario estimular las iniciativas de comunicación transparente y directa entre las entidades de la Autoridad Sanitaria Nacional, las EPS, las IPS y los usuarios, con el propósito de que estos reconozcan bien sus derechos y deberes frente a su salud, frente al sistema, y de esta manera este último se legitime. Esto, unido al establecimiento de procesos de rendición de cuentas y de transparencia en las relaciones comerciales entre los aseguradores, prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud.

La sociedad civil debe avanzar hacia una mayor organización, con veedurías, observatorios y centros de pensamiento, que se encuentren mejor formados y capacitados para ejercer unas tareas con mayor objetividad y mejor interlocución. Su participación en los procesos de priorización de nuevas tecnologías en salud, así como en aquellos de rendición de cuentas de los diferentes actores es esencial.

Gobernanza de las finanzas del sistema de salud

La Administradora de Recursos de la Seguridad Social en Salud (ADRES) necesita avanzar en su fortalecimiento institucional para convertirse en la tesorería del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además de las capacidades técnicas inherentes a estas materias financieras en términos del recurso humano requerido, es esencial que las EPS e IPS consoliden sus sistemas de información financiera, para que se asegure la transmisión simultánea de sus operaciones y sean públicos sus balances.

Además, se encuentra necesario mejorar la metodología del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que tome en cuenta el envejecimiento de la población, así como las necesidades de las entidades territoriales de acuerdo con las diferencias por zonas urbanas, rurales y rurales con poblaciones dispersas, de conformidad con el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Se requiere un análisis consecuente y a profundidad sobre el gasto de bolsillo en Colombia, con el fin de desarrollar políticas públicas de gastos complementarios, como podrían ser micro-seguros por grupos de riesgo u otras modalidades innovadoras, con miras a reducir la carga financiera fiscal del sistema. Con base en el principio de solidaridad y preservando la protección financiera,

Se hace necesario estimular las iniciativas de comunicación transparente y directa entre las entidades de la Autoridad Sanitaria Nacional, las EPS, las IPS y los usuarios, con el propósito de que estos reconozcan bien sus derechos y deberes frente a su salud, frente al sistema, y de esta manera este último se legitime.

la cofinanciación del sistema debe aumentar el gasto privado acorde con los ingresos económicos de cada ciudadano y a expensas del cruce de bases de datos financieros de los afiliados.

En un plan de medidas de transparencia del gasto en salud, de las cuentas y de las transacciones entre los agentes del sistema, se requiere depurar las bases de datos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de programas sociales (SISBEN), así como de otras bases de datos de personas con subsidios, contrastando esa información con la información financiera de los ciudadanos. Determinar con mayor precisión las personas que realmente deben ser beneficiarias del régimen subsidiado de salud.

Es necesario impulsar modalidades de contratación y pago de servicios de salud que respondan al reconocimiento de la calidad y de los resultados en salud en todos los niveles de atención, con especial énfasis en los servicios esenciales o primarios.

Por último, el Gobierno Nacional debe hacer mayores esfuerzos para incrementar la formalización laboral y para erradicar la evasión y la elusión al sistema de salud.

Eduardo Rueda, MD PhD

Director y Profesor Titular del Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Médico de la Pontificia Universidad Javeriana y Ph.D. en Filosofía de la Universidad del País Vasco. Actual Coordinador del Grupo de Trabajo en Filosofía Política del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO y Miembro de la Mesa Ejecutiva de la Red latinoamericana y del Caribe de Bioética de UNESCO. También es Miembro fundador y del comité directivo de la Red de Formación ética y ciudadana en Colombia. Ha sido Investigador Residente en el Institute for Advanced Studies in the Humanities KWI & Universidad Duisburg-Essen en Alemania (2010-2011) e Investigador Visitante en la Universidad de Oslo (2006). También ha sido Profesor Visitante en Holanda y Alemania, y varias Universidades de América Latina. En 2014 recibió de CLACSO el Premio de investigación Guillermo Hoyos Vásquez por su trabajo titulado Cultura Política para forjar la paz en Colombia y en 2011 el Premio de Investigación en Bioética de la Fundación Victor i Lucas de Barcelona. Sus líneas de trabajo incluyen la filosofía moral y política, y la bioética, y sus aplicaciones al análisis de problemas sociales en Colombia América Latina.

Enrique Peñaloza, MSc PhD

Director y Profesor Titular del Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana. Odontólogo de la Pontificia Universidad Javeriana, Especialista en Administración en Salud con énfasis en Seguridad Social, Especialista en Política Social, Magíster en Estudios Políticos de la Pontificia Universidad Javeriana; Doctor en Estudios Políticos, Universidad Externado de Colombia; Investigador y director del Grupo de investigación Política y Economía de la Salud. Miembro de Red de Investigación sobre Carga de la Enfermedad del Observatorio de la Salud. Iniciativa para América Latina y el Caribe, Miembro Fundador de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud, Miembro de la International Society on Priorities in Health, Miembro de la European Evaluation Society. Profesor Visitante de varias universidades en colombiana y en América Latina. Investigaciones sobre determinantes de la salud, servicios de salud, políticas públicas y economía política de la salud.

Medidas prioritarias para avanzar en la garantía del derecho a la salud en Colombia

Eduardo A. Rueda Barrera, MD PhD

Enrique Peñaloza Quintero, MSc PhD

Se presentan en este trabajo las medidas prioritarias que, según nuestro punto de vista, son fundamentales para avanzar en la garantía del derecho a la salud en Colombia. En la primera parte del documento se discute brevemente el sentido y alcance del derecho a la salud en el marco de una reflexión sobre la justicia social, el derecho constitucional colombiano y las obligaciones del Estado Social de Derecho. A partir de esta reflexión se hacen más claras las exigencias normativas que, para contribuir a la garantía de dicho derecho, se hacen específicamente al sistema de salud. En la segunda parte del documento se relacionan, de manera general, los problemas y desafíos más significativos que, a nuestro juicio, enfrenta hoy por hoy el sistema. Finalmente, se indican de un modo apenas panorámico, las acciones que se reclaman hoy con mayor urgencia, tanto al Estado en general, como al Ministerio de Salud y Protección Social en particular, para avanzar en la superación de tales problemas.

Sentido y alcance del derecho a la salud

Una visión amplia del derecho a la salud

El estado democrático de derecho está obligado a garantizar a todos los ciudadanos los derechos fundamentales que permitan, a cada uno de ellos, perseguir su propio plan de vida buena. El igual respeto a la autonomía privada y pública de cada ciudadano es el eje sobre el cual el Estado Social de Derecho define la carta de derechos fundamentales (Habermas, 1999). El igual respeto a la autonomía privada y pública de los ciudadanos exige, como ha mostrado John Rawls (1993), una

provisión igualitaria de bienes primarios para todos. Estos bienes incluyen las libertades básicas, la garantía a la plena participación política, la libertad de trabajo y de ingreso y bienestar material básico, y el derecho a vivir en una comunidad política que considere a cualquier ciudadano como igual a los demás. Esta provisión busca garantizar que las personas puedan efectivamente perseguir fines valiosos para ellas. En el ámbito constitucional, dicha provisión se garantiza a través de los llamados derechos fundamentales. Para Rawls, una sociedad justa solo admitiría tratamientos desiguales entre los ciudadanos cuando este tratamiento se ampare en la protección de los miembros menos aventajados de la sociedad. Legítimamente, los bienes sociales y económicos sólo pueden estar desigualmente repartidos si tal desigualdad contribuye a una mejor provisión de bienes primarios para aquellos miembros de la sociedad en situación de desfavorabilidad. Es este, precisamente, el núcleo duro de la noción normativa de la justicia como equidad.

Es evidente que, bajo una condición de déficit de salud, el ciudadano pierde capacidad para perseguir un plan de vida que le resulte valioso. Cuando esta condición de déficit es el producto de arreglos sociales que asignan de modo inequitativo entre los ciudadanos los bienes primarios, se puede afirmar que dicha condición ha sido determinada socialmente. Y ya que la inequidad que subyace a esta determinación es atribuible al Estado, es al Estado al que evidentemente corresponde la responsabilidad de corregirla a través de las reformas que sean necesarias (Powers & Faden, 2008).

La relación entre arreglos sociales e institucionales específicos y salud pública ha sido puesta en evidencia a través de las investigaciones numerosas sobre determinantes sociales y determinación social de la salud (Marmot & Wilkinson, 2006). Desde el punto de vista de estos estudios, y dicho de manera general, la salud de un ciudadano no es únicamente el producto de tener acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento médicos, sino, en una medida mucho mayor, del acceso y disfrute efectivo de sus derechos fundamentales. Por tanto, la debida garantía del derecho a la salud supone reformas de fondo que se extienden mucho más allá del sistema de salud: *“Once again, collective action is required, but the best strategies for eliminating the injustice involve much more than what global public health institutions, both public and private, can provide”* (Powers & Faden, 2008, 85). En este marco, resultarán particularmente relevantes, para la garantía del derecho a la salud, aquellas estrategias que reduzcan las inequidades sociales responsables de la potencial disminución de los años de vida de ciertos grupos de ciudadanos, o de la pérdida o deterioro de los funcionamientos psicofísicos valiosos gracias a los cuales pueden perseguir su propio plan de vida (WHO, 2014).

Requerimientos normativos al sistema de salud

El sistema de salud es, de acuerdo con la perspectiva explicada en el apartado anterior, no el sistema que atiende la salud de un país, que es materia de gestión integral y transectorial para la totalidad del Estado a través del diseño e implementación de medidas y contramedidas que profundicen el disfrute efectivo e integral de los derechos fundamentales, sino el sistema más

específico, encargado de garantizar a todos los ciudadanos el acceso equitativo, eficaz y oportuno a la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de enfermedades, y a la rehabilitación física, psicológica y social que por la ocurrencia de aquellas resultara necesaria.

En el cumplimiento de esta función pública el sistema de salud ha de regularse, naturalmente, por los mismos principios que guían al Estado Social de Derecho, a saber: la garantía a la autonomía pública y privada de los ciudadanos en la toma de decisiones (principio democrático); la equidad en la provisión de servicios de prevención, promoción, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y procesos de rehabilitación (principio de equidad)¹; y la total integridad y transparencia en su operación (principio de integridad y transparencia)². Es sólo mediante el acatamiento pleno de estos principios que el sistema de salud garantiza, y en lo que le corresponde, el derecho a la salud.

El aseguramiento de tales principios entraña el cumplimiento de reglas de acción específicas (Powers & Faden, 2008; WHO, 2014; Daniels & Sabin, 1998; Fabienne, 2001; Prah Ruger, 2010). Estas reglas operacionalizan los principios en procesos de decisión, gestión y evaluación de las acciones a cargo del sistema. Con base en los mismos principios pueden desagregarse en tres grupos, a saber, a) regla de participación democrática, b) reglas de equidad y c) reglas de integridad y transparencia.

a. Regla de participación democrática

De acuerdo con esta regla, el sistema de salud debe diseñar y activar procedimientos amplios, incluyentes, simétricos, no coactivos y documentables, para la regulación y vigilancia de todas sus acciones y decisiones.

Desde el punto de vista de estos estudios, y dicho de manera general, la salud de un ciudadano no es únicamente el producto de tener acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento médicos, sino, en una medida mucho mayor, del acceso y disfrute efectivo de sus derechos fundamentales.

¹ La CEPAL concibe también a los sistemas de salud como sistemas que deben guiarse por el principio de equidad, esto es, entenderse como sistemas de lucha contra la pobreza, la discriminación y los riesgos sociales, para lo cual han de encaminarse a 1) la universalización de la seguridad social, 2) la disminución de las marcadas inequidades en el acceso y calidad de los servicios, y 3) el mejoramiento de la rentabilidad social de los recursos asignados, con cambios en la gestión y la asignación (Titelman & Uthoff, 2003).

² Desde una perspectiva pública, la integridad da cuenta de la coherencia que ha de garantizar el sistema entre los principios y reglas rectoras de su acción, los objetivos que persigue y las acciones mismas que emprende para satisfacerlos. La transparencia indica, por su parte, el ideal normativo de garantizar a todos los ciudadanos y, con el fin de asegurar su permanente y mejor participación en los procesos de toma de decisiones, un acceso veraz, completo y oportuno a toda información relacionada con las políticas, planes, metas, funcionamiento, logros y problemas del sistema de salud. Sobre la integridad y transparencia descansa la legitimidad pública de las acciones de los diversos agentes que participan en el sistema de salud.

b. Reglas de equidad

- **Regla de mayor beneficio agregado.** Esta regla obliga al sistema de salud a dar prioridad de acceso oportuno a los servicios de prevención, promoción, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y procesos de rehabilitación que, dado un presupuesto finito, más beneficien a las personas. Para establecer los procedimientos, medicamentos y/o dispositivos que producen mayores beneficios, el sistema de salud tendrá en cuenta los años potenciales de vida saludable que el acceso a éstos puede razonablemente ofrecer, teniendo a la vista *grupos* de personas afectados por patologías específicas. Todo ello deberá contar con la participación pública debida.
- **Regla de mayor beneficio desagregado.** Esta regla establece la obligación de dar prioridad de acceso oportuno a los servicios de prevención, promoción, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y procesos de rehabilitación a las personas que, ubicadas dentro del grupo de quienes más se beneficiarían por ellos, podrían perder un número mayor de años de vida si no recibieran el beneficio. Quienes mayor número de años pudieran recuperar como consecuencia de acceder a un servicio médico o medicamento específico, deben tener prioridad sobre quienes pudieran recuperar menos. Al implementar las reglas de mayor beneficio agregado y desagregado, el sistema vela tanto por la protección de los miembros más vulnerables de la sociedad (niños y jóvenes, especialmente), como por la igualación de las posibilidades de vivir una vida completa (de la niñez a la vejez) entre las diversas generaciones.
- **Regla de acción afirmativa.** De acuerdo con esta regla, el sistema de salud habrá de dar prioridad de acceso oportuno a los servicios de prevención, promoción, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y procesos de rehabilitación a los grupos socialmente más desfavorecidos (pobres rurales, por ejemplo). Esta regla aplica tras la aplicación de las reglas de mayor beneficio agregado y desagregado. Esto significa que el sistema de salud debe dar prioridad a aquellos ciudadanos más desfavorecidos dentro del grupo que hubiera resultado de aplicar tales reglas. Esta regla afirmativa contribuye a compensar a quienes se encuentran en mayor situación de desventaja social.
- **Regla de protección contra el gasto.** Esta regla obliga al sistema a cumplir con dos tareas: i) priorizar aquellos servicios de prevención, promoción, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y procesos de rehabilitación que, con un nivel semejante de eficacia y seguridad para los pacientes, generen menores desembolsos al sistema;

Al implementar las reglas de mayor beneficio agregado y desagregado, el sistema vela tanto por la protección de los miembros más vulnerables de la sociedad (niños y jóvenes, especialmente), como por la igualación de las posibilidades de vivir una vida completa (de la niñez a la vejez) entre las diversas generaciones.

y ii) priorizar aquellos servicios de prevención, promoción, procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos y procesos de rehabilitación que pudieran causar mayores impactos en la economía familiar si ésta tuviera que asumirlos para que sea, entonces, el sistema el que los cubra. Esta regla ha de operar “lexicográficamente”, es decir, tras haber aplicado las reglas anteriores. Como tal, esta regla complementa el compromiso con la equidad de las reglas anteriores.

- **Regla de incentivo y compensación.** Esta regla establece el deber de identificar formas adecuadas de incentivo al desarrollo de soluciones médicas que resultaran necesarias para atender grupos de pacientes afectados por graves enfermedades, especialmente en la infancia. Las enfermedades huérfanas y las enfermedades raras constituyen prioridades particularmente importantes en materia de innovación. La creación de un fondo de recompensa por el desarrollo de innovaciones, alimentado por fondos estatales y privados, puede ofrecer una buena alternativa de compensación a la que garantiza la explotación vía patente (explotación que puede pugnar contra el principio de equidad). También establece la obligación de remuneración y condiciones de trabajo justas y equilibradas para los trabajadores de la salud, e incentivos apropiados para su promoción basados en criterios consensuados de calidad profesional.

c. Reglas de integridad y transparencia

- **Regla de rendición de cuentas y vigilancia ciudadana.** De acuerdo con esta regla, el sistema debe garantizar adecuados mecanismos de rendición de cuentas. Para ello, el Estado ha de establecer mecanismos para promover una red de asociaciones ciudadanas de vigilancia y control, fuertemente participativa e independiente, que pueda garantizar una vigilancia continua del sistema y establecer, además, un sistema de información permanente sobre distintos aspectos de su funcionamiento que contribuya a realizar ajustes oportunos a su operación.
- **Regla de independencia institucional.** Esta regla establece la obligación de construir una entidad pública soberana que, sin interferencias ni conflictos de interés, aplique las reglas precedentes. El acatamiento de esta regla resulta fundamental para asegurar la robustez epistémica de cualquier decisión.
- **Regla de libre competencia.** El sistema garantizará la libre competencia entre productores y distribuidores farmacéuticos y de dispositivos médicos, evitando, mediante estrategias jurídicas y políticas de contención, formas de mono u oligopsonio, o de abuso de posición dominante en el mercado. En ese mismo marco, la entidad de gobernanza deberá garantizar público y oportuno acceso a la información sobre precios de medicamentos y dispositivos médicos (distribuidos por tipo, presentación, casa comercial, etc.), estudios comparativos sobre eficacia y seguridad, y sobre regímenes de precios en

otros países. En el caso de que las prioridades de atención exijan la disponibilidad de medicamentos o dispositivos específicos protegidos por patentes, el Estado establecerá mecanismos (democráticos) para liberar su producción y distribución.

- **Regla de calidad profesional.** Esta regla ordena la incorporación de funcionarios públicos con base en criterios estrictamente meritocráticos (para lo cual tendrán que definirse los indicadores mínimos que deben satisfacer los funcionarios para ocupar los diversos cargos, incluida la dirección general). La aplicación de estos criterios y la selección de funcionarios exigirá la activa vigilancia ciudadana para lo cual se garantizarán los mecanismos adecuados. La regla también ordena la provisión de mecanismos de formación continua de dichos funcionarios y exámenes periódicos de acreditación.

Problemas del sistema de salud en Colombia

Ocho problemas cruciales del sistema de salud

Sin duda, los problemas que hoy por hoy enfrenta el sistema de salud del país comprometen en diversos grados y niveles los principios y las reglas operacionales con base en las cuales ha de guiarse en su acción. Describiremos a continuación los problemas cruciales que, a nuestro entender, enfrenta hoy por el Sistema de Salud. Posteriormente indicaremos de modo esquemático los principios y reglas que tales situaciones amenazan.

Son al menos ocho los grandes problemas que enfrenta hoy el Sistema de Salud colombiano.

1. **Distorsión de los objetivos sociales del sistema.** Para muchos investigadores y observadores es evidente que, en la actualidad, el Sistema opera fundamentalmente en función de la generación de renta (Gómez-Arias & Nieto, 2014; Molina & Ramírez, 2013; Franco, 2013). La presión por la obtención de rentas ha incentivado la inclusión y consumo excesivo de tecnologías y procedimientos médicos de alto costo, a la vez que la integración vertical con empresas de las propias entidades aseguradoras, todo lo cual ha favorecido el sobregasto en salud y la corrupción. La misma presión ha desincentivado la calidad de los servicios que prestan las entidades del Sistema, toda vez que ello no parece afectar –en un ambiente en el que, por razones obvias, no se dispone de estrategias sólidas de medición de la misma– la continuidad en el número de sus afiliados³. Y mucho más grave: la postergación, limitación o negación de servicios, a través de diversos mecanismos, se ha mantenido como

³ Una consecuencia adicional de esto han sido los subsidios cruzados entre las EPS: “Como las unidades de pago por capitación recibidas por las EPS son ajustadas al riesgo de los afiliados, pero no dependen de la calidad ofrecida, en su diseño actual el Sistema de Salud está implementando subsidios cruzados perversos entre EPS. En otras palabras, las EPS que gastan más por ofrecer mejores servicios a sus usuarios, terminan subsidiando a las que ofrecen una calidad regular.” (Bardey, 2017).

una estrategia permanente no solo de contención de la demanda sino de rentabilidad. La rentabilidad y la resolutivez marchan así en direcciones opuestas. Este conjunto de prácticas, claramente contraproduktivas para el derecho a la salud⁴, está, además, muy débilmente exigido por políticas de transparencia y rendición de cuentas, circunstancia que ha hecho opaco al ojo del ciudadano el funcionamiento del Sistema.

2. **Desigual afectación en salud y atención de poblaciones en situación de desventaja social crónica y de minorías culturales.** Numerosos estudios han documentado la desigualdad que, en materia de indicadores de salud, experimentan las poblaciones colombianas en situación de desventaja social crónica (pobres, población rural, minorías culturales)⁵. También son evidentes las desigualdades en atención médica entre los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado⁶. La carencia de auténticos programas de Atención Primaria en Salud (APS), ajustados a dinámicas socioambientales y culturales en cada territorio, se encuentra sin duda en la base de estas desigualdades⁷. La debilidad de la APS ha sido característica del sistema actual, fundamentalmente patocéntrico y centrado en la atención de alta complejidad. Las limitaciones para acceder a atención médica de calidad agrava la situación entre los pobladores rurales en un contexto de falta de estímulos y condiciones adecuadas para el trabajo médico en sus regiones. Asuntos como la seguridad alimentaria infantil y juvenil, la atención a la creciente población de ancianos, los problemas de salud asociados al cambio climático (v.gr. modificación de patrones de incidencia de enfermedades transmisibles), los problemas de salud mental asociados a la guerra, entre otros muchos, no se ubican como focos prioritarios dentro del Sistema a pesar de que corresponden a cuestiones cruciales para el aseguramiento de la equidad en salud en el país.

⁴ Lo que se ve en el Sistema colombiano es que las corporaciones se mueven en función de sus intereses y no en función de la representación de los derechos del ciudadano dentro del Sistema; por tanto, no cumplen como agentes que velen por la protección del derecho a la salud.

⁵ De acuerdo con el Análisis de Situación en Salud en Colombia (ASIS, 2016) la mortalidad infantil es 61% más alta en el primer quintil de pobreza, que en el último quintil. En mayores de un año esta tasa más alta aumenta a un 77%. También la mortalidad por infecciones es un 70% más alta en el primer quintil de pobreza, que en el último. Entre los departamentos con mayor pobreza multidimensional se producen 7,43 muertes más por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años por cada 100.000 habitantes, que en los departamentos con mayores ingresos. En el año 2014 se produjeron 54,98 más muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el área rural en relación con las áreas urbanas. También la mortalidad materna ha sido mucho más alta en la población indígena.

⁶ Del total de atenciones, el 61,26% se realizó a afiliados del régimen contributivo y el 32,05% a afiliados del régimen subsidiado que, sin embargo, tiene un mayor número de afiliados (ASIS, 2016).

⁷ El Observatorio Nacional de Salud ha mostrado que el 53% de las muertes reportadas entre 1998 y 2011 se produjeron por causas evitables, es decir, por situaciones que una buena atención primaria en salud hubiera podido prevenir o resolver eficazmente (2014).

3. Insuficiente información pública. El déficit de información, especialmente regional, sobre niveles de salud y condiciones sociales, a la vez que sobre las dinámicas de gasto dentro del Sistema y sobre los procesos de incorporación (o exclusión) de tecnologías médicas diversas al plan de beneficios, limitan enormemente las posibilidades de los ciudadanos para ejercer vigilancia, control y participar activamente en la toma de decisiones. No sólo son necesarios enfoques más integrales para analizar la situación en salud en las diferentes regiones, sino estrategias eficaces para la articulación de actores diversos en estos análisis y la apropiación de una perspectiva territorial que elucide las causas estructurales de los problemas en salud (Yepes & Marin, 2018). Solo así podrá producirse información relevante para la participación efectiva de la ciudadanía en la toma de decisiones en salud, especialmente en las regiones del país.

4. Exclusión cultural y monoculturalismo facultativo. La base cognitiva a partir de la cual ha informado permanentemente el Sistema de Salud sus decisiones y acciones, a lo largo de todo el espectro de atención médica a las necesidades de salud de la población (de la promoción y prevención a la rehabilitación), ha sido la medicina facultativa. Ha sido sistemático el cierre funcional del Sistema para abrirse al diálogo con otras tradiciones de práctica médica, alternativas, indígenas o raizales, y esto no únicamente para propósitos de adaptación operacional del Sistema de Salud a territorios étnicos específicos, sino para la ampliación de los recursos culturales disponibles para el cultivo de la salud, la investigación de formas más económicas de terapia para la familia, la gestión de territorios saludables en clave comunitaria, entre otros varios. Esta exclusión generalizada, que solo en algunos casos le ha concedido a otras tradiciones médicas un lugar “complementario” a la medicina facultativa, contrasta con el crecimiento de la demanda de los pacientes sobre estos servicios, explicable en parte por las diversas formas de maltrato que reciben dentro del Sistema, y cuyos resultados en muchas ocasiones son valiosos para ellas. Tomarse en serio el diálogo intercultural con otras tradiciones de cuidado médico para la atención de las necesidades en salud del país es hoy, sin duda, asignatura pendiente dentro del Sistema.

5. Precarización de las condiciones laborales para los trabajadores de la salud. Se ha insistido recurrentemente, desde diversos sectores académicos, periodísticos y gremiales, en los efectos que la “crisis de la salud” tiene sobre las condiciones de trabajo de sus profesionales. A la falta frecuente de insumos y el aumento en las agresiones físicas y verbales por parte de los pacientes, a su vez irritados por las persistentes fallas estructurales del Sistema, se suma la inseguridad en el pago de salarios y, en muchos casos, la tercerización laboral que frecuentemente les niega a los trabajadores de la salud seguridad social y otras prestaciones de ley (Ardila, 2016). Los reclamos por un trabajo decente son continuos mientras, en cam-

El deterioro que las prácticas vigentes dentro del Sistema de Salud ha causado en la autonomía médica ha sido denunciado de manera permanente por diversas asociaciones médicas.

bio, las instituciones del Sistema continúan lucrándose (a expensas, incluso, de la sobrecarga laboral de los profesionales que contratan). Las limitaciones para su participación en la definición de las pautas de trabajo y mecanismos de promoción y evaluación de su labor son también palmarias.

6. Restricción a la autonomía médica. El deterioro que las prácticas vigentes dentro del Sistema de Salud ha causado en la autonomía médica ha sido denunciado de manera permanente por diversas asociaciones médicas. La incorporación de la plataforma MIPRES, como alternativa a los comités técnico-científicos que antes autorizaban, en ambos regímenes de afiliación, tratamientos No POS, ha ocasionado entre los médicos una conducta defensiva. La autocensura, ejercida por parte del médico para evitar futuras investigaciones, ha reemplazado al comité técnico-científico en su función de disciplinamiento de la práctica a las guías clínicas establecidas, con el efecto adicional de que deja a los pacientes sin la prescripción con la cual podían antes interponer acciones de tutela para demandar servicios específicos⁸. Esta restricción sobre la autonomía médica viene impactando la relación médico-paciente y comprometiendo la calidad debida de una atención que, en vez de ser integral y personalizada, se ha hecho cada vez más rígida y, por así decir, robotizada. La integridad profesional y la transparencia de la relación médico-paciente ha quedado así gravemente comprometida.

7. Limitación para acceder a la formación médico-clínica especializada. Los altos costos de cualquier programa de residencia médico-quirúrgica se han convertido, en la actualidad, en una barrera importante para la formación de personal especializado, no obstante las necesidades que evidentemente tiene el país, especialmente en las regiones, de este tipo de profesionales (Ruiz & cols., 2011). Los altos costos que resultan tanto más difíciles de cubrir, porque a los médicos residentes se les exige tiempo completo y no pueden trabajar, hacen imposible acceder a la formación especializada a muchos profesionales académicamente sobresalientes que no cuentan con los recursos para cubrir las costosas matrículas. La inequidad de esta situación se agrava cuando es sabido que los residentes son pieza clave en el funcionamiento de los diversos servicios especializados y en la formación de los médicos generales sin que, a menudo, reciban ingreso alguno por ello.

8. Conflictos de interés en la práctica médica. Numerosos estudios, llevados a cabo a escala internacional, han puesto en evidencia el impacto que las formas de marketing de productos farmacéuticos y dispositivos médicos tiene en la prescripción, la investigación y la educación médica (D’Arcy & Moynihan, 2009; DeAngelis, 2006). Los efectos derivados de esta comprobada influencia incluyen, no solo la afectación potencial del bienestar de los pacientes, que queda amenazado cuando las decisiones prescriptivas se dan en el contexto de intereses del médico ajenos al beneficio del paciente (v.gr. los de retribuir o procurar favores de la industria), sino el incremento progresivo del gasto en salud por vías que resultan pugnantes con la

⁸ La Organización Pacientes Colombia comunicó que “Las cifras oficiales muestran que, por cada 10 prescripciones por Mipres, las EPS demoran o dilatan 8” (El Tiempo, 20 junio de 2017).

reglas de libre competencia y de participación pública. Más grave aún, son los comprobados efectos que tiene el marketing en la configuración del punto de vista de aquellos expertos que participan en el diseño de guías clínicas, o en el desarrollo de metaanálisis sobre la eficacia y seguridad de distintas alternativas terapéuticas. Similares efectos se han documentado en el ámbito investigativo. Los ingresos percibidos por la incorporación de pacientes a protocolos de investigación en fase III o IV, bajo el monitoreo de organizaciones de investigación por contrato (CROs), compromete la independencia de los médicos investigadores para invitar a sus pacientes a incorporarse a los ensayos clínicos. Los efectos más preocupantes del marketing se dan en el ámbito de la educación médica en el que rara vez se forma a los estudiantes de manera crítica sobre el alcance de esta influencia. El conjunto de estos efectos, profundos y crecientes en Colombia, y desconocidos en general por médicos y ciudadanos, amenaza sin duda la autonomía médica, la calidad profesional y la equidad en la prestación de servicios.

Los principios y reglas operacionales que se infringen en el marco de cada una de las situaciones problemáticas del Sistema de Salud se presentan esquemáticamente en la Tabla 1. El desacato al contenido de los principios y las reglas en las que descansa el aseguramiento del derecho a la salud se refleja, en cada situación, en formas erráticas de funcionamiento del Sistema que deterioran las posibilidades de disfrute efectivo de dicho derecho.

La conclusión es, llegado este punto del análisis, más bien obvia: se requieren medidas que con fuerza reubiquen el Sistema de Salud en el espacio normativamente legítimo bajo el cual, y sólo bajo el cual, puede garantizar, en lo que le corresponde, el derecho a la salud de los ciudadanos. Dedicaremos el siguiente apartado a esta cuestión fundamental.

Alcances y límites de la Ley Estatutaria en Salud y de la Política de Atención Integral en Salud, PAÍS, y el Modelo de Atención Integral en Salud, MIAS

La consagración del derecho a la salud en la Ley Estatutaria, no obstante el optimismo con el que se recibió entre muchos sectores, no se ha reflejado, tras tres años de su promulgación, en cambios en la operación del Sistema. En esto coinciden hoy unánimemente observadores, investigadores, periodistas y usuarios. Por su parte, la Política de Atención Integral en Salud, PAÍS, y su componente operativo, el Modelo de Atención Integral en Salud, MIAS, lanzada por el Minsalud en 2016 para “adoptar la integralidad”, se ha querido proponer como una alternativa para reubicar a las personas y comunidades, y no a las EPS e IPS, “en el centro del Sistema”, fortaleciendo la APS y la gestión integral e intersectorial del riesgo con enfoque diferencial y territorial. Enfoques similares se han implementado en países como Chile (Bass del Campo, 2012) y Perú (Feo & Tobar, 2014). En ambas experiencias se destaca una mejora en los niveles de resolutiveidad. Sin embargo, en ambos modelos, similares al colombiano, los resultados en materia de prevención, promoción y control de enfermedades crónicas siguen siendo

insatisfactorios debido, básicamente, a las dificultades para 1) reducir la inercia del Sistema en torno a la atención de alta complejidad, 2) disminuir las brechas de atención entre regiones; y 3) atraer profesionales en medicina familiar y comunitaria hacia las regiones más necesitadas. En circunstancias en las que la distorsión sobre los objetivos sociales del Sistema no se corrige, parece en verdad difícil esperar que estas medidas contribuyan eficazmente a garantizar el derecho a la salud de los colombianos.

Tabla 1
Principios normativos y reglas de operación que se infringen en el marco de cada problemática (se marcan con una X)

Principios afectados	Reglas quebradas	Problemáticas actuales del sistema de salud							
		Distorsión de los objetivos sociales del Sistema	Desigual afectación en salud y atención de poblaciones vulnerables.	Insuficiente información pública	Exclusión cultural y monoculturalismo facultativo	Precarización de las condiciones laborales para los trabajadores de la salud	Restricción a la autonomía médica	Limitación para acceder a la formación médico-clínica especializada	Conflictos de interés en la práctica médica
Democracia	Participación pública	X		X	X	X			
Equidad	Mayor beneficio agregado	X	X		X		X	X	X
	Mayor beneficio desagregado	X							
	Mayor equidad social	X	X	X		X		X	X
	Protección contra el gasto	X		X					X
	Incentivo y compensación					X	X	X	
Integridad y transparencia	Rendición de cuentas y vigilancia ciudadana	X		X					X
	Independencia institucional								X
	Libre competencia								X
	Calidad profesional	X	X		X	X	X	X	X

Medidas prioritarias

Con el fin de superar los graves problemas del Sistema de Salud, y con el propósito de que las soluciones se alineen con los principios y reglas de operación en virtud de las cuales puede auténticamente garantizarse el derecho a la salud, en vez de contravenirlos, proponemos, de manera apenas panorámica, las siguientes medidas urgentes:

- a. Corregir la distorsión de los objetivos sociales del Sistema de Salud a través de una reforma profunda del modelo de financiamiento y administración, una reforma que permita que el Sistema se financie con base en impuestos generales⁹ y que asegure plena rectoría del Estado sobre él para que en los procesos de planificación, ejecución de planes y asignación de recursos se sigan los principios normativos, y sus reglas correspondientes, de participación, equidad e integridad y transparencia.
- b. Reorganizar el Sistema de Salud teniendo como centro de su operación la Atención Primaria en Salud con enfoque intersectorial, diferencial y territorial, asegurando la participación ciudadana y las condiciones y estímulos laborales adecuados para que sus operadores se apliquen a su optimización permanente, y garantizando una amplia articulación de sus programas con la red de hospitales a lo largo de un circuito que cubre diversos niveles de complejidad.
- c. Robustecer, asegurar y hacer plenamente accesible un sistema integrado de información en salud para el país, diferenciado por regiones, y con mecanismos suficientes y adecuados para que en su permanente desarrollo se garantice la participación ciudadana.
- d. Desarrollar una política, y un modelo operativo, que garantice el diálogo y apropiación social de co-

Garantizar la participación amplia y plural del cuerpo médico en la definición de medidas para la mejor racionalización del gasto en medicamentos y dispositivos médicos a través de pautas consensuadas para la prescripción.

⁹ Sobre este punto es importante indicar que la tributación en el sistema colombiano no ha sido pensada como un componente central del Estado Social de Derecho. Esto se debe a que la Constitución de 1991 no es muy clara sobre la responsabilidad tributaria para desarrollar el Estado Social de derecho. La CEPAL (Corbacho & cols., 2012) ha mostrado que Colombia tiene una de las peores relaciones de progresividad en cuanto a impuestos, ya que por cada peso que paga el capital o los propietarios del capital, los trabajadores pagan 2,5 veces más. Cuando la provisión de los servicios de salud, tanto individuales como colectivos, se organizan colectivamente y se financia por las contribuciones de toda la sociedad, los sistemas de bienestar y fiscales ejercen un impacto redistributivo claro y constituyen herramientas para reducir las desigualdades. En cambio, la individualización de los contratos de seguros y la descentralización de muchos de los componentes de la asistencia social conducen a resultados diferentes entre los individuos, aunque sus necesidades en salud sean similares.

nocimientos y prácticas de otras tradiciones culturales de cuidado médico y de la salud, para propósitos de promoción, prevención y cuidado complementario en las regiones y con proyección al país nacional.

- e. Reestablecer y garantizar condiciones laborales decentes y dignas para los trabajadores de la salud que resuelvan definitivamente los problemas actuales de tercerización, sobrecarga laboral e inseguridad salarial en todas las regiones y niveles de atención.
- f. Garantizar la participación amplia y plural del cuerpo médico en la definición de medidas para la mejor racionalización del gasto en medicamentos y dispositivos médicos a través de pautas consensuadas para la prescripción.
- g. Proteger la autonomía e incentivar la autorregulación médica a través de la participación, la educación y la promoción de las buenas prácticas, como alternativa a las formas de control del gasto centradas en la vigilancia y la fiscalización que hoy operan dentro del Sistema.
- h. Constituir administrativa y financieramente un fondo de becas completas (que cubran matrículas y manutención de los estudiantes) para el financiamiento de programas de especialización en medicina familiar y comunitaria, y de otras especialidades médico-quirúrgicas que razonablemente se requieran, que observen únicamente criterios meritocráticos para su asignación.
- i. Desarrollar e implementar, con la participación activa de la sociedad civil, un aparato normativo y educativo adecuado para contener los diversos efectos nocivos del marketing farmacéutico y de dispositivos médicos en los ámbitos de la prescripción, la investigación y la educación médica. En este propósito, hacer uso de las medidas ya disponibles para garantizar el acceso a, y control de precios de, medicamentos y dispositivos médicos.

■ Referencias

Ardila, A. (2016) Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado. Tesis Doctoral. Doctorado en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

Bardey, D. (2017). El Sistema de salud colombiano, ¿Bueno o malo? En La Silla Vacía, 02 Octubre 2017. Disponible en: <http://lasillavacia.com/blogs/blogoeconomia/el-sistema-de-salud-colombiano-bueno-o-malo-62792>

Barrera, E. L. (2015). La salud en Colombia: Entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993-2015. Tesis doctoral. Colombia, Bogotá, D.C.: Universidad Externado de Colombia. Facultad de Derecho. 499 p.

Bass del Campo, C. (2012) Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave 2012 Dic;12(11).

Corbacho, A. & Fretes, V. & Lora, E. (Edits.) (2012) Recaudar no basta: los impuestos como instrumento de desarrollo, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en:

Daniels, N. & Sabin, J. (1998) The ethics of accountability in managed care reform, Health Affairs, 17, 5: 50-64

D'Arcy E, Moynihan R (2009) Can the Relationship between Doctors and Drug Companies Ever Be a Healthy One? PLoS Med 6(7): e1000075

DeAngelis, C. (2006) The Influence of Money in Medical Scienc, JAMA, 296, 8, 996-998.

Defensoría del Pueblo (2013). La tutela y el derecho a la salud 2012. Disponible en: <http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/La%2520Tutela%2520y%2520el%2520derecho%2520a%2520la%2520Salud%25202012%2520-%2520Informe%2520Defensoria%2520del%2520Pueblo.pdf>

Fabienne P. (2001) Health Equity and Social Justice, Journal of Applied Philosophy 18 (2): 159-70

Feo O, Tobar K. (2014) Informe de evaluación “Modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la Salud”, República del Perú.

Franco, S. (2013) Entre los negocios y lo derechos, Revista Cubana de Salud Pública, 39 (2) 268-284.

Gómez-Arias RD, Nieto E. (2014) Colombia: ¿Qué ha pasado con su reforma de salud? Rev Peru Med Exp Salud Publica;31(4):733-9

Habermas, J. (1999) La inclusión del Otro, Barcelona, Paidós. <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/documentos%20adjuntos/Fiscal%20BID.pdf>

Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006) Social Determinants of Health, New York, Oxford University Press.

Minsalud (2016) Análisis de situación en salud en Colombia, Bogotá, noviembre.

Minsalud.(2018) Boletín de Prensa 003. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-exitosos-resultados-del-MIAS.aspx>

Molina G, Ramírez A. (2013) Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009. Rev Panam Salud Pública; 33(4):287-93.

Observatorio Nacional de Salud (2014) Informe 3: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011, Bogotá, Instituto Nacional de Salud.

Powers, M. & Faden, R. (2008) Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy (Issues in Biomedical Ethics). New York, Oxford University Press.

Prah Ruger, J. (2010) Health and Social Justice, New York, Oxford University Press.

Rawls, J. (1993) Liberalismo Político, México, Fondo de Cultura Económica.

Ruiz, F. y otros (2011) Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva, Bogotá, CENDEX - Minsalud.

Titelman, D. & Uthoff, A. (2003) El papel del aseguramiento en la protección social, Revista de la Cepal, 81, diciembre. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/revistaCepal/Sp/081103122.pdf>

WHO (2014) Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, Geneve, Switzerland.

Yepes CE, Marín YA (2018) Desafíos del análisis de situación de salud en Colombia, Biomédica, 38(2).

La publicación de la Agenda de salud 2018 busca promover un espacio de reflexión sobre las diferentes visiones del sistema de salud colombiano y fomentar una conversación productiva frente su futuro.

Agenda en salud 2018:

para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100

A los 25 años de la Ley 100, el sector salud del país ha experimentado grandes progresos y desafíos, y es un momento donde se requieren espacios de diálogo constructivo, propositivo y no partidista para avanzar hacia un mejor sistema.

La *Agenda en salud 2018: para definir el rumbo del sector salud a los 25 años de la Ley 100* es un ejercicio realizado en conjunto por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana, la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes, el Banco Mundial y la Fundación Anáas para convocar voces expertas del sector salud colombiano y proveer un espacio de diálogo en el que se discutan propuestas en temas específicos en los que el sector debería progresar durante el próximo gobierno. Esta es una lista de temas que no busca ser exhaustiva, sino más bien procura equilibrar temas en salud que son altamente mediáticos con algunos que pese a ser importantes, son menos discutidos. Esperamos que tomadores de decisiones, académicos y sociedad civil encuentren en esta iniciativa una guía para orientar el progreso del sistema de salud a los 25 años de su creación.