



GUÍA CIUDADANA
al **SISTEMA**
de **SALUD**

Observatorio Fiscal de la Pontificia Universidad Javeriana
2022



Rector ————— Jorge Humberto Peláez Piedrahita, S.J.

Sujeta a inspección y vigilancia por parte del Ministerio de Educación Nacional. (artículo 39 del decreto 1295 de 2010)

Guía ciudadana al Sistema de Salud
Observatorio Fiscal de la Pontificia Universidad Javeriana.
Departamento de Economía, 2022

Director ————— Oliver Pardo

Co-fundadores ————— Luis Carlos Reyes, César Ferrari y Alejandra Romero

Textos ————— Lina M. Ramírez Villegas, Pamela Góngora Salazar

Diseño y diagramación ————— Manuela Ospina Pedraza

Contacto ————— www.ofiscal.org | ofiscal@javeriana.edu.co

Si necesita citar este documento, hágalo de la siguiente manera:
Observatorio Fiscal de la Pontificia Universidad Javeriana. (2022).
Guía ciudadana al Sistema de Salud.
Recuperado de <https://www.ofiscal.org/guiasciudadanas>

Las opiniones expresadas en ésta publicación no representan necesariamente las de la Pontificia Universidad Javeriana.

El contenido de este documento está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY - SA 4.0).
Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

————— *Las autoras agradecen el apoyo de Oliver Pardo y Luis Carlos Reyes durante el desarrollo de esta guía y los acertados comentarios de Leonardo Arregocés, Julio Castellanos, Gustavo Morales, Sandra Rodríguez, Paul Rodríguez, Carlos Tobar y el Ministerio de Salud, los cuales enriquecieron la versión final de este documento*

El Observatorio Fiscal existe para analizar la tributación y el gasto en Colombia desde una perspectiva ciudadana, antes que gremial o gubernamental. ————— **Le invitamos a compartir sus comentarios y sugerencias sobre esta guía con nosotros, y a conocer los demás recursos que le ofrecemos al público en www.ofiscal.org**



INTRODUCCIÓN: ¿PARA QUÉ UN SISTEMA DE SALUD? — 6

¿QUIÉNES SON LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD? — 11

- a. Usuarios: las personas que residen en Colombia — 11
- b. Regulador y director: MinSalud — 15
- c. Aseguradores: EAPB (EPS) — 15
- d. Prestadores: IPS — 16
- e. Entidades Territoriales — 18
- f. ADRES — 18
- g. Inspección, vigilancia y control: SuperSalud, INVIMA — 18
- h. Evaluación de tecnologías en salud: IETS — 19
- i. Investigación y salud pública: INS — 19
- j. Fondo para enfermedades de alto costo: CAC — 20
- k. Operadores PILA — 20

¿CÓMO OPERA EL SGSSS? — 21

- a. Recolección de fondos — 21
- b. Mancomunación de recursos — 21
- c. Repartición de recursos — 23
- d. Adquisición y compra de servicios de salud — 23
- e. Provisión de servicios — 24

¿A QUÉ PRESTACIONES EN SALUD TIENEN DERECHO LOS COLOMBIANOS? — 25

¿CÓMO SE FINANCIA EL SISTEMA? — 29

- a. Ingresos y evolución — 29
- b. Gasto y evolución — 33
- c. Déficit — 33

¿CÓMO SE COMPARA COLOMBIA CON EL RESTO DEL MUNDO? — 36

CONCLUSIONES — 39

GLOSARIO DE SIGLAS — 41

NOTAS AL FINAL — 42

Queremos proporcionar una visión general del sistema de salud colombiano, explicando sus principales componentes, sus fuentes de financiamiento, y proponiendo una mirada a sus fortalezas y debilidades.

También queremos que la ciudadanía comprenda mejor sus derechos y deberes en cuanto al acceso a servicios de salud.

Esta guía ciudadana es una herramienta para promover la transparencia en el sistema y la rendición de cuentas al Estado, que contribuya a mejorar su eficiencia y calidad.

INTRODUCCIÓN: ¿PARA QUÉ UN SISTEMA DE SALUD?

Un sistema de salud es la organización de instituciones, recursos y normas cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de las personas, vía la provisión de servicios de salud¹. Los servicios pueden ser desde una jornada de vacunación para niños menores de 5 años, la entrega de un medicamento para la tensión arterial, o una consulta con médico general, hasta una cirugía compleja o una sesión de quimioterapia. Para que dichos servicios puedan ser entregados a la población, un sistema de salud necesita de personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Estos elementos en su conjunto permiten la identificación de necesidades poblacionales en salud, la recolección de recursos o fondos, la compra de las atenciones y tecnologías en salud necesarias y la entrega de dichos servicios a la población.

Para la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Con esta idea en mente, **los tres objetivos fundamentales de los sistemas de salud son:**

- 1. Mejorar la salud de la población**
- 2. Responder a las expectativas de los ciudadanos**
- 3. Proveer protección financiera frente a los costos de la mala salud**

Estos objetivos tienen un elemento político en cuanto a que las sociedades deben decir hasta qué punto el Estado, vía el sistema de salud, debe intervenir en la vida de las personas. Existe también un elemento de incertidumbre, ya que los sistemas de salud deben responder a los eventos adversos que puedan afectar el bienestar de las personas (un cáncer o un accidente de tránsito, por ejemplo) y cuyos costos de atención varían según las lógicas del mercado.

Por lo anterior, los sistemas de salud, por lo general, se basan en la **lógica del aseguramiento**: pagan por la

atención en salud requerida para que las personas enfermas recuperen su salud, evitando que hagan pagos directos de su bolsillo al momento de recibir la atención; y entregan a las personas que enferman unos recursos monetarios para que su nivel de ingreso no se vea afectado debido al episodio de enfermedad que les impidió trabajar. Lo anterior se logra a través de recolectar y mancomunar los recursos necesarios, con base en la estimación del riesgo de que una persona se enferme y los costos de la atención médica requerida. Adicionalmente, los sistemas buscan reducir el riesgo de que las personas se enfermen como una estrategia de reducir los costos. Por ejemplo, los sistemas de salud promueven la vacunación contra enfermedades infecciosas, exámenes de rutina para detectar enfermedades crónicas a tiempo, o políticas anti-tabaco, para así reducir la probabilidad de que las personas desarrollen cáncer u otra enfermedad asociada al tabaquismo. Un sistema exitoso lograría mitigar la probabilidad de ocurrencia de algunos eventos (riesgo técnico en salud), y reducir al mínimo la ocurrencia de gastos excesivos por parte de los hogares que puedan llevarlos a la pobreza (gastos catastróficos).

Para lograr los objetivos anteriores hay varias opciones en el mundo. En general, los sistemas de salud se tienden a parecer en mayor o menor medida a dos opciones generales, la existencia de un único asegurador controlado por completo por el Estado (ej. el sistema nacional de salud en Reino Unido); o la existencia de múltiples aseguradores en los que se distribuye la población, en un entorno que suele ser altamente regulado (ej. el sistema de fondos de Alemania). Los recursos monetarios (el dinero) en ambos casos suelen venir de una mezcla entre impuestos generales e impuestos específicos. Este dinero usualmente es mancomunado en una única entidad, que luego redistribuye los fondos según las necesidades esperadas de la población afiliada a entidades que tienen la responsabilidad de comprar los servicios de salud (contratar) a quienes presten esos servicios. Estas entidades que contratan los servicios de salud pueden estar organizadas de múltiples maneras, pertenecer al Estado, al sector privado, o ambos. Así los sistemas de salud apuntan a garantizar el acceso a un grupo de servicios o prestaciones en salud definidas (Plan de Beneficios en Salud - PBS) para prevenir, diagnosticar, tratar y paliar las enfermedades o condiciones médicas que puedan afectar a las personas.

A la hora de llevar a la práctica estos objetivos, los sistemas de salud en todo el mundo se enfrentan con varios retos. Cuatro de los retos más importantes son **(1)** las cambiantes necesidades en salud de la población, **(2)** los determinantes sociales de la salud o factores ajenos al sistema de salud que tienen un impacto en el estado de salud o el riesgo de enfermedad de las personas, **(3)** establecer la estructura del sistema de tal manera que los incentivos que una organización específica trae consigo priorice la salud de las personas por encima de intereses particulares de los demás actores del sistema y **(4)** las crecientes necesidades y demandas en salud que, por lo general, superan los recursos de los que disponen los sistemas de salud. Cada uno de ellos se explica a continuación:

1 — Necesidades cambiantes en salud de la población

Los riesgos en salud de la población, y por ende las necesidades, cambian por múltiples factores como el género, la edad, el área geográfica en la que vive, e incluso por su profesión. Por ejemplo, a medida que un país avanza en nivel de desarrollo, se reduce la prevalencia de enfermedades infecciosas como la malaria, pero aumenta la prevalencia de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares. Estos cambios en las necesidades de los usuarios tienen que ser tenidos en cuenta por el sistema no solo a la hora de definir qué prestaciones de salud ofrecer

como parte del aseguramiento, sino también cómo ofrecerlas. Por ejemplo, una población joven y principalmente rural tiene necesidades de salud diferentes a una población mayor que vive en ciudades. El perfil de las enfermedades de cada grupo va a ser diferente y por ende van a tener necesidad de servicios de salud distintas.

2 — Determinantes sociales de la salud

La salud de la población se ve afectada por factores del entorno que superan las capacidades del sistema de salud. Por ejemplo, no tener acceso a agua potable es un factor que aumenta el riesgo de enfermedades digestivas, pero desarrollar sistemas de alcantarillado es una tarea que no corresponde al sistema de salud. Invertir en mejorar los determinantes de la salud, bien sea mejorando el etiquetado de los productos alimenticios o disminuyendo la proporción de la población que fuma, entre otros, genera retornos no solo en la salud de la población, sino también en la carga financiera del sistema. Disminuir la probabilidad de desarrollar condiciones de salud disminuye a su vez el costo de las prestaciones o servicios de salud que necesita la población y aumenta la calidad de vida de la misma. Adicionalmente, muchos de los determinantes en salud están asociados a desigualdades en el ingreso y la riqueza de los individuos, de modo que quienes tienen menos recursos generalmente están expuestos a condiciones que se transforman en peores resultados en salud.

3 — Estructura del sistema de salud

El sistema de salud tiene múltiples actores que interactúan constantemente. Cuando cada actor tiene intereses diferentes, conseguir resultados positivos para la población se convierte en un reto². En este sentido, es importante que todos los actores estén cumpliendo con sus responsabilidades en el sistema. Adicionalmente, para garantizar que el sistema cumpla con sus objetivos, los intereses de todos los actores deben estar alineados y funcionar de forma conjunta para mejorar los resultados de salud de la población y la calidad de las prestaciones que reciben los usuarios.

4 — Necesidades en salud crecientes, pero recursos limitados

El gasto en salud crece constantemente en todos los sistemas de salud del mundo. Este crecimiento responde a diferentes razones, que incluyen el crecimiento de la población, la mejora de las tecnologías de salud (ej. una nueva insulina con un precio 4 veces mayor al de las insulinas ya disponibles en el mercado), la promesa de la cobertura universal³, mayores demandas en calidad por parte de los ciudadanos, el cambio demográfico y del perfil epidemiológico. Este último incluye el envejecimiento de la población y un incremento en la prevalencia por enfermedades no transmisibles, como el cáncer, la diabetes mellitus o la hipertensión arterial y la aparición de brotes inusitados de enfermedades infecciosas como la reciente pandemia. Las necesidades y demandas en salud en todo el mundo son prácticamente ilimitadas y crecientes pero es imposible cubrirlo todo. Como lo ha señalado en nume-

rosas oportunidades la OMS: “Ningún país, por más rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida” (OMS, 2010, p. 21). Es entonces imposible responder a todas las demandas de los usuarios, incluso con ingresos crecientes del sistema. En otras palabras, los recursos del sistema son escasos, lo que genera la necesidad de priorizar. La priorización en salud significa decidir, como sociedad, qué necesidades de salud y qué prestaciones asociadas a estas son las más apremiantes, de modo que se puedan garantizar a todos en igualdad de condiciones. Esto por supuesto, implica decidir qué condiciones o prestaciones de salud no son tan importantes, bien sea porque su costo es muy alto frente a los retornos en salud que provee, o porque pese a presentar retornos positivos, implicaría dejar de proveer otras prestaciones en salud que son más prioritarias.

En Colombia, existen retos importantes en términos de acceso efectivo, cierre de brechas en salud y eficiencias. Si bien más del 95% de la población se encuentra afiliada al sistema, no todos tienen cobertura efectiva en salud, esto es, no todos pueden realmente hacer uso de los servicios de salud cuando lo requieren. Dichos retos se concentran de manera importante en el área rural dispersa, donde los determinantes en salud juegan también un rol importante. Por ejemplo, mientras en Antioquia fallecieron 85 mujeres embarazadas por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2020, en la Guajira, durante el mismo periodo, fallecieron 208 mujeres embarazadas por cada 100.000 nacidos vivos.⁴ Hay múltiples razones asociadas a este resultado de salud, como la distancia promedio que tienen que recorrer las mujeres embarazadas al puesto de salud más cercano, la disponibilidad de puestos de salud de segundo nivel, con especialistas (ej. médicos gineco-obstetras) y el equipo para hacer más pruebas diagnósticas (ej. ecógrafos – y como vimos en el punto anterior, médicos especialistas – para hacer ecografías).

Pese a la existencia de retos, es también importante reconocer los logros del sistema de salud colombiano a la fecha.

Casi la totalidad de los colombianos se encuentran asegurados, independientemente de su capacidad de pago. Esto en gran medida explica que el gasto de bolsillo en salud en Colombia (esto es, gasto directo al momento de recibir la atención en salud) sea de los más bajos en el mundo. Un estudio reciente de *The Lancet*, una de las revistas académicas más importantes en salud del mundo, indica que el índice de cobertura universal efectiva para Colombia es de 74 sobre 100, lo que ubica a Colombia como uno de los países con mayor cobertura efectiva en salud en toda la región⁵. Varios indicadores en salud han mostrado mejoras innegables alcanzadas en los últimos 10 años, como la esperanza de vida (de 75 a 77 años)⁶ y la tasa de mortalidad materno infantil (de 85 a 83 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos)⁷.

Otro buen ejemplo para considerar fue el manejo de la Pandemia del COVID-19. En Colombia los gastos en salud de los hogares siguieron siendo bajos y las tasas de mortalidad fueron similares a las de algunos países de la región, como Paraguay y México, y mejores que las de Chile y Argentina⁸. Gran parte se debió a la ágil respuesta del sistema para proveer unidades de cuidado intensivo, así como otro tipo de camas de hospitalización; también en lograr asegurar un sistema de distribución adecuado para vacunas en todo el país⁹. Pese a estos logros y a la confianza en el programa de vacunación, **hay evidencia de desigualdades en cuanto a mortalidad por regiones, lo cual refleja no solo los pendientes que tiene el sistema en las zonas más vulnerables del país, sino también el efecto de los determinantes sociales en salud, mencionados anteriormente.**

¿QUIÉNES SON LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD?

Nuestro sistema de salud se conoce como el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la ley 100 de 1993. Desde 1993 el sistema ha cambiado sustancialmente¹⁰, pero se mantienen sus principios: universalidad en la cobertura, eficiencia en la prestación de servicios, solidaridad en la financiación, integralidad en el cuidado de la salud, unidad de los actores y participación de la población.¹¹ El SGSSS marca un cambio importante en el acceso al aseguramiento en Colombia. El sistema trabaja por garantizar que todos los colombianos tengan acceso a aseguramiento en salud y a las prestaciones necesarias para mantener o mejorar su estado de salud. Para entender el funcionamiento del sistema se presentan a continuación los actores y la operación del SGSSS.

a. Usuarios: las personas que residen en Colombia

Los usuarios son el actor principal del sistema y su principal beneficiario. El sistema está organizado para brindarle las prestaciones de salud necesarias a los usuarios y para contribuir a la mantención o mejora de su estado de salud. Todos los ciudadanos deben estar afiliados al SGSSS; se pueden adquirir planes adicionales de salud que garanticen prestaciones adicionales, pero no se puede desafiliar del sistema. Esta condición es necesaria para garantizar la solidaridad del sistema. Incluso normas recientes facilitan que cuando un usuario no afiliado consulte a un prestador de salud (ej. hospital), el mismo lo pueda reportar y afiliar mediante un proceso muy ejecutivo.

Los usuarios del SGSSS se dividen en dos grupos:

1. Régimen subsidiado
2. Régimen contributivo.

Los afiliados de ambos grupos (casi el 95% de la población, 48.6 millones de personas) tienen derecho a acceder a las mismas prestaciones desde el 2012. La

diferencia entre los dos radica en que los afiliados al régimen contributivo aportan recursos al sistema, dado que tienen los medios para hacerlo. Por su parte, los afiliados al régimen subsidiado son la población que no tiene empleo formal ni capacidad de aportar al sistema. El espíritu de la norma radicaba en que esta división debería ser transitoria: una vez el país lograra reducir al mínimo la informalidad laboral (lo que no ha ocurrido a la velocidad esperada), el régimen contributivo sería el estándar, por lo que se permitió que durante años el subsidiado tuviese un plan de beneficios más modesto que el contributivo.

Adicionalmente, una pequeña parte de la población (menos del 5%, 2.2 millones de personas) está afiliada a dos regímenes más, el de excepción y el régimen especial. Estos regímenes son planes de salud que se habían definido antes de 1993 para personas que trabajaran en el ejército, la policía, Ecopetrol, que hacen parte del magisterio (profesores) y que enseñan en universidades públicas, entre otros. Estos regímenes no están regulados por la ley 100, pero si son vigilados por los organismos de monitoreo, vigilancia, y control (especificados más adelante – subsección g). En general, estos regímenes no cotizan a través de los operadores de la

Mantener los avances alcanzados a la fecha y mejorar las condiciones actuales depende de la constante evaluación del sistema de salud. Es necesario entender el sistema para identificar sus puntos débiles y plantear mejoras.

¿Cómo opera el sistema de salud en Colombia?

¿Qué proporción de los colombianos están asegurados por el sistema de salud?

¿Qué prestaciones en salud son garantizadas?

¿Cuáles son los retos y cómo se compara nuestro sistema con el resto del mundo?

El sistema de salud antes de la Ley 100

Antes de la ley 100, la población colombiana tenía un acceso muy restringido al aseguramiento en salud. Solo un tercio de la población tenía seguros en salud, con el Instituto de Seguridad Social para empleados formales del sector privado, o a través de las Cajas de Previsión Social para los empleados públicos. El sistema se financiaba por tres fuentes: recursos de la recaudación fiscal, contribuciones parafiscales, y recursos de los usuarios directamente. Adicionalmente la provisión de los servicios se hacía con base en presupuestos históricos y sin tener en cuenta las necesidades de la población.

Gran parte de las atenciones en salud se generaban desde el sector privado y estaban asociadas a costos significativos para los usuarios. Por ende, muchas personas no podían acceder a los servicios de salud que necesitaban. Los hospitales públicos eran los encargados de atender de forma gratuita a la población pobre, pero en la práctica pocas personas pobres podían acceder a estos servicios (tan solo alrededor del 20% de los usuarios de hospitales públicos eran pobres - del quinto quintil de ingresos de la población). Las razones principales que citaban las personas para no recurrir al sistema de salud eran los costos y, en menor medida, la falta de centros médicos cercanos.

Fuente: Colombia: Una década después de la reforma del sistema de salud, Escobar et al, Salud al alcance de todos.

Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (**PILA**, especificados más adelante – **subsección k**) y tienen una canasta de prestaciones diferente a las de los otros regímenes. Sin embargo, si el afiliado al régimen especial o de excepción recibe ingresos adicionales a los ingresos por los cuales pertenece al régimen especial o de excepción, entonces deberá cotizar sobre esos ingresos y las prestaciones económicas por dichos ingresos serán pagadas por el Sistema General. Dado que, en general, los afiliados a estos regímenes no tienen que estar afiliados al SGSSS, después de esta sección no se hará referencia a ellos en el resto de la guía.

1 Afiliados al régimen contributivo

Los afiliados al régimen contributivo son los usuarios con capacidad de pago, bien sean empleados, trabajadores independientes, rentistas de capital o pensionados. Estos aportan al sistema a través del pago de una cotización mensual y por medio del pago de cuotas moderadoras y copagos asociados al uso de los servicios.¹² Además de los afiliados, los dependientes económicos del afiliado pueden afiliarse al sistema como beneficiarios si no tienen capacidad de pago y mientras sean su conyugue, compañero permanente, hijos menores de 18 años, hijos menores de 25 años que estén estudiando, hijos de cualquier edad con incapacidad permanente, o padres que no tengan pensión.

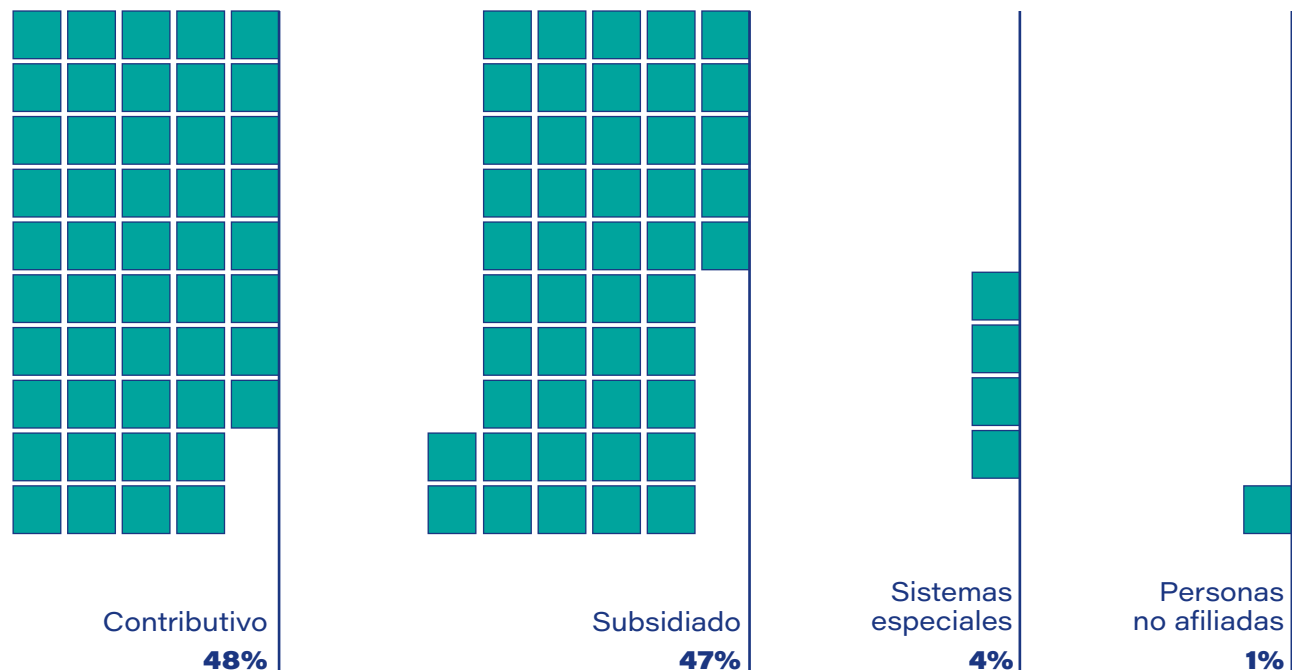
	Aportes o cotización al SGSSS	Copagos	Cuotas moderadoras
¿Cuándo?	Cada mes. Si es dependiente: 12,5 % del salario. 8,5 % lo paga el empleador y el 4 % el trabajador.	Cuando accede a prestaciones de salud que no sean de promoción y prevención, ni de atención materno infantil, ni de control de enfermedades transmisibles, ni de enfermedades de alto costo ni que estén sujetas a cuotas moderadoras.	Cuando accede a citas con profesionales de la salud, exámenes diagnósticos o medicamentos que no respondan a una atención de urgencias.
¿Cuánto?	Si es independiente o rentista de capital: 12,5% del 40% de sus ingresos, mientras sea mayor al salario mínimo mensual. Si es pensionado: entre el 4% y el 10% de sus ingresos.	Depende del costo de la prestación (entre el 11,5% y el 23%) y tiene un tope que depende de los ingresos del cotizante (entre 272.924 y 2.187.195 para el 2022).	Depende del ingreso del cotizante, está entre 3.700 y 38.500 para el 2022.
¿Por qué?	Para contribuir a la financiación de las prestaciones a las que tienen acceso los afiliados a ambos regímenes.	Para contribuir a la financiación de los servicios. Las EPS reciben estos ingresos.	Para moderar el acceso a los servicios de salud y fomentar el uso racional de los mismos.
¿Quién?	Afiliados cotizantes al régimen contributivo	Beneficiarios del régimen contributivo y subsidiado	Cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo

2 — Afiliados al régimen subsidiado

Los afiliados al régimen subsidiado son aquellas personas que **no cuentan con capacidad de pago**, demostrado a través del puntaje del **SISBEN** (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) o un listado censal (p.ej. indígenas o migrantes temporales). El SISBEN es un sistema que permite clasificar a las personas en cuatro grupos a partir de sus condiciones socioeconómicas. Estos grupos se usan para acceder a programas sociales, incluyendo la afiliación al régimen subsidiado del SGSSS. Pese a que los afiliados al régimen subsidiado no hacen aportes al sistema, desde el 2012 tienen derecho a acceder a las mismas prestaciones asistenciales que los afiliados al régimen contributivo.

Los afiliados al régimen subsidiado no deben pagar cuotas moderadoras, pero sí copagos. Estos tienen reglas similares a los del régimen contributivo, y solo se pagan por servicios que cumplan con las mismas condiciones, que además no sean consultas médicas u odontológicas, exámenes diagnósticos, medicamentos, ni servicios de urgencias. No realizan copagos los menores de un año, la población del nivel 1 del SISBEN ni algunas poblaciones especiales (indigentes, población desplazada, desmovilizados, entre otros). Por último, los afiliados a este régimen no reciben incapacidades ni licencias de maternidad, puesto que estos ingresos buscan complementar el ingreso laboral que dejan de percibir los usuarios al enfrentarse a situaciones que no les permiten desarrollar su trabajo durante un periodo, y los afiliados al régimen subsidiado no cotizan al sistema sobre ningún ingreso laboral.

Distribución de usuarios por tipo de afiliación Fuente: Minsalud 2022



b. Regulador y director: MinSalud

El Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) cumple varios roles en el sistema, pero el más importante es el de regular y organizar a los actores del sistema de salud en coordinación y bajo la dirección del presidente de la república. Regular el sistema es un trabajo amplio, que implica desde la **definición de los servicios o prestaciones** en salud que se van a cubrir, pasando por la **formulación de políticas públicas**, hasta la **regulación de precios** de medicamentos. Es importante su papel en la reglamentación, mediante decretos y resoluciones, de las leyes del sector. Adicional a dirigir el sistema de salud, el MinSalud participa en otras tareas del sistema, como la coordinación y la compra de vacunas del Plan Ampliado de Inmunización (**PAI**) y la compra de algunos medicamentos de muy alto costo, como los de la hepatitis C y, más recientemente, las vacunas contra el COVID-19. En estos tres escenarios, el MinSalud debe comprar los medicamentos, coordinar su entrega, y hacer seguimiento al manejo adecuado por parte de las Entidades Territoriales.

c. Aseguradores: EAPB (EPS)

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (**EAPB**) son las **instituciones públicas o privadas que aseguran a los afiliados** del sistema. Esto quiere decir que estas instituciones se comprometen a garantizar que sus afiliados tengan acceso a las prestaciones de salud definidas. Las EAPB incluyen a empresas de medicina prepagada, aseguradoras comerciales, empresas solidarias de salud y a algunas cajas de compensación. Pero las EAPB más importantes son las Entidades Promotoras de Salud (**EPS**). Las EPS se clasifican de acuerdo con la población que sirven primordialmente (contributivo, subsidiado, indígena).

Para garantizar el acceso a las prestaciones de salud, las EAPB deben planear y contratar los servicios de salud necesarios con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (**IPS**). Las EAPB también hacen un seguimiento de las IPS para que cumplan sus obligaciones contractuales. ¿Por qué es esto necesario y qué significa en la práctica?

Cada afiliado enfrenta un riesgo de salud y un riesgo financiero. Las EAPB son las responsables de gestionar esos dos riesgos. Esto quiere decir que las EAPB son las responsables de afiliar a las personas, asegurarse de que reciban atenciones de promoción y prevención en salud y de garantizar que, en caso de necesitarlos, sus afiliados puedan acceder a un grupo de prestaciones para tratamiento de varias condiciones de salud o enfermedades. Para lo anterior, las EAPB deben organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados puedan acceder a los servicios de salud que requieren. Esto implica la articulación de los distintos servicios a lo largo de la red de prestadores con la que contrata, negociar los costos de las prestaciones con las IPS, y velar porque sus afiliados reciban las prestaciones necesarias a tiempo.¹³

Las EAPB que manejan los recursos del régimen contributivo y subsidiado son la EPS. Las EPS re-

ciben recursos a cambio de proveer las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud (**PBS**)¹⁴ a sus afiliados. El grueso de estos recursos está en la Unidad de Pago por Capitación (**UPC**). La UPC es una prima (un valor fijo al mes por persona) calculada como función de la edad, el sexo y el territorio en el que vive un afiliado. Las consideraciones demográficas en el cálculo de la UPC permiten que las EPS reciban una compensación acorde con el costo esperado de la atención de sus afiliados. Por ejemplo, las mujeres en edad reproductiva implican un gasto esperado mayor que el de un hombre en este mismo grupo de edad. Ahora bien, este costo mayor no se ve reflejado en el aporte de las mujeres afiliadas al régimen contributivo. [Esta diferencia entre los aportes y el costo de un afiliado hace parte del principio de solidaridad del sistema.](#)

Las EPS también reciben recursos a través del mecanismo de “presupuestos máximos”, que es una bolsa de recursos para la compra de tecnologías en salud que no se financian directamente por la UPC, ya que requieren un estudio más detallado para determinar la pertinencia clínica de su adquisición. La **sección 4** amplía esta diferenciación de fuentes según tecnologías.

La buena gestión de riesgo por parte de una aseguradora (EPS) implica, entre otras cosas, negociar las prestaciones necesarias a un buen precio con las IPS, con el mejor resultado posible para el paciente, y gestionar la prevención de las enfermedades de sus afiliados para que no progresen a estados avanzados (que generalmente son más costosos). En principio, una buena gestión permite que los recursos que recibe la EPS por la UPC de sus afiliados sean mayores a los gastos que hace en las prestaciones de salud que requieren. [En este sentido, las EPS juegan un rol clave a la hora de garantizar un uso financieramente sostenible de los recursos del sistema de salud.](#)

Vale la pena resaltar que actualmente los recursos que reciben las EPS se consideran recursos públicos. Por ende, las EPS enfrentan un escrutinio constante para asegurar que los recursos sean usados de acuerdo con sus fines. Del total de los recursos que recibe una EPS, hasta el 10% podrán ser usados para gastos administrativos en el régimen contributivo y hasta el 8% en el régimen subsidiado.

d. Prestadores: IPS

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son las entidades, asociaciones o personas que se encargan de [proveer las prestaciones a los usuarios](#). Las IPS son, en general, hospitales, profesionales de la salud, clínicas, entre otros, y pueden ser [públicas, privadas o mixtas](#). Las EPS del régimen subsidiado y las EPS públicas deben contratar por lo menos el 60% de su gasto con la red pública de IPS. Adicionalmente, para evitar la integración vertical¹⁵, las EPS no pueden contratar más del 30% del gasto con sus propias IPS. Mientras cumplan con estas condiciones, las EPS pueden contratar con cualquier IPS las prestaciones que necesiten sus afiliados, es decir que [las EPS le pagan a las IPS por prestar servicios de salud a sus afiliados](#).

Las IPS compiten en precios y calidad con otras IPS. Como las EPS pueden contratar con múltiples

IPS, generalmente contratarán con las que ofrezcan un mejor servicio a un menor precio. Frente a este panorama, las IPS pueden adoptar múltiples estrategias para poder ofrecer precios competitivos y una atención de calidad, como especializarse en ciertas prestaciones o prestar servicios en áreas remotas. Las IPS públicas deben ofrecer todos los servicios de primer nivel, condición que puede afectar sus posibilidades de especializarse en prestaciones específicas.

Existen principalmente [tres tipos de contratos](#) en los sistemas de salud. En primer lugar, la EPS puede pagar una cápita a la IPS, es decir que paga un valor fijo por afiliado para que la IPS cubra unas prestaciones definidas. Este tipo de contratos genera el incentivo a prestar pocos servicios para no aumentar los costos del prestador. En segundo lugar, existen contratos de pago por servicio (evento), en el que la IPS le cobra un costo fijo a la EPS por cada prestación que se genere. Este tipo de contratos genera incentivos a hacer muchas prestaciones dado que estas generan más ingresos al prestador. Estos son los contratos más comunes en el sistema, según los reportes de la Supersalud.¹⁶ Por último, hay contratos basados en canastas de servicios. Las ca-

nastas de servicios son listas que agrupan servicios de salud que generalmente son usados en el cuidado de pacientes con condiciones de salud específicas. No necesariamente todos los pacientes requerirán todas las prestaciones. Esto depende del estadio de la enfermedad y otras condiciones específicas del paciente. Este tipo de contratos es un intermedio entre el pago por capitación y el pago por servicio, que permite que las IPS se especialicen en algunas condiciones de salud, pero que puede generar incentivos a prestar pocos servicios a los usuarios si no se les da el suficiente seguimiento juicioso a los pacientes.

En los últimos años, la regulación ha intentado promover modalidades más innovadoras de contratación entre EAPB e IPS, para que alinear mejor los incentivos, controlar costos y mejorar los resultados en salud. Son modalidades en donde se comparte el riesgo entre las dos partes, o se le da un papel importante, como condición para el pago, a que se obtengan resultados medibles en salud.

Tipo de contrato	A favor	En contra
Capitación: pago que cubre todas las prestaciones por un costo fijo.	El costo que asumen las EPS es fijo y cubre todas las prestaciones por afiliado.	Las IPS podrían prestar menos servicios de los necesarios.
Canastas de servicios: un grupo de servicios definidos relacionados con una condición de salud específica	El costo que asumen las EPS por los afiliados con esa condición es fijo y cubre las prestaciones que podrían necesitar.	Las IPS tienen incentivos a diagnosticar a más pacientes en canastas costosas y a proveerles menos servicios.
Pago por servicio: se define un precio a pagar por cada servicio prestado, al final del periodo se contabilizan los servicios y se pagan.	Las IPS tienen incentivos a prestar todos los servicios a los afiliados.	Las EPS no saben el costo que enfrentan hasta que se acaba el periodo y probablemente será mayor que por los otros tipos de contrato.

e. Entidades Territoriales

Las Entidades Territoriales (**ET**) son los departamentos y municipios del país. Las ET apoyan la dirección del sector formulando planes, supervisando el recaudo y administrando los sistemas de información necesarios. Por ejemplo, cada ET es responsable de desarrollar el Análisis de Situación de Salud (**ASIS**), un documento que contiene las necesidades de salud locales. Las ET también formulan su Plan Territorial de Salud, con el que se trazan los objetivos y las estrategias para alcanzar las metas estratégicas de salud. Estos documentos deben estar enmarcadas en los lineamientos del MinSalud.

Las ET dirigen las IPS públicas de su jurisdicción, deben promover el aseguramiento de la población, especialmente de los más vulnerables, y administran, controlan y supervisan el recaudo de algunos recursos del Sistema General de Participaciones. Son las encargadas de promover políticas que impacten los determinantes de la salud y deben vigilar y controlar la oferta de servicios de salud del departamento/municipio. También contribuyen a la vigilancia y control del sistema frente a los factores de riesgo del ambiente y, de la mano con el INVIMA, frente a los medicamentos y alimentos. Por último, las ET deben aportar a la implementación de la política de salud pública de la nación y garantizar los servicios del laboratorio de salud pública.

f. ADRES

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (**ADRES**) es la entidad encargada de mancomunar los recursos del sistema y entregarlos a las EPS. La ADRES recibe todos los ingresos y los reparte a las EPS de forma proporcional a los afiliados de cada una. Cabe aclarar que la ADRES recibe ingresos de los aportes de los afiliados al régimen contributivo, pero también del Sistema General de Participaciones (**SGP**), del Presupuesto General de la Nación (**PGN**) y de otras fuentes. Para poder repartir de forma adecuada los recursos, la ADRES es responsable de la Base de Datos Única de Afiliados (**BDUA**), que contiene la información sobre los afiliados a cada EPS y sus características demográficas. Las labores de la ADRES serán exploradas a un mayor nivel de detalle en la siguiente subsección y en la **sección 6**.

g. Inspección, vigilancia y control: SuperSalud, INVIMA

Los organismos de inspección, vigilancia y control son los encargados de monitorear el sistema, dar aviso cuando se desvía de las normas y ordenar las acciones a tomar cuando hay irregularidades. Dado que el sistema comprende múltiples actores y componentes, hay varias entidades que realizan estas tres tareas sobre diferentes frentes del sistema.

La Superintendencia Nacional de Salud (SuperSalud) es la encargada de vigilar a las EPS, IPS y ADRES frente al manejo de los recursos y la prestación de los servicios. Esta entidad es la encargada de alertar cuando las entidades tienen manejos irregulares de los recursos, cuando suceden actos de corrupción en el sistema, y es la encargada de sancionar y denunciar las acciones irregulares que detecte. Adicionalmente, la SuperSalud vela por los derechos de los usuarios frente al aseguramiento y la prestación de servicios.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) es la puerta de entrada al sistema de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, entre otros. Esto significa que cuando uno de estos productos quiere entrar al mercado colombiano, debe tener una licencia sanitaria emitida por el INVIMA. Para emitir estas licencias, el INVIMA evalúa la seguridad del uso y la calidad de los bienes que afectan la salud. Posteriormente, el INVIMA hace seguimiento a los productos que están en el mercado y vigila a los establecimientos que producen y comercializan estos bienes.

h. Evaluación de tecnologías en salud: IETS

El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (**IETS**) es una entidad que evalúa y genera evidencia sobre las tecnologías de salud. Las tecnologías de salud son todas las intervenciones usadas para prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades, y comprenden un grupo grande de bienes, desde preservativos, pasando por relojes inteligentes, y hasta robots que pueden hacer cirugías. Evaluar estas tecnologías significa revisar sus propiedades y los efectos e impactos que tienen desde una perspectiva médica, social, ética y económica. Esto significa que evalúan la efectividad de las tecnologías de salud y la relación entre sus costos y los beneficios en salud que representan. La generación de conocimiento del IETS se cristaliza en los documentos que genera, como las Guías de Práctica Clínica (**GPC**), Análisis de Impacto Presupuestal (**AIP**), evaluaciones de tecnologías de salud, artículos indexados en economía de la salud, y policy briefs, que posteriormente informan la toma de decisiones de múltiples actores, por ejemplo, a la hora de actualizar las prestaciones que cubre el sistema o a la hora de fijar el precio de ciertos medicamentos, según el valor que aporten a la salud.

i. Investigación y salud pública: INS

El Instituto Nacional de Salud (**INS**) es la entidad encargada del desarrollo, la gestión y la promoción del conocimiento científico en salud y biomedicina, la vigilancia y seguridad sanitaria de los insumos biológicos y actuar como el laboratorio nacional de referencia. Su principal responsabilidad es investigar los riesgos de salud que enfrentan los colombianos, transferir este conocimiento a otras entidades que se benefician de él y desarrollar bienes y servicios en salud pública. El INS tuvo un papel clave durante la pandemia de COVID-19; no solo definió los lineamientos de prevención, también fue

el encargado de procesar las pruebas diagnósticas durante los primeros meses, y de entrenar a los equipos de otras entidades para que pudieran procesar las pruebas también.

j. Fondo para enfermedades de alto costo: CAC

La Cuenta de Alto Costo (**CAC**) es un organismo técnico no gubernamental del SGSSS que obliga a las EPS de ambos regímenes y a las demás Entidades Obligadas a Compensar a asociarse para cubrir y hacer seguimiento a los pacientes con enfermedades de alto costo. Las EPS del régimen contributivo y subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar fijan anualmente el monto total de los recursos para el funcionamiento de la CAC a partir del cálculo de la fórmula de distribución que establezca conjuntamente los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección social para cada tipo de enfermedad de alto costo (incluyendo actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionada con la enfermedad de alto costo) Las enfermedades de alto costo son artritis reumatoide, hemofilia, enfermedad renal crónica estadio 5, virus de inmunodeficiencia humana (VIH y SIDA), once tipos de cáncer, y hepatitis C. Tratar estas condiciones es costoso por las tecnologías de salud disponibles y por la naturaleza de estas condiciones de salud. Por un lado, las tecnologías de salud disponibles (ej. quimioterapias, antirretrovirales) están cambiando constantemente, y cada vez tienen precios más elevados. Por el otro lado, generalmente estas condiciones de salud están asociadas a comorbilidades, otras condiciones de salud que surgen con mayor probabilidad en estos pacientes y que aumentan la complejidad del cuidado. Adicionalmente, algunas de estas condiciones de salud son condiciones que sólo se dan en menos del 3% de la población (aunque para su prevención es necesario monitorear algunas condiciones comunes como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial). Dado que hay EPS que pueden tener mayor concentración de pacientes con estas condiciones, la CAC propone una distribución de parte de los ingresos de las EPS de modo que se compense en mayor medida a las EPS con mayor número de afiliados con estas condiciones. Adicionalmente, la CAC desarrolló indicadores para evaluar la calidad del cuidado que reciben los pacientes con estas condiciones, y una parte del arreglo que hace se basa en premiar a las EPS e IPS que tienen un mejor cuidado con estos pacientes.

k. Operadores PILA

Los Operadores PILA (Planilla Integrada de Liquidación de Aportes) son entidades privadas que se encargan de **recibir los aportes a seguridad social** de empresas y trabajadores independientes. Hay siete operadores PILA autorizados por el MinSalud.¹⁷ Los operadores PILA permiten que los empleadores y trabajadores independientes puedan pagar los aportes a pensión, salud y ARL en una sola transacción que llega a las cuentas maestras que el Gobierno Nacional ha dispuesto.

¿CÓMO OPERA EL SGSSS?

Los sistemas de salud tienen cinco funciones principales que permiten garantizar el aseguramiento de la población. La primera es la recolección de los fondos, la segunda es la mancomunación de los recursos, la tercera es la repartición de los recursos, la cuarta es la compra de servicios y la quinta es la provisión de servicios. Cada una de las funciones es clave para el correcto funcionamiento del sistema, pero pueden ser ejecutadas por diversos actores, según como esté estructurado el sistema de salud de cada país. Para abarcar estas cinco funciones, el sistema debe ser dirigido por algún ente que regule las relaciones entre los agentes y defina qué funciones van a depender de qué actores. En el sistema colombiano esta tarea recae sobre el ente rector, el MinSalud.

La dirección del sistema es una tarea amplia, que incluye la formulación de políticas para el sector, la definición de los planes de inversión, la generación de regulaciones para el sistema y el desarrollo de sistemas de información. **La existencia de un marco de acción claro para los actores del sistema depende de una buena dirección.** Esta función se materializa a través de las resoluciones, decretos y planes de política pública emitidos por MinSalud.

Las Entidades Territoriales (municipios, departamentos y distritos) apoyan la función de dirección del sistema a nivel departamental y municipal, a través de la formulación de planes para el desarrollo del sistema y la adopción y seguimiento de los sistemas de información nacionales. Adicional a la dirección del sistema, las Entidades Territoriales participan en la promoción del aseguramiento a toda la población, en la formulación de las políticas de salud pública, y en la vigilancia y en el control del aseguramiento.

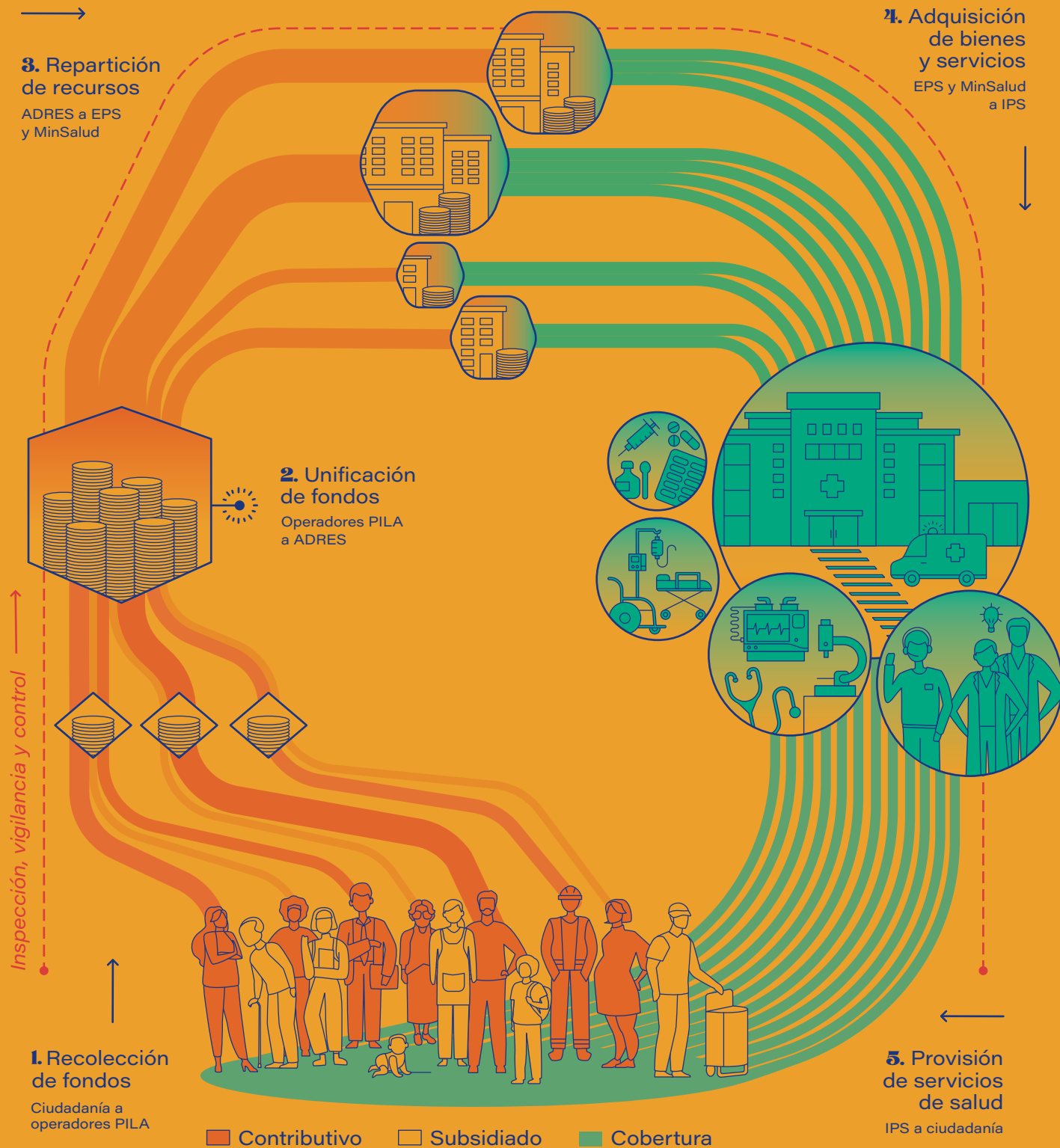
a. Recolección de fondos

La recolección de los fondos se realiza a través de **contribuciones obligatorias** recolectadas por los operadores

PILA y a través de impuestos recaudados por la nación y las ET. Los operadores PILA son los encargados de recolectar los aportes de los afiliados al régimen contributivo (ya sea directamente de los trabajadores independientes o indirectamente a través de las retenciones de nómina realizadas por las empresas). Posteriormente, se transfieren los recursos a la ADRES. Todos los afiliados al sistema contributivo aportan al sistema de forma proporcional a sus ingresos, y todos los afiliados (tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado) reciben las mismas prestaciones de salud. La sección 4 profundiza sobre cómo funcionan los aportes al sistema. La ADRES recibe también recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN), del Sistema General de Participaciones (SGP) y del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (**SOAT**), tema al que volveremos en mayor detalle en la **sección 6**.

b. Mancomunación de recursos

Al agrupar todos los ingresos se materializa la **solidaridad del sistema**, puesto que los recursos que vienen de los aportes de los usuarios del régimen contributivo, del PGN, del SGP, del SOAT, entre otros, son ahora usados



de forma indistinta para cubrir las primas de todos los usuarios. La entidad encargada de agrupar los fondos es la ADRES, que recibe los ingresos de todas las fuentes.

c. Repartición de recursos.

Hay dos entidades que intervienen en esta función, la ADRES y la CAC. Al principio del periodo la ADRES reparte entre las EPS los fondos recogidos en el punto anterior proporcionalmente al número de afiliados de cada EPS (vía UPC y presupuestos máximos). Vale la pena recordar que la ADRES es la encargada de manejar la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), que le permite definir cómo se reparten los recursos entre las EPS. Al final de cada periodo se hace una pequeña repartición de recursos asociada a las enfermedades de alto costo. Para este fin, la CAC define qué EPS deben recibir recursos adicionales, dada su carga en enfermedades de alto costo y el manejo que le dieron a estos pacientes, de acuerdo con indicadores definidos. Este segundo arreglo implica que algunas EPS deben entregar recursos a la CAC y que otras EPS recibirán recursos adicionales. Vale la pena mencionar que se mueve menos del 1% de los recursos del sistema en esta segunda distribución de ajuste.

d. Adquisición y compra de servicios de salud

Los servicios de salud son un grupo grande de bienes y servicios, que incluye las tecnologías en salud (como los medicamentos o los dispositivos médicos) y las atenciones de salud, como consultas con especialistas. Los servicios son adquiridos principalmente por las EPS a través de las modalidades de contratación anteriormente discutidas. Sin embargo, como parte de sus funciones, el MinSalud y las Entidades Territoriales también adquieren algunos servicios, como es el caso de los medicamentos para la hepatitis C y las vacunas del PAI. La compra de servicios por el MinSalud garantiza un mayor poder de negociación frente a empresas farmacéuticas que el que puede tener una EPS. Uno de los ejemplos más recientes de compra centralizada de medicamentos fue la compra de las vacunas para el COVID-19¹⁸.

El SGSSS es un sistema basado en la competencia en calidad, de modo que los afiliados van a pagar la misma contribución en cualquier EPS, y pueden cambiar de EPS si no se sienten satisfechos con la atención que reciben. Esto significa que, si las EPS quieren mantener sus ingresos y su número de afiliados, deben prestar servicios de calidad tal que sus afiliados se sientan satisfechos. Para que exista realmente competencia, y la EPS responda a los incentivos mencionados, es necesario que exista competencia en el territorio donde opera la EPS (es decir, otras EPS a las que los usuarios puedan trasladarse) y que los usuarios tengan información sobre el operar de las distintas EPS. Dicho esto, el actual esquema de competencia no siempre ofrece los suficientes incentivos para ofrecer servicios de calidad.¹⁹

Movilidad y portabilidad

Las EPS están autorizadas para operar en el régimen contributivo (14 EPS) o en el régimen subsidiado (26 EPS). Son pocas las EPS que están autorizadas en ambos regímenes. Paralelamente, los afiliados al régimen contributivo pueden pasar al régimen subsidiado, y viceversa. La movilidad entre regímenes se reglamentó de tal forma que cuando un afiliado cambia de régimen tiene derecho a mantenerse en la misma EPS, de modo que las EPS pueden tener afiliados de un régimen en el que no están autorizadas, si estos tuvieron un proceso de movilidad de un régimen a otro.

Las EPS están autorizadas a operar en ciertas regiones, pero deben garantizar las prestaciones a sus afiliados en todo el territorio nacional. La normatividad frente a la portabilidad (el cambio del lugar de residencia de un afiliado) sostiene que, si un afiliado al sistema va a cambiar su lugar de residencia durante hasta dos años, puede mantenerse en la EPS que está afiliado, incluso si la EPS no está autorizada en la nueva zona de residencia. Si el cambio de residencia es menor a un mes, no debe avisar a su EPS y las IPS en la región deben atenderlo en caso de una urgencia. Si el cambio de residencia es de entre uno y doce meses, el afiliado debe informar a su EPS, quien deberá garantizar el acceso a las prestaciones de salud en el nuevo lugar de residencia. El afiliado puede prorrogar este arreglo hasta por doce meses adicionales, después de los cuales debe cambiar su EPS a una que si esté autorizada en la región.

e. Provisión de servicios

En el SGSSS, la provisión de servicios es tarea de las IPS. Las prestaciones se dividen en dos grupos, las prestaciones del PBS y las prestaciones no PBS. Las prestaciones incluyen distintos niveles de atención, desde la promoción y prevención, pasando por atenciones sencillas que dependen de enfermeras y médi-

cos generales, hasta las prestaciones complejas que sólo son prestadas por especialistas en hospitales de alta complejidad. Esta es la cara del sistema con la cual los usuarios tienen contacto, pero sería imposible llegar a esta función si las cuatro funciones anteriores no funcionaran.

¿A QUÉ PRESTACIONES EN SALUD TIENEN DERECHO LOS COLOMBIANOS?

De acuerdo con la Ley Estatutaria en Salud (LES) (Ley 1751 del 2015), la salud es un derecho fundamental de todos los colombianos. Esto significa que es un derecho acceder a los servicios de salud necesarios para preservar, mejorar y promover la salud de forma oportuna, eficaz y con calidad, con igualdad de trato y oportunidades en el acceso. La ley creó el marco de protección a este derecho, además de establecer los mínimos básicos en términos de prestaciones de salud.

Garantizar la protección colectiva del derecho a la salud implica controlar el gasto del sistema: dado que los recursos son limitados, para que todos los ciudadanos tengan acceso a un mínimo de atenciones, no se pueden cubrir todas las prestaciones de salud. Para controlar el gasto, la LES contempla dos herramientas principales: las exclusiones de prestaciones y el control de precios de medicamentos. Se definieron 5 condiciones bajo las cuales el sistema no va a financiar prestaciones de salud, que acompañadas del diálogo con la población permiten generar listas de prestaciones que no son cubiertas con recursos del SGSSS. Por el otro lado, se sentaron las bases para que el MinSalud pueda desarrollar una política farmacéutica que aumente la transparencia en el mercado de medicamentos.

La afiliación al SGSSS implica el derecho a acceder a un grupo de prestaciones, definidas por el Plan Obligatorio de Salud (POS) antes del 2015 y por el PBS posteriormente. Antes del 2009 el POS del régimen contributivo era sustancialmente mayor al del régimen subsidiado. Entre el 2009 y el 2012 se fueron igualando gradualmente los POS de ambos regímenes. Desde el 2012 la única diferencia entre ambos grupos es que los cotizantes (régimen contributivo) tienen el derecho a un pago por incapacidades no laborales y licencias de maternidad.²¹

La LES definió tres grupos de prestaciones: las PBS, las no PBS y las exclusiones. Las diferencias entre estos tres grupos se dan principalmente en su financiación. Las prestaciones del PBS son definidas por el MinSalud cada dos años con base en la evidencia generada por el IETS y en el perfil epidemiológico de la población. En teoría, el PBS recoge las prestaciones más importantes o necesarias para la población colombiana. Las exclusiones son prestaciones que no pueden ser cubiertas con recursos del SGSSS y que son definidas anualmente por el MinSalud. Para excluir una tecnología de salud, debe cumplir con una de las siguientes cinco condiciones:

1. Tener un fin estético. Por ejemplo, cirugías cosméticas.
2. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad, eficacia y efectividad clínica. Por ejemplo, el uso de ivermectina para tratar el COVID-19.
3. Que su uso no haya sido autorizado por el INVIMA. Algunas tecnologías de salud relativamente recientes no están autorizadas aún.
4. Que se encuentre en fase de experimentación.
5. Que tenga que ser prestado en el exterior.

Actualización de la UPC

La UPC, la cual define los recursos que recibe la EPS por un afiliado, debe reflejar de forma adecuada lo que las EPS posiblemente gasten en la adquisición y compra de servicios de salud para proveer a sus afiliados de las prestaciones necesarias. Por esta razón, la UPC tiene valores diferentes para diferentes grupos de edad, sexo y territorio del afiliado. Tanto los más jóvenes como los más viejos de la sociedad tienden a requerir más prestaciones. Proveer prestaciones en regiones alejadas y de difícil acceso acarrea costos más altos.

Existen varios factores que afectan el valor de la UPC en el tiempo, por los cuales es importante ajustar la UPC continuamente. Por un lado, el cambio de la composición de la población afecta la UPC, puesto que distintos grupos tienen mayores necesidades en salud (por ejemplo, las mujeres en edad gestacional). La UPC también debe ajustarse cuando se incluyen nuevas prestaciones en el PBS. Por último, la inflación afecta los precios de las prestaciones, de modo que la UPC también debe crecer para cubrir este comportamiento.

Todos los años el MinSalud solicita a las EPS los datos de los servicios que prestaron el año pasado. Con base en estos datos, y teniendo en cuenta la inflación, el crecimiento de la población, el cambio en el uso de servicios y los cambios en el gasto por la inclusión de nuevas prestaciones, el MinSalud calcula cuanto cree que serán los gastos para el próximo año para cada grupo poblacional. Con esta información y usando métodos estadísticos se define el nuevo valor de la UPC. Este se establece por medio de una resolución todos los años, y posteriormente el MinSalud publica un estudio sobre el proceso de actualización de la UPC.

Por último, las prestaciones no PBS son prestaciones que no están incluidas explícitamente del PBS y que no cumplen con ninguna de las cinco condiciones mencionadas anteriormente. Estas prestaciones pueden ser relativamente costosas o tener beneficios limitados o inciertos frente a su costo, razón por la que no son incluidas en el PBS. Aun así, la LES definió que siguen siendo prestaciones que permiten garantizar el derecho individual a la salud y por ende deben ser cubiertas

por el sistema.²² En consecuencia, las prestaciones no PBS en realidad son prestaciones no financiadas por la UPC. El sistema garantiza el acceso a ellas, pero con una fuente de recursos diferente.

Las prestaciones no PBS están relacionadas en muchos casos a tecnologías de salud relativamente recientes, sobre las cuales el IETS no ha generado suficiente evidencia, o que tienen costos muy altos y tendrían un

Principios activos

Una parte esencial del sistema es el control de los medicamentos, tarea a cargo del Invima en el caso colombiano. Los medicamentos son las sustancias que se usan para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de la enfermedad.

Los principios activos son el componente de los medicamentos que es responsable de su actividad. Por ejemplo, el acetaminofén es un principio activo que se usa para tratar la fiebre y el dolor. Dado que en general se necesitan cantidades pequeñas del principio activo, se mezcla con un excipiente, otro material que permite manejarlo más fácilmente. Existen muchos medicamentos en el mercado que contienen acetaminofén, y sus precios varían considerablemente dependiendo del laboratorio que las produce, del excipiente que usa y de otros principios activos que puedan contener.

Algunos laboratorios farmacéuticos hacen investigación sobre nuevos principios activos, y cuando desarrollan principios activos novedosos pueden decidir si compartir la fórmula con otros laboratorios o no durante un periodo de tiempo. La posibilidad de no compartir su investigación está garantizada por una patente, el derecho de exclusividad que da el estado. Pasada la vigencia de la patente, se vuelve pública la información y otros laboratorios pueden generar medicamentos con el mismo principio activo. Estos medicamentos se conocen como genéricos, y tienden a ser menos costosos que los originales. El costo reducido no está relacionado con la calidad o eficacia del medicamento; es resultado de que los laboratorios que los producen no tuvieron que invertir en su desarrollo.

El MinSalud desarrolló el termómetro de precios, una herramienta web que permite a los usuarios comparar precios de medicamentos con el mismo principio activo, de modo que puedan tomar decisiones informadas.

efecto importante sobre los recursos del sistema. Vale la pena resaltar que, al incluir una prestación en el PBS, el sistema debe contar con una UPC que sea suficiente para cubrir los costos asociados a esa prestación. Cuando no es posible que la UPC aumente lo suficiente, no se pueden incluir estas prestaciones en el PBS.

Antes del 2016 había dos formas de acceder a prestaciones no PBS: por vía judicial (por una tutela) o a través de un comité técnico científico. Las prestaciones autorizadas por uno de estos procedimientos se cubrían antes del 2019 por recobros, el proceso por el que las EPS le solicitaban al MinSalud que les reembolsara los recursos por haber prestado el servicio. Esta dinámica generaba costos burocráticos y demoras en los pagos, porque en muchos casos el MinSalud podía solicitar evidencia adicional a las EPS antes de reintegrar el valor. Para solucionar este problema, en el 2016 el MinSalud creó el aplicativo Mipres, una plataforma donde los profesionales de la salud podían recetar prestaciones no PBS, evitando así la necesidad de acudir al sistema judicial y de reducir los costos asociados a los comités técnico-científicos. Aun así, persistía el problema de que los costos asociados a estas prestaciones aumentaban de forma acelerada, porque las EPS no tenían incentivos para limitar el número de prestaciones no PBS que se generaban. A raíz de esto, en el 2020 se crearon los Presupuestos Máximos, un flujo fijo de recursos adicionales que se entrega a cada EPS para cubrir las prestaciones no PBS. Idealmente, el proceso de actualización del PBS debería ser rápido y así garantizar que la lista no PBS sea muy pequeña, y generando claridad sobre las garantías del PBS y sus costos.²³

¿CÓMO SE FINANCIA EL SISTEMA?

Uno de los principios básicos del sistema es la solidaridad, bajo el cual los ciudadanos con mayor capacidad de pago hacen aportes mayores al sistema que permiten cubrir en alguna medida el costo de los usuarios con menor o nula capacidad de pago. Los aportes de todos los afiliados al régimen contributivo se agrupan en una bolsa común, que es posteriormente usada para pagar la prima de aseguramiento (UPC) a las aseguradoras (EPS).

a. Ingresos y evolución

El ingreso principal del sistema son las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo, que representaban para el 2019 casi el 40% del ingreso del sistema. Pese a que estos ingresos han sido relativamente estables a través del tiempo, pueden presentar comportamientos cíclicos, puesto que en momentos de crisis económicas el desempleo aumenta, y por ende los ingresos de cotizaciones

disminuyen. Adicionalmente, los aportes han sido un desincentivo a la formalización de los trabajadores y recaen principalmente sobre los trabajadores. Es decir, algunos trabajadores prefieren no formalizarse para evitar pagar aportes, especialmente teniendo en cuenta que es un costo relativamente alto para aquellos con salario mínimo.²⁴

El Presupuesto General de la Nación (PGN) es la herramienta con la que el gobierno asigna recursos a los diferentes sectores de la economía. El aporte del PGN ha aumentado de forma considerable en los últimos años. El sistema puede mantener esta participación del PGN, pero se deben encontrar nuevos ingresos que soporten este comportamiento para no ser desestabilizante para el país. Vale la pena resaltar que aumentar la contribución del PGN significa menos recursos para otros sectores que pueden tener efectos sobre la salud, como la infraestructura y la educación.

El Sistema General de Participaciones (SGP) se refiere a los recursos que el gobierno nacional le gira a las ET para la financiación de servicios de educación, salud, y saneamiento. De los recursos destinados a la salud, el 87% se debe destinar al régimen subsidiado. El 10% debe ser destinado a la salud pública de acuerdo con los Planes Territoriales de Salud. El 3% restante debe destinarse a la prestación de servicios no cubiertos con subsidios a la demanda. Para la definición del monto que recibe cada Entidad Territorial, inicialmente se reserva el 45% de los recursos para los departamentos y el 55% restante para los municipios. Posteriormente, se tiene en cuenta la población, ruralidad, porcentaje de pobreza, densidad poblacional y eficiencia administrativa de la entidad en cuestión para repartir los recursos entre los departamentos y entre los municipios.

El Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) es un seguro que tienen que adquirir todos los ciudadanos que tienen un vehículo. Este seguro garantiza que en caso de un accidente de tránsito haya atención a los involucrados en el accidente, incluso si no están relacionados con el dueño del seguro (por ejemplo, los peatones que puedan estar involucrados en el accidente). La presupuestación y ejecución de los recursos del SOAT corresponden a la respectiva vigencia fiscal, donde una proporción de los recursos de la prima del SOAT se destinan al SGSSS, y si existen excedentes de estos recursos, por disposición de las Leyes anuales del presupuesto general de la Nación, se incorporan en la siguiente vigencia fiscal para la financiación del aseguramiento en salud.

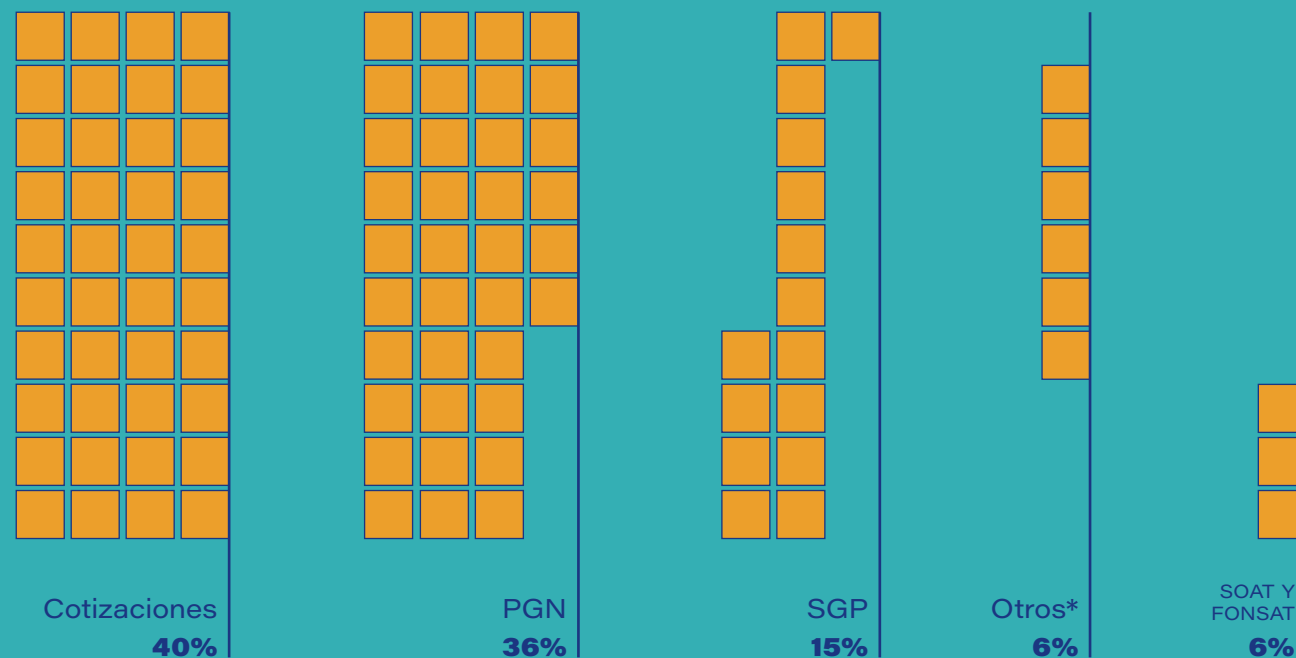
Aunque los ingresos totales del sistema han aumentado más del 67% en los últimos diez años, incluso este aumento no ha sido suficiente para acompañar el aumento de los gastos del sistema.

Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales (UGPP)

La UGPP cumple una tarea vital para el sistema de salud: es la encargada de revisar que los ciudadanos y sus empleadores estén aportando al sistema de forma adecuada. Para cumplir su tarea se debe confirmar que los ingresos de los ciudadanos coincidan con los reportados, y que coincidan con el pago que está haciendo el empleador en el caso de los empleados y con el pago del trabajador para los independientes. Si hay conflictos en la información y se demuestra que los pagos son inferiores a los que deberían ser, los ciudadanos o las empresas enfrentan multas significativas.

Este rol es especialmente importante en el contexto del aumento del gasto y de los recursos limitados, puesto que asegurar que los usuarios aporten proporcional a sus ingresos permite mantener la fuente de financiación más importante del sistema: los aportes. Adicionalmente, garantizar que los aportes se estén haciendo correctamente permite mantener la solidaridad del sistema y que quienes más ingresos tienen aporten en mayor medida.

Distribución de las fuentes del aseguramiento en el 2019 — Fuente: MinSalud 2020²⁵



b. Gasto y evolución

El gasto en salud en Colombia actualmente representa el **7.7% del PIB**, un aumento de 0.7 puntos porcentuales desde el 2010. Esta proporción es relativamente baja frente a otros países de mayores ingresos, pero representa un esfuerzo importante para Colombia, que tiene un recaudo mucho menor al de estos países. La mayor parte del gasto del sistema (el 85%) está asociado a la UPC del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Las prestaciones no UPC se han mantenido relativamente estables desde el 2010, aunque sería interesante revisar el efecto que tuvieron los Presupuestos Máximos sobre la dinámica de este rubro.

Colombia, como país de ingresos medios, enfrenta factores que presionan el gasto en salud. Estos factores son similares a los de países de ingresos altos, al mismo tiempo que enfrenta factores remanentes similares a los de países de ingresos bajos que no ha logrado cerrar por completo. Dentro de los factores de países de ingresos altos se encuentra el aumento del precio de las nuevas tecnologías de salud, el empoderamiento de la población asegurada que demanda más prestaciones, y la transición demográfica de la población. Entre los factores similares a los países de ingresos bajos se encuentran las limitaciones en la oferta de servicios de salud, el costo en dólares de los dispositivos y tecnologías más nuevos y la calidad deficiente de algunos servicios de salud.

c. Déficit

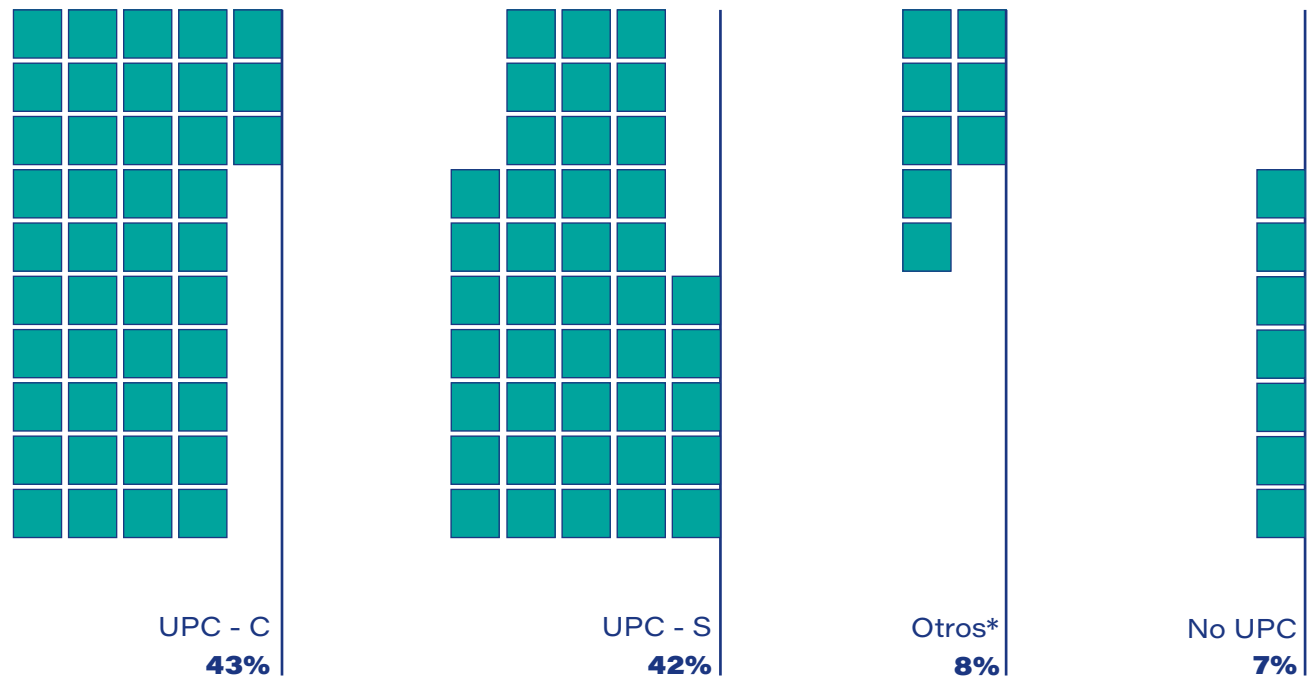
El gasto en prestaciones no UPC **ha generado efectos desestabilizantes para el sistema** en varios frentes. Por un lado, se convirtió en un componente del gasto que crecía de forma acelerada, puesto que las EPS e IPS no tenían incentivos para controlarlo. Por el otro lado, generó deudas entre los diferentes participantes del sistema que tomaban mucho tiempo en resolverse, y que no se pagaban por completo. Cuando se definía que un usuario debía recibir una prestación, bien sea porque el comité técnico-científico lo disponía o por el resultado de una tutela antes del 2015, o por definición del médico tratante después del 2015, la EPS solicitaba a la IPS la prestación. Posteriormente la EPS recobraba este costo al MinSalud, quien podía pagarlo parcial o totalmente.

Uno de los esfuerzos que se hicieron por contener este tipo de gasto fue la definición de precios máximos para algunos de los medicamentos más comúnmente recobrados. Esta medida implicaba que, si una IPS proporcionaba estos medicamentos por un precio superior, el MinSalud solo pagaba el precio definido. Adicionalmente, se definió la actualización del PBS cada dos años, y la inclusión de prestaciones anualmente. Estas medidas lograron contener el crecimiento de los recobros, pero también contribuyeron al crecimiento de la deuda entre EPS, IPS y el Ministerio. Hubo varios intentos para sanear el sistema, pero es difícil incluso determinar el tamaño de la deuda, puesto que cada actor tiene una estimación diferente. El crecimiento de esta deuda hace difícil el funcionamiento de las EPS e IPS y genera incertidumbre en el sistema.

En el 2019 se definió que los servicios no UPC se iban a cubrir con una nueva prima, los presupuestos máximos, como se explica en detalle en la **sección 4**. De este modo las EPS son las responsables de gestionar el riesgo respecto a estas prestaciones a cambio de esta prima extra. Los presupuestos máximos entraron en vigor en el 2020, y han sufrido ajustes importantes desde ese momento.

Finalmente, para el 2022 el MinSalud incluyó casi todo lo que se gestionaba vía presupuestos máximos en el PBS, es decir, para que se financiara por la UPC. En presupuestos máximos quedaron un puñado de tecnologías muy nuevas.

Distribución de los usos del financiamiento en el 2019 — Fuente: MinSalud 2020²⁶



Acuerdo de Punto Final

En el Plan Nacional de Desarrollo del 2018-2022 se reconoce la importancia de contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud saneando las deudas del régimen contributivo y subsidiado por prestaciones no UPC. Vale la pena recordar que las prestaciones no UPC del régimen contributivo las manejaban las EPS y las del subsidiado las manejaban las Entidades Territoriales.

Como respuesta a esta ley se creó el Acuerdo de Punto Final, un grupo de medidas que buscaban por un lado saldar las deudas relacionadas a los servicios no UPC, y por el otro lado evitar que se volvieran a generar. Para saldar las deudas existentes inicialmente se llevó a cabo un proceso para identificar las deudas, que posteriormente fueron financiadas con deuda pública. Para evitar la generación de nuevas deudas generadas por prestaciones no UPC se definieron los presupuestos máximos, se empezaron a incluir las prestaciones más comunes en el PBS y se fortaleció el proceso de exclusiones.

Se denominó Acuerdo de Punto Final porque, a diferencia de intentos anteriores de saneamiento de esta deuda, en esta ocasión se suscribió con los acreedores un contrato, denominado de transacción, en los que se transa el reconocimiento y pago de las cuentas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo que fueron sometidas al proceso de revisión y verificación en el marco de lo dispuesto en la normatividad. Estos contratos corresponderán exclusivamente a los servicios y tecnologías en salud que se presenten al saneamiento definitivo previsto en la Ley.

¿CÓMO SE COMPARA COLOMBIA CON EL RESTO DEL MUNDO?

Alrededor del mundo existen múltiples sistemas de salud, que responden a las necesidades específicas de cada sociedad. Los sistemas resuelven de formas diversas la forma en la que llevan a cabo las funciones principales y los actores responsables de los mismos; hay sistemas financiados únicamente por impuestos generales, mientras que otros solo usan aportes de los trabajadores; hay sistemas con una gran participación del Estado, y otros donde solo regula la competencia.

El SGSSS fue un sistema de salud único en la región en el momento en el que fue creado, y se ha mantenido a la vanguardia frente a los otros sistemas de la región²⁷. Pese a que su costo por afiliado es relativamente bajo, es comparable a sistemas de países con mayores ingresos. Recientemente, *The Economist* desarrolló un índice de inclusión de salud para 40 países, una medida de si las políticas, los sistemas y las culturas nacionales brindan a todos los miembros de la sociedad la oportunidad de optimizar su salud²⁸. De acuerdo con este índice, Colombia se ubica en una posición media-alta en el ranking, ubicándose a la par de países como Costa Rica o, por encima de países como México, pero por debajo de países como Alemania. El estudio de *The Lancet* publicado en 2022, mencionado al inicio de este documento, también ubica a Colombia en una posición medio-alta en términos de cobertura universal en salud (índice de 74 sobre 100)²⁹. De acuerdo con este índice, calculado para 204 países, en la región de América Latina y el Caribe estamos entre los mejores cuatro, junto con Chile (74), Perú (76) y Costa Rica (79). Si bien nos falta mucho por mejorar, no somos el peor sistema de salud en el mundo.³⁰

Para comparar el SGSSS con otros sistemas de salud del mundo un poco más en detalle, sin ser esta una revisión exhaustiva, vamos a revisar cuatro aspectos: el gasto, el acceso, el recurso humano y algunos resultados en salud.

a — Gasto

Una de las generalidades de los sistemas de salud, es que países de mayores ingresos tienden a gastar una mayor proporción de su PIB en salud. Existen otras razones detrás del nivel de gasto en salud de los países, como poblaciones que envejecen, avances tecnológicos, entre otros. Los países de la OCDE gastaban en el 2019³¹ en promedio el 8.8% del PIB en salud, un punto porcentual por encima del de Colombia, que está alrededor del 7.7%. Si bien Colombia gasta proporcionalmente a su ingreso casi lo mismo que otros países, dado que Colombia es un país de ingresos medios, los recursos por persona que se gastan en salud son mucho menores que los de países de mayores ingresos. El gasto por persona en salud de Colombia para el 2021 (495 dólares) era una décima parte del promedio de la OCDE (4.948 dólares).

Ahora, no todo el gasto en salud es igual. Hay gasto público, gasto en seguros privados y gasto de bolsillo, entre otros. El gasto de bolsillo en Colombia (esto es, gastos en salud por parte de los hogares como pagos directos a los proveedores de atención médica) es cercano al 15% del gasto en salud, por debajo del promedio de la OCDE (20%) y significativamente por debajo que otros países de la región, como Chile (33%) y México (42%). Estos datos sugieren que la protección

financiera en salud de Colombia es relativamente buena. Por el otro lado, el gasto público en salud de Colombia es del 72%, por encima del de la OCDE (62%), y por encima del de otros países de la región como Chile (51%) y México (49%).

b — Acceso

El acceso al sistema de salud se refiere al uso que le pueden dar los ciudadanos al sistema, es decir, que prestaciones de salud efectivamente usan los ciudadanos que las necesitan. La cobertura del aseguramiento es un primer acercamiento a la cobertura, puesto que en teoría las personas aseguradas tienen derecho a acceder a un grupo de prestaciones.

Colombia tiene cobertura universal del aseguramiento, y especialmente en años recientes ha llegado a niveles récord de aseguramiento de la población. Para el 2019, el 95% de la población estaba asegurada, ligeramente por debajo del promedio de la OCDE (98%), muy cerca de Chile (96%) y por encima de México (81%).

Ahora bien, tener altos niveles de cobertura de aseguramiento no necesariamente implica que los ciudadanos puedan acceder a servicios de salud dado que pueden existir limitaciones de la oferta de servicios. Por ejemplo, puede haber poca infraestructura o puede haber otras barreras de acceso como el desconocimiento de las prestaciones a las que tienen derecho los afiliados, o largos tiempos de espera entre una orden médica para un medicamento y la autorización por parte de la EPS. En este frente, Colombia enfrenta retos importantes, al igual que otros países de la región. En promedio, en Colombia los ciudadanos accedieron a 2.6 consultas durante el 2019, una cifra similar a la de países de la región como Chile (2.9) y México (2.1), y menos de una tercera parte del promedio de la OCDE (6.8 visitas).

Vale la pena resaltar que hay evidencia que respalda que el acceso a ciertas prestaciones de salud en Colombia es uno de los mejores en la región.

Para ejemplificar, consideramos la cobertura de la primera dosis de la vacuna contra el sarampión, que cuenta con cobertura prácticamente universal, el tratamiento de cáncer cervical para mujeres entre 20 y 64 años, midiendo la mortalidad debido a esta condición relativo a su prevalencia, y el tratamiento de la diabetes mellitus para la población mayor a 65 años, medido como la mortalidad sobre la prevalencia. En estos tres indicadores, Colombia se sitúa a la cabeza de otros países de la región.³²

c — Talento Humano en Salud

El recurso humano es un componente esencial de cualquier sistema de salud. Colombia tiene dos indicadores particulares respecto a otros países de la OCDE, que indican problemas con la oferta de talento humano en salud. En primer lugar, hay una oferta limitada de médicos: 2.3 a 2.4 profesionales de salud por cada mil habitantes para 2020³³, un indicador similar al de países de la región como México (2.4) y Chile (2.6), y menor al promedio de la OCDE (3.6).³⁴ Este comportamiento se ve con mayor urgencia para el caso de enfermeros y parteros, que hay tan solo 1.3 -1.6 por cada mil habitantes, menos de la mitad del número de países de la región como México (2.9) y Chile (2.9) y casi una sexta parte del promedio para la OCDE (8.8). No obstante, parte de la razón es el elevado número de auxiliares de enfermería: 305.548 auxiliares frente a 78.103 enfermeros profesionales.³⁵ Luego en vez del 1.6 enfermeros por cada mil habitantes, se llegaría a una tasa de 7.6, si se tuviese en cuenta este nivel de formación en la estadística de la OCDE. La gran pregunta es, ¿qué tan

sustituibles son estos niveles de formación? Los datos del Observatorio de Talento Humano en Salud también nos dan una perspectiva extra: de los 2.4 médicos por cada 1000 habitantes, sólo 0.6 son especialistas (aproximadamente un 25%). Esta cifra es muy baja si se compara con los datos de la OCDE, donde el 65% de los médicos tienen una especialidad.

d — Resultados en salud

Una de las metas finales de los sistemas de salud es mejorar la salud de sus usuarios. Es una meta amplia considerando, por un lado, todos los factores que afectan la salud de las personas, que escapan a las capacidades del sistema de salud. Por el otro lado, la salud es un concepto amplio con implicaciones que cambian a través de los individuos y de sus vidas. Tres de las medidas más tradicionales para medir la salud son **la expectativa de vida al nacer, la mortalidad infantil y la mortalidad materna**. La expectativa de vida al nacer es el número de años que se espera viva un recién nacido si se mantienen los patrones de mortalidad actuales. Es una métrica que resume los factores que afectan positiva y negativamente la salud. Desde el 2020, la expectativa de vida al nacer en Colombia ha aumentado en cuatro años, ligeramente más que el promedio para la OCDE (3 años), igual que Chile (4 años) y significativamente más que México (1 año). Aunque este cambio no es enteramente atribuible al sistema de salud, definitivamente **está relacionado con su correcto funcionamiento**. El promedio de niños menores de un año que mueren por cada 1000 nacidos vivos puede reflejar en mayor medida el impacto del sistema de salud sobre la salud de sus usuarios. En Colombia entre el 2000 y el 2020 esta cifra se redujo casi a la mitad, de 21 a 11, una ganancia importante que nos deja a niveles del promedio de la OCDE en el 2000. Por último, la mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos refleja tanto los efectos del sistema de salud como de otros determinantes de la salud. Pese a que en los últimos 20 años ha tenido una mejora significativa, pasando de 94 a 83 entre el 2000 y el 2020, es un resultado significativamente peor que el de otros países de la región como Chile (13 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos) y México (33 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos).

Dos países que gastan la misma cantidad por persona en salud pueden tener resultados muy diferentes en la salud de sus usuarios. Enfocarse en prestaciones de prevención generalmente tiene resultados mayores frente a prestaciones de tratamiento. Los resultados que se obtienen por cada peso gastado también dependen de la relación entre el costo de los servicios prestados y su efectividad. Colombia tiene un sistema que logra proveer buenos resultados en salud con un gasto similar al de otros países de la región, sin desconocer que tiene todavía mucho espacio para mejorar su gasto en salud.

CONCLUSIONES

Desde su creación en 1993, el SGSSS ha permitido ampliar la cobertura del aseguramiento en salud de la población y reducir las brechas sociales de la prestación de servicios. Esto se ha visto reflejado en una mejora en las condiciones de salud de los colombianos y en unos menores riesgos financieros al acceder al sistema de salud. Sin embargo, Colombia tiene enormes desafíos en el acceso de toda la población a servicios de calidad, en la oferta de capital humano y en la financiación del sistema.

Al analizar el sistema y sus características se pueden detectar los **puntos clave** para mejorar los incentivos de los actores del sistema, y así acercarlos a su meta principal: la mejora de la salud de los colombianos. La búsqueda de políticas que enfrenten estos desafíos no debe desconocer los logros hasta hoy alcanzados y la necesidad de construir sobre lo construido.

a. Los tres objetivos fundamentales de los sistemas de salud son mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de los ciudadanos y proveer protección financiera frente a los costos de la mala salud.

b. El sistema de salud de Colombia (Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS) fue creado en 1993 y se ha ido transformando para acoplarse a las necesidades y los retos del país.

c. El sistema está compuesto por múltiples actores interconectados. Los usuarios son asegurados por las EPS, que contratan a las IPS para que les presenten los servicios incluidos en el Plan de Beneficios de Salud. El Ministerio de Salud regula y dirige el sistema, con el apoyo de las Entidades Territoriales.

d. La alineación de los incentivos de todos los actores del sistema es clave para lograr sus objetivos principales. Por ejemplo, fortalecer los incentivos de las EPS a proveer servicios de calidad a sus afiliados puede generar un aumento en la cobertura efectiva del sistema, una de las principales oportunidades de mejora del sistema.

- e. Los actores del sistema llevan a cabo las cinco funciones principales del sistema de salud: la recolección de los fondos, la mancomunación de los recursos, la repartición de los recursos, la compra de servicios y la provisión de servicios.
- f. Los afiliados al SGSSS tienen derecho a acceder a las prestaciones necesarias para mantener su salud mientras no tengan un fin cosmético, exista evidencia científica sobre su seguridad, estén autorizadas por el INVIMA, no estén en fase experimental y sean prestadas en el territorio nacional.
- g. El sistema se financia con aportes de los afiliados que tienen capacidad financiera y con impuestos generales. El gasto en salud por afiliado ha aumentado pero es relativamente bajo frente a países de mayores ingresos.
- h. El SGSSS se ha mantenido a la vanguardia frente a los otros sistemas de la región. Pese a que su costo por afiliado es relativamente bajo, es comparable a sistemas de países con mayores ingresos.
- i. Desde su creación en 1993, el SGSSS ha mejorado las condiciones de salud de los colombianos y ha disminuido el riesgo financiero de acceder al sistema. El sistema puede continuar mejorando si se sigue trabajando en alinear los incentivos de todos los actores del sistema.

GLOSARIO DE SIGLAS

AIP	—	Análisis de Impacto Presupuesta
ASIS	—	Análisis de Situación de Salud
BDUA	—	Base de Datos Única de Afiliados
GAG	—	Cuenta de Alto Costo
EAPB	—	Entidades Administradoras de Planes de Beneficio
ET	—	Entidades Territoriales
EPS	—	Entidades Promotoras de Salud
GPC	—	Guías de Práctica Clínica
IETS	—	Evaluación de Tecnologías en Salud
INS	—	Instituto Nacional de Salud
IPS	—	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
LES	—	Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 del 2015)
OGDE	—	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	—	Organización Mundial de la Salud
PAI	—	Plan Ampliado de Inmunización
PGN	—	Presupuesto General de la Nación
PILA	—	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes
PBS	—	Plan de Beneficios en Salud
POS	—	Plan Obligatorio de Salud
SGP	—	Sistema General de Participaciones
SGSSS	—	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN	—	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SOAT	—	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
UGPP	—	Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales
UPG	—	Unidad de Pago por Capitación

NOTAS AL FINAL

1 World Health Organization (WHO). 2000. The world health report 2000. Health systems: improving performance. <https://apps.who.int/gb/archive/pdf-files/WHA53/ea4.pdf>

2 Por ejemplo, los prestadores en salud que cobran por consulta médica tienen por lo general el incentivo de realizar el mayor número de consulta posibles (sin ser siempre necesario), aumentando con ello el gasto en salud. Por el contrario, cuando el contrato es por cápita (es decir, pago mensual por usuario), el número de consultas médicas que realizan puede terminar siendo inferior al requerido.

3 De acuerdo con la OMS, la cobertura universal de salud quiere decir que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras.

4 Estadísticas vitales DANE – Nacimientos.

5 El indicador que desarrollan en la investigación se basa en 23 indicadores de cobertura efectiva mapeados en una matriz que cubre los distintos tipos de servicios de salud (ej., promoción, prevención y tratamiento) y cinco grupos de edad de la población que van desde la reproducción y los recién nacidos, hasta los adultos mayores (≥ 65 años). Para mayor información, consultar la publicación original: 'Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lozano, Rafael et al. The Lancet, Volume 396, Issue 10258, 1250 - 1284. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30750-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30750-9/fulltext)'

6 Estos avances se vieron afectados por la pandemia del COVID-19 en diferentes magnitudes para todos los países. Para mayor información frente a los casos de COVID - 19 en el mundo, consultar el centro de recursos para el COVID 19 de la Universidad Johns Hopkins (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>).

7 Indicadores del Banco Mundial para 2020 y 2010.

8 Cálculos propios con datos de World in Data: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>

9 Prada, S. I., Garcia-Garcia, M. P., & Guzman, J. (2022). COVID-19 response in Colombia: Hits and misses. *Health policy and technology*, 100621.

10 En los últimos años, el SGSSS ha abierto la puerta al El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), fundamentado en la sabiduría ancestral y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el SGSSS. Para más información, se sugiere revisar la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Pueblos-indigenas.aspx>

11 La universalidad se refiere a que todos los ciudadanos puedan acceder al sistema, la eficiencia al uso de los recursos de modo que generen el mayor beneficio social, la solidaridad a que quienes tienen más ingresos apoyen a quienes tienen menos, la integralidad al cuidado de todas las contingencias de salud, la unidad a la coordinación de los actores y de las políticas del sistema, y la participación a la intervención de la comunidad en la toma de decisiones del sistema.

12 Los copagos y las cuotas moderadoras son cobros que hacen las EPS a los usuarios para acceder a algunos servicios. Están pensadas para fomentar el uso racional de los servicios de salud, y no deberían ser un impedimento para acceder a los mismos, de modo que se definen dependiendo del ingreso del usuario. No se cobran por atenciones de urgencia, atenciones relacionadas con el COVID-19, para víctimas del conflicto, entre otros. Los afiliados al régimen subsidiado sólo pagan cuotas moderadoras o copagos cuando no cumplen con algunas condiciones.

13 Las EAPB pueden también recurrir al mecanismo de reaseguro, para garantizar que en caso de que enfrenten costos más altos de los esperados, otra entidad pueda responder por estos.

14 El PBS es un grupo de prestaciones asociadas a condiciones de salud que entran dentro del aseguramiento. Este tema se retomará más adelante, en la sección 4.

15 La integración vertical en el sector de la salud en Colombia se refiere principalmente a la integración hacia adelante de la EPS y la IPS, para con ello controlar directamente la atención a sus afiliados; esto es, la realización simultánea de las actividades de aseguramiento y de prestación de servicios de salud. Esto les permite reducir sus costos y puede permitirles brindar un mejor servicio a sus afiliados, pero puede también reducir la competencia en el mercado y afectar negativamente a los usuarios en el mediano plazo. La integración vertical, puede ser: (i) Hacia atrás: La firma crea subsidiarias que producen insumos utilizados en la fabricación de sus productos; (ii) Hacia adelante: La firma establece subsidiarias que venden o distribuyen productos/servicios para los consumidores finales; o (iii) Compensada: la firma establece subsidiarias que le suministran insumos a la vez que distribuyen los productos fabricados (Fuente: Restrepo et al, 2006; Sentencia C-041/2007).

16 <https://consultorsalud.com/que-sabemos-contratos-act-de-eps-con-las-ips/>

17 SOI, Mi planilla, Aportes en línea, Asopagos, Simple, Arus

18 Vale la pena resaltar que, por lo general, no es ideal que el MinSalud sea el encargado de adquirir medicamentos por dos razones principales; por un lado, como regulador y fijador de precios en este mercado, sus incentivos nos están alineados; por el otro lado, se desnaturaliza la idea del aseguramiento.

19 Bardey, David. "Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano." (2013).

20 Por simplicidad, se consideran sólo el régimen contributivo y subsidiado, y se omiten contribuciones específicas como los riesgos laborales y para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito. El SGSSS se financia de las contribuciones que hacen los afiliados al régimen contributivo y de los impuestos generales. Los ingresos de ambas fuentes son agrupados en la ADRES. Ver sección 5 de la guía para más información.

21 Cuando las personas tienen incapacidades por actividades que sucedieron en el desarrollo de su trabajo, estas incapacidades y la atención médica relacionada a la condición son cubiertas por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).

22 Esta es la principal diferencia entre el antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS) y el PBS: Mientras que el PBS define las prestaciones incluidas de forma explícita, el POS define las prestaciones excluidas.

23 La mayor ampliación del PBS se dio en el 2021. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualizo-Plan-de-Beneficios-en-Salud-con-cargo-a-la-UPC.aspx>

24 Nota Macroeconómica No.36 (2022) "El mercado laboral en Colombia: diagnóstico y recomendaciones para un funcionamiento más equitativo y eficiente". Universidad de los Andes.

25 Se incluye: CREE, Rendimientos financieros e intereses, cajas de compensación familiar, rentas cedidas, recuperación de cartera, excedentes financieros FOSYGA-ADRES, desahorro FONPET, regalías, esfuerzo propio.

26 Se incluye: transferencias a Supersalud y a ADRES, sentencias y conciliaciones URA, destinatarios de otras transferencias corrientes, compensación chance, prestaciones económicas RC, prestaciones económicas REX, reclamaciones, fortalecimiento red nacional de urgencias emergencia sanitaria, otros programas de salud PYP, recursos con destinación específica, pago obligaciones ESES, reconocimiento rendimientos financieros cuentas de recaudo EPS SSF, apoyo financiero y fortalecimiento patrimonial a las entidades del sector salud, devoluciones y cuentas por pagar vigencia anterior.

27 Economist Impact. 2022. The Health Inclusivity Index: measuring progress towards good health for everyone. El índice incluye tres dimensiones: La dimensión 1, "Salud en la sociedad" cubija 15 indicadores (p.ej. si existen políticas de control de tabaco), la dimensión 2 "Inclusión del Sistema de salud" incluye 13 indicadores (p.ej. proporción de la población que gasta más del 10% de sus ingresos en salud) y la dimensión 3 "Empoderamiento a la población y comunidad" cubija 9 indicadores (ej. existencia de programas o políticas en salud para poblaciones marginadas o vulnerables).

28 El índice incluye tres dimensiones: La dimensión 1, "Salud en la sociedad" cubija 15 indicadores (ej. si existen políticas de control de tabaco), la dimensión 2 "Inclusión del Sistema de salud" incluye 13 indicadores (p.ej. proporción de la población que gasta más del 10% de sus ingresos en salud) y la dimensión 3 "Empoderamiento a la población y comunidad" cubija 9 indicadores (p.ej. existencia de programas o políticas en salud para poblaciones marginadas o vulnerables).

29 'Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lozano, Rafael et al. The Lancet, Volume 396, Issue 10258, 1250 - 1284

30 Para más información, ver "Rasgos distintivos de los sistemas de salud 2017 basado en Índice Compuesto de los resultados en Salud, ICRS". Revista Hospitalaria. Año 19. No 114 (julio- agosto 2017).

31 La pandemia causada por el COVID-19 afecto el ingreso de los países y el gasto en salud, pero estos dos efectos fueron temporales. Por esta razón, durante esta sección estaremos usando datos del 2019 que reflejen las tendencias subyacentes y no el choque temporal que se generó a causa de la pandemia.

32 'Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lozano, Rafael et al. The Lancet, Volume 396, Issue 10258, 1250 - 1284

33 2.3 es la cifra en las estadísticas de la OCDE, y 2.4 es el número en los reportes del Observatorio de Talento Humano en Salud.

34 Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Chapter 8: Health Workforce. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/3/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&-csp-=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book>

35 Observatorio de Talento Humano en Salud (Consulta el 1 de noviembre de 2022). Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Guía ciudadana al Sistema de Salud ————— Observatorio Fiscal
Departamento de Economía ————— Pontificia Universidad Javeriana
Edificio Jorge Hoyos Vásquez, S.J. ————— Carrera 7 # 40B - 36, Piso 7
Bogotá ————— Colombia



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

| VIGILADA MINEDUCACIÓN |

Observatorio fiscal

de la Pontificia
Universidad
Javeriana