

Revolución del sistema de salud, propuesta ACHC

Introducción

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, en cumplimiento de su misión institucional, presenta una serie de propuestas frente a la situación del sector salud, con miras a aportar medidas que rápidamente puedan generar impactos positivos en la población y en la evolución del sistema.

Desde hace más de 15 años, la ACHC ha observado el comportamiento del sistema de salud y ha alertado a la opinión pública en general y al sector salud sobre el paulatino deterioro del mismo, por lo que se puede afirmar que en el momento actual se requiere una reforma profunda.

A continuación presentamos la propuesta de la ACHC *Revolución del Sistema de Salud*, documento que de manera gráfica, en su primera parte presenta la "Visión" del actual sistema de salud a partir de los principales indicadores en cobertura, sostenibilidad financiera, resultados en salud y las métricas que arrojan las diversas mediciones del actual sistema de salud colombiano.

La segunda parte del documento aborda los temas que generan "Debate" y causan preocupación en el sector salud, ya que a ellos se les atribuyen las dificultades en el funcionamiento del sistema y en consecuencia faltan garantías para el goce efectivo del derecho a la salud.

Con este análisis, en la tercera parte, la ACHC presenta una propuesta para generar una *Revolución del sistema de salud colombiano*, que expone los cambios estructurales que se deben dar respecto a la Gobernanza, el Aseguramiento, la Financiación, la Prestación de servicios, Tecnología, Información y Recurso Humano, que permitan alcanzar resultados óptimos en la salud de los colombianos.

Finalmente, se propone el camino a seguir para hacer esta *Revolución del Sistema de Salud colombiano*, reiterando que este tema debe ser prioridad en la agenda del Gobierno nacional, que como lo señala la propuesta, se trata de construir sobre los logros alcanzados con un cambio profundo pero sencillo.

“

REVOLUCIÓN
DEL SISTEMA DE DE SALUD

I. Elementos de diagnóstico

El nivel de visión (agudeza visual) es mayor o menor según los indicadores que usemos: a mayor agregación, mayor optimismo a mayor desagregación, se revelan dificultades y por ende mayores retos.

Los elementos que tendremos en cuenta para este diagnóstico son los siguientes:

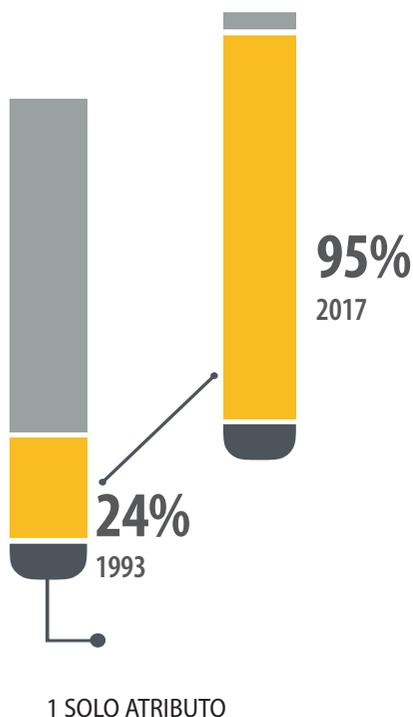
1. Cobertura
2. Sostenibilidad Financiera
3. Resultado en salud
4. Métricas

1. Cobertura

Visión superficial- Porcentaje de población cubierta

En 1993 una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud, en la actualidad se estima que más del 95% de la población (mayor a 47 millones de personas) se encuentran afiliados al sistema de salud.

Figura 1. Población afiliada al sistema de salud



Fuente: SISPRO, Ministerio de Salud-Colombia.

Visión profunda - Definición ampliada

El primer cubo de la OMS es teórico, no da una visión completa y está un poco alejada de la realidad, el segundo y el tercero de Roberts y William Hsiao y el grupo de economía de salud, demuestra que no hay simetría y que dentro de la cobertura hay problemas de segmentación, que evidencian una cobertura no efectiva y real para toda la población.

El cuarto cubo, conceptualizado desde la AHC, muestra la segmentación en la cobertura por región, por EPS y por disposición de red, de lo cual se concluye que existe un acceso desigual.

Figura 2. Definiciones de cobertura

1

En teoría la cobertura se entiende como un cubo (3 dimensiones); número de personas cubiertas, contenido del plan de beneficios y recursos para adquirir estos componentes

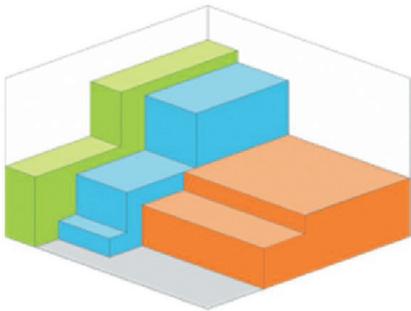
Fuente: Informe sobre la salud en el mundo; organización mundial de la salud; 2010.

2

Pero los teóricos han encontrado que esos atributos no son simétricos y por eso plantean que la segmentación entre regímenes menoscaba la cobertura

Fuente: El gasto y la prioridad de la salud en Colombia; grupo de economía de la salud; 2015.

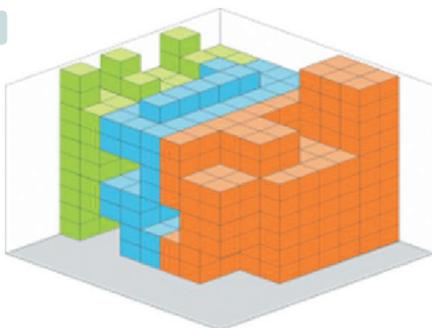
3



Para Colombia es evidente que la diferencia entre regímenes como el contributivo y el subsidiado y otros planes diferencia negativamente el alcance de la cobertura

Fuente: Disaggregating The Universal Coverage Cube. Roberts, Hsiao, Reich; 2015.

4



La ACHC encuentra que lo anterior tiene segmentaciones al interior de cada grupo de acuerdo a la EPS a la cual esta afiliada cada persona, a la red que tiene contratada y al nivel de fragmentación de los servicios. Esto lo hemos denominado “cobertura pixelada”. Cada grupo poblacional tiene diferentes niveles de acceso, continuidad y coordinación de los servicios y por ende la cobertura es desigual e inequitativa

Fuente: Elaboración ACHC, 2016.

Conclusión ACHC

Hallamos que en nuestro sistema existe cada vez más segmentación y discriminación en el acceso, dependiendo del régimen, la red contratada, la oportunidad y la completitud de los tratamientos.

Logro incompleto, existe una percepción limitada del concepto de cobertura y es necesario ampliar la mirada desde varios ángulos. hay que seguir trabajando para lograr una cobertura real para todos que incluya: acceso, continuidad y coordinación.

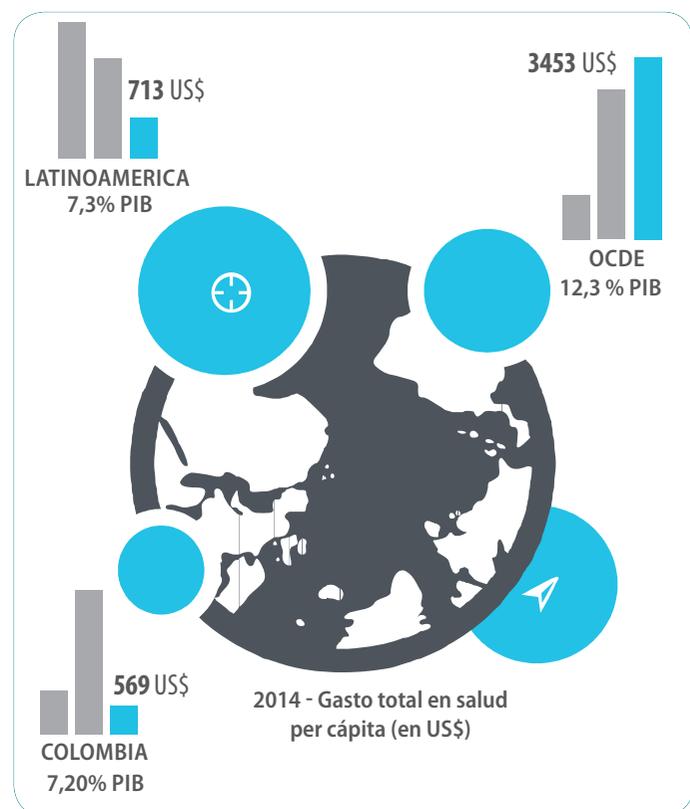
2. Sostenibilidad Financiera

Visión superficial- Gasto en salud

Colombia se encuentra en niveles promedio respecto a países con similar PIB por habitante, sobrepasando los valores mínimos de referencia mundial. En general, aunque en términos de gasto per cápita colombiano es comparable con la mayoría de países que integran a la OCDE, con excepción de México y Chile, cuando se revisan las cifras de gasto del gobierno respecto al gasto total, el país se posiciona frente a sus pares en lugares privilegiados y por encima de las medianas, incluso de países desarrollados.^{1,2}

Desde lo macro se ve bien, con unos números que permiten al país ser comparable en el ámbito internacional y estar en un nivel adecuado.

Figura 3. Gasto en salud



Fuente: OECD.(2015). Health at a glance 2015: OECD indicators, OECD publishing, París.

¹ El gasto y la prioridad de la salud en Colombia; observatorio de la seguridad social, grupo de economía de la salud; 2015.

² Bases de datos banco mundial 2014

Visión profunda- Cómo fluyen los recursos a través del sistema

a. Deficit Presupuesto Nacional

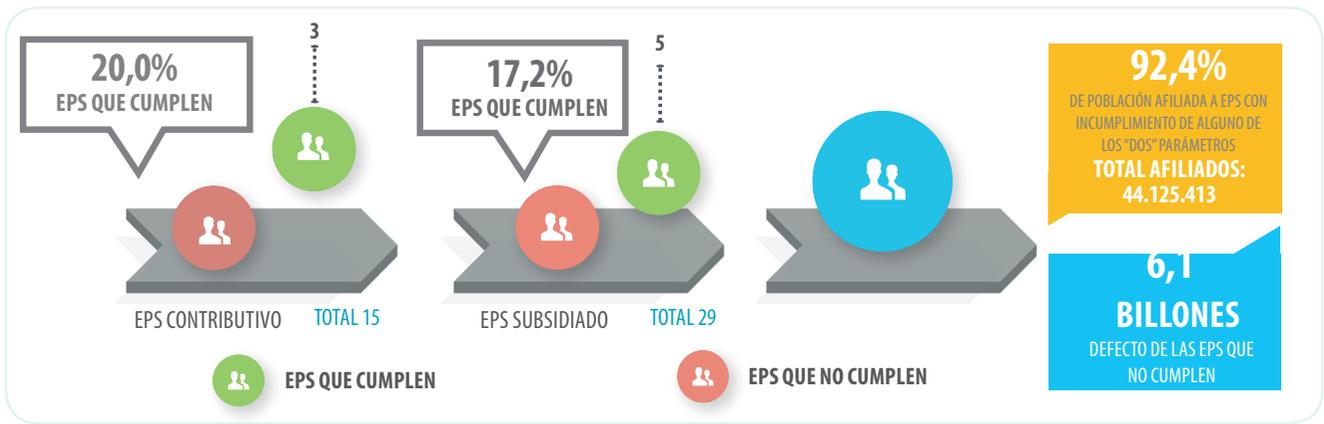
Se creó en la reforma tributaria un impuesto de destinación específica (IVA del 16% al 19%). De este 3% adicional 0,5% eran para el sector salud (IVA SOCIAL) lo que representaría 1,350 billones; adicional se sumarían cigarrillos, 250 mil millones, y licores, 135 mil millones,

para un total de 1,735 billones; sin embargo solo se adicionaron en marzo de 2015, 917 mil millones, generando un faltante de 818 mil millones.

b. Situación Financiera

Existen alertas (graves problemas de morosidad, margen de solvencia y patrimonio técnico).

Figura 4. Patrimonio adecuado y margen de solvencia –DIC 2016



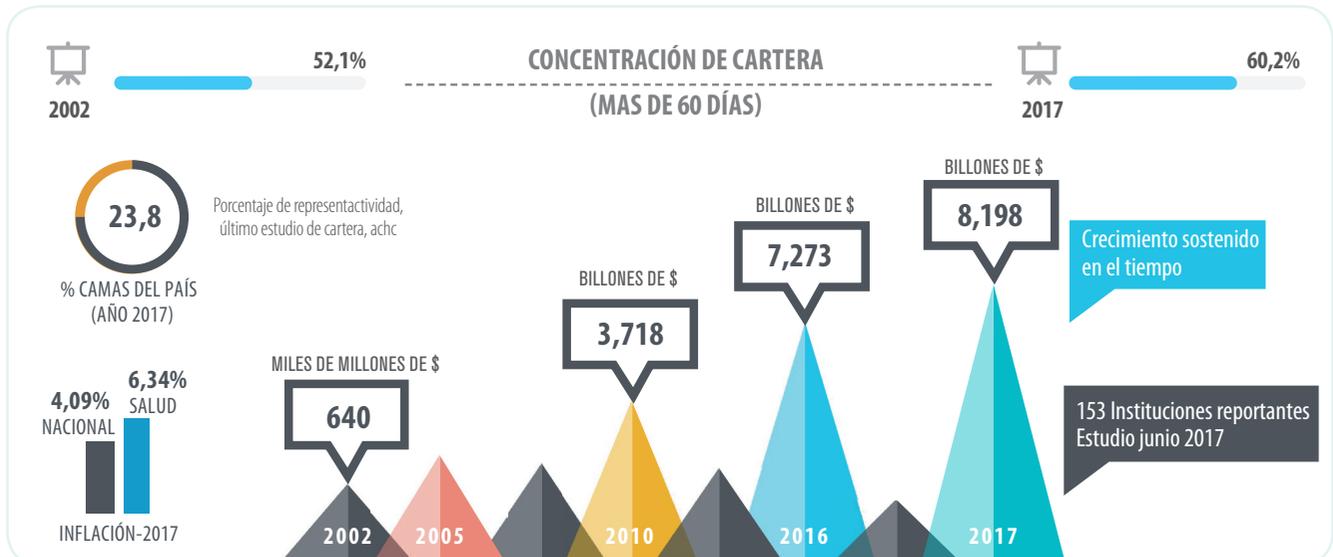
Fuente: Supersalud, Informe seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS vigencia 2016, número 3. Julio de 2017.

C. Cartera Morosa

Se generan muchos recursos pero no fluyen a través del sistema correctamente, lo que causa un daño

institucional que finalmente se ve reflejado en problemas de atención a la población.

Figura 5. Comportamiento histórico de cartera 2002-2017. Estudio área de investigaciones y proyeccios -ACHC



Fuente: Cálculos ACHC con base en los estudios de cartera 2002-2017.

Conclusión ACHC

No basta con asegurar el valor macro del gasto en salud y que sea “suficiente”, se debe garantizar que se transmita correctamente a toda la cadena de actores del sistema.

Los indicadores actuales nos demuestran que no hay sanidad financiera de los aseguradores y se esta transmitiendo una carga morosa-deudas acumuladas al sector prestador.

Para resolver dicha problemática se debe mantener o aumentar el monto total de recursos, garantizando que se administren y se transmitan

efectivamente para que lleguen al punto donde se necesitan, que es la operación y prestación del servicio.

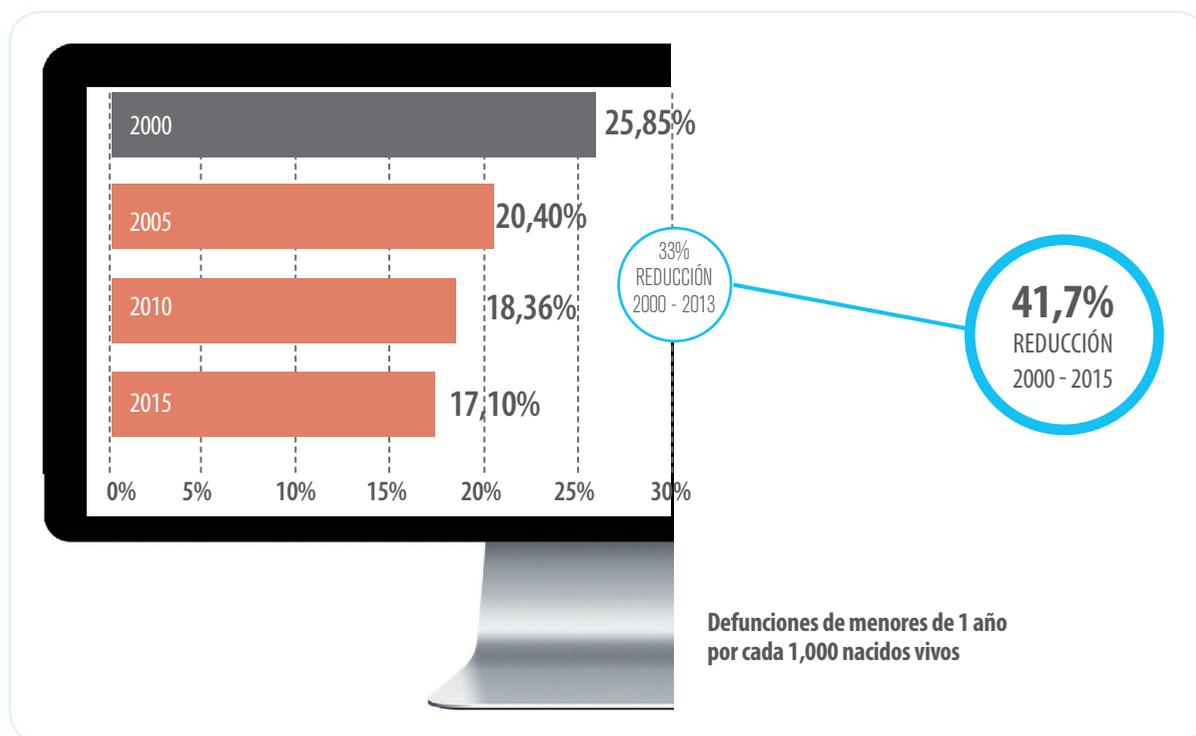
Es indispensable una: [administración limpia de los recursos](#).

3. Resultados en salud

Visión superficial- Tendencias decrecientes en los agregados

En los agregados nacionales, la tasa de mortalidad, la tasa de mortalidad infantil y la razón de mortalidad materna, han evolucionado con curvas decrecientes. Ese es un avance social.

Figura 6. Tasa de mortalidad infantil nacional

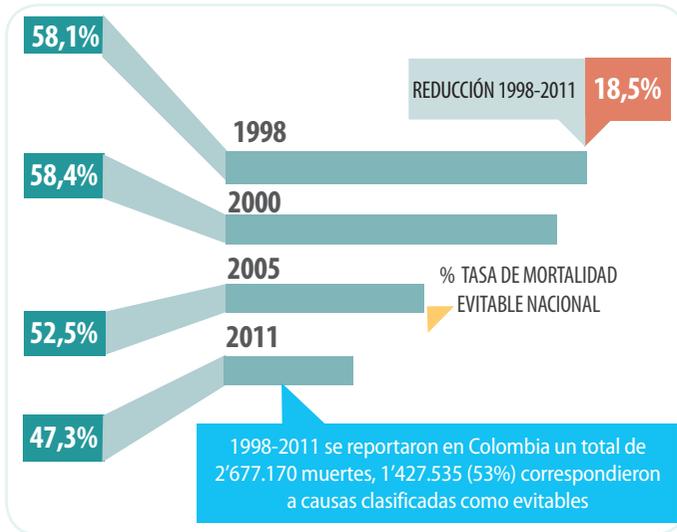


Fuente: Estadísticas vitales departamento administrativo nacional de estadística - DANE.

Asi mismo la mortalidad evitable, que es aquella muerte que no debería ocurrir por la adecuada intervención del sistema de salud (prevención y tratamiento) o con la implementación de políticas públicas intersectoriales, dados los conocimientos y tecnologías disponibles.

Es un indicador que permite medir la calidad y efectividad de los servicios sanitarios, así como su evaluación y monitorización, al fin de ser utilizadas como indicadores de éxito en la asistencia médica y/o en las políticas de salud.

Figura 7. Mortalidad evitable

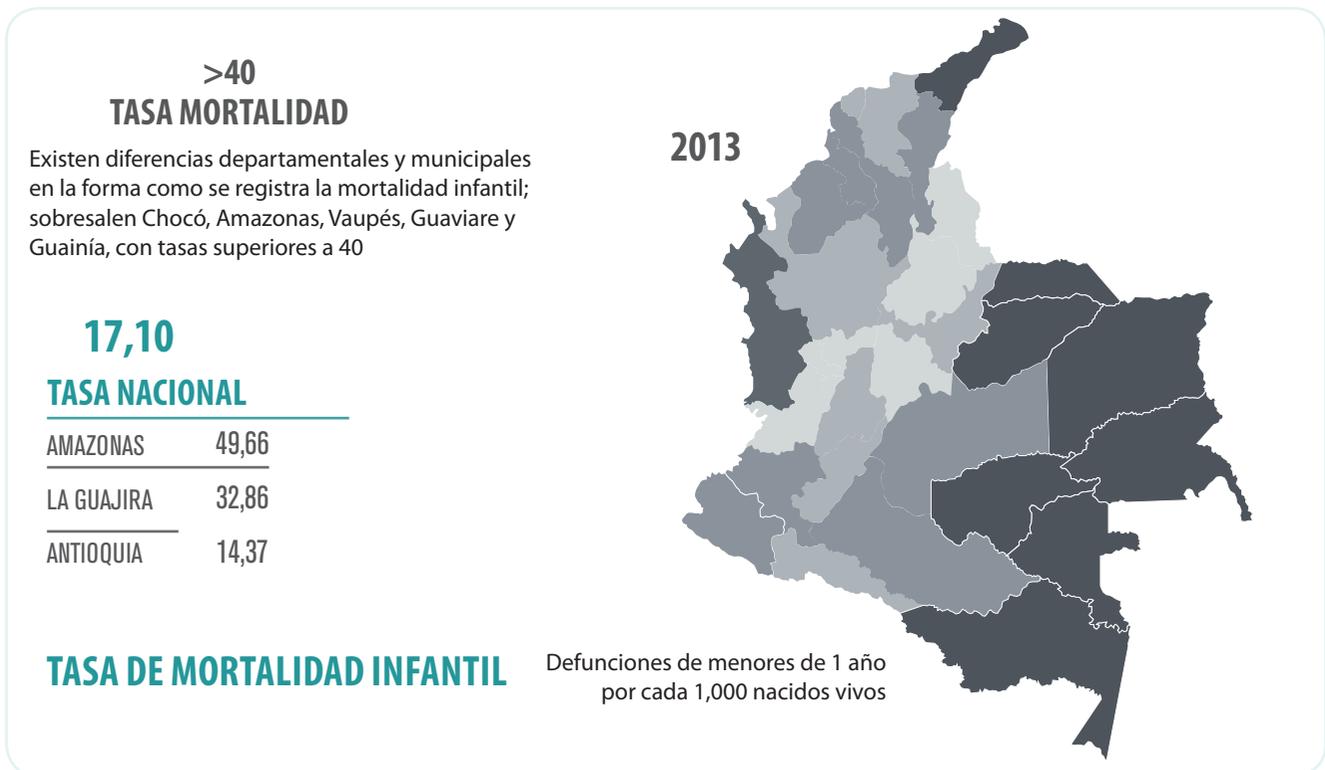


Fuente: Informe 3 mortalidad evitable en Colombia 1998-2011. INS-ONS-Minsalud 2014.

Visión profunda- Significativas desigualdades

Una mirada en profundidad permite concluir que NO se puede estar satisfecho con estos resultados. Cuando se desagregan estos indicadores a otra escala; por departamentos, sexo e ingreso se observa que hay una desigualdad evidente entre los niveles alcanzados, no hay un comportamiento simétrico de los resultados revelando una parte de la población "menos afortunada" en comparación a otros grupos.

Figura 8. Tasa de mortalidad infantil departamental



Fuente: Estadísticas vitales Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Tanto para el grupo de las enfermedades no transmisibles como para el grupo de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, las mayores

tasas de mortalidad evitable son mayores en el 25% más pobre de población comparado con el 25% de la población con mayores ingresos.



VI

meditech 2018

feria internacional
de la salud

3 AL 6 DE JULIO
EN CORFERIAS



La VI Feria Internacional de la Salud - Meditech, posicionada como la principal plataforma de negocios para el sector salud en Latinoamérica, reuniendo a los principales actores del sector salud en un espacio de oportunidades y actualización en el marco del XIII Congreso Internacional de Hospitales y Clínicas.

CIFRAS MEDITHECH 2016



Visite el pabellón especializado odontológico: **ODONTOTECH 2018**

www.feriameditech.com

CONTACTOS COMERCIALES

Bernardo Casas
Coordinador Comercial
PBX: (+57) 381 0000
Ext. 5124 / 5136
bcasas@corferias.com

Milena Velásquez
Coordinadora Comercial
PBX: (+57) 381 0000
Ext. 5153
evelasquez@corferias.com

Marcela Sánchez
Jefe de Proyecto
PBX: (+57) 381 0000
Ext. 5196
msanchez@corferias.com

Aliado:



Organizan:



Figura 9. Desigualdad e inequidad en muertes evitables



Fuente: Tercer informe ONS: mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011; observatorio nacional de salud; 2014.

Conclusión ACHC

Los agregados muestran avances positivos para la población, pero cuando se cambia la visión a diferentes niveles de desagregación (región, género, grupos de ingreso), a diversas tipologías de enfermedades, los resultados cambian significativamente y muestran grandes diferencias.

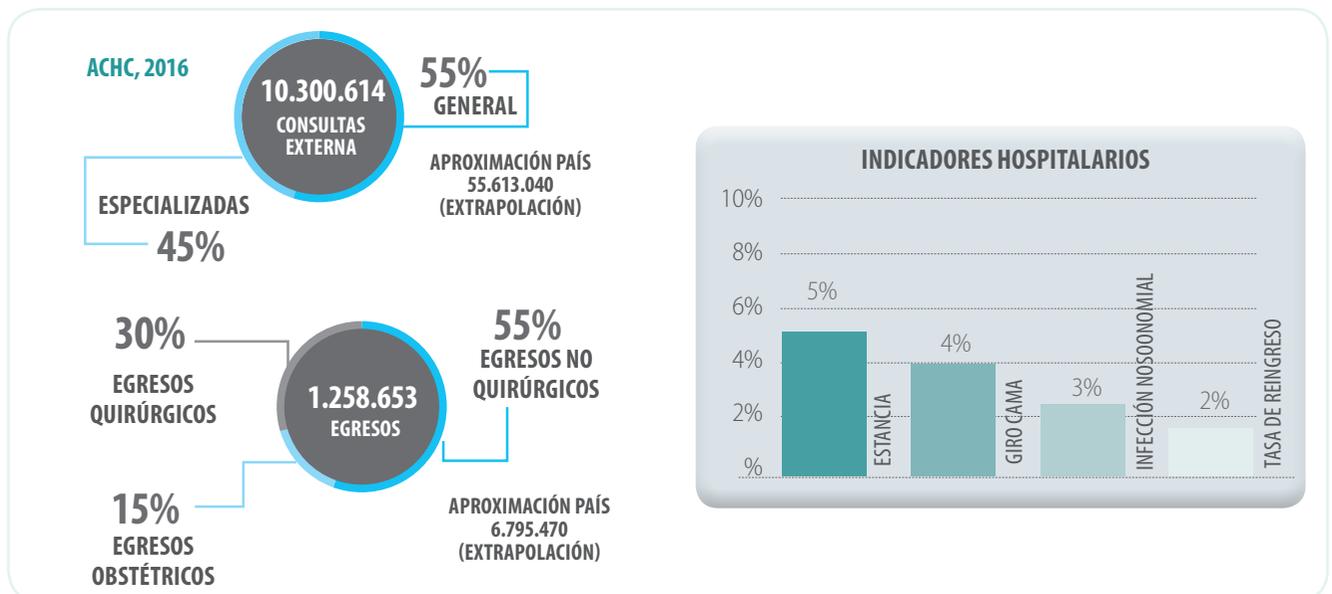
Existen algunos ciudadanos meno afortunados a pesar de estar en el mismo sistema de salud.

4. Métricas

Visión superficial- Cómo nos medimos como sector prestador

El sector hospitalario mide continuamente su actividad y su producción: número de egresos, consultas externas, consultas de urgencias y monitoreo de los principales indicadores como: giro cama, porcentaje de ocupación, tasa de mortalidad, reingresos y tasa de infección intrahospitalaria, entre otros.

Figura 10. Producción hospitalaria



Fuente: ACHC, perfil hospitalario 2016.

Visión profunda- Entrega de valor

Además del conteo de actividades y procedimientos realizados y de los indicadores tales como mortalidad, que ampliamente se mide, muy pocas organizaciones de atención de la salud en el mundo hacen seguimiento a los resultados que realmente interesan a los pacientes.

La medición de resultados como un enfoque clave, significa pacientes funcionales y vitales.

El valor no debe ser solamente un asunto monetario de contención de costos, la esencia es lo que se le agrega al paciente en la atención; de ahí se ha generado un movimiento para entender que en lo que se debe hacer y medir en términos de valor. Colombia

está atrasada; algunas instituciones lo hacen, pero falta volverlo global.

Figura 11. ¿Qué resultados deberíamos estar midiendo?



Fuente: International Consortium For Health Outcomes Measurement ICHOM, 2015.

Figura 12. Responder las preguntas clave

					
¿QUÉ ESPERA LA GENTE? OBVIAMENTE SALIR VIVO...					
• Estado funcional logrado	✓	✓	✓	✓	✓
• Tiempo de recuperación adecuado	✓	✓	✓	✓	✓
• Dolor y disconfort tratado	✓	✓	✓	✓	✓
• Sin complicaciones		✓	✓	✓	✓
• Readmisiones/reintervenciones		✓	✓	✓	✓
• Estado clínico a largo plazo				✓	✓
PERO ADEMÁS DE ESO:					
• Estado funcional a largo plazo				✓	✓

Conclusión ACHC

La mejora y la eficiencia no está en la contención de costos, es imprescindible agregar valor para los pacientes y el hacerlo conlleva a ahorros.

Las mediciones deben estar centradas en resultado, se debe tener capacidad para

responder las preguntas esenciales que importan a las pacientes. Primero está el agregar valor y después vendrá como consecuencia, la eficiencia y la contención del costo.

Evolucionar hacia la entrega de valor al paciente.

II. Visión de la población

Las visiones anteriores corresponden al gobierno y las instituciones y están basadas en lo tecnocrático, falta la visión de la población cuál es su opinión y sentimiento frente al sistema de salud.

Cuatro herramientas para aproximarnos a esta realidad:

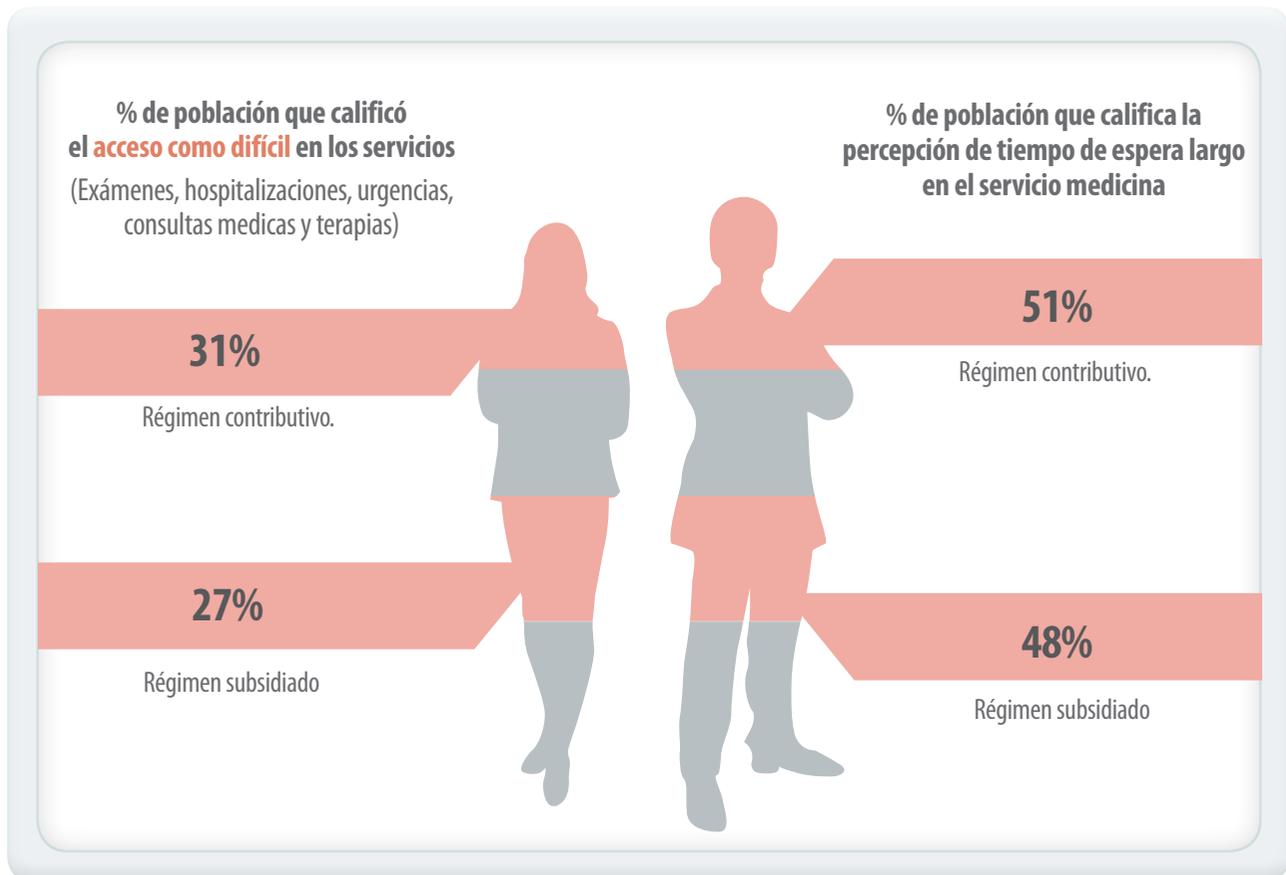
- Encuesta de usuarios, y Resolución 256 de 2016-Satisfacción Global Obligatorio

- Medios de comunicación y redes sociales, data Mining Text sobre las noticias del sector
- Sentimiento en las redes sociales con relación al sector
- Tutelas

1. Encuestas de usuarios

Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado MINSALUD -INFOMETRICA 2015.

Figura 13. Percepción de los usuarios sobre los servicios de las EPS



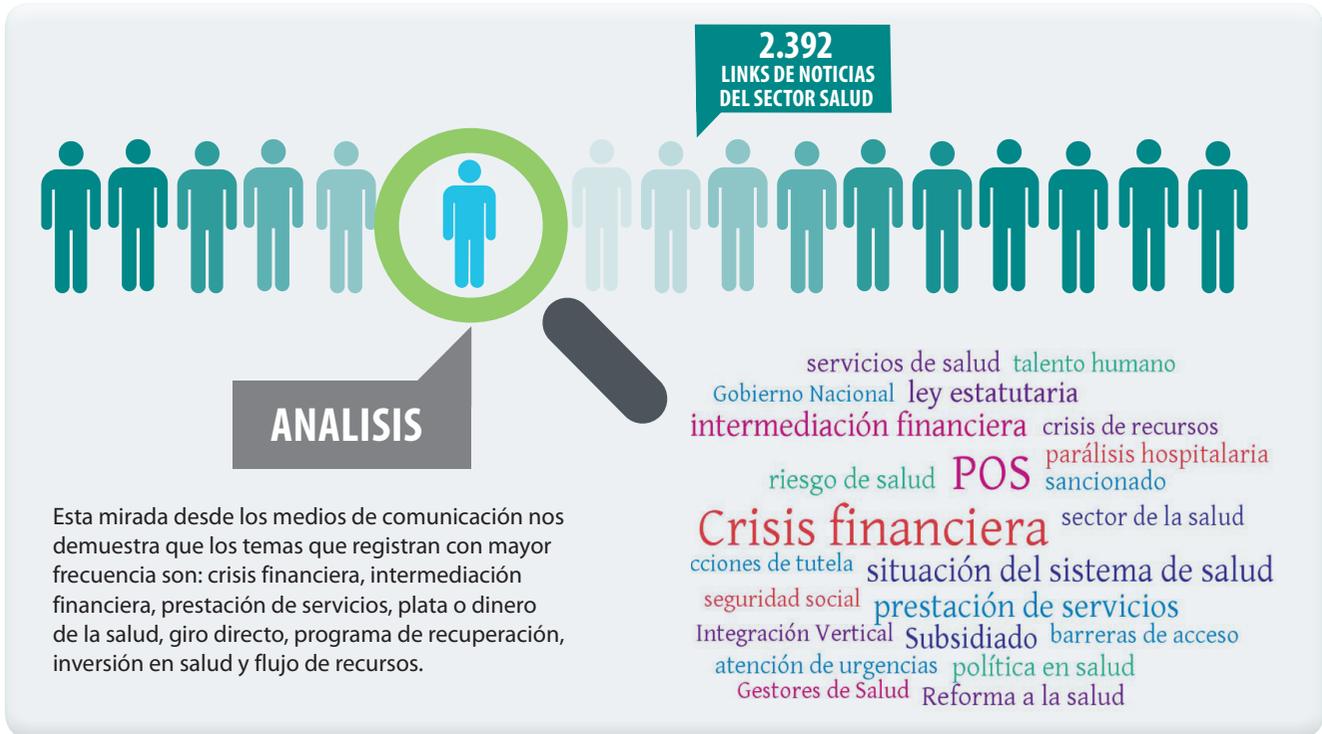
Fuente: Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado MinSalud -Infometrica 2015.

2. Medios de comunicación. Reconstrucción desde la experiencia

Se busca confrontar a cada actor del sistema con la realidad del resto de actores, especialmente con la

población a través de una experiencia emocional.

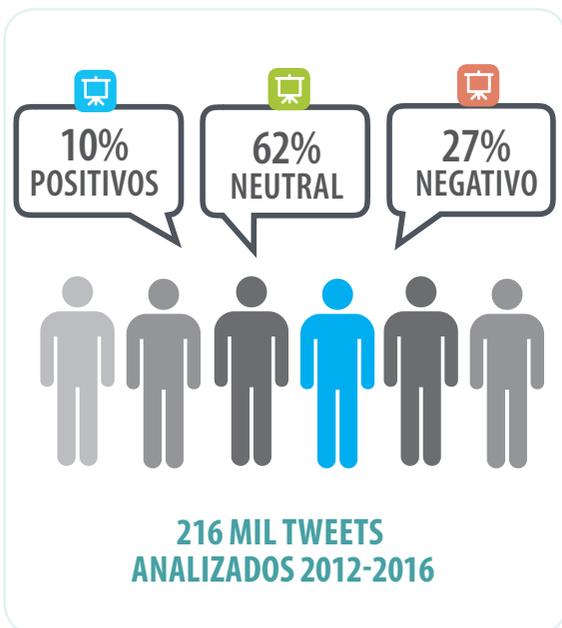
Figura 14. Salud en los medios de comunicación



Fuente: ACHC, minería de texto información prensa sector salud.

3. Sentimiento en las redes sociales con relación al sector salud

Figura 15. Análisis redes sociales

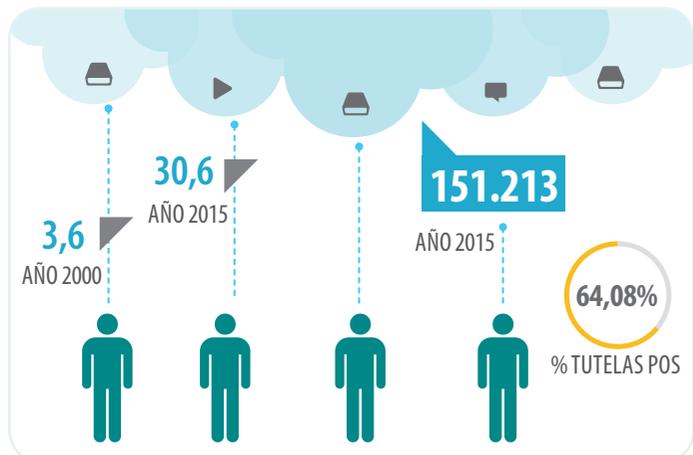


Fuente: ACHC, minería de texto información prensa sector salud.

4. Tutelas

Mecanismo judicial utilizado por los usuarios para lograr la protección de sus derechos fundamentales cuando les han sido vulnerados, Evidencia clara de la falta de capacidad del Estado para vigilar y controlar a los actores del sistema y la falta de atención que los usuarios viven diario.

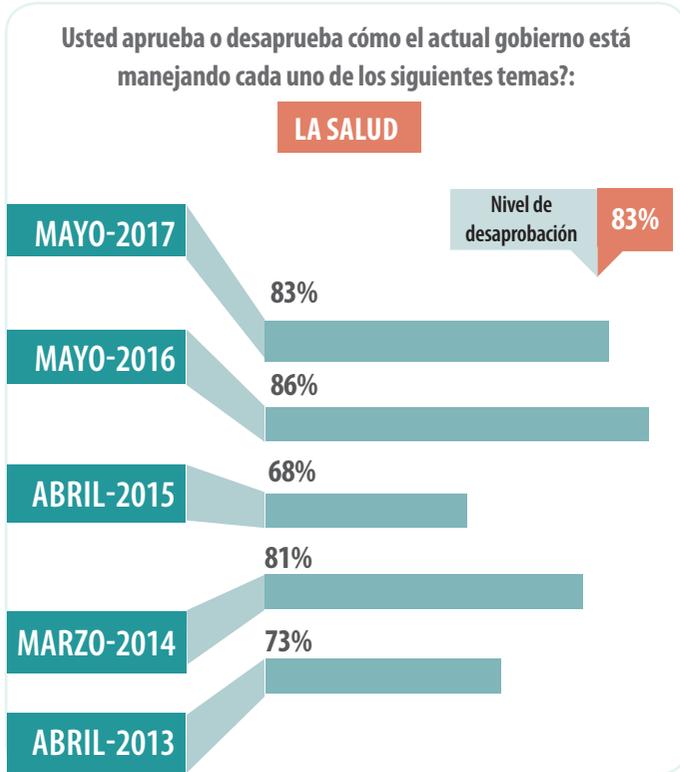
Figura 16. Número de tutelas por cada 10.000 afiliados R. Contributivo promedio



Fuente: La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2015, defensoría del pueblo.

5. Percepción de la sociedad ante la gestión del gobierno

Figura 17. Aprobación gestión del gobierno



Fuente: Pulso país Colombia, DATEXCO COMPANY S.A –OPINÓMETRO, mayo de 2017.

El nivel de desaprobarción para el actual gobierno de cómo maneja el tema de la salud es del 83%.

6. Conclusión ACHC

Experiencia de la gente

Desde las encuestas de satisfacción se evidencia descontento en el acceso y en los tiempos de atención.

Desde la prensa escrita, alta correlación del “sistema de salud” con el tema financiero, flujo de recursos y crisis de la salud.

Desde las redes sociales, alto nivel de opiniones durante el 2015 sobre la crisis.

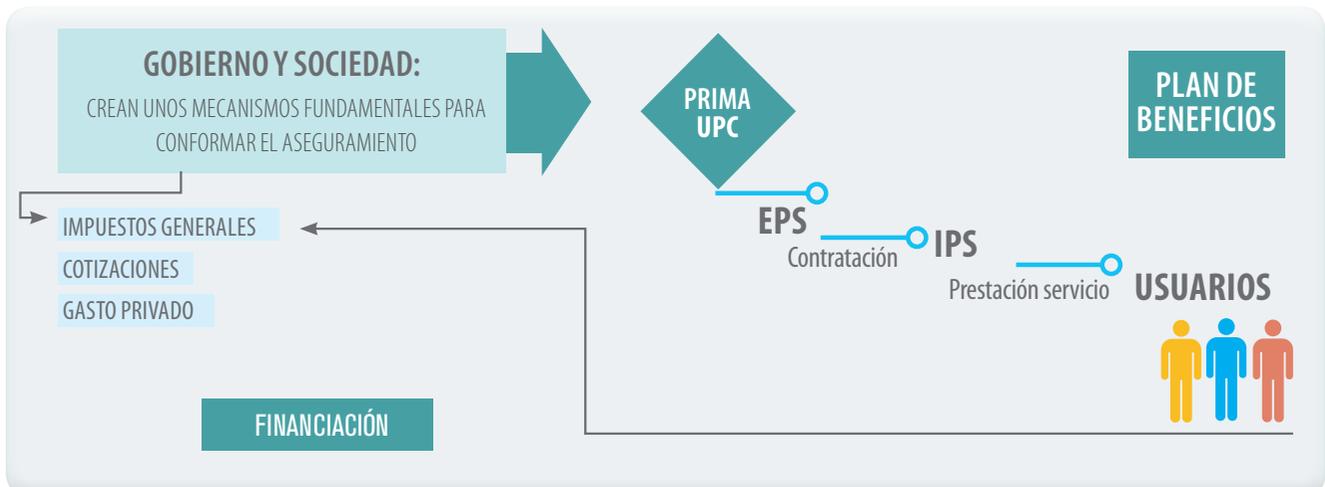
Inconformidad y malestar de la sociedad sobre la gestión gubernamental del sector salud.

III. Debate

1. Concepto del aseguramiento

La seguridad de encontrar respuestas efectivas y oportunas frente al riesgo de enfermar.

Figura 18. Esquema del aseguramiento en salud



Fuente: Elaboración ACHC.

Figura 19. Funciones de las EPS



Fuente: Elaboración ACHC.

2. Balance de actuación de las EPS

Figura 20. Aseguramiento y EPS no son sinónimo



Fuente: Elaboración ACHC.

Modificar o remodelar el alcance de las EPS es otro movimiento táctico que no significa

acabar con el aseguramiento, el aseguramiento es la esencia. La EPS es una de las formas posibles de gestionarlo.

3. ¿Con qué se va a encontrar el próximo presidente de la república en materia de salud?

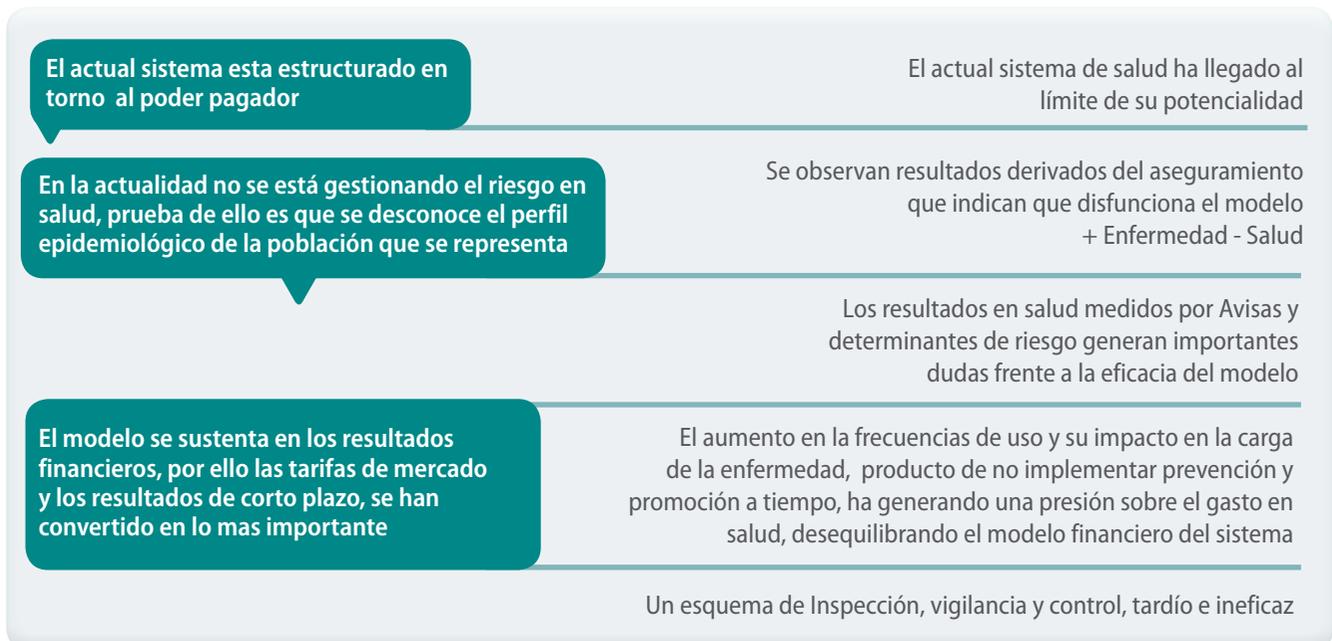
- **Recursos**
 - Faltante: 700 mil millones. Presupuesto General de la Nación Vigencia -2017
 - Necesidades del sector: 7 billones de pesos-estimativo
- **Quiebra sector EPS**
 - 92,4% población afiliada a EPS con incumplimiento
 - Defecto de 6,1 billones
- **Riesgo financiero IPS públicas**
 En riesgo Medio - alto 21,9% . Sin incluir 185 hospitales públicos en planes de gestión integral de riesgo
- **Corrupción**
 4,5 billones de pesos al año.
- **Desigualdad en los resultados**
 - En el ámbito departamental, por genero y por ingreso
 - Carga de enfermedad: 83% enfermedad crónica
- **Estancamiento en las IPS**
 50,9% de IPS han reducido presupuesto para capacitación y 83,6% han postergado o la adquisición o actualización de equipos
- **Un sistema que no promueve la calidad**
 De 1800 IPS con camas solo 37 están acreditadas (2%)

- **Cartera**
 - 14,4 billones-Estudio Supersalud-2013
 - 7,2 billones- Estudio ACHC-2017
- **Crisis de confianza**
 Percepción de la sociedad: desaprobación- salud 83%
- **Desconocimiento del derecho**
 Salud el derecho más tutelado con 151.213 tutelas interpuestas en el 2015

4. Conclusión ACHC

Bajo una mirada superficial a los indicadores macro del sector se tienen grandes avances y logros, pero si se tiene un nivel de crítica y una visión más profunda, se encuentra que en lo intermedio y en lo micro existen dificultades en las relaciones de todos los agentes que hacen que los resultados no sean tan buenos, por tanto se requiere una mayor desagregación de cada uno de los subsectores para un análisis completo.

Figura 21. Disfuncionalidades del modelo actual



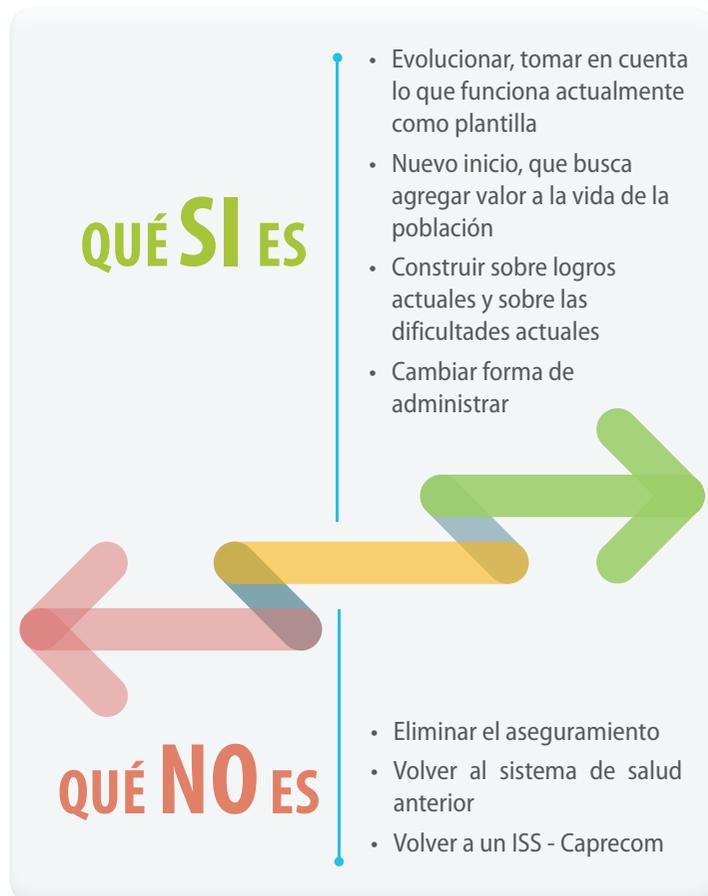
Fuente: Elaboración ACHC.

IV. Propuesta ACHC

El Sistema de Salud colombiano debe tener una Visión, el actual no la tiene, por ello el trabajo y las propuestas hechas por el gremio, a lo largo de los últimos años, han buscado recuperar ese elemento estratégico y fundamental para alcanzar resultados óptimos en la salud de los colombianos.

La ACHC cree por principio y tomando como base la dignidad del ser humano que el sistema de salud debe ser:

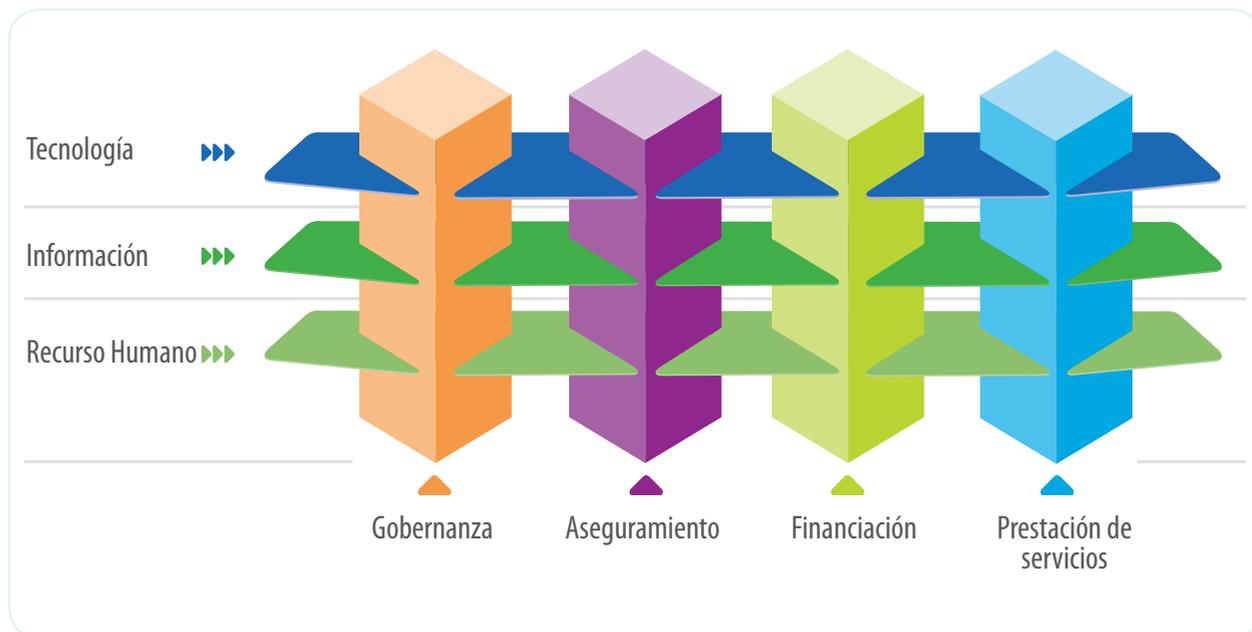
- Humanista
- Prevencionista
- Eficaz
- De calidad
- Igualitario
- Resultadista
- Gobernable
- Racional
- Regulado
- Lógico



Fuente: Elaboración ACHC.

1. Estructura del sistema de salud

Figura 22. Pilares Sistema de salud OMS



Fuente: Adaptación ACHC a partir del Informe sobre la salud en el mundo 2000, Organización Mundial de la Salud -OMS-

2. Propuesta ACHC: cambio estructural

Figura 23. Propuesta reforma ACHC



Fuente: Elaboración ACHC.

a) Atención Primaria en Salud –APS

Diversas acciones en las fases de promoción y prevención tendrán que ser diseñadas de manera que el sistema pase a la ofensiva buscando la gente sana y tratando de mantenerla así. Se propone:

- Emplear focalizaciones con eventos trazadores
- Poner en funcionamiento los equipos de atención primaria básica
- Repotenciar la capacidad resolutoria de la baja complejidad: los hospitales y el recurso humano deben resolver la mayoría de problemas de salud de la población y mantenerla sana el mayor tiempo posible
- Redefinir las competencias del médico y los profesionales generales
- Las acciones de salud pública serán coordinadas principalmente a través de los sistemas locales de salud

b) Redes Integradas de Salud

Aprovechando la existencia de la mezcla público-privada que posee el país, se debe lograr una coordinación que

se encargue de mantener la lógica asistencial y de uso de recursos, para ello se propone:

- Erradicar la fragmentación y proveer integridad en la asistencia, recuperando conceptos como población asignada o población de referencia; y haciendo que la oferta se acerque a la geografía, a la epidemiología y a la demografía real
- Promover la integración horizontal como una nueva forma de gestionar la salud y hacer integración funcional de los eslabones que integran el sector
- Las instituciones que ofrecen diferentes especialidades y servicios en una zona geográfica determinada, se unirían para brindar atención integral y oportuna a los usuarios, ahorrándoles desplazamientos y mejorando la oportunidad y resolutoriedad.

- Repotenciar la red pública de hospitales
- Promover la creación de un subsidio de oferta inteligente para los hospitales públicos, especialmente de baja complejidad
- Desarrollar el plan maestro de infraestructura hospitalaria
- Crear Institutos nacionales para lo más crítico, que actúen como organismos especializados en formulación de política y organización de las redes regionales para determinadas condiciones, que sean consideradas estratégicas para la seguridad y el desarrollo del país
- Para patologías cruciales se relanzarán programas verticales: La ideación de la política debe ser centralizada y la operación descentralizada.

c) Aseguramiento

El aseguramiento como tal es una de las estructuras que se debe mantener en el sistema de salud, se propone cambiar la forma en que se administra el aseguramiento.

Al cambiar el rol de los actuales “aseguradores”, estos se deben encargar de cumplir una serie de funciones previamente establecidas así:

- Coordinación y logística: Contratación y verificación de redes
- Auditoria y revisiones de comportamiento: Revisión tarifas, requisitos esenciales, atenciones
- Auditoria de factura: por servicios prestados y verificar los montos a pagar por parte de la caja única de salud
- Administrar componentes del sistema de información.

Figura 24. Modelo de administración del aseguramiento con una nueva agencia.



Fuente: Elaboración ACHC.

Condiciones:

- No integración vertical: para respetar la especialización de roles y evitar los conflictos de interés.
- Remuneración ex – post, Tasa de administración, pago por desempeño: esa valiosa labor de gerencia intermedia será remunerada a posteriori con una tasa de

administración fija o básica, que podrá tener un componente variable adicional, de acuerdo al desempeño que logre ese administrador con todos los eslabones que coordina y los resultados que obtenga para la población y el sistema.

Se propone que el administrador regulado no maneje la totalidad de los recursos, como sucede actualmente con la UPC; **este cambio en la tenencia del dinero** deberá modificar poderosamente los incentivos perversos del sistema.

d) Financiación

- Caja única de salud: encargada de recaudar todos los dineros provenientes de los impuestos y recursos para-fiscales que actualmente nutren al sistema. **Su función será preservar el dinero de la salud evitando mal uso de los recursos**, administrando el riesgo financiero y disminuyendo el costo de transacción.

Su función debe asemejarse a la de un banco, que mueva recursos para pagar a los que efectivamente presten los servicios, no hará labores de revisión de cuentas individual pero podrá hacer aleatoriamente supra-auditoria.

- Mezcla de recursos: Se deberá definir la mezcla equilibrada entre los impuestos generales, impuestos a la nómina, gasto de bolsillo y seguro privado y si la visión es llegar a un sistema Único de Salud, también debe revisarse la pertinencia de **unificar las fuentes de financiación actuales** e integrar las fuentes de pólizas SOAT, porcentaje ARL, porcentaje de CCF.
- Rescate financiero: Para empezar con solidez un nuevo sistema de salud, se deben reparar los daños que el actual modelo viene dejando en las finanzas de todos los actores del sector; por lo tanto la primera acción deberá ser **implementar una política de “rescate financiero”** que podría estar financiado con la redistribución del IVA social a 1,5 puntos (rescate-deudas antiguas) periodo de 2 años

Condiciones para mejorar flujo futuro de recursos para el sector

- Los recursos económicos destinados al SGSSS no deben perder su naturaleza pública
- Reformar la Ley 715- aumento para salud territorial
- Automatización de procesos y trazabilidad de recursos
- Crear el Fondo Alto Costo no asegurable
- Crear el Fondo Rotario de Liquidez

e) Gobernanza

- Ministerio formulador de políticas: Ministerio formula y diseña las políticas de salud. **Recupera la rectoría y capacidad de liderazgo para maniobrar los retos que impone la dinámica sectorial**, mediante el enfoque de programas y políticas que atienda a las necesidades de la población
- Rectoría con liderazgo: ejercer una rectoría con liderazgo integrador. **Deberá contarse con un Consejo que integre la participación de los diferentes agentes, que coadyuve en la rectoría del Sistema**, como Junta Directiva del sistema de salud

Recuperar la gobernanza, logrando armonizar su función rectora con el correcto funcionamiento de sus entidades adscritas

- Central de inteligencia: el esquema de vigilancia y control no ha operado plenamente y no ha conseguido los resultados que se han requerido, por lo tanto se debe **evolucionar de la actual Superintendencia de Salud a una Central de Inteligencia que integre o coordine las funciones de otras entidades**- Superintendencia de Industria y Comercio, Superintendencia Financiera, Superintendencia de Sociedades, Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República

y Fiscalía junto con la coordinación de red y prestación de servicios.

Condiciones

- Garantizar el derecho a la salud
- Evitar la corrupción al interior del sistema

3. Propuesta de reforma a los coadyuvantes del sistema

a) Recurso humano: reorientación de la política

- Formulación de política Nacional de Recurso Humano en salud con el objeto de **augmentar la capacidad resolutive de los médicos generales y demás profesionales de la salud**; mejorar sus condiciones de formación; aumentar cupos en las especialidades deficitarias y capacitar a todo el personal para trabajar en las redes integradas de servicios de salud.
- Mayor resolutive de los profesionales de la salud en el bajo nivel de complejidad
- Genera mayor oportunidad en la atención, ayuda a descongestionar los altos niveles de atención, reduce costos en el sistema y facilita la implementación en programas extramurales y de telesalud.
- El esquema de formación de recurso humano debe responder a las necesidades del sistema y de la población.
- Atender las necesidades de las poblaciones dispersas.
- Suficiencia, Competencias y Remuneración
- Entorno de prácticas favorables

b) Tecnología: apropiación

La administración regulada, genera un uso de los recursos tecnológicos, infraestructura, equipos biomédicos y recurso humano proporcional, a fin de **migrar a un Sistema prevenciónista**.

La administración regulada, genera un uso de los recursos tecnológicos, infraestructura, equipos biomédicos y recurso humano proporcional, a fin de migrar a un Sistema prevenciónista.

- Armonizar el funcionamiento del IETS, con la política pública de salud, a fin que su ejercicio sea integrador, ayude en la política de control de oferta y el ingreso ordenado de nueva tecnología, sin que se haga regresivo el derecho a la salud de la población.
- Formulación de políticas TIC para salud
- Estandarizar y promover el desarrollo y uso de: software médico o sistemas de gestión institucional, soporte en comunicación a las actividades asistenciales, médicas y quirúrgicas (Telemedicina), y las aplicaciones especializadas dirigidas a profesionales y pacientes.
- Incorporar la tecnología biomédica de manera planeada y evaluada, teniendo en cuenta el impacto económico y social que permita actualizar el plan de beneficios.
- Apoyo a la incorporación de Tecnologías disruptivas
- **Medicina personalizada**
- Generar incentivos para que un mayor número de pacientes se beneficien de diagnósticos y tratamientos personalizados costo eficientes, seguros para lograr un impacto organizativo, ético y social.

c) Información - Inteligencia

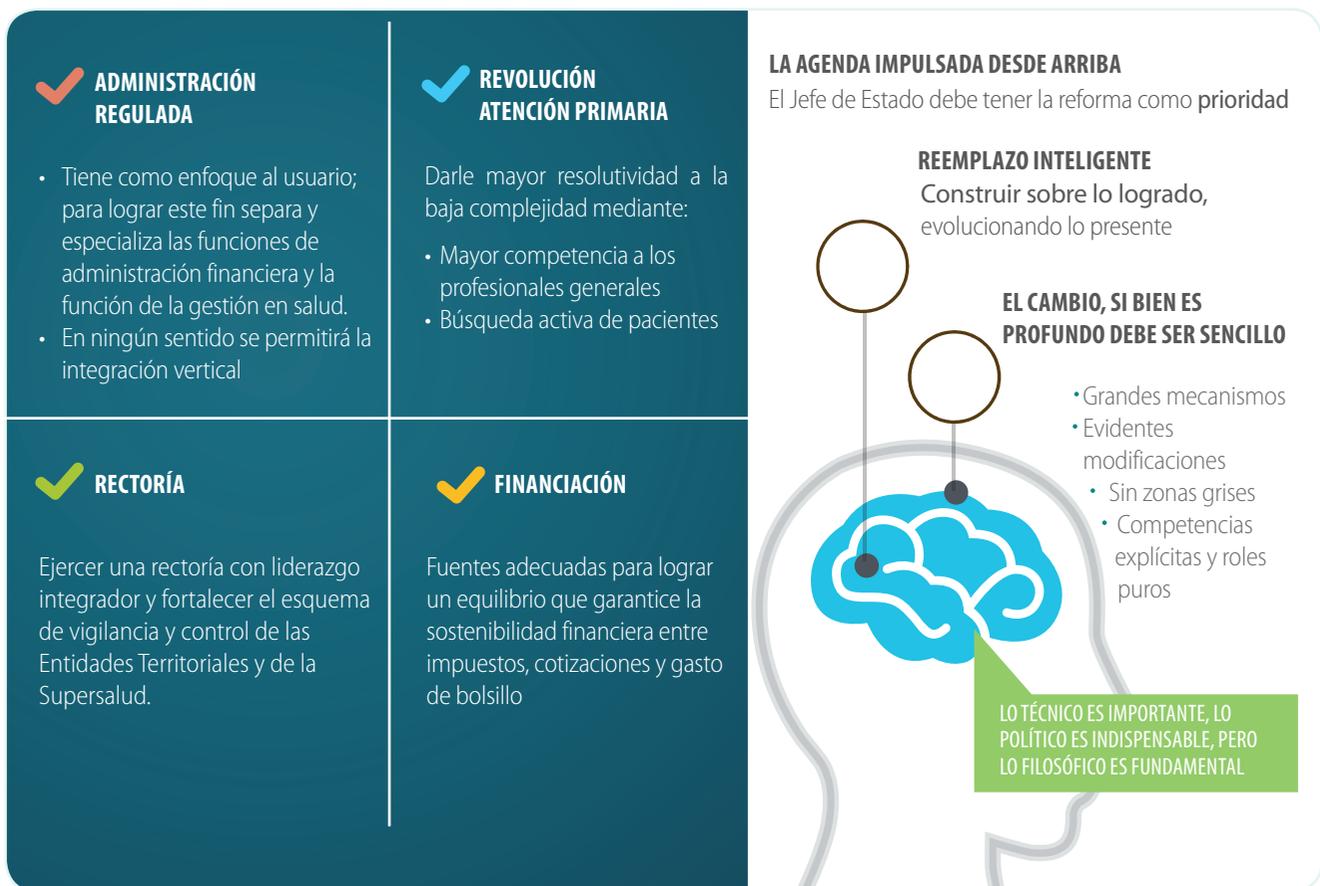
- En la administración regulada la **información es pública**, el requisito para recibir el pago es el informe de perfil epidemiológico de la población que representa, frecuencias de uso, gasto en salud por nivel de complejidad, por red y por región, oferta de servicios, evaluación de los resultados de Promoción y Prevención, etc.

- *Bigdata*, es la capacidad para *predecir*. Se tendrá la posibilidad de mirar hacia atrás para tomar mejores decisiones de gestión, se podrá segmentar la información para crear soluciones a la medida, en los nichos en los que se trabaja; se podrá pensar y hacer la prospección para desarrollar nuevos productos y servicios

- Transacciones electrónicas obligatorias. La gran revolución en otros sistemas se está planteando con base en las tecnologías de la información y las comunicaciones. En Colombia se requiere **disminuir al máximo los costos de transacción** y de administración basados en la desconfianza.

V. Camino a seguir

Figura 25. Síntesis Propuesta ACHC



Fuente: Elaboración ACHC.

Bibliografía

- Global burden of disease, muertes; institute for health metrics and evaluation 1990-2013
- Informe seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS vigencia 2016 número 3. Julio de 2017-Superintendencia de Salud
- Categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017
- Revista Semana, 8/24/2017
- Encuesta de Flujo de recursos –achc 2017
- Informe cartera por venta de servicios de salud 2017-Superintendencia de Salud
- Estudio seguimiento de cartera 2017-ACHC 