

LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO



¿POR QUÉ INTERVENIR?

1. El sistema de salud en Colombia enfrenta retos en barreras de acceso, como la oportunidad de la atención y la ubicación geográfica de la prestación, concentrada principalmente en las zonas urbanas.
2. El sistema de salud ha estado subfinanciado desde sus inicios, dado que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se ha subestimado con respecto a las necesidades en salud de la población, lo que ha derivado en deudas al sistema. Además, las fluctuaciones de la tasa de cambio e inflación acentúan las dificultades financieras del sistema.

¿CÓMO INTERVENIR?

El Gobierno nacional ha planteado una serie de medidas consignadas en los proyectos de reforma radicados:

1. **Giro directo a IPS.** Eliminar directamente la intermediación de las EPS, pero no se plantea un mecanismo de gestión del riesgo.
2. **Manual tarifario.** Controlar de manera estricta el gasto y estandarizar los costos del sistema, desconoce los factores que intervienen en la diferenciación de los costos, como la ubicación geográfica y la complejidad de la atención.
3. **Integración vertical.** Eliminar la integración de EPS con IPS propias debido a condiciones anticompetitivas del mercado. Sin embargo, eliminar tal integración aumenta los costos de transacción.
4. **Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).** Acercar los servicios básicos de salud a la comunidad, con una distribución geográfica por cada 25.000 personas. Si bien responde a las barreras de acceso rurales, limita la competencia de prestadores en zona urbana, restringe la capacidad de elección de los usuarios y no garantiza la atención a pacientes con enfermedades crónicas.

RECOMENDACIONES

1. Responder a la barrera de acceso rural a través del **fortalecimiento de la red pública de prestadores** y la generación de incentivos para prestadores privados y personal de salud. Además, estimular las capacidades resolutivas del primer nivel de atención, mediante la transferencia de conocimiento.
2. **Estructurar la gobernanza del sistema**, consolidando la gobernanza territorial que permita gestar un sistema integral de servicios sociales. Además, establecer incentivos al buen desempeño de las EPS y fortalecer el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).



Políticas en Breve - Edición # 13
La crisis del sistema de salud colombiano

Marcela Calderón, Irieleth Gallo, Carlos Cárdenas y Victoria Eugenia Soto

Cali. Universidad Icesi, PROESA, 2024
ISSN: 2256-4063 (En línea)

Palabras claves: 1.Sistema de salud | 2. Reforma | 3. Acceso | 4. Sostenibilidad

Primera publicación: Septiembre de 2020
Edición # 13: Agosto 2024

© Universidad Icesi © PROESA
Facultad de Ciencias de la Salud

Rector: Esteban Piedrahita Uribe

Secretaria General: Olga Patricia Ramírez Restrepo

Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud: María Elena Velásquez Acosta

-

Comité Editorial: Victoria Eugenia Soto, Laura Romero, Irieleth Gallo,
Juan Camilo Herrera, Gina Marcela Calderón.

Edición: Marcela Calderón y Irieleth Gallo

Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía

Diseño y Diagramación: Sandra Marcela Moreno

Cómo citar:

Calderon, M., Gallo, I., Cárdenas, C. & Soto, VE. (2024), La crisis del sistema de salud colombiano, PROESA, Política en Breve No. 13. Disponible en:
www.icesi.edu.co/proesa/publicaciones/politicas-en-breve.php

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA

Cali - Colombia

Calle 18 No. 122-135 (Pance), edificio B - piso 2.

Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

E-mail: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO*

Marcela Calderón
Investigadora de PROESA

Irieleth Gallo
Investigador de PROESA

Carlos Cárdenas
Investigador de PROESA

Victoria Eugenia Soto
Directora de PROESA

1. ¿Por qué intervenir? La crisis del sistema de salud colombiano

La Organización Mundial de la Salud (2022) plantea que el funcionamiento de sistemas de salud debe ser entendido a partir sus funciones y los elementos que las habilitan. Las funciones son: i) llevar a cabo la gobernanza para habilitar el funcionamiento del sistema, ii) generar recursos que garanticen los insumos necesarios para el funcionamiento del sistema, iii) administrar el financiamiento desde la perspectiva de recaudo y gasto de recursos para el cuidado de la salud, y iv) realizar la provisión de servicios de salud que se evalúa desde el acceso, eficacia, seguridad, experiencia del usuario, eficiencia y equidad en la prestación. Estas funciones se interrelacionan entre sí y su adecuada coordinación facilita el funcionamiento del sistema.

A partir de estas funciones, Andrés Vecino identifica dos elementos estructurales que alimentan la crisis en el funcionamiento del sistema de salud colombiano: i) Acceso a servicios de salud y ii) Sostenibilidad Financiera, y la relación entre estos.

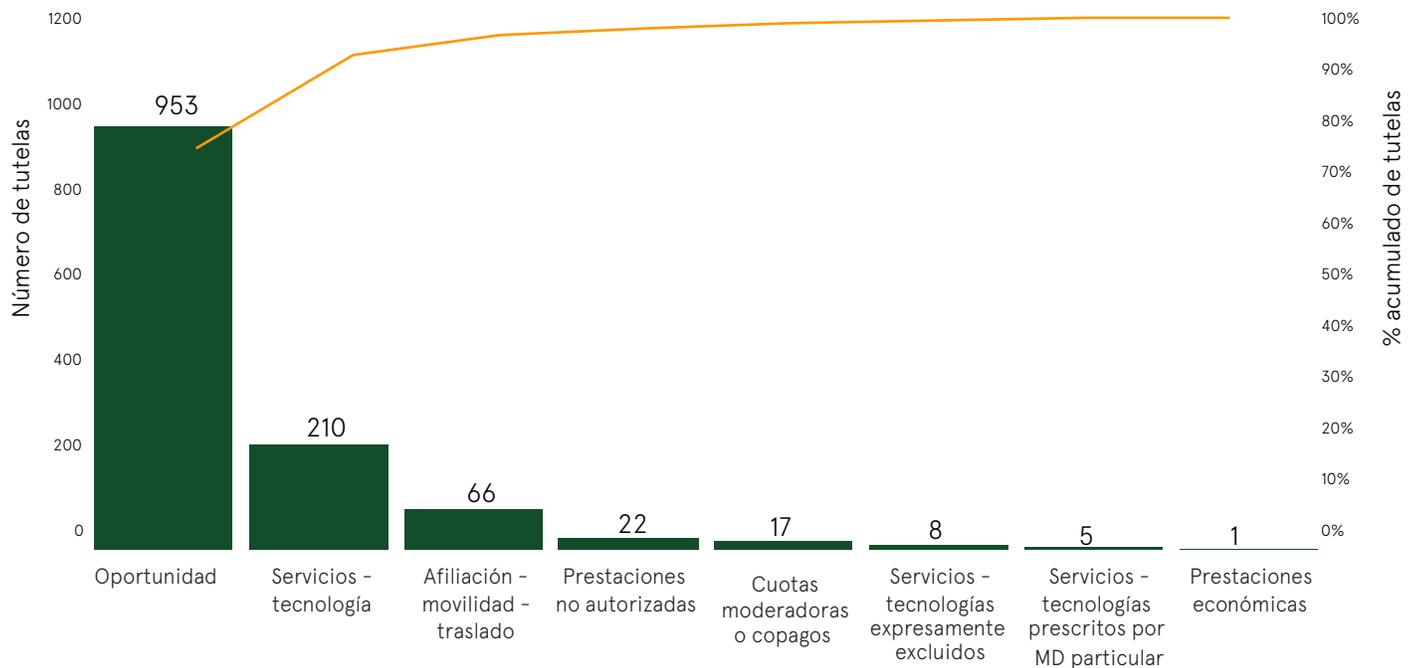
Esta nota de política se construye a partir de la IV Cátedra Icesista de Salud Pública, desarrollada por el Departamento de Salud Pública y el Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – PROESA de la Universidad Icesi. En esta conferencia, se realizó la presentación “Sistema de Salud Colombiano: Crisis y Oportunidades desde la Salud Pública” por Andrés Vecino, Médico y profesor del Departamento de Salud internacional de la Universidad Johns Hopkins, y acompañaron en el panel de discusión Paula Acosta economista y exdirectora de ACEMI, Luis Alberto Tafur médico e investigador asociado a PROESA, Sergio Prada economista y subdirector de investigación e innovación de la Fundación Valle del Lili y Victoria Soto economista y directora del Centro de Estudios PROESA.

* El desarrollo del documento fue liderado por Marcela Calderón, con la contribución de Irieleth Gallo en la redacción del documento, Carlos Cárdenas en la construcción de gráficos, y Victoria Soto en el contexto y evaluación de sistemas de salud.

1.1 Barreras al acceso

En materia de barreras de acceso, se encuentra que cerca del 80% de las acciones de tutela en salud se concentran en la “oportunidad de acceso” a los servicios de salud (Gráfico 1). Es decir, la mayoría de las quejas de los ciudadanos son por la recepción inoportuna de servicios, ya que los tiempos de espera son largos, mas no porque los servicios no sean prestados.

Gráfico 1. Barreras de acceso a servicios de Salud – Número de tutelas en salud



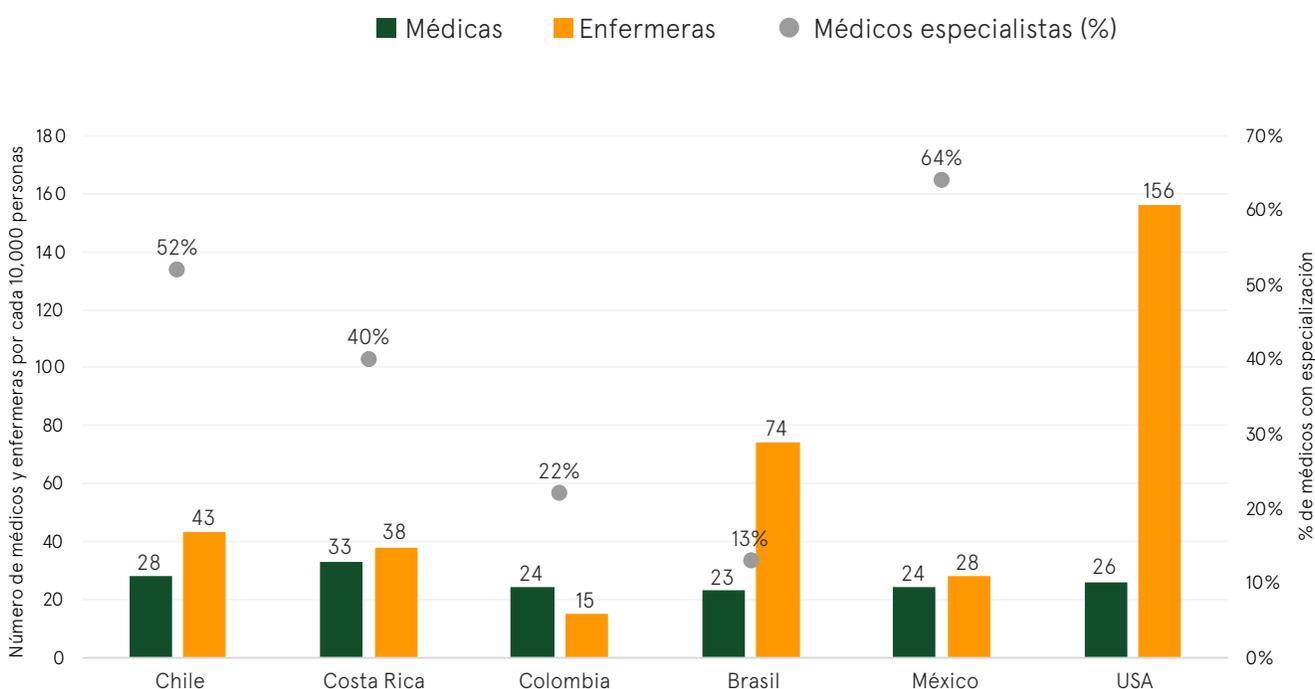
Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, Defensoría del Pueblo (2021)

Esto está explicado, entre otras razones, por la baja suficiencia del personal de salud, la fragmentación de la atención (no hay presencia de instrumentos intersectoriales), y la baja capacidad resolutive del personal médico. Colombia, en comparación con otros países de la región, tiene un déficit en la oferta de médicos, enfermeros y especialistas (Gráfico 2).

Respecto a la atención integral, en Colombia el sistema de salud se encuentra desconectado de otros servicios sociales, lo que impide el desarrollo de acciones intersectoriales. Por ejemplo, las respuestas del sistema de salud se ven limitadas en ausencia de agua potable, y no existen herramientas para solicitar desde el sistema de salud el acceso a este servicio. Finalmente, en capacidad resolutive, la Ley 100 de 1993 estableció que a través de la puerta de entrada al sistema de salud se podría dar solución al 80% de los casos; sin embargo, esto no se ha evidenciado en la práctica, lo que sugiere un desarrollo limitado de la Atención Primaria en Salud (APS), y por tanto, en su alcance.

El desarrollo de la intersectorialidad está altamente relacionado a la gobernanza en los sistemas de salud, en la cual, se pueda desarrollar y disponer de mecanismos para implementar acciones entre diferentes sectores administrativos. De acuerdo con la OMS, la salud en todas las políticas debe tener un enfoque sistemático, en el cual se consideren las implicaciones sanitarias de las políticas fuera del sector salud. Además, se deben generar sinergias entre este sector y lo demás sectores administrativos, evitando así efectos negativos en la salud y la equidad sanitaria.

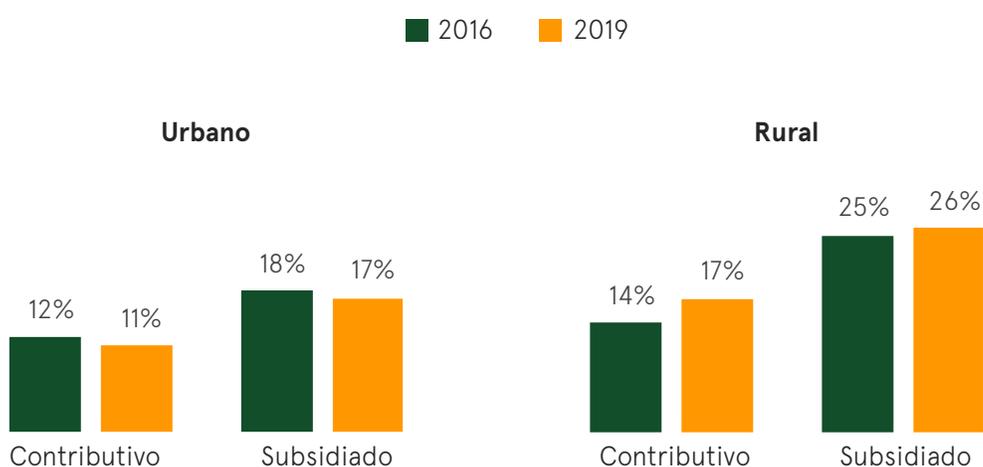
Gráfico 2. Médicos y enfermeros por 10,000 personas y % de médicos con especialización



Fuente: World Health Organization. Global Health Observatory. Datos 2020.

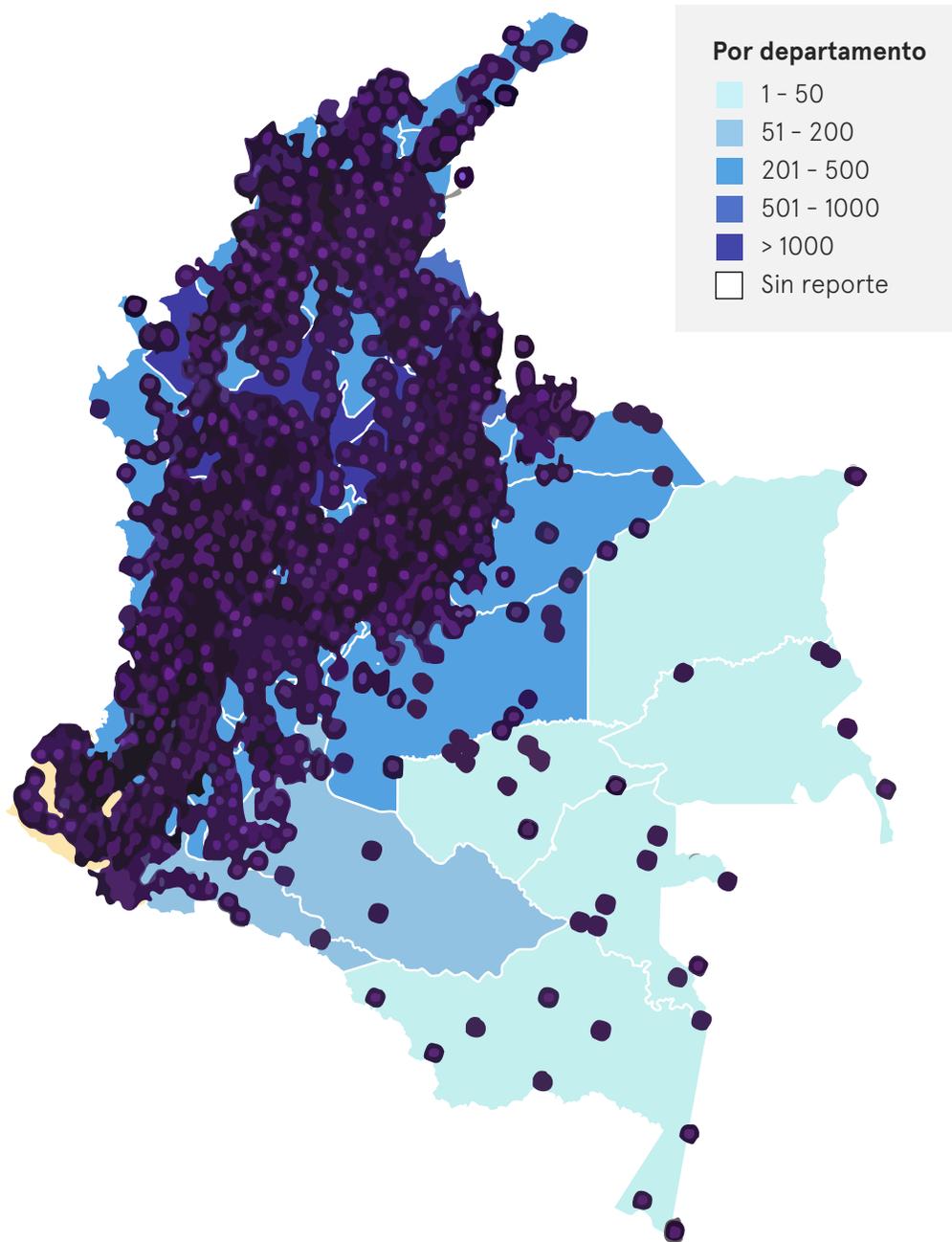
Por otra parte, al segmentar por los regímenes contributivo y subsidiado, Vecino y Guzmán (2022) encontraron que las barreras de acceso han sido diferentes entre áreas urbanas y rurales en el periodo 2016 - 2019. En áreas urbanas, se redujeron las barreras de acceso tanto para el régimen contributivo, como para el régimen subsidiado en un punto porcentual (1 pp), mientras que en áreas rurales las barreras incrementaron para ambos regímenes (Gráfico 3). Cabe resaltar que en 2019 los usuarios enfrentaron, en magnitud, las mismas barreras de acceso estando afiliados al régimen subsidiado en áreas urbanas o estando afiliados al régimen contributivo en áreas rurales (17%), lo que sugiere que las barreras son un problema de la localización geográfica más que del modelo de salud.

Gráfico 3. Variación de barreras al acceso por ubicación y régimen



En otras palabras, la distribución geográfica de los usuarios del sistema por áreas urbanas y rurales es una potencial barrera de acceso a servicios de salud. De acuerdo con la información del SISPRO (2022), las instituciones Prestadoras de Salud (IPS) habilitadas se concentran en las zonas urbanas, dónde reside la mayor parte de la población (Gráfico 3), lo que sugiere que cerca del 24% de la población que viven en áreas rurales tienen bajo acceso a infraestructura física. Este problema se intensifica con las disposiciones de la Ley 1122 de 2007, que establece que el 60% de la contratación de régimen subsidiado debe hacerse con la red pública hospitalaria, asegurando recursos derivados de la demanda y su sostenibilidad financiera. No obstante, esto ha generado desincentivos a los actores privados a ampliar su cobertura geográfica en zonas con pocos usuarios del régimen contributivo.

Mapa 1. Distribución IPS habilitadas



Fuente: Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO (2022)

Por otro lado, se identifica una barrera de acceso a medicamentos. De acuerdo con los reportes de escasez del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, entre octubre 2022 y octubre de 2023 se incrementó el número de medicamentos en escasez, pasando de 80 a 245. De estos, pasamos de 3 a 34 medicamentos desabastecidos, de 0 a 18 medicamentos en riesgo de desabastecimiento y 12 medicamentos cuyo estado no había sido actualizado en reporte de 2023 (INVIMA, 2023). Esto puede estar explicado por el desabastecimiento de las cadenas globales de suministro, las barreras administrativas y temporales del INVIMA para la obtención del registro sanitario y la deuda de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con los gestores farmacéuticos debido a su desfinanciamiento.

El problema global de cadenas de suministro de medicamentos está explicado principalmente por el cierre comercial del principal productor de medicamentos en el mundo, China, a causa de la pandemia por COVID 19 y su retraso en volver a abrir su mercado al mundo. Este problema no solo se dio en la producción del medicamento, sino en principios activos, en empaquetado y múltiples insumos de la cadena de suministro de medicamentos. Aunado a los tiempos para obtener los registros sanitarios para comercializar un medicamento en Colombia, que puede tomar alrededor de 400 días. Para esto se expidió el Decreto 334 de 2022 con el cual se buscaba hacer expeditas la aprobación de los registros sanitarios, sin embargo, su implementación no se había logrado en 14 meses.

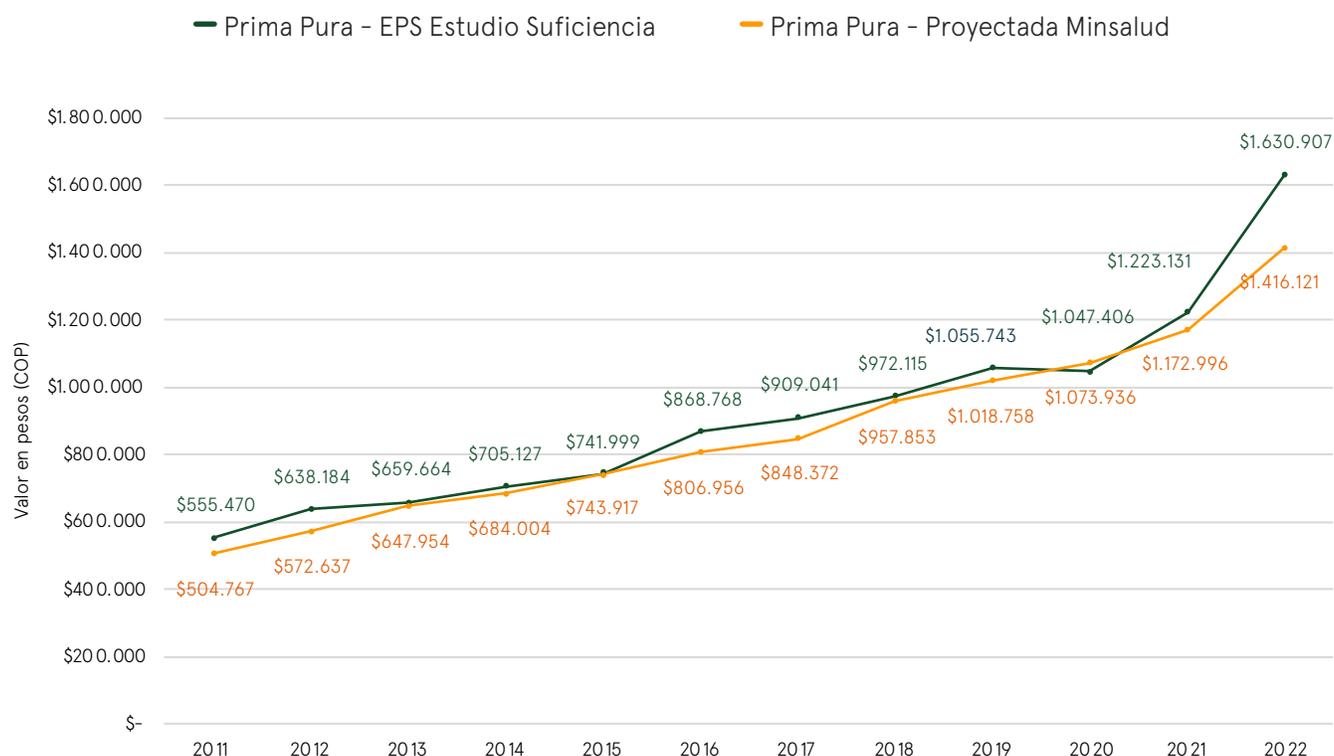
Finalmente, el desfinanciamiento del sistema genera que los laboratorios no traigan medicamentos al país o se produzcan localmente. En otras palabras, si las EPS no pueden cubrir el costo de los medicamentos debido a su falta de recursos para invertir o pagar deudas, las farmacéuticas no tienen incentivos para producir o suministrar medicamentos. Esto afecta tanto a la industria farmacéutica internacional como nacional.

1.2 Sostenibilidad Financiera

Ahora bien, en materia de sostenibilidad financiera, el Ministerio de Salud y Protección Social – MinSalud con la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI (2023) realizaron un estudio de suficiencia que muestra la brecha entre el pago que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) realiza a los aseguradores por afiliado o más conocido como Unidad de Pago por Capitalización – UPC (Prima Pura – Proyectada MinSalud), y la prima calculada (Prima Pura – EPS Estudio de Suficiencia) para el periodo 2011 – 2022. En este se puede observar que la Prima Pura proyectada ha sido subestimada, generando deudas al Sistema de Salud y que este problema se ha mantenido en el tiempo (Gráfico 5).

Cabe resaltar que, a partir del año 2021 esta brecha se amplía, y en 2022 la diferencia es de aproximadamente \$245 mil pesos por persona al año, lo que se estima es una deuda entre \$4 y \$5 billones de pesos en el régimen contributivo. Ahora bien, esto no es solo consecuencia de la pandemia o del incremento en costos de los últimos años, desde su origen el valor prima pura fue subestimado. De acuerdo con el BID (2014), para la reforma a la salud de 1993 el MinSalud calculó una prima pura de USD\$512 para el régimen contributivo, sin embargo, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público autorizó USD\$370 por persona al año. Por lo que desde sus inicios el sistema ha estado subfinanciado con respecto a las necesidades percibidas o esperadas.

Gráfico 5. Brechas de la Prima Pura Observada y Calculada



Fuente: Tomado de NUMERIS (2023). Pesos Colombianos. Valor por Afiliado

Adicionalmente, la frecuencia de utilización del sistema de salud para el año 2023 está siendo subestimada. Teniendo las restricciones de movilización entre 2020 y 2021 debido a la pandemia por COVID 19, muchos usuarios del sistema se abstuvieron de solicitar servicios de salud y acudir a las IPS, por lo que en 2021 se observó una menor frecuencia en la utilización del sistema. A partir de las observaciones de 2021, se estimó la frecuencia de uso para el año 2023, no obstante, el comportamiento de los usuarios ha cambiado después de la pandemia y a lo largo del 2023 más personas demandaron servicios de salud.

Paralelamente, la sostenibilidad financiera del sistema de salud se ve afectada por las fluctuaciones de la tasa de cambio y la inflación. Por una parte, el 50% de los medicamentos en Colombia son importados, y de aquellos que se producen en la industria local, el 80% de sus insumos provienen de mercados extranjeros y son negociados en dólares. Por otra parte, la inflación ha venido aumentando considerablemente entre 2022 y 2023, incrementando el costo de bienes y servicios por encima de lo esperado y generando errores en la presupuestación del sistema. En este sentido, el aumento de la tasa cambio y la inflación han generado sobrecostos al sistema, ya que se han definido presupuestos en los que no se alcanzan a cubrir los costos efectivamente pagados.

2. ¿Cómo propone el Gobierno intervenir?

El Proyecto de Ley 339 de 2023 y los proyectos que han seguido después, buscan reformar el modelo actual de atención en salud para mejorar el acceso a servicios de salud. Para esto propone una serie de intervenciones, comunes entre los diferentes proyectos, que poseen riesgos en su implementación:

- **Giro directo a las IPS.** Eliminar la intermediación de las EPS y retrasos en el giro de recursos a las IPS, es decir que la ADRES pague directamente a los prestadores por los servicios entregados. Cabe resaltar que este esquema ya se implementa para algunos casos particulares del régimen subsidiado. Si bien puede evitar los retrasos derivados de la intermediación de las EPS, el uso incorrecto de los recursos y el pago selectivo se podría prestar para un uso ineficiente de los recursos ya que no hay una gestión del riesgo.
- **Manual tarifario.** Genera un control estricto del gasto y mejora la planeación, ya que estandariza los costos de los bienes y servicios. Además, ofrece transparencia y certidumbre para los grupos de interés del sistema de salud. Sin embargo, su implementación y actualización es compleja, ya que los costos que enfrenta cada IPS pueden variar por factores como localización o complejidad de cada caso, su precisión puede verse afectada por temas cambiarios e inflacionarios manteniendo y acentuando el problema de desfinanciamiento del sistema.
- **Eliminar la integración vertical.** Eliminar el desarrollo de economías de alcance entre las EPS e IPS, ya que generan condiciones anticompetitivas entre IPS propias de las EPS e IPS públicas o no integradas, lo que limita la provisión de servicios de salud y puede afectar la calidad del servicio. No obstante, la integración de EPS e IPS reduce los costos de transacción y contiene el gasto en salud. Por lo que, la eliminación incrementa los costos de transacción, orientando recursos a temas administrativos que podrían tener otros usos.
- **Facilitar el acceso a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).** Acercar los servicios básicos de salud a la comunidad distribuyendo los CAPS geográficamente por cada 25.000 habitantes. De esta forma, los usuarios pueden ser atendidos por el CAPS más cercano a su lugar de residencia, accediendo directamente a citas de medicina general o cualquier tipo de atención básica. Este modelo de prestación responde a las barreras de acceso rurales, sin embargo, puede afectar la competencia de los prestadores de salud en zonas urbanas y limitar el poder de elección de los usuarios en estas áreas. Adicionalmente, existe un vacío sobre la capacidad de atención de pacientes con enfermedades crónicas y dónde deberían ser atendidos.

Recomendaciones de Política

Las problemáticas planteadas, vigentes en el sistema de salud, requieren intervenciones que no han sido consideradas en las propuestas del gobierno nacional. Por lo cual, durante el panel se presentaron las siguientes sugerencias, que buscan ayudar a mejorar el sistema de salud en Colombia:

- **Fortalecer el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).** De acuerdo con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2022, se debe asegurar que las tecnologías en salud que entren al país se integren a la UPC. El IETS puede validar que las tecnologías sean costo-efectivas, evaluando los resultados de la intervención frente a los costos de integrarla en la UPC.
- **Fortalecer la red pública de prestadores y generar incentivos de servicios de salud privados en zonas rurales.** Dado que en su esquema actual, el sistema de salud funciona bien en áreas urbanas (bajos costos y tiempos de espera moderados), en las áreas rurales no se tienen las mismas capacidades por lo que se requiere un sistema diferenciado para estas. Es decir, atraer prestadores privados y fortalecer la red pública en los territorios.
- **Fortalecer el personal de salud en zonas rurales.** La escasez de personal médico especialmente en áreas rurales podría subsanarse fomentando la educación en áreas de la salud de personas oriundas. Para esto se puede implementar un esquema de crédito-beca donde personas nativas de las zonas rurales salgan de sus territorios y se capaciten, pero deban regresar por un determinado tiempo a su lugar natal para condonar el crédito educativo.
- **Incentivar el buen desempeño de las EPS.** Implementar sistemas de medición con los cuáles se puedan calcular indicadores básicos y evaluar el desempeño de las EPS. Para esto, se debe generar una línea base en los próximos años y establecer metas a corto y mediano plazo que condicionen de alguna forma el pago a las EPS, y estas a su vez a las IPS, generando incentivos para mejorar los resultados en los indicadores básicos.
- **Desarrollar la infraestructura en salud.** Adaptar la infraestructura a las necesidades del territorio, garantizando los recursos para el mantenimiento de la infraestructura existente, y dotarla del personal de salud propicio para la prestación del servicio de salud.
- **Consolidar la gobernanza territorial.** La intersectorialidad de las diferentes carteras locales es necesaria para tener un sistema integral de servicios sociales. Además, se debe fortalecer las capacidades técnicas y financieras y definir el rol de las entidades territoriales de salud (autoridad y liderazgo).
- **Estimular la capacidad resolutive en primer nivel.** Integrar esquemas de “compartir tareas” o “cambiar tareas” entre el personal de salud disponible. En otras palabras, dada la limitación de médicos y enfermeros, estos con un entrenamiento básico y de forma supervisada por un especialista podrían suplir servicios de salud de mayor complejidad.
- **Transmitir el conocimiento.** Formar al personal médico en áreas rurales y hospitales pequeños en servicios de alta complejidad, apoyándose en especialistas de hospitales de alto nivel que los apadrinen y acompañen de forma remota.

Referencias

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (2023). Comunicado de prensa. Para 2022, por cada \$100 que recibieron las EPS, se pagaron \$102 para prestar servicios de salud. Recuperado el 26 de abril de 2024, de <https://ace-mi.org.co/prensa/para-2022-por-cada-100-que-recibieron-las-eps-se-pagaron-102-para-prestar-servicios-de-salud/>.

Decreto 334 de 2022. Por el cual se establecen disposiciones para la renovación, modificación y suspensión de registros sanitarios de medicamentos de síntesis química, gases medicinales, biológicos y homeopáticos; de información y publicidad de medicamentos y productos fitoterapéuticos; de adopción de medidas para garantizar el abastecimiento de medicamentos de síntesis química, gases medicinales y biológicos; y se dictan otras relacionadas con estos productos. Marzo 8 de 2022 (Colombia).

Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R. (2014). Health benefit plans in Latin America: a regional comparison. Inter-American Development Bank. Recuperado el 24 de abril de 2024, de <https://publications.iadb.org/en/health-benefit-plans-latin-america-regional-comparison>.

INVIMA (2023). Listado de abastecimiento y desabastecimiento octubre 2023. Recuperado el 26 de abril de 2024, de [https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productos-biologicos/2023-10/LISTADO%20DE%20ABASTECIMIENTO%20Y%20DESABASTECIMIENTO%20DE%20MEDICAMENTOS%20EN%20SEGUIMIENTO%20-%20OCT%203%20DE%202023%20\(1\).pdf](https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productos-biologicos/2023-10/LISTADO%20DE%20ABASTECIMIENTO%20Y%20DESABASTECIMIENTO%20DE%20MEDICAMENTOS%20EN%20SEGUIMIENTO%20-%20OCT%203%20DE%202023%20(1).pdf)

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993 (Colombia).

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007 (Colombia).

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Recuperado el 26 de abril de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutela-2021-st-760-de-2008-final-corte-constitucional.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Sistema Integrado de Información de la Protección Social. Recuperado el 26 de abril de 2024, de <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>.

Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; 2022 (Health Policy Series, No. 57). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Universidad Icesi, @universidadicesi (2023). Foro, evento PROESA, Departamento de Salud Pública, Universidad Icesi [Video]. <https://www.youtube.com/watch?v=iBI6lhBnLDs>.

Vecino y Guzman (2022). Barriers to healthcare access in Colombia

World Health Organization (2023). Global Health Observatory. Global Health Workforce statistics database 2020. Recuperado el 26 de abril de 2024, de <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>.

PROESA



Universidad Icesi - Edificio B, piso 2
Calle 18 No - 122-135, Cali - Colombia
Telefono: +60 (2) 5552334 Ext: 8074

Correo: contacto@proesa.org.co

www.icesi.edu.co/proesa

