

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

Health in Colombia: Vision of progressive change on a consolidated basis

Jorge Andrés Guinea., Eduan Javier Sánchez., Alex Fernando Martínez

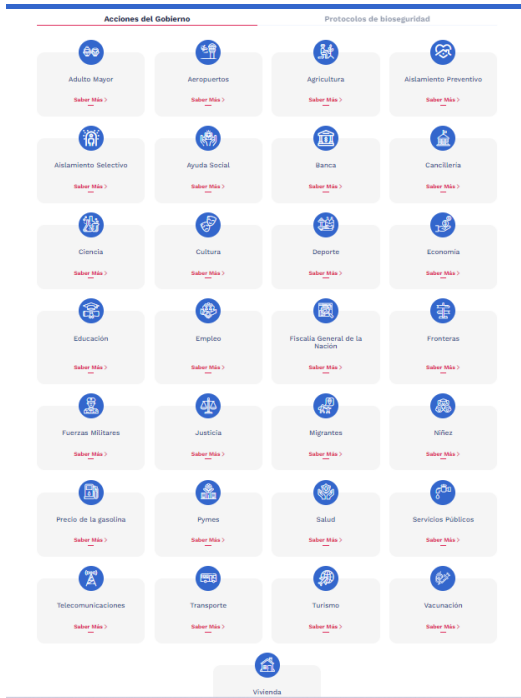
Universidad Externado de Colombia

1. Introducción

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

Un eslogan en este sentido ha caracterizado el discurso de los equipos de gobierno: “Eliminar la Intermediación de las EPS” que se propone como una de las más importantes medidas para brindar solución a los inconvenientes actuales del sistema de salud. Nos inquieta si esta es la solución a los problemas que enfrenta el sistema de salud en Colombia; ¿cuáles son esos problemas? ¿Existe una solución en el mundo que podamos adoptar y que se ajuste a nuestras circunstancias políticas y económicas?

El mundo se ha visto enfrentado tal vez a una de las más grandes amenazas a su población por causa del coronavirus llamado COVID-19 que, de acuerdo con el concepto del Ministerio de Salud, *“son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo y que causan Infección Respiratoria Aguda (IRA), es decir gripe, que pueden llegar a ser leve, moderada o grave”*. El nuevo Coronavirus (COVID-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII). *Se han identificado casos en todos los continentes”*.



En Colombia se han presentado a corte de agosto de 2022 un total de 6.308.809 casos confirmados y lamentablemente han fallecido poco más de 140 mil personas por causa de este virus.

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

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

afectación del ciclo productivo del país.

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

Lo anterior nos invita a pensar en las patologías de alto impacto en la población y algunas de baja frecuencia, pero de alto impacto económico para su atención que podrían estar evaluadas bajo protocolos estándar de aplicación soportados de igual manera en la estandarización de su forma de remuneración clasificada por su ubicación geográfica y esfuerzo técnico y logístico. Varios aspectos a tener en cuenta: el estado garantiza la salud de los colombianos a través de un plan de beneficios en salud, los recursos son finitos y obedecen a un presupuesto, los prestadores de servicios no tienen control sobre los valores que cobran por sus servicios, no existe un tarifario de referencia que permita guiar la costo–efectividad de los servicios contratados, la demanda de medicamentos es conocida por el sistema, por que no efectuar negociaciones unificadas que permitan generar ahorros para redireccionar la inversión?

Muchas inquietudes acompañan un proceso de evaluación del sistema de salud lo cual obliga a emitir conceptos con la rigurosidad pertinente soportada en datos y proponer caminos que pretendan mejorar

lo ya adquirido aprovechando los avances administrativos y tecnológicos desarrollados y adquiridos en estos casi treinta años del sistema de aseguramiento implantado a partir de la ley 100 de 1993.

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

2. Generalidades del Sistema de Salud Colombiano

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

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

EL ESTADO, que a través del Ministerio de Salud y Protección Social actúa como organismo de coordinación, dirección y control.¹

LAS EPS – Aseguradoras que son responsables de la afiliación de la población al sistema, el recaudo de las cotizaciones del régimen contributivo, reconocer y pagar las prestaciones económicas a las personas con derecho (maternas, padres, personas incapacitadas) y de administrar de manera eficiente la prestación de los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a la población colombiana.

LAS IPS – Prestadores de Servicios de Salud que son los hospitales, clínicas, centros de salud de todos los niveles de atención incluidos los consultorios e instituciones de laboratorios clínicos, de imagenología y radiología que prestan servicios complementarios a la atención liderada por los profesionales de salud.

LOS COLOMBIANOS, que es la población que requiere de los servicios de atención en salud preventiva y paliativa en el territorio nacional.

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

- Los entes de control con el liderazgo de la Superintendencia Nacional de Salud, las Secretarías de Salud departamentales y municipales dependientes del Estado y el Ministerio de Salud como organismo rector del sistema.
- Los gremios y asociaciones creadas alrededor de la gestión operativa de la salud (ACEMI, ACHC, asociaciones de usuarios, Organización de Pacientes de Alto Costo, Federaciones Médicas ...).

- Institutos descentralizados dependientes del Ministerio de Salud de los cuales se destacan: la ADRES – Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, el INVIMA para el control de ingreso de tecnologías en salud al sistema y el INS – Instituto Nacional de Salud, de alta valoración por su representación en los recientes eventos de afectación a la salud mundial.
- Las organizaciones creadas y potenciadas a partir de la implantación de la ley 100 de 1993 como los operadores de medicamentos, BPO para el procesamiento de información en salud e institutos de carácter mixto para apoyar la gestión adecuada de la inversión en salud como la Cuenta de Alto Costo y el IETS – Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
- La academia y sus aportes para la generación de la mejor oferta a través de profesionales en salud que impacte de manera positiva la demanda de servicios de salud de la población. ACOFAME – Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- Los Regímenes Especiales con aproximadamente un 5% de la población distribuidos en: i) el Magisterio, ii) las Fuerzas Militares, iii) las Universidades Públicas, y iv) la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL)

De acuerdo con la Ley 100 de 1993 el sistema de salud colombiano exceptuando a los regímenes especiales, clasifica su población con el fin de identificar la fuente de financiamiento en los regímenes: i) **Contributivo:** incluye las personas con capacidad de pago que obtienen ingreso por su labor o estado como los trabajadores dependientes de las empresas, los independientes y los pensionados. El monto que aporta cada trabajador es del 12.5% de su ingreso base de cotización (IBC) que para el caso de los trabajadores dependientes se distribuye en un 4% a cargo del trabajador y el 8.5% restante al empleador. A través de este régimen se cubre al trabajador y a su grupo familiar básico, y ii) **Subsidiado:** financiado 100% por el estado. Incluye las personas en condición de pobreza o vulnerabilidad identificada por su clasificación en los niveles I y II del SISBEN y las personas clasificadas por el estado como especiales prioritarios como los menores abandonados o en condición de desplazamiento y las comunidades indígenas entre otros.

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

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

- Funciones asignadas a las EPS – Empresas Promotoras de Salud:

- **AFILIAR:** Las EPS tendrán a cargo la afiliación de los usuarios.
 - **RECAUDAR:** El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, quien delegará en lo pertinente esta función en las Entidades Promotoras de Salud.
 - **ADMINISTRAR PRESTACION DE SERVICIOS:** Las EPS tendrán a cargo la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras.
 - **RECONOCER PRESTACIONES ECONOMICAS:** Las EPS deberán reconocer las prestaciones económicas asociadas a cada trabajador, así como la administración de vida del reconocimiento que hace el Estado a las mujeres gestantes y a los responsables del grupo familiar mediante las licencias remuneradas para focalizar la atención de la primera infancia de los colombianos neonatos.
- Para la IPS – Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: “son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas”.
 - Las EPS podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos. Para el caso de la prestación ejercida por las mismas EPS, se establece un límite del 30% del total de la prestación de acuerdo con la normatividad vigente.

2.1 Financiamiento

Para atender las necesidades de servicios de salud de la población colombiana el Estado destina una cifra por cada persona afiliada al sistema general de seguridad social en salud a través de una EPS conocida como UPC- Unidad de Pago por Capitación. El valor de la UPC lo establece el Ministerio de Salud a comienzo de cada año con base en un estudio actuarial de suficiencia para la UPC soportado en los servicios prestados en periodos anteriores por las diferentes entidades de aseguramiento, operadores de medicamentos e instituciones prestación de servicios – IPS - para lo cual se hace fundamental la oportunidad y la calidad de la información soporte de las operaciones de prestación de servicios.

El Ministerio de Salud ha establecido un valor promedio de UPC que se reconocerá de manera diferencial de acuerdo con la clasificación de las personas de acuerdo con su edad y género conocida como estructura

de costo; se establecen 14 grupos de clasificación de la población a los cuales se asigna un ponderador para reconocer el riesgo asociado de acuerdo con el grupo etario y género en algunas edades:

Tabla 1. Valor promedio UPC

UPC Promedio		Estructura de Costo		
Grupo Edad		Contributivo	Subsidiado	Contributivo con Inclusiones de Presupuesto Maximo
1	Menores de un año	2,9679	2,7654	2,9966
2	De 1 a 4 años	0,9530	0,8179	0,8618
3	De 5 a 14 años	0,3329	0,3267	0,3475
4	De 15 a 18 años (Hombres)	0,3173	0,3847	0,3354
5	De 15 a 18 años (Mujeres)	0,5014	0,6381	0,5262
6	De 19 a 44 años (Hombres)	0,5646	0,6415	0,5785
7	De 19 a 44 años (Mujeres)	1,0475	1,0154	1,0683
8	De 45 a 49 años	1,0361	1,0376	1,0902
9	De 50 a 54 años	1,3215	1,2973	1,3796
10	De 55 a 59 años	1,6154	1,5738	1,6332
11	De 60 a 64 años	2,0790	1,9465	2,0971
12	De 65 a 69 años	2,5861	2,4125	2,5977
13	De 70 a 74 años	3,1033	2,9424	3,1411
14	De 75 años y mayores	3,8997	3,6575	3,9188

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

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

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

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

El Ministerio de Salud presentó el balance de su gestión 2021 – 2022 en el cual destaca los avances en el fortalecimiento del aseguramiento, el acceso a medicamentos y la interoperabilidad de las tecnologías sanitarias. Informa el Ministerio que el presupuesto destinado para el aseguramiento en salud y otras áreas prioritarias para la cartera de salud es de \$73 billones para 2022, monto que será financiado en el 64% desde el Presupuesto General de la Nación y el 36% financiado con el recaudo de las cotizaciones del régimen contributivo. Esta cifra contrasta con el gasto en salud registrado para el año 2021 que alcanzó

según su informe los \$89 billones reportando un incremento del gasto en salud per cápita de un 12% en los últimos cuatro años (Consultorsalud, 2022)

De este presupuesto hace parte el cubrimiento de los servicios necesarios para garantizar la salud de los colombianos enmarcados en el Plan de Beneficios – PBS y el denominado presupuestos máximos de servicios inicialmente no cubiertos por el PBS pero que han sido incorporados como inclusiones al PBS; los servicios aún excluidos pero que por direccionamiento médico u orden judicial deben ser cubiertos se cubren por las EPS y a través de un mecanismo de recobro se reclaman ante el estado. La cifra que representa este cubrimiento puede estar entre 2 y 3 billones de pesos al año.

2.2 Cobertura

De acuerdo con información publicada en la revista Consultor Salud, a corte de mayo de 2020 el 95,8% de la población colombiana estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud distribuida como se presenta a continuación:

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

Para el Ministerio de Salud su mayor alcance a cierre del gobierno del Dr Duque es “(...) *la cobertura universal en salud, representada en un 99.6% de habitantes afiliados al sistema: 24.399.839 personas en el régimen contributivo y 24.745.934 en el régimen subsidiado.*”

Consultada la información registrada en las bases de datos del Ministerio de Salud encontramos:

Tabla 2. Cobertura nacional de aseguramiento en salud

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

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Se evidencia una cobertura nacional del 98.39%, sin embargo, se destaca que existe una población afiliada por la emergencia social originada en la pandemia que representa un 2.49% alcanzando la cifra de 1.285.130 personas que a partir del 1 de julio de 2022 quedarían sin cubrimiento en salud lo que nos retornaría a una cifra cercana al cubrimiento aproximado del 96% de la población colombiana.

Importante es destacar el avance alcanzado en estos casi 30 años de implementación del sistema general de seguridad en salud al pasar de un 34% a comienzos de la década de los noventa del siglo anterior a un nivel superior al 95% en el 2022. ¿Qué hubiera sido de muchos de nuestros compatriotas en plena pandemia sin la protección en salud que hoy nos brinda el estado colombiano? ¿Hubiéramos tenido los suficientes recursos al interior de cada grupo familiar para soportar las inclemencias del actuar del nefasto virus?

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

2.3 Distribución de la población por asegurador - EPS

Las primeras 7 EPS cubren más del 70% de la población colombiana destacando a la Nueva EPS de naturaleza mixta (51% del Estado y 49% de Cajas de Compensación) que administra el aseguramiento de

casi 10 millones de personas representado en el 18.61% de participación con presencia en más de mil municipios del País.

Para el reconocimiento de prestaciones económicas delegado en las EPS, el Estado destina un 0.40% del IBC de cada trabajador con el fin de fondar la demanda de incapacidades de origen común causado a cualquier trabajador incluido el pago de las incapacidades superiores a los quinientos cuarenta (540) días continuos.

Adicionalmente, en el mismo régimen contributivo, el Estado otorga un reconocimiento por cada persona afiliada a través de las EPS que asciende a \$67.09 diarios con el fin de incentivar el desarrollo de actividades de promoción y prevención de la salud. De acuerdo con la composición presentada en este documento, la población promedio afiliada en régimen contributivo asciende a 23 millones de personas que permite estimar que mensualmente se destinan para este fin alrededor de \$46.300 millones que representa cerca poco más de medio billón de pesos al año. ¿Es necesario este incentivo para fomentar la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta que los procedimientos base están incluidos en el Plan de Beneficios? ¿Si existe el incentivo para el régimen contributivo porque no para los afiliados en el régimen subsidiado (equidad)?

2.4 Calidad de los servicios

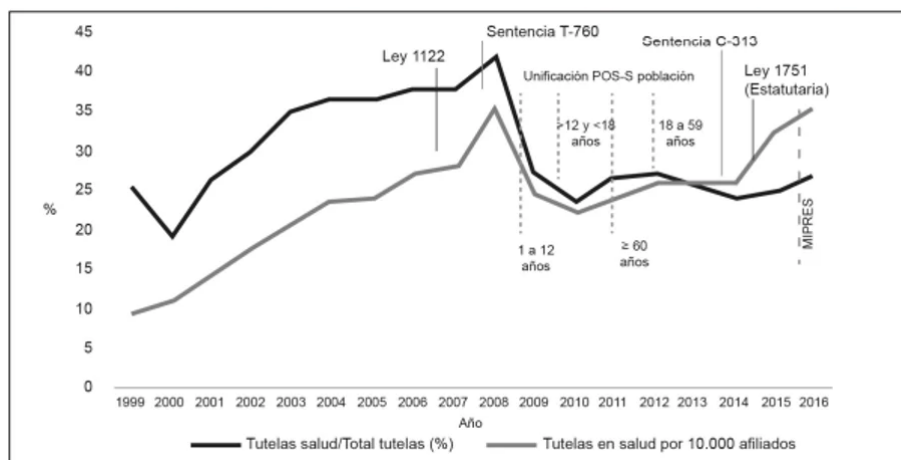
La intención de la constitución de 1991 y operativizado posteriormente mediante una serie de leyes, decretos y resoluciones encabezados por la ley 100 de 1993, la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, la ley estatutaria 1751 de 2015, la Sentencia C- 313 de 2014 de la Corte Constitucional y el decreto ley 780 de 2016 y las normas que las modifican fue la de aplicar los principios de: i) **Solidaridad:** Aquellos que más tienen aporten mas para cubrir a los que no tienen suficientes recursos, ii) **Equidad:** Todo colombiano tiene derecho a la salud con igual calidad, independiente de su capacidad de pago, iii) **Universalidad:** Cobertura al 100% de la población colombiana. La población que aún no están afiliados al sistema de seguridad social en salud denominados como “vinculados” que, en caso de necesitar asistencia, se efectuará a través de la red de hospitales públicos y Entidades Sociales del Estado, y iv) **Calidad – Protección Integral:** de los Servicios de salud de manera integral desde la educación, información y fomento de la salud, protección específica, la prevención, la detección temprana - diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

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

de las personas (Molina Betancur, 2013). Esta debilidad, obedece al uso de la tutela como mecanismo de defensa judicial al cual acuden los colombianos cuando perciben que se está vulnerando o amenazando el derecho fundamental a la salud, consagrado en el Artículo 25 de la Constitución Política como “(...) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Corte Constitucional de la República de Colombia, 1991)

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

Tabla 3. Tutelas en salud, 1997-2017 (% total tutelas y tasa por cada 10.000 afiliados)



Fuente: Defensoría del pueblo

Lamentablemente la falta de definición de límites asociados a la protección en salud y a la interpretación ambigua de algunos procedimientos asociados a la salud o vanidad de las personas que sumada a la deficiencia en la prestación oportuna de algunos servicios por parte de los actores EPS e IPS, ha generado

la exigencia por parte la población de que se garantice su derecho a la salud mediante la Tutela en la cual interviene el poder judicial para evaluar, aceptar, negar, orientar y ordenar el cumplimiento del mandato constitucional.

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

Tabla 4. Crecimiento de las Tutelas en salud, 2006-2021

Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total, tutelas en salud	Crecimiento tutelas en salud	Tasa-Afiliados	Tasa-Población
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,80%	2,6	2,2
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,40%	2,8	2,4
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,30%	3,6	3,2
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,70%	2,6	2,2
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,00%	2,4	2,1
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,10%	2,5	2,3
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,90%	2,7	2,5
2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,70%	2,7	2,4
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,30%	2,7	2,5
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,00%	3,4	3,1
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,00%	3,5	3,4
2017	46.161.893	49.291.609	197.655	20,30%	4,3	4,0
2018	46.623.525	49.834.240	207.734	5,10%	4,5	4,2
2019	47.764.493	50.374.478	207.368	-0,18%	4,3	4,1
2020	44.797.533	50.912.429	109.940	-46,98%	2,5	2,2
2021	48.231.850	51.049.498	80.325*	-36,87%	1,6	1,5

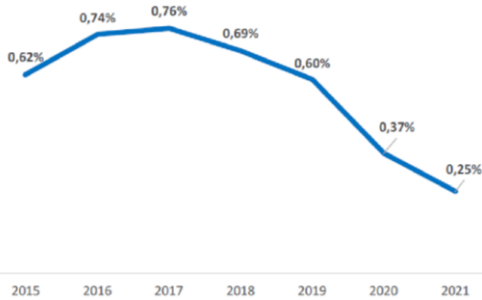
Fuente: DANE. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)

Es evidente que la tasa de afiliados que ha impuesto tutelas en los tres años anteriores a la pandemia se encontraba por encima de 4 puntos; en el 2020 y 2021 la tasa disminuye radicalmente a 2.5 y 1.6 respectivamente que representa más de un 50% de decrecimiento.

Otra visión que permite evaluar la evolución de la tutela en salud es la comparación frente al número de personas atendidas en el sistema de salud:

Tabla 5. Tutelas en salud y personas atendidas en el SGSSS (2015-2021)

Año	Número de personas atendidas en el SGSSS	Número de Tutelas	Tutelas como proporción del número de personas atendidas en salud
2015	24.466.239	150.728	0,62%
2016	22.231.530	164.274	0,74%
2017	26.027.982	197.655	0,76%
2018	30.181.394	207.734	0,69%
2019	34.653.545	207.368	0,60%
2020	29.792.721	109.940	0,37%
2021	31.933.521	80.325	0,25%



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud

El Ministerio de Salud analiza una muestra representativa de las tutelas presentadas la cual permite identificar la fuente financiación de acuerdo con la solicitud efectuada que evidencia que el 92% de las solicitudes están cobijadas por la financiación del Plan de Beneficios o presupuestos máximos (servicios necesarios, pero no cubiertos por el PBS):

Tabla 6. Fuente de financiación de tutelas solicitadas

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

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud

Por último, se presenta la clasificación por causa de la tutela en la cual se puede evidenciar que poco más del 75% de las causales se debe a la falta de oportunidad en prestación de servicios o a la demora en la entrega de medicamentos.

Tabla 7. Causas de Presentación de tutelas como proporción del total

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

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud

La Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional origina el control sobre la correcta ejecución del sistema de salud colombiano para lo cual imparte una serie de ordenes en busca de hacer efectivo el derecho a la salud de los colombianos. Posteriormente, mediante la resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud se destaca la importancia del Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud que a nivel general se clasifican en: i) efectividad, ii) experiencia en la Atención, iii) Gestión del Riesgo, y iv) Seguridad.

2.5 Flujo de recursos (Cartera)

Se ha planteado en los últimos años la problemática generada por la falta de efectividad en el flujo de los recursos del sistema, situación que ha originado la solicitud de la eliminación de las EPS para evitar la intermediación entre el Estado (pagador) y las IPS; sin embargo, como hemos evidenciado en líneas anteriores, las EPS no solo cumplen con la función de giro de recursos, frente a esa función existe una serie de procesos necesarios para efectuar un reconocimiento coherente con las atenciones ciertamente efectuadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El estado de cartera entre las aseguradoras EPS y las IPS no es tranquilizante, veamos:

Tabla 8. Estado de cartera entre las aseguradoras EPS y las IPS

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

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

Fuente: Ministerio de Salud y Proyección Social

La cartera entre ERP (Entidades Responsables de Pago) – EPS y las IPS puede superar los 25 billones de pesos, una tercera parte del presupuesto anual del estado para el sector salud, lo cual origina inquietudes tales como:

- ¿Qué paso con esos dineros que el dinero giro a tiempo (descartando unos 6 billones enredados por procesos en ADRES)?
- ¿Se pagaron servicios a precios por encima del mercado?
- ¿Faltó equidad en la distribución de los recursos al momento del pago?
- ¿Se priorizó a IPS con alguna cercanía a los aseguradores afectando a los demás acreedores?
- ¿La plata destinada a la salud, alcanza?
- ¿Las EPS tienen con que responder frente a sus acreedores?

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

De acuerdo con el decreto ley 780 de 2016, *“Las reservas técnicas son activos que dan seguridad y liquidez al asegurador, con ellas, en el momento que sea preciso las EPS pueden pagar a su red de prestadores.”* En todo caso la entidad debe garantizar el recurso que respalda esta obligación financiera según lo establecido en el Decreto 780 de 2016. Según un estudio efectuado por la Superintendencia Nacional de Salud efectuado a corte de septiembre de 2021, evidencia como resultado que solo 5 EPS cumplen con este requisito.

3. El problema

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

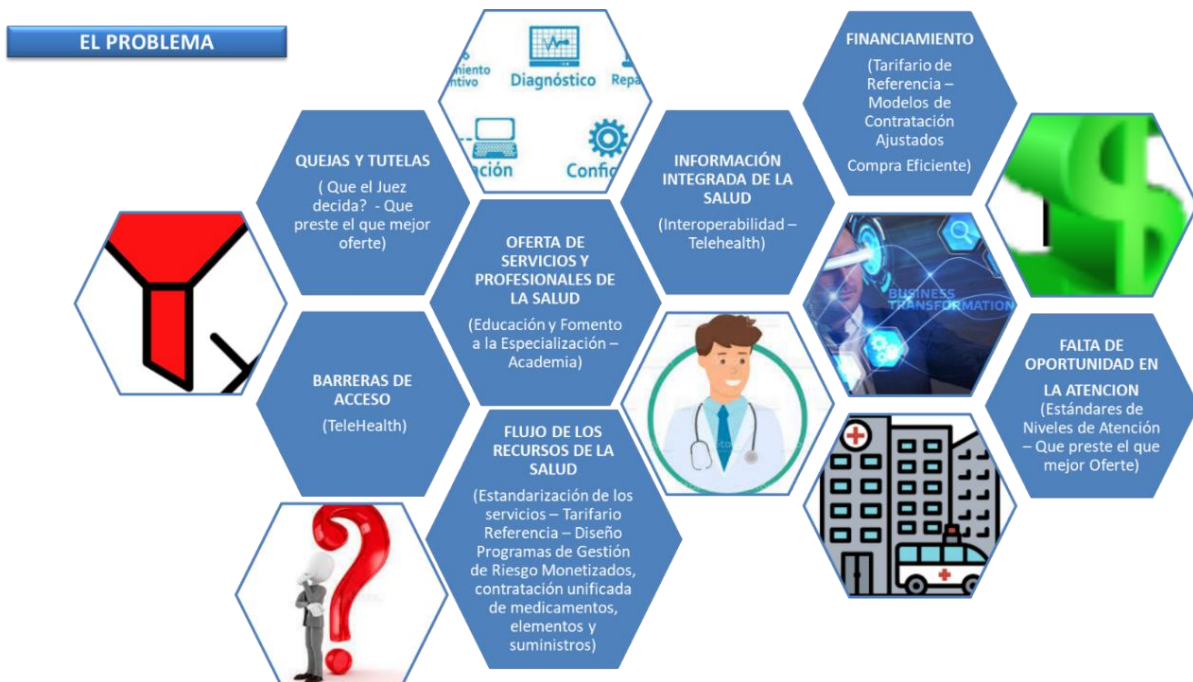
El discurso continúa *“(…) avanzar de manera sustancial en la garantía del derecho fundamental a la salud para toda la población en Colombia sin ningún tipo de barrera, ni económica, ni geográfica, ni sociocultural”*.

Bajo este contexto, y teniendo presente un enfoque holístico del problema, exponiendo de antemano los logros adquiridos en los últimos 30 años con el sistema de aseguramiento en salud: la afiliación en salud con una cobertura de la población en más del 98%, el alcance del plan de beneficios en salud – PBS con un 97% de los medicamentos y tecnologías disponibles en el país y el bajo nivel de gasto de bolsillo de lo invertido en salud que apenas supera el 15% que comparado con los países de la región (América Latina y el Caribe) que en promedio supera el 28% es bastante satisfactorio; contrastan estos beneficios adquiridos al contextualizarlos a nivel de regiones alejadas en los cuales aún se presenta una deuda importante con esta población que aunque mínima, tienen el mismo derecho de accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Se presentan las que consideramos deficiencias del Sistema de Salud Colombiano que enmarcan sus problemas de mayor impacto en la población y se explican por factores como: i) debilidad en el flujo de los recursos de la salud, ii) falta de oportunidad en la atención, iii) limitación o barreras de acceso, iv) alto volumen de quejas y tutelas, v) debilidades en el financiamiento del sistema (Pava, Perez Castillo, & Niño

Vasquez, 2021), vi) baja interoperabilidad de los sistemas de información que reducen la oportunidad de tener un mejor gobierno de los datos de salud, y vii) baja oferta de servicios y profesionales de la salud.

Es de resaltar, que de acuerdo con la información disponible por entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, los problemas planteados toman vital importancia en un país en el cual: i) existe falta de equidad en el acceso a los servicios de salud ii) el Gobierno Nacional ha tenido que afrontar un cubrimiento de servicios sociales no previstos en el presupuesto anual, conllevando consigo a un problema de funcionalidad estatal, en donde la justicia constitucional parece no ponerse de acuerdo con el gobierno al momento de garantizar los derechos de las personas (Molina Betancur, 2013), iii) el 50% o más de los casos de las tutelas y peticiones hechas al sistema de salud podrían solucionarse con medidas distintas, de tipo administrativo (García Villegas & Uprimny Yepes, 2010), y iv) las funciones de depuración del recaudo y reconocimiento de prestaciones ejercidas actualmente por las EPS han madurado a través del tiempo hasta alcanzar un buen nivel de satisfacción.



Gráfica 1. Problemas identificados en salud

Fuente: Elaboración de los autores

4. Las propuestas



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

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

- i) Estandarización de Tecnologías empleadas (incluye 5% de elementos y suministros de mayor impacto en internación hospitalaria). Estandarización de los tiempos de atención asociados a las prestaciones de mayor incidencia en la salud (tiempo de consulta general, especializada, sub-especializada, cirugías programadas (vitales – urgentes – programables), servicios ambulatorios (radiología, laboratorios, suministro medicamentos y elementos necesarios para la recuperación).
- ii) Establecer un proceso sistemático para la generación y actualización de un Tarifario de Referencia. Si estamos utilizando recursos públicos la exigencia del ajuste de costo-efectividad de los servicios prestados debe estandarizarse en el territorio nacional; el componente logístico en la valoración de la colocación geográfica del servicio es indispensable para mantener el equilibrio económico de los actores.

- iii) Monitoreo en Línea del comportamiento del uso de los recursos invertidos en salud mediante las tecnologías de la información. BigData – Modelamiento Predictivo y seguimiento a la demanda mediante aprendizaje supervisado.
- iv) Democratización de la información de los eventos asociados a la atención en salud de la población para efectos de oportuno acceso en posteriores atenciones, evaluación de impacto en la demanda de servicios y la elaboración de modelos que permitan efectuar seguimiento activo a la inversión en salud y los resultados obtenidos.

INTEROPERATIVIDAD Sistemas Información

Conectación
Evaluación Suficiencia mejor Periodicidad
Impacto Frecuencias No Controladas
Impacto nuevas tecnologías



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

Es de precisar, que conforme con los temas prioritarios identificados por el gobierno del expresidente Iván Duque Márquez en *el Informe de empalme entre gobiernos nacionales*, se establece que en el marco de la hoja de ruta trazada en el Plan Nacional de Desarrollo “*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*”, se deberá avanzar en la implementación en todos los territorios de la llamada salud digital. Lo anterior atendiendo al fortalecimiento del conocimiento en salud pública, la generación de capacidades, la gestión de los sistemas de información y el desarrollo de aplicativos móviles y plataformas que les permita a las personas el ejercicio del autocuidado superando las barreras de acceso a servicios de salud (DNP, 2022, pág. 79). Así mismo, y conforme con las recomendaciones realizadas por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social, se recomienda que el actual gobierno aproveche las oportunidades de cooperación internacional alcanzados con organismos como la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Americana de

Cooperación sobre Salud Electrónica, para garantizar entre otras la interoperabilidad de las historias clínicas con el objeto de mejorar la atención en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Por lo anterior, se sugiere continuar con la iniciativa del exministro de salud Fernando Ruiz Gómez de elaborar el documento “Conpes de Salud Digital”, en el cual se busque la concertación de acciones interinstitucionales entre carteras como el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Ministerio de Educación Nacional para asegurar la creación de una agenda de salud digital que comprenda: i) la interoperabilidad de las historias clínicas, ii) la constitución de una Unidad de analítica de datos en salud, iii) el subsistema integrado de prestaciones efectivas de servicios y tecnologías en salud, iv) la generación certificados en línea, y v) el portal de contratos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

Respecto a la Unidad de Analítica de Datos (UAD), se sugiere avanzar en la formalización del equipo de analítica de datos del Ministerio de Salud y Protección Social. Lo anterior, teniendo presente que durante la vigencia 2021 y el primer semestre del año 2022 se avanzó en: i) la construcción conceptual y metodológica para consolidar un modelo de gestión del conocimiento y el fortalecimiento de los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación para apoyar la toma de decisiones informadas, ambos en el marco del Plan Decenal Salud Pública (PDSP) 2022-2031; ii) la definición normativa del uso abierto de datos, documentación y formalización de la UAD en el marco del SIG y MIPG del Ministerio de Salud, y iii) se consolidó de la infraestructura tecnológica requerida para la UAD (DNP, 2022, pág. 80)

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

En el año 2022 se dio a conocer una serie de medidas para mejorar la operación del sistema de salud de los cuales se destacan la resolución 441 en busca de estandarizar los acuerdos de voluntades entre asegurador y prestador que sugiere una revisión periódica del comportamiento de los acuerdos y la obligatoriedad de la implementación de notas técnicas para efectuar con mayor asertividad el seguimiento

exigido y la resolución 1036 que reglamenta el registro individual de prestaciones de servicios de salud – RIPS – y su relevancia para el soporte de la factura electrónica en el sistema.

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

La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud en el modelo de atención primaria es indispensable para mejorar el acceso a la salud de comunidades dispersas geográficamente. Acercar a los pacientes mediante la tecnología de Tele-Salud en sus variadas modalidades se propone como factor determinante para mejorar el indicador de accesibilidad. Esta tecnología a la vez permitirá conocer opiniones de expertos con una mayor oportunidad lo cual puede ser determinante en la consecución del alivio para los pacientes y en la formación holística de los profesionales de salud en formación práctica.



PROFESIONALES - ACADEMIA

●
Cupos soporta Demanda
Pago con Dedicación País
Descuentos Tributarios – Servicio Público

Un factor fundamental que afecta la oportunidad en la atención de los servicios de salud es la falta de oferta de profesionales de la salud.

Las últimas tres décadas se han caracterizado por el aumento de facultades de medicina que en la actualidad suman alrededor de 60, pero que es posible no sean suficientes para brindar respuesta a las necesidades de profesionales de salud que puede estar originado en la falta de una política de Estado de formación de talento humano en salud en función de la demanda de servicios.

El recurso humano en salud es el recurso más importante de cualquier sistema de salud. Según el observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud para el 2017 había 323.039 profesionales de la salud, las auxiliares de enfermería pasaron de 179.077 en 2011 a 311.984 en 2017, para este último año había 76.235 tecnólogos profesionales (ASIS, 2020).

Se debe articular la Academia y Colegios Médicos nacionales para que efectúen el ajuste oportuno de los cupos en los diferentes programas de especialización médica acorde con la demanda de servicios que les será otorgado periódicamente basado en la información del sistema único de información en salud – SUIIS -. El aporte de este equipo interdisciplinario debe concentrarse en la pertinencia de los programas ofertados ya que el aval de la cantidad de cupos se efectuaría con base en la información que otorgue el sistema de información.

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

Se sugiere fomentar la inclusión de profesionales médicos a la formación especializada mediante el otorgamiento de subsidios parciales pagaderos con dedicación temporal a beneficio de la población colombiana.

Establecer valor mínimo de remuneración para los servidores de la salud por encima de los estándares de mercado para otros sectores.

Reconocer la importancia del profesional de la salud en la continuidad de la especie humana con diferenciales representados en la tributación y acceso a beneficios de estado en compensación por su el servicio público prestado.



SISTEMA REFERENCIA Y CR

Distribución Equitativa de Demanda Servicios Especializados
Fortalecimiento Red Pública Especializada

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

Una Distribución Equitativa de la Demanda – DED - en los actores productores de la OFERTA brindaría equilibrio en la prestación de acuerdo con la oferta ofrecida por los diferentes prestadores de servicios.

Compras Eficientes – Medicamentos AC

Adopción de Modelos de Gestión Riesgo
Economía de Escala Negociación
Gestión Cohortes aprobada IETS
Pago Directo ADRES a Industria
Farmacéutica



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

Se ha llegado a mencionar que poco más del 50% de la inversión en salud se hace para la atención de las patologías de alto costo.

En su gran mayoría, las guías de atención para atender las necesidades de estos pacientes basan su tratamiento en el uso de medicamentos y suministros muy onerosos en comparación con el consumo de los medicamentos necesarios para mejorar la salud de la población restante.

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

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

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

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



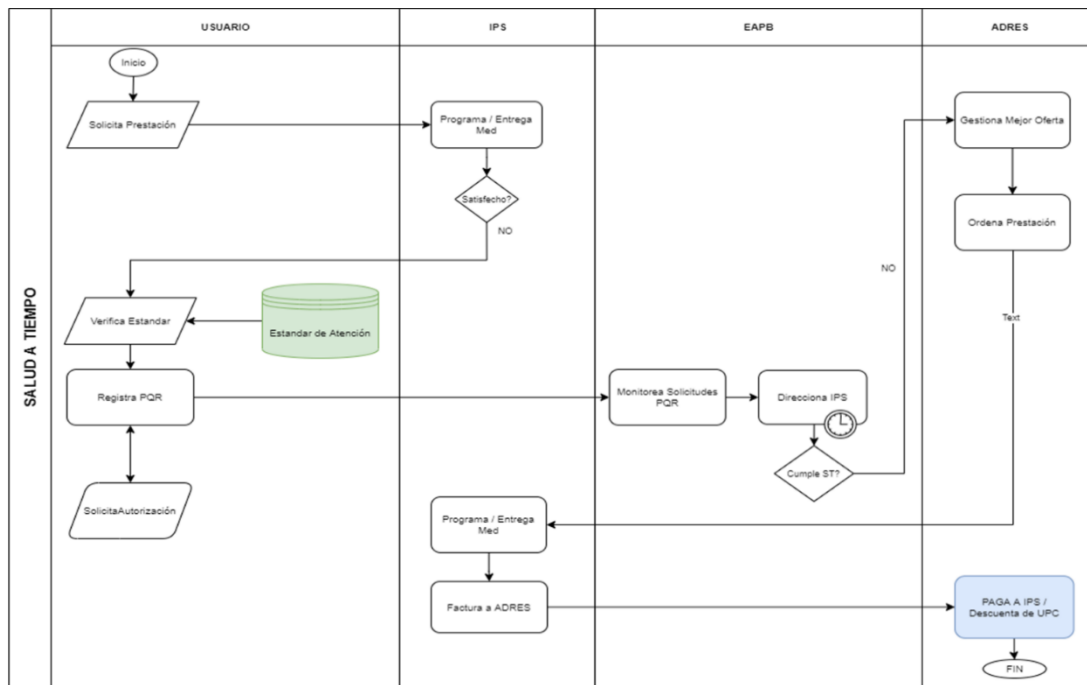
Establecer un estándar para la atención de servicios con la oportunidad adecuada y pertinente en el cual los actores - asegurador (estado o privado EPS) y la IPS deben prestar una agrupación de servicios o un servicio específico. No todos los servicios deben ser prestados con inmediatez, y si el estándar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

En caso de no cumplir con el tiempo establecido en el estándar como límite para la prestación, se registra como un incumplimiento, el cual quedara libre para la prestación del servicio por cualquier IPS de la red habilitada por el Estado. Si en un tiempo establecido no es seleccionado por una IPS, el sistema los asignará por defecto a las IPS que de acuerdo con criterios de pertinencia y costo -eficiencia se determine; para esta última asignación, el sistema modela una función que elige al prestador que tenga mejor puntuación en cuanto calidad y precio de referencia (se incentiva la calidad en la prestación).

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

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

Para el registro se sugiere utilizar la plataforma MIPRES que ya cuenta con integración a la información de los prestadores de servicios mediante el REPS – Registro de Entidades Prestadoras de Servicios.



Gráfica 2. Registro plataforma MIPRES

Fuente: Elaboración de los autores

FLUJO EXPRESS - 4747

Registro Factura Electrónica y MIPRES
 Cumplimiento Estándares para Pago
 Pago Adres - Giro Automático por Incumplimiento



Registro en línea de Facturación Electrónica para trazabilidad ante el SGSSS.

Trazabilidad desde el registro de la factura, auditoria de la cuenta por asegurador o Estado, gestión de glosa por PSS – Prestador de Servicios de Salud o IPS, Respuesta a Glosa, Aceptación o paso a dirimir conflicto por tercero autorizado y pago de parte aceptada.

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

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

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



GESTION PASIVO

Tarifario Referencia VS:
CARTERA y Facturas pagadas
Conciliación a Precios de Mercado -
Referencia
Pago Alternativo con Participación en
Aseguramiento

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

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

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

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

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

Para las cifras resultantes ya descontado lo que se acuerde entre las partes puede tenerse en cuenta el Pago Alternativo con Participación en el Aseguramiento por parte de las entidades prestadoras como ha ocurrido en ocasiones anteriores con algunas entidades.

5. Conclusiones

- El flujo de dinero para la Salud requiere intervención inmediata para ejercer control efectivo y coherencia entre la prestación, pertinencia de lo cobrado y el pago oportuno.
- La Oportunidad y falta de Oferta de IPS-PSS para atender la demanda de los pacientes por la limitación de contratación impacta la salud de las personas y deriva en la saturación del poder judicial.
- Utilización de herramienta MIPRES para control de flujo de recursos para reconocimiento de prestaciones de salud.

- La interoperabilidad y unificación de la información en salud debe ser fortalecida.
- Estandarizar lo necesario para evitar imprecisiones entre Estado-EPS-IPS.
- Compra unificada de Medicamentos – Reconocimiento de ejercicio de distribución y dispensación.
- Unificación de Centros de Atención Especializados para gestión de patologías de alto costo los cuales podrán ser de uso indiscriminado por los pacientes asegurados independiente de su entidad de afiliación para acceder a las mejores prácticas costo efectivas definidas por el Estado a través de las personas e instituciones que defina.
- Vigilancia en tiempo real de la ejecución de las notas técnicas.
- Atención Primaria en Salud utilizando prestadores públicos y privados con reconocimiento de impacto en salud de la población asignada.
- Control de Contratación de nuevas tecnologías mediante aprobación de IETS.
- Integración de herramienta para brindar oportunidad a los requerimientos desatendidos con flujo efectivo de cadena de valor que premie a PSS y dosifique flujo de UPC.
- Sistema de Referencia y Contra-Referencia Nacional y Territorial - Ejemplo administración de UCI en pandemia.

6. Referencias

Chiriví Rodríguez, C. A. (2014). *Acción de tutela en salud: origen, evolución jurisprudencial y alternativas a su interposición.* Obtenido de

<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/13859/Acci%C3%B3n+de+Tutela+en+Salud.pdf?sequence=2>

Consultorsalud. (30 de Junio de 2022). *Cobertura del aseguramiento en salud llega al 99.6%: Minsalud*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/cobertura-aseguramiento-salud-minsalud/>

Corte Constitucional de la República de Colombia. (20 de Julio de 1991). *Constitución Política de la República de Colombia*. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

DNP. (Mayo de 2022). *Informe de empalme entre gobiernos nacionales -Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de <https://datalogo.dnp.gov.co/#informe-empalme>

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de Marzo de 2014). *Circular conjunta 030 de 2013*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Circular-30-de-2013.aspx>

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (19 de 07 de 2022). *Colombia inició la interoperabilidad de la historia clínica*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-inicio-la-interoperabilidad-de-la-historia-clinica.aspx>

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

Pava, R., Perez Castillo, J. N., & Niño Vasquez, L. F. (01 de Enero de 2021). *Perspectiva para el uso del modelo P6 de atención en salud bajo un escenario soportado en IoT y blockchain*. Obtenido de <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/Tecnura/article/view/16159>

7. Anexos

A. Análisis PESTEL

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

	FACTOR	DETALLE	PLAZO			IMPACTO	EVALUACION
			Corto (1 a 3 meses)	Mediano (1 a 3 años)	Largo (Más de 3 años)		
POLITICA	Cambio de Presidente	La propuesta de programa de gobierno plantea cambio sustancial del sistema de salud		X		Alto	Negativa
	Primer gobierno de Izquierda	Proteccionismo a población vulnerable	X			Mediano	Positiva
	Descentralización en Territorios	Delegación en Entes Territoriales la responsabilidad del control del flujo de recursos		X		Alto	Negativa
	Eliminación EPS			X		Alto	Negativa
	Deudas del Sistema			X		Alto	Negativa
ECONOMIA	Inestabilidad Dólar	Impacta en la variación de los precios de medicamentos e insumos importados que afecta el presupuesto de inversión en salud	X			Alto	Negativa
	Aumento Tasa de Interés	Apalancamiento financiero		X		Mediano	Negativa
	Inflación	Aumento no controlado de la inflación en los últimos seis meses		X		Alto	Negativa
SOCIO - CULTURAL	Demografía	Intención de cubrir el 100% de los poco más de 51 millones de colombianos que a corte de julio de 20221 cuenta con una cobertura en salud superior al 95%, entre un 2 y 4% de población vinculada con distribución representativa en territorios lejanos.		X		Alto	Positiva
	Estilo de Vida	Impacto intersectorial a la salud de la población: agua potable, nutrición, acceso a la educación, conectividad		X		Alto	Positiva
	Actitudes y opiniones	El Autocuidado como factor determinante para mejorar el estado de salud	X			Alto	Positiva
	Aspectos éticos	Eliminación de la corrupción en los procesos asociados para la pertinente prestación de los servicios de salud	X			Alto	Positiva
TECNOLOGICO	Acceso - Conectividad	Aumento de conectividad en territorios - cobertura actual de internet del 60%		X		Alto	Positiva
	Definición Estandarización en 100% de prestaciones de salud	Los procedimientos y diagnósticos están estandarizados mediante los CUPS, CUMS y CIE10. Intención de estandarizar suministros y elementos de mayor impacto		X		Alto	Positiva
	Definición de Estándares de tiempos para atención de servicios	Estándar para la prestación de servicios (n todo es para hoy)		X		Mediano	Positiva
	Definición de Estandar de Interoperatividad	Ministerio de Salud definió estandar para intercomunicar los sistemas de registro de información medica base	X			Alto	Positiva
	Unificación de Información en Salud	CONNECTATON en piloto desde julio de 2022	X			Alto	Positiva
	Notas Técnicas asociadas a modalidades de Contratación	Exigencia de elaboración de las notas técnicas y seguimiento con mayor oportunidad para evaluar como impactan las medidas de prestación en la mitigación del riesgo en salud de la población.		X		Alto	Positiva

FACTOR	DETALLE	PLAZO			IMPACTO	EVALUACION
		Corto (1 a 3 meses)	Mediano (1 a 3 años)	Largo (Más de 3 años)		

ECOLOGICO - AMBIENTAL	Huella de carbono	Fortalecimiento de Ministerio de Ambiente y establecimiento de política de energías renovables Impuesto a uso de envase plastico de un solo uso			X	Mediano	Positiva
	Residuos - Eliminación	Autocontrol de ambiente de desarrollo de la población generando incentivo al reciclaje		X		Mediano	Positiva
	Impuesto a alimentos procesados y bebidas azucaradas	Proyecto presentado en reforma del 8 de agosto de 2022		X		Alto	Positiva
	Resolución 1036 de 2022	Reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, incluyendo el flujo de la información y los datos que se deben reportar en éste, y las reglas de validación que deben aplicarse como soporte para el trámite y envío de la factura electrónica de venta en salud.		X		Alto	Positiva
	Resolución 441 de 2022	Acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud		X		Alto	Positiva
	Ley 1438 de 2011	Plazos reconocimiento economico por prestaciones en salud <i>" Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud los gastos a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formulados los gastos a una factura no se podrán formular nuevos gastos a la misma factura, salvo los que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a los gastos presentados por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente los gastos o los deja como definitivos. Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de los gastos no levantados y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago. Los valores por los gastos levantados total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la justificación de los gastos o su proporción, que no fueron levantados."</i>	X			Alto	Positiva
	Ley 1966 de 2019	busca transparencia en la gestión por parte de los diferentes actores del sector salud, buscando el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud <i>1. Creación de un Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector</i>	X			Alto	Positiva
	Resolución 510 de 2022	Factura Electrónica en Sector Salud Inclusión control de pago a trabajadores de la Salud con contratos de prestación de servicios o directos para evitar demoras en el reconocimiento económico.	X			Alto	Positiva

B. Análisis FODA Cruzado

Revisamos las fortalezas y debilidades frente a las oportunidades y amenazas para identificar posibles estrategias para alcanzar los objetivos estratégicos.

Fortalezas - F		Debilidades - D	
Multiplicidad de fuentes de Datos		Concientización del Ciudadano Personal - Aliviantación ejercicio, revisiones periódicas, autoexamen	
PILA - SEPRO			
Sistema de Integración de Información de Cartera		Tarifario - Revisión de Servicios, Elementos, Medicamentos y Suministros	
MIPRES - Registro de Prescripciones y trazabilidad de servicio hasta el pago al prestador		Suficiencia de Red de Prestación	
Centralización de Peticiones de Servicios Desatendidos (Supersalud)		Falta de Oportunidad de Acceso a servicios en Red contratada	
Plataforma gestión de peticiones de servicios (Mipres)			
Registro unificado de actores del sistema de eventos de salud:			
A. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) B. Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS) C. Sistema de Gestión Hospitalaria (SIHO) D. Registro Único de Atención Primaria (RUAP) E. Mi Vacuna		Difícil ACCESO A TERRITORIOS ALEJADOS	
Guías de Práctica Clínica		Estandarización de Programas de Atención de Patologías Específicas	
Fortalecimiento del Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS			
CONECTADON - Registro Digital de Salud RDS			
Inicio de la unificación de la información en salud originada en la prestación de servicios, especialmente en la historia clínica de las IPS o PSS		Sistema nacional de referencia y contra referencia	
Oportunidades - O	Estrategias FO	Estrategias DO	
Intención de incentivar fomento a salud territorial		Políticas de Salud Regionalizadas, sectorizado para el fortalecimiento del autocuidado, diagnóstico temprano e inducción de la demanda controlada de servicios de atención primaria y preventiva.	
Historia Clínica Electrónica como intención estratégica	Registro Nacional de información en salud: el sistema de salud colombiano tiene múltiples fuentes de datos. La integración de las fuentes de datos de manera coherente permitirá reducir costos por utilización temporal de resultados en salud, orientar a los profesionales médicos para la aplicación de tratamientos pertinentes.	Este mayor Tarifario de acuerdo con el comportamiento del mercado.	
		Revisión periódica y automática del comportamiento del mercado para proponer ajustes al Tarifario de Referencia.	
Nuevo gobierno con intención de mejorar el sistema de salud			
Amenazas - A	Estrategias FA	Estrategias DA	
Deudas entre EPS e IPS	Registro en línea de facturación Electrónica para trazabilidad ante el SGSSS. Trazabilidad desde el registro de la factura, auditoría de la cuenta por asegurador o Estado, gestión de glosa por EPS o IPS, Respuesta a Glosa, aceptación o paso a dirimir conflicto por tercero autorizado, pago de glosa aceptada. En caso de no cumplir con el tiempo asignado para el cargue de respuesta de acuerdo con la normalidad, se da por aceptado por el proceso interno y se procede a reconocer económicamente el registro; si no se audita en el tiempo establecido, el monto total de la factura queda en firme, si no se responde a tiempo un glosa, queda en firme y se genera nota crédito a la factura. EL PAGO: una vez termine fase de trazabilidad, se procede a descontar de la UPC asignada a cada asegurador o ente territorial en representación del Estado.	RED - Articular con la Academia necesidad de fomento a la formación especializada de profesionales de acuerdo con la demanda de servicios. Incentivar a los profesionales con seguridad laboral futura y coordinar la formación asistida en clínica.	
Deudas de Entidades territoriales a EPS e IPS	Fortalecimiento patrimonial de los regímenes delegados del Estado afectados por la incompetencia en la resolución de las deudas del Estado por prestaciones. - Revisión de valores facturados a precios de mercado, identificación de valores ajustados y negociación con acreedores afectados de las EPS para el reconocimiento efectivo en tiempo prudencial (valor del dinero en el tiempo que puede llevar a fondo del Estado).	Elaboración de Notas Técnicas de reconocimiento con probado a nivel mundial para el tratamiento de patologías que impactan la salud de las personas y que procuran la optimización de la inversión en salud.	
Deudas de ADRES a EPS	Asignación de tiempo preventivo para auditar lo pendiente y para dirimir diferencias; cumplido el mismo, se debe efectuar la bitácula de acreencias para el reconocimiento a la prestación de servicios del Registro en Línea de Facturación Electrónica.	Fortalecimiento del IETS o Instituto independiente sin ánimo de lucro que emita ajustes a los programas establecidos para la atención a ser vista de la población. Revisar la solicitud de inclusión de nuevas tecnologías, medicamentos, tratamientos con base en estudios internacionales y nacionales soportados en datos de abierta con reproducción.	
Eliminación de las EPS		Presentar alternativa para la transición de las funciones delegadas y el efecto positivo o negativo del impacto de la gestión de cambio solicitado por cada variable evaluada.	
Situación de Rama Judicial con tutela		Estableser un estándar para la atención de servicios con la oportunidad de salud y pertinente en el cual los actores asegurador (Estado o privado EPS) y la IPS deben prestar una agrupación de servicios o un servicio específico. En caso de no cumplir con el tiempo establecido como límite para la prestación, se registra como un incumplimiento, el cual queda a libre para la prestación del servicio por cualquier IPS de la red habilitada por el Estado. Si en un tiempo no mayor a x horas no es seleccionado por una IPS, el sistema los asigna por defecto a las IPS que de acuerdo con criterios de pertinencia y costo-eficiencia se determine. La IPS que preste estos servicios, factura directamente a la plataforma del Estado a las tarifas de referencia + un % de incentivo por la oportunidad la cual será pagada de acuerdo con los estándares establecidos descontando de la UPC la hora pagada a un 10% por gestión administrativa prestada por el Estado.	
		INCENTIVO por inclusión de aseguramiento y prestación en territorios alejados.	

C. CANVAS

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

D. Cinco Fuerzas de Porter



Rivalidad entre los Competidores Existentes

- 31 aseguradores – Solo 5 cumplen condiciones
- 70% de la población cubierta por 7 EPS
- Hospitales Públicos con mala gestión administrativa
- Costos no estandarizados – No Tarifario de Referencia
- ¿Riesgo Compartido – pérdida y ganancia? Entre asegurador y Prestador
- Modelos de Salud Estandarizados y Costeados
- Gestión de Actualización Científica
- ¿Incompetencia de Entes Territoriales?

Poder de Negociación de los Proveedores

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

Poder de negociación de los clientes:

- Alta exigencia de calidad de servicio
- Cobertura 95% de población – deficiencia de cobertura en territorios.
- Exigencia de mayor oportunidad de atención.
- No estándares de tiempo de atención.
- Sustitutos solo a población con capacidad de pago – complementarios y medicina prepagada.
- No pueden seleccionar proveedor de prestación.

- Libre escogencia de proveedor en situación de falla de atención o incumplimiento de estándar de atención.

Amenaza de nuevos competidores

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

Amenaza de Productos Sustitutivos

- Nuevo modelo de salud orientado a la salud familiar.
- Posible Creación de centros de salud de Atención Primaria dependiendo del Estado.
- Fortalecimiento de oferta de hospitales públicos y ESEs en los productos demandantes haciéndolos costo-efectivos en busca de su autosostenibilidad.
- La lealtad de los clientes al sistema actual es alta: en el momento que disminuya lo que hoy se otorga genera crisis.
- Tecnología que facilita el cubrimiento.
- Conectividad nacional como objetivo estratégico del País.