

# Planteamientos del Pacto por una Mejor Salud en Colombia



**Pacto**  
por una Mejor  
**Salud**

# Planteamientos del Pacto por una Mejor Salud en Colombia

---



12 de agosto de 2024

# TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	4
<b>1. Progresividad en el marco del Derecho Fundamental a la Salud .....</b>	<b>5</b>
1.1. Plan Marco de Financiamiento para el desarrollo del Sistema de salud .....	8
1.2. Flujo de recursos.....	13
<b>2. Modelo de aseguramiento .....</b>	<b>14</b>
<b>3. Gobernanza y participación ciudadana .....</b>	<b>16</b>
3.1. Inspección, vigilancia y control.....	18
3.2. Fortalecimiento institucional: .....	19
<b>4. Modelo de salud en territorios.....</b>	<b>20</b>
4.1. Modelo de atención .....	20
4.2. Modelo de salud en territorios dispersos .....	22
4.3. Subsidio a la Oferta.....	23
<b>5. Talento humano .....</b>	<b>25</b>
<b>6. Calidad, prestación y redes .....</b>	<b>28</b>
<b>7. Política farmacéutica y Dispositivos Médicos .....</b>	<b>29</b>
<b>8. Sistema de información e interoperabilidad.....</b>	<b>30</b>
<b>9. Determinantes Sociales.....</b>	<b>32</b>
<b>10. Transición .....</b>	<b>34</b>

Este documento con los **Planteamientos del Pacto por una Mejor Salud** es el producto de la discusión de los asistentes a la cumbre por la salud de los colombianos realizada los días 3 y 4 de julio del presente año con la participación de personas de las siguientes organizaciones:

Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma

Universidad EAFIT

ASCOFAME

ACEMI

Fundación Universitaria Juan N Corpas

Fundación Retorno Vital

Asociación de Usuarios de Salud Total

Pontificia Universidad Javeriana

Asociación de Usuarios de Salud Total

Boston Scientific

Asociación de Usuarios Compensar

Gestarsalud

AFIDRO

Universidad El Bosque

Compensar

Fundación Rasa

Liga Contra el Cáncer

CONFAMA

ASOCAJAS

Corporación Luz Rosa

Fundación Salud querida

Fundación Fumdem

Productos Roche

ProPacífico

Amcham Colombia

ASCUN

ACSC

EPS SURA

Fundación Bolívar Davivienda

Universidad EIA

Profamilia

LUSSAL

Proantioquia

Coosalud EPS

Johnson & Johnson

Universidad de los Andes

ANDI

SANOFI

Probogotá  
Keralty  
ACEMI  
Así Vamos en Salud  
HUB-iEX INNOS  
Academia Nacional de Medicina  
Exministros y exviceministros de salud

# INTRODUCCIÓN

**El presente documento recoge las iniciativas de mejoras y cambios al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS),** propuestas por los diferentes agentes que hacen parte del Pacto por una Mejor Salud<sup>1</sup>.

Previo a la discusión que condujo a la convocatoria al evento que denominamos *Cumbre por la Salud de los colombianos*, se realizó una revisión comparativa de esas propuestas de mejoras con tres documentos publicados por sendas iniciativas: *Nuevos paradigmas de Salud y Protección Social* del centro de pensamiento Así Vamos en Salud (2021); *14 Acuerdos Fundamentales* de la Academia Nacional de Medicina y otras organizaciones médicas (2022) y *¿Cuál es la Reforma que el Sistema de Salud Necesita?* del Seminario Permanente convocado por la Universidad de Antioquia y otras Universidades (2023).

**La revisión permitió encontrar múltiples y mayoritarios puntos de coincidencias que se compilaron en un documento borrador que fue analizado y enriquecido** el pasado 3 y 4 de julio en la *Cumbre por la Salud de los colombianos* convocada por el Pacto por una Mejor Salud y a la cual respondieron más de 80 expertos y agentes distinguidos del sector.

El resultado de todo lo anterior es **el presente documento que se constituye en la propuesta del Pacto por una Mejor Salud para contribuir en el análisis, la discusión y la búsqueda de acuerdos frente a las necesidades de mejoras y cambios que nuestro sistema de salud requiere.**

---

<sup>1</sup> El Pacto por una Mejor Salud, congrega a asociaciones de paciente y usuarios, centros de pensamiento, universidades, instituciones prestadoras de servicios de salud, representantes de la industria farmacéutica, aseguradores, exministros y exviceministros de salud y protección social.

# 1. Progresividad en el marco del Derecho Fundamental a la Salud

La salud en Colombia tiene una doble connotación: i) como derecho fundamental autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo y ii) como servicio público de carácter esencial. Los artículos 48 y 49 de la Constitución política, así como la Sentencia T760-08 y la Ley 1751 del 2015, constituyen el marco jurídico que así lo determina.

Conforme al artículo 49 de la CP, "Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad." Y, conforme al artículo 48, "la seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley" y "la seguridad social es un derecho irrenunciable de todos los habitantes".

La ley estableció un Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS que les garantiza a todos y cada uno de los colombianos un seguro de salud, que mediante un pago individual -UPC- brinda protección frente a contingencias de salud, expresamente definidas en un conjunto de beneficios a los que se tiene derecho. Adicionalmente los usuarios tienen acceso a una serie de servicios y tecnologías financiadas con presupuesto máximo en el marco de unas exclusiones definidas en el sistema bajo los criterios establecidos en la Ley 1751 de 2015.

Ha cumplido con el mandato de universalidad y solidaridad, ha avanzado en eficiencia, protección financiera, contenido del derecho y resultados en salud, pero tiene errores, dificultades y tareas pendientes en materia de oportunidad, talento humano en salud, sostenibilidad y equidad regional, entre otros temas.

La progresividad del derecho a la salud es un concepto fundamental en el marco legal y constitucional del país, que exige del Estado la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud, la sostenibilidad y progresividad de su financiamiento, así como, la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, y, en este sentido, cualquier reforma del sistema de salud debe observar dicho principio de progresividad y, en todo caso, garantizar la no regresividad, ni cuantitativa ni cualitativa, en ninguna de las variables clave para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

En consecuencia, una reforma del sistema de salud debe preservar y avanzar en la garantía de principios como:

- Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua, los servicios de salud no podrán ser interrumpidos por razones administrativas o económicas.

- Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.
- Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.
- Sostenibilidad. El Estado dispondrá los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas de sostenibilidad fiscal.
- Eficiencia. El sistema de salud debe procurar la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Es fundamental retomar el contrato social y establecer las reglas que rigen la provisión de los servicios de salud, centrados en el usuario, en el que prevalezcan los principios de solidaridad y mutuo apoyo entre las personas, generaciones, sectores económicos, regiones y comunidades; se promueva la innovación, la protección financiera y la sostenibilidad garantizando los recursos suficientes en el corto, mediano y largo plazo, y ello sea respetado por el Estado.

Algunos elementos que deben ser parte de la progresividad:

- Reconocimiento de prestaciones económicas (licencias de maternidad e incapacidades por enfermedad general, para la población calificada en condición de pobreza y vulnerabilidad).
- Aportes para población del régimen subsidiado (hoy contribución solidaria).
- Extensión al régimen subsidiado del Per Cápita de promoción y prevención, cubriendo así a toda la población, ya que hoy solo se asigna a población del régimen contributivo.
- Aumento de copagos y cuotas moderadoras para servicios no financiados con la UPC, hasta tanto sean incluidos en el plan de beneficios.
- Creación del Sistema Nacional del Cuidado Sanitario en Salud y Servicios Sociales, que no dependa del SGSSS, que establezca sus coberturas y beneficios, defina mecanismos de financiamiento sostenibles para garantizar la viabilidad a largo plazo, y preserve una redistribución equitativa de los recursos.

### 1.1. Plan Marco de Financiamiento para el desarrollo del Sistema de salud

Un Plan Marco de Financiamiento para el Sistema de Salud en Colombia es esencial en la progresividad del derecho a la salud, que permite determinar los recursos financieros necesarios para asegurar la sostenibilidad en el inmediato, corto, mediano y largo plazo. En este sentido, resulta fundamental que el plan aborde con claridad los problemas de financiamiento acumulados en el tiempo, y que tiene al país, ad- portas de una crisis en la garantía del derecho fundamental a la salud, sumado a los impactos del aumento de frecuencias de uso y costos por el Post COVID, los movimientos de población por EPS liquidadas, el envejecimiento de la población, el desplazamiento de la población, la incorporación de nuevas tecnologías en salud y los factores macroeconómicos como la



inflación creciente en los últimos dos años y las fluctuaciones de la tasa de cambio.

Se reconoce que la Unidad de Pago por Capitación es un valor importante en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en el debate de la ley ha sido incorporado. Este valor permite garantizar el derecho individual de las personas y la posibilidad de que el subsidio sea garantizado al beneficiario y no a las entidades, aspecto que es indispensable para la garantía del derecho y la apropiación de este por parte del individuo. Esta Unidad de Pago por Capitación sirve para generar e incentivar mejores formas de contratación, planear, racionalizar los costos y organizar el sistema. Su valor debe ser calculado de forma técnica, reevaluando los grupos de riesgo, los ajustadores ya contenidos e incorporando ajustadores con base a las condiciones de salud de la población, así como profundizar en las diferencias territoriales. Es esencial financiar los servicios y tecnologías de salud con cargo a dicha prima, que permita materializar la solidaridad y la igualdad de todos los ciudadanos y habitantes del país. En el evento en que esto no suceda, el derecho se ve amenazado y se materializan los riesgos de barreras para el acceso de servicios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS ha demostrado importantes logros en los principios que lo fundamentan, como el de progresividad, solidaridad, universalidad, sostenibilidad entre otros. Se pueden reconocer los logros significativos de la expansión de la cobertura, la mejora de la equidad y una mayor eficiencia en el sistema. Son avances sustanciales, aunque persisten inconvenientes que demoran el idóneo desarrollo del sistema y que limitan aún la mejor oportunidad en el acceso, en la calidad de los servicios, equidad de los resultados y el uso eficiente de los recursos. Sumado a esto, el sistema enfrenta retos como el envejecimiento de la población, las presiones de costos por nuevas tecnologías y el incremento de demanda de atención en salud.

Por lo anterior, es fundamental que el sistema responda, evolucione y se adapte a las necesidades y nuevas exigencias, por ello se requiere de inversiones, ampliación, desarrollo y reconocimiento al talento humano, promoción e incentivos a la calidad, infraestructura física, tecnológica y digital, financiación del sistema, fortalecimiento institucional, así como un trabajo que comprometa a todos los agentes (públicos, privados y mixtos) y entidades de carácter gubernamental que operan en el sistema alrededor de un consenso técnico dirigido al rediseño institucional del sistema, que se hace necesario, que permita discutir el papel de los actores, la función de las instancias y los mecanismos para la toma de decisiones como una forma de mejorar la gobernanza, sin sacrificar los actuales avances, sino para continuar avanzado en el desarrollo de sus principios, así como de la protección individual y colectiva, y de la gestión integral de los riesgos en salud y financieros, buscando al final impactar en los resultados en salud y la experiencia de los pacientes y usuarios.

Frente a la adecuada gestión del riesgo en salud y financiero del sistema, se deben reconocer los niveles de responsabilidades e incorporar nuevos incentivos; mediante el diseño e implementación de mecanismos de financiación solidarios (compartir el riesgo de los costos y beneficios) entre los diferentes agentes del sistema; por un lado, los agentes que se encargan del riesgo primario y técnico, y por el otro, el ente rector

encargado de la política pública dirigida a un mejor modelo de salud y de garantizar la suficiencia de los recursos que el sistema de salud requiere para su sostenibilidad.

En este punto se requiere de un arreglo institucional que permita, en primer lugar, un consenso técnico, y en segundo lugar la mejor interacción entre los agentes del sistema con un papel claramente definido en búsqueda de explorar y establecer mecanismos que permitan una relación más solidaria entre los agentes del sistema, sobre todos los aspectos que involucran la operación y funcionamiento del sistema de salud.

Los mecanismos dirigidos a lograr una relación más solidaria entre los agentes del sistema deben estar orientados a incentivar una mejor gestión del riesgo en salud, la disminución de la incidencia de condiciones individuales de salud y de severidad que son evitables, la obtención de resultados en salud, mejorar la experiencia de los usuarios y en consecuencia la utilización eficiente y óptima de los recursos del sistema. Lo anterior implica un consenso y organización entre los agentes, que defina las funciones, el alcance, las responsabilidades y obligaciones en el marco de una relación solidaria entre ellos.

El ámbito de aplicación del régimen de insolvencia es de suma importancia para velar por la sostenibilidad del Sistema. En este sentido, se establece que los agentes encargados de administrar estos recursos ya sean EPS, ADRES, IPS u Operadores de medicamentos, deben cumplir con un régimen de insolvencia de acuerdo con el rol que desempeñan dentro de la estructura del sistema de salud. Se hace indispensable, redefinir las condiciones de habilitación financiera de las EPS, teniendo en cuenta el giro directo, y en particular del régimen de insolvencia, su ámbito de aplicación y sus principios, así como las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud - SNS y su financiamiento.

Elementos y premisas del plan de financiamiento, que debe estar acorde con los elementos de progresividad que se acuerden, son:

- **Suficiencia de recursos** para garantizar la atención de la población independientemente de su capacidad de pago, y acorde con el perfil epidemiológico y las condiciones de los determinantes sociales. El fortalecimiento de un componente, nivel de atención o área geográfica no puede significar la desprotección o el deterioro de los demás. Se requiere reconocimiento de UPC ex ante y adicional para el caso de traslado de afiliados. Concurrencia de diferentes fuentes de financiación, reevaluar el porcentaje de las cotizaciones haciéndolo progresivo en función del ingreso. Eliminar el límite de cotización para salud de los 25 salarios mínimos.
- **Servicios y tecnologías de la salud** en condiciones de accesibilidad, calidad y sostenibilidad. Contar con un plan de salud y fuentes de financiación claras, incluyendo servicios y tecnologías hoy pagados a través de presupuestos máximos, garantizando suficiencia de recursos.

Es necesario establecer una justicia distributiva sobre los servicios y tecnologías

que se deben garantizar y que el sistema de salud está dispuesto a financiar, con un abordaje de tipo jurisprudencial y desde perspectiva de la Ley Estatutaria, así como una discusión técnica para establecer dicha racionalidad. Revisar los límites sin retroceder en la progresividad que hoy se tiene, sin embargo, hacia adelante se puede ejercer una definición de priorización explícita de nuevas tecnologías (mecanismos de puerta de entrada). Al respecto, se debe profundizar la evaluación de tecnologías y la pertinencia de su uso para las decisiones de cobertura, en el marco del derecho individual y colectivo; el proceso técnico-científico debe establecer mecanismos participativos de justicia distributiva, que tengan en cuenta las condiciones socioeconómicas de las personas y la capacidad financiera del Estado.

- **Asignación individual de recursos** como es la UPC, reconociendo las necesidades de mayores recursos para poblaciones con mayor vulnerabilidad independiente de las frecuencias de uso. Revisión cada dos años de la metodología de cálculo, así como de la posibilidad del ajuste periódico conforme al monitoreo y seguimiento del comportamiento del gasto y de la liquidación de la UPC. Incorporar en el cálculo de la UPC factores de ajuste como la patología, condición en salud, grupos de riesgo, ajuste ex-post relacionado con variables macro que las EPS no controlan y resultados en salud. Asignar UPC diferencial para las personas pertenecientes a una comunidad indígena (Intuito P) y zonas de baja densidad poblacional.
- **Reasignación de recursos de la UPC**, con una parte con destino a la prevención en salud y un nuevo cálculo para la atención individual.
- **Focalización de recursos:** más disponibilidad para zonas con mayor debilidad en los resultados en salud y en los determinantes sociales.
- **Puesta en común de las metas en salud:** solución de determinantes sociales con recursos de otros sectores, como parte del contrato social acordado.
- **Fondo de garantías en salud**, que preserve el equilibrio financiero de los agentes ante eventualidades sobrevinientes.
- **Fondo de enfermedades huérfanas:** financiación fuera de la prima de UPC para garantizar servicios y tecnologías requeridos para la atención de estas enfermedades. Crear modelos de atención integral de las enfermedades huérfanas que contemplen el acceso efectivo a tecnologías para el tratamiento de estas enfermedades, incluyendo criterios diferenciales; incentivos para quienes gestionen adecuadamente la enfermedad. Posibilidad de los reaseguros para este tipo de enfermedades.
- **Necesidad de recursos en el sistema:** establecer un consenso político y legítimo para la ciudadanía, alrededor de la garantía de la suficiencia de recursos destinados al gasto público en salud con una visión de mediano y largo plazo conforme a la proyecciones y previsiones fijadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o la instancia que se defina para los efectos.
- **Incremento y nuevas fuentes de financiamiento:** ante las necesidades de recursos que demandará el sistema de salud a mediano y largo plazo, se requiere revisar alternativas como el incremento del gasto fiscal destinado al sector salud. Las fuentes pueden ser: impuestos generales con una mirada en las distribución y asignación, impuesto a la renta, impuestos saludables, cámaras de comercio, cajas de compensación, mayor esfuerzo fiscal a nivel regional y local, revisión de

los aportes de las cotizaciones con un enfoque progresivo en función de los ingresos (reevaluar el tope de aportes de empleados y empleadores), revisión del porcentaje de los copagos y otras fuentes como los juegos de suerte y azar.

Entre otras fuentes indirectas se encuentra la promoción en la adquisición de seguros voluntarios entre la población con capacidad de pago.

- **Fortalecer los sistemas de vigilancia, control y transparencia** en el uso de los recursos. En este punto es relevante el sistema de información interoperable en salud.
- **Métodos de pago que promuevan la calidad:** coordinación de la atención y la eficiencia entre los agentes del sistema (gobierno nacional y local, aseguradoras, IPS). Esto puede incluir pagos por desempeño o resultados en salud, por diagnóstico o mixtos, compras centralizadas, entre otros.
- **Contar con otros fondos** y programas sociales transversales e intersectoriales para la gestión y financiamiento de los determinantes sociales de la salud, y de esta forma reducir la presión financiera sobre el sistema de salud.
- **Formalidad:** Política intersectorial dirigida a combatir la evasión de impuestos y a promover el empleo y la formalidad laboral, permitirá obtener mayor recaudo por cotizaciones, como fuente de financiación del sistema de salud.
- **Transparencia en las cuentas:** contar con un sistema de información robusto, interoperable y visible, en el que se pueda hacer seguimiento y trazabilidad de los ingresos y gastos en la cadena de prestación de servicios de salud, esto permitiría identificar ineficiencias, prácticas corruptas y el orden de magnitud de la suficiencia o insuficiencia de los recursos con base a una metodología estándar para tal fin.
- **Financiación para el subsidio a la oferta para ciertos territorios:** se plantea que se revise la distribución del sistema general de participaciones – SGP, de tal manera que ese subsidio a la oferta fuera mayor y acorde con las necesidades de los territorios en salud pública e infraestructura; el hecho de que el subsidio a la oferta se distribuya dentro de la fórmula del SGP, garantiza que no haya discrecionalidad en la asignación de estos recursos de oferta.
- **SOAT:** Revisar el valor de la póliza de SOAT conforme a los riesgos derivados del uso de los vehículos y establecer estrategias dirigidas a contrarrestar la evasión de este tipo de seguros.
- **Financiación de los servicios sociales complementarios:** debe establecerse un fondo especial para la financiación de este tipo de servicios fuera de los recursos para la salud; aliviaría la presión fiscal sobre el sector. En este punto se propone que el DPS de la presidencia, sea quien asuma la administración y financiación de los servicios sociales complementarios vía subsidios, quiere decir, focalizado en las personas o familias que no cuentan con la capacidad de pago para cubrir dicha necesidad.
- Se necesita diseñar una estructura de financiamiento que asegure la sostenibilidad y la predictibilidad de los recursos mediante el diseño de herramientas de planeación financiera de mediano y largo plazo en el sistema.

- **Saneamiento de deudas del sector salud**, necesario para garantizar la sostenibilidad del Sistema y evitar que el desempeño del Sistema de Salud ante una reforma se vea afectado a causa de las deudas del Sector. Con prioridad se requiere definir deuda real y determinar fuentes de financiamiento para el pago de los pasivos entre los diferentes pagadores y prestadores o proveedores de servicios de salud.

### 1.2. Flujo de recursos

Implementar el giro directo desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- a todos los proveedores de servicios de salud que atienden a la población independiente del régimen de aseguramiento, representa un paso hacia la transparencia y eficiencia en el sistema de salud. La transparencia en este proceso es esencial para asegurar que los recursos sean utilizados para su finalidad, se soportará en la tecnología para visibilizar el flujo de recursos en todos los actores del Sistema de Salud en su conjunto. Para la correcta trazabilidad y transparencia de los recursos es necesario el desarrollo del Sistema Interoperable de Información en Salud en todo el eslabón de la cadena.

Se debe revisar y modificar la estructura financiera actual, esto implica disminuir al máximo la intermediación financiera ineficiente (separación de seguros y regímenes de salud) y, por último, disminuir la ineficiencia en el gasto, reduciendo los costos en el recaudo y propendiendo por el dinamismo en la liquidez del sistema (velocidad de transferencia).

## 2. Modelo de Aseguramiento

Se plantea preservar el **modelo de aseguramiento en salud** como el mecanismo para garantizar que la población, a partir de la caracterización territorial, tenga acceso a servicios de salud, con un listado de servicios y tecnologías de salud definido y limitado a las capacidades de pago del sistema, al tiempo de promover la equidad y la eficiencia en la distribución de recursos, a través de la asignación de recursos per cápita. Es fundamental, contar con un modelo de atención diferencial en los territorios que reconozca la diversidad cultural, y opere la regionalización y territorialización, lo que implica una reorganización de la oferta de las entidades aseguradoras en los territorios, sin que esta territorialización signifique una barrera de acceso a la tecnología que solo se encuentra en algunas ciudades del país. Este modelo de aseguramiento debe concentrar sus esfuerzos en la gestión de los riesgos en salud.

Preservar la **libre elección del usuario** es fundamental para todas las personas, independiente de su condición, incluyendo los afiliados al régimen de excepción y las personas pensionadas. Este derecho implica la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre el asegurador o prestador, o del mismo profesional de salud. Garantizar la libre elección significa empoderar a las personas para que tomen decisiones que mejor se adapten a sus necesidades y preferencias, promoviendo así la autonomía y el bienestar de todos los individuos, garantizando oferta organizacional pública, privada y mixta.

El diseño de las redes integrales de prestación de servicios, que involucran todas las acciones que se requieren para su efectivo funcionamiento, tienen un impacto directo en la gestión de los riesgos en salud, por tal motivo es esencial el arreglo institucional del sistema, que debe establecer claramente la responsabilidad en torno a la conformación de las redes, propendiendo por la gestión eficiente en un proceso tan operativo como se puede establecer desde su conformación. Un diseño adecuado de las redes contribuye a mejorar la eficiencia y la efectividad del sistema de salud, con mejores resultados en salud. En este punto es primordial que el ente regulador establezca los lineamientos dirigidos a regular la óptima y eficiente relación entre los diferentes agentes que hacen parte de la cadena de prestaciones los servicios en salud y aquellos encargados de la gestión del riesgo en salud.

Es fundamental establecer reglas efectivas que controlen las relaciones entre las partes vinculadas. En este sentido, garantizar un **equilibrio en las relaciones** entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) -o quien haga sus veces. Este enfoque busca promover la equidad y la competencia por calidad y resultados en el sector de la salud, evitando situaciones que puedan conducir a prácticas discriminatorias o ventajosas entre los agentes, independientemente del tipo de relación existente entre las IPS y las EPS.

En desarrollo del enfoque integral de los riesgos, se plantea que, para la gestión de las poblaciones con bajo riesgo se desarrollen organizaciones de prestación primaria, las cuales están articuladas con los aseguradores y con las entidades territoriales,

compartiendo la gestión del riesgo. En el caso de las poblaciones de mediano y alto riesgo, se debe garantizar una gestión a través de programas especializados, compartiendo el riesgo entre los aseguradores y los prestadores. Para incentivar la gestión y agregar valor a los resultados en salud, se deberán generar incentivos por resultados a los agentes involucrados.

Es importante que el sistema de gestión integral en salud opere con la base de un sistema de información interoperables que incluya módulos de información clínica, de gestión y financiero, así como un sistema de referencia y contrarreferencia que permita que los pacientes naveguen en el sistema de acuerdo al nivel de riesgo que tenga, es decir que pueda acceder a atenciones de los programas especializados cuando aumente su riesgo, así como, acceder a las atenciones de los prestadores primarios cuando su riesgo baje.

Los procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana deben estar centrados en el prestador primario, operando con eficiencia y alto rigor técnico que gestione el riesgo bajo, operando bajo la lógica de detectar tempranamente las enfermedades evitando complicaciones prevenibles y sobrecostos en la atención cuando el paciente aumente su nivel de riesgo.

Es necesaria la **articulación entre los riesgos laborales y los seguros**, como es el caso del SOAT para la atención de las víctimas de accidentes de tránsito, con el fin de desarrollar estrategias y modelos de atención orientados a intervenir los riesgos en los diferentes entornos. Estos esfuerzos permiten identificar el origen de la patología o condición de cada paciente, y de esta manera permitir que los recursos previstos para cada propósito se unan de manera eficiente en la financiación para que las personas reciban el tratamiento adecuado y oportuno, ya sea por lesiones laborales o accidentes de tránsito. De forma transversal al modelo de atención se debe desarrollar un sistema de información único e interoperable entre todos los agentes del sistema.

### 3. Gobernanza y participación ciudadana

El modelo de gobernanza para el sistema de salud debe ser liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, entidad encargada de dar los lineamientos de política pública en salud con un enfoque de descentralización, acompañada del fortalecimiento de los territorios en sus capacidades técnica, de talento humano y financieras, y con participación ciudadana. La política pública en salud diseñada por el MSPS debe ser diferencial en busca de que se adapte a las necesidades propias de los territorios y que sea de construcción permanente en el tiempo. Crear mecanismos para fortalecer la descentralización en salud que mejoren la gestión territorial, como puede ser; una oficina de descentralización al interior del MSPS que trabaje por fortalecer la autonomía territorial en salud, su capacidad técnica y humana, y diseñe espacios de coordinación entre la autoridad sanitaria y las autoridades locales.

El diseño de un nuevo modelo de descentralización debe comprender una revisión de las funciones y roles de los diferentes estamentos gubernamentales responsables de dar lineamientos de política, regular, vigilar y controlar, así como también de los demás agentes que operan en el sistema, esto es; un diseño o un arreglo institucional pertinente para las condiciones que hoy tenemos y dirigido a la descentralización, así como fortalecimiento de las instituciones y de las capacidades territoriales.

Frente a las normas que regulan el sistema de salud, es relevante hacer un seguimiento, evaluación y mapeo de estas, que permita concluir si existe o no una situación de exceso de normas, que se solapan, contradicen o que no dan claridad a los diferentes actores del sistema frente a la forma de operar en varios aspectos que se regulan, El sistema de salud debe apuntar a lineamiento normativos claros, precisos y concisos sobre su regulación y operación.

Retomar el **Consejo Nacional de Salud** resulta un imperativo para el Sistema de Salud, que cuente con la representación de todos los actores relevantes (público, privado y mixto), y mantenga el carácter técnico, permanente, autónomo y cuente con la capacidad de tomar decisiones vinculantes en asuntos cruciales, tales como el diseño del contenido de los servicios y tecnologías de salud, incluyendo lo referente a la Salud Pública, y otros aspectos relacionados con contratación, tarifas y presupuesto. En este mismo sentido, fortalecer los **Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud** para implementar los lineamientos de política impartidos por el Minsalud.

El número de integrantes de los diferentes actores del sistema en los consejos debe ser balanceado y plural, con mecanismos claros y legítimos de elección de los representantes y con especial atención sobre los representantes de la sociedad civil, la veeduría ciudadana, las asociaciones de usuarios y de pacientes, que deben seguir siendo fortalecidos en su representatividad en los espacios de discusión y construcción del sistema de salud, así como ser fortalecidos a nivel técnico mediante el acompañamiento, y si es el caso garantizar recursos destinado a garantizar el desarrollo y la participación de las sociedad civil y las veedurías ciudadanas.

Uno de los elementos que debería incorporar el Consejo Nacional de Salud es el



acompañamiento de una comisión de regla fiscal para asuntos del sector salud, liderada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con un enfoque de mediano y largo plazo frente a la financiación del sistema de salud y con carácter vinculante en las decisiones del consejo.

Fortalecer un Consejo Nacional de Salud Pública conformado por las principales autoridades en materia de salud pública a nivel nacional y territorial, que fije una agenda clara de la política, establezca prioridades, responsables y dolientes, con un enfoque dirigido al fortalecimiento de la salud pública en los territorios, considerando y reconociendo las heterogeneidades y capacidades de los territorios. La comisión debe estar liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El modelo de gobernanza debe contar con una instancia con carácter técnico que proteja el sistema, que tenga suficiente representatividad, que tenga una capacidad fuerte del Estado, que realice estudios alrededor de las políticas públicas del sector salud, como elementos a tener en cuenta en las decisiones de las demás instancias del sistema. Esta instancia también debe proteger la participación ciudadana y propender por un modelo descentralizado en el sistema de salud. Dicha instancia fortalecería, o podría ser un complemento del Consejo Nacional de Salud para la toma de decisiones.

El ejercicio de la gobernanza debe contar con instrumentos, metodologías y herramientas, que permitan el desarrollo de un nuevo sistema de salud, que debe ir más allá de la expedición de normas, y dirigirse a la efectiva implementación, coordinación, articulación, descentralización, asignación de responsabilidades, asignación de funciones de los actores involucrados y reglas claras (normas) sobre el carácter vinculante de la participación de los actores en las decisiones de política pública alrededor del sistema de salud.

Es de gran importancia, activar la **Comisión Intersectorial Permanente** para la Gestión de la Salud Pública – CIGES, y fortalecer sus funciones y las capacidades de gestión.

Modificar la Ley 715 de 2001, orientado a actualizar y fortalecer competencias de los territorios, frente a las dimensiones rectoras y de Inspección Vigilancia y Control, no desconcentrando sus funciones, debe llegar al ámbito departamental y municipal (descentralización y desconcentración de las capacidades). Retomar en el Minsalud una instancia de descentralización, ver Ley 10 de 1990.

**Evaluación de los programas territoriales** de reorganización, rediseño y modernización de redes de Empresas Sociales del Estado, para garantizar la autonomía del territorio. Desarrollar espacios a nivel territorial para la presentación de iniciativas de política pública con el fin de establecer un conjunto de competencias con compromisos de carácter decisorio y vinculante; análisis de situación e identificación de problemas en cada territorio; la deliberación y toma de decisiones en función de alinear el rumbo de los componentes del sistema.

Diseñar e implementar una política suprasectorial que promueva el desarrollo humano en salud, que involucre a ministerios, organizaciones multilaterales, OMS, OPS, ONU, OIT, ONGs, Congreso, Presidencia y sociedad civil.

Evaluar y conocer las verdaderas capacidades locales que conforman cada uno de los niveles de Gobierno (nacional y territorial) que operan en el sistema, que permita la creación de soluciones que respondan de manera específica a las necesidades que afectan la salud, en cada uno de los contextos, según sus particularidades. Lo anterior permitiría el fortalecimiento de las entidades territoriales en cuanto a las capacidades técnicas, humanas y financieras como un paso hacia la descentralización a nivel de funciones y recursos según las capacidades de los territorios.

**Fortalecer las relaciones entre instituciones y actores que influyen en el ecosistema de salud.** Es importante priorizar las relaciones institucionales que afectan directamente los determinantes, los riesgos, el acceso a los servicios y la sostenibilidad financiera en salud.

Acompañar los espacios de participación ciudadana que buscan la regulación y gobernanza de las acciones del sector salud, particularmente a través de las organizaciones de base comunitaria.

Promover escenarios de participación ciudadana que permitan la toma de decisiones y la rendición de cuentas, de acuerdo con sus contextos y necesidades, para lo cual se debe hacer uso de los diferentes escenarios generados por la constitución y la normatividad vigente.

Fortalecer la transparencia del sector, mediante un sistema de información público sobre los resultados en salud, el desempeño y la rendición de cuentas de los agentes que operan en el sistema.

La toma de decisiones debe ir acompañada de información válida y suficiente, por lo cual es indispensable un sistema de información único e interoperable en salud, que permita la trazabilidad de los recursos, la caracterización de la población y las demás variables involucradas en la atención en salud.

### 3.1. Inspección, vigilancia y control

El fortalecimiento de las capacidades territoriales en la inspección, vigilancia y control es un aspecto esencial para garantizar un sistema de salud eficiente y equitativo. No se trata de un enfrentamiento entre lo territorial y lo nacional, sino de una distribución equitativa de las responsabilidades, que esté en consonancia con el monto del presupuesto para atender las necesidades en salud de los territorios y el tamaño de las organizaciones involucradas. Este fortalecimiento se refiere a mayores capacidades técnicas de la mano de recursos tecnológicos y los necesarios para ejercer las funciones de su competencia.

En este contexto, resulta esencial resaltar la relevancia del control y la supervisión a la

ejecución de los Planes Territoriales en Salud a nivel nacional, de tal forma que exista una articulación de todos los actores que hacen parte de la planeación y de la ejecución de los planes.

Se plantean diversas vías para lograr este objetivo, que no solo se refieren al rol de las Secretarías de Salud en los territorios, sino al fortalecimiento de las diferentes entidades de control en el nivel nacional y los territorios.

En última instancia, el fortalecimiento de las capacidades territoriales en inspección, vigilancia y control no solo contribuirá a una atención de salud más efectiva y centrada en las necesidades locales, sino que también promoverá la descentralización y la participación de las comunidades en la toma de decisiones relacionadas con su propia salud y bienestar.

Se debe promover una instancia de participación intersectorial, para alinear políticas y mancomunar recursos de todos los sectores. Esta instancia podría estar a diferentes niveles, nacional, regional, territorial, alineados y de acuerdo con las competencias y al alcance que cada uno de ellos tenga alrededor del lineamiento de política en salud que el país requiere (la salud como componente de todas las políticas públicas). Esta instancia debe estar liderada directamente por la Presidencia de la República, y a nivel territorial; por las gobernaciones y alcaldías.

### 3.2. Fortalecimiento institucional:

- El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, para contar con Procesos automáticos y claridad en los procedimientos (procesos de atención). Aplicación del silencio administrativo positivo (modificaciones legales y renovaciones).
- El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS otorga mayor gobernabilidad y garantía de independencia técnica. Definir financiación a través de tasa de evaluación de tecnologías de primera vez para financiar IETS y/o asignación presupuestal de PGN.
- Fortalecer la capacidad técnica y la independencia de la Superintendencia Nacional de Salud a nivel nacional y fortalecer la presencia y accionar a nivel territorial.
- El MSPS a través de su oficina de Cooperación Internacional debe impulsar una agenda internacional con objetivos específicos y estratégicos para el trabajo mancomunado y vinculante en salud y la salud global.
- La ADRES debería ser fortalecida en su diseño, principalmente en el gobierno corporativo, conformada por mayor representatividad de otros actores y sectores para la toma de decisiones, esto le daría mayor legitimidad a su accionar.

## 4. Modelo de salud en territorios

Para la **efectiva implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud** en los territorios, es esencial contar con los recursos financieros adicionales, técnicos, físicos y humanos necesarios. Esto permitirá el desarrollo de los tres componentes fundamentales de la Atención Primaria en Salud: la disponibilidad de servicios integrales que incluyan tanto los servicios primarios como los complementarios, la promoción de la intersectorialidad para abordar los determinantes sociales de la salud, y la activa participación de la ciudadanía en este proceso. Esto también permitirá una adecuada articulación entre la APS y las prestaciones de los servicios de salud.

**Fortalecer el enfoque de la promoción y prevención** de la salud es fundamental en la mejora del bienestar de la población. En este sentido, es esencial incluir en el modelo territorial la participación de diversos actores, como colegios, universidades, empresas y otros escenarios comunitarios. Estos entornos desempeñan un papel crucial en la promoción de estilos de vida saludables, la educación preventiva en salud y la adopción de comportamientos y hábitos para el bienestar. Al colaborar de manera coordinada, estos actores pueden contribuir significativamente a la gestión de la salud de la población, fomentando un enfoque integral y sostenible de la atención primaria en salud.

Se propone que los **prestadores de servicios de salud cuenten con la autorización como escenarios de práctica** para diferentes profesiones, es esencial reconocer y valorar la contribución de los Hospitales Universitarios y aquellos centros acreditados que buscan la mejora continua de la calidad asistencial. Para fomentar este compromiso con la excelencia, se establecen tarifas diferenciales que sirven como incentivos económicos, promoviendo así la innovación y el desarrollo constante en la atención médica, beneficiando tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud. Este enfoque busca fortalecer la calidad de la atención, impulsando la investigación y la formación de futuros profesionales de la salud en un entorno propicio para el aprendizaje y la mejora constante.

La prestación de servicios debe responder la lógica de una **red integral y en la perspectiva de una red integrada** que se encuentre alineado en un propósito común de garantizar resultados en salud y así actuar de manera efectiva. Esto implica una mejor coordinación y colaboración entre los diferentes actores del sistema de salud, optimizando la calidad de la atención y los recursos disponibles. Es esencial que la red esté coordinada por un único agente del sistema (manejo no fragmentado), que se encargue de la organización y conformación de los prestadores de acuerdo con las necesidades en salud de la población.

### 4.1. Modelo de atención

**El modelo de atención con enfoque en Atención Primaria** no solo es responsabilidad del sistema de salud, debe ser una política de Estado en la que confluyen todos los sectores en su gestión y recursos financieros, de tal forma que permitan desarrollar los tres componentes principales de la APS, a saber:

- **El modelo de atención en salud del sistema debe estar basado en la atención primaria en salud**, a través de su implementación se espera que se realice la caracterización de los riesgos individuales, colectivos y de los determinantes sociales de la salud, los cuales, deben atenderse de forma intersectorial, logrando la complementariedad en la atención brindada por la dupla EPS-IPS y las intervenciones colectivas a cargo de la entidad territorial pero en colaboración estrecha con las EPS e IPS a cargo de la atención de las poblaciones.
- **Garantía de servicios de salud integrales** con calidad (oportunidad) asegurando la disponibilidad del talento humano en los territorios, a partir de condiciones laborales diferenciales, incentivos económicos y en especie, entre otros. Garantizar todos los servicios de componente primario de manera permanente para algunos servicios y de manera periódica en el caso de ciertas especialidades. Desarrollo de infraestructura de servicios de salud itinerantes por vía fluvial y terrestre, adopción de marco regulatorio aplicable, como complemento a los puntos fijos de prestación.
- **Acción intersectorial/transectorial** que debe ser liderada por la autoridad sanitaria fortalecida, que sea quien articule la gestión para la garantía de los determinantes estructurales e intermedios, también de la gestión de las intervenciones colectivas e individuales con un enfoque de complementariedad en la atención. Requiere que, desde el nivel nacional, se focalicen recursos que permitan de manera progresiva cumplir las metas definidas. Estos grupos intersectoriales, deben contar con “un reglamento, agenda y cronograma de gestión” (AVS,2021) que les permita un funcionamiento efectivo y un liderazgo en la gobernanza de la salud pública.
- **Participación social, comunitaria y ciudadana** desde la identificación de las necesidades en salud a partir del diagnóstico situacional de los territorios, la participación en el plan territorial de salud, la veeduría y el monitoreo y seguimiento.
- **Promocionar el autocuidado** como una estrategia de prevención integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Adicionalmente, es necesario implementar:

- **Política de atención centrada en la persona:** promover desde la formación la humanización en la atención en salud. Política Nacional de autocuidado, corresponsabilidad y deberes del usuario y las familias.
- **Fortalecimiento de capacidades institucionales:** mejora de capacidad resolutive de instituciones que prestan el componente primario con especial énfasis en el médico general. Enfoque preventivo identificando la inversión, alcance y barreras. Así mismo, definir incentivos claros en todos los niveles de complejidad del modelo de atención.
- **Impulso de los servicios apoyado en la Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC):** garantía de conectividad en territorios priorizando los de

mayor dispersión geográfica. Desarrollo de capacidad instalada de tecnologías en prestadores.

- **Fortalecimiento de equipos de salud multidisciplinarios:** orientado a desmedicalizar la gestión en salud. Reconocer el rol de otros profesionales en salud. Estos equipos multidisciplinarios se deben conformar de acuerdo con las particularidades epidemiológicas de cada territorio y teniendo en cuenta la vinculación de actores comunitarios.
- **Eliminación de las barreras de acceso** por trámites para autorizaciones, programación y priorización de citas. Revisión detallada de procesos y sistemas de información para simplificar el acceso para los usuarios y sus familias.
- **Definición de rutas de atención** con objetivos y metas claras y medibles, explícitas para el usuario, que garanticen el continuo de la atención, sin limitar la libertad de elección, y contando con los recursos. PIC elaborado en consenso intersectorial y con recursos específicos.
- **Fortalecimiento de la salud pública territorial** y de la autoridad sanitaria, con diagnóstico de la situación de salud de la región. Fortalecimiento del PAI, financiamiento de nuevas tecnologías.
- **Educación en salud:** fortalecimiento de la vinculación ciudadana en los espacios de educación en salud en concordancia con el sector educativo para iniciar dichos aprendizajes desde edades tempranas y por ciclo vital.
- **Planeación de la capacidad instalada en el país:** fundamental garantizar la oferta de servicios habilitados y del talento humano requerido para atender las necesidades en salud de la población y de las coberturas en salud de acuerdo con el perfil epidemiológico, la asimetría de los indicadores de salud, las condiciones territoriales, la diversidad cultural, entre otros aspectos.

### 4.2. Modelo de salud en territorios dispersos

De los mayores desafíos del Sistema de Salud es mejorar los resultados de salud en los territorios dispersos, en su mayoría rurales y aislados, que a menudo presentan también acceso limitado a la educación y seguridad, deficiencias en la infraestructura de transporte y comunicaciones, vulnerabilidad a desastres naturales y conflictos armados y dificultades en la prestación de servicios públicos básicos, entre otros aspectos, todos estos, relevantes para garantizar el acceso efectivo a la prestación de servicios de salud y que ameritan mayores recursos para estas regiones.

En este sentido, implementar un modelo de salud diferencial basado en el aseguramiento con enfoque en la atención primaria en salud, que reconozca la multiculturalidad y el conocimiento ancestral, es responsabilidad de la autoridad sanitaria y de los demás agentes del sistema de salud, y de otros sectores, que garanticen de manera integral e interdependiente los servicios de salud primarios y complementarios, la intersectorialidad en la gestión de los determinantes sociales, contando con participación de la comunidad en el continuo de la atención. Para ello, es necesario tener presente los siguientes factores críticos de éxito, para gestionar lo correspondiente:

- **Fortalecimiento de la autoridad sanitaria**, que desarrolle capacidades técnicas, tecnológicas, de infraestructura, para el desarrollo de las competencias de dirección y rectoría en sus territorios, bajo los lineamientos nacionales.
- **Financiación:** En la financiación del modelo de salud, concurren diferentes fuentes, como recursos del aseguramiento, de subsidio a la oferta condicionado a indicadores de desempeño, recursos propios, inversión del sector privado en proyectos de infraestructura y servicios, recursos de cooperación internacional, recursos del presupuesto general, entre otros.
- **Mejoramiento o Desarrollo de infraestructura** para el acceso servicios básicos del componente primario de atención, contando con un marco regulatorio para la habilitación diferencial de servicios en regiones dispersas, distantes y lejanas.
- **Conectividad**, que permita impulsar la telesalud en sus distintas modalidades, y para ello se requiere avanzar en la conectividad de estas regiones que en ningún caso superan el 40% de hogares con internet<sup>2</sup>.
- **Evaluación y Seguimiento**, para asegurar el éxito de este modelo se debe establecer un sistema de evaluación y seguimiento continuo para medir el progreso en la implementación de las estrategias y la mejora de las condiciones en los territorios dispersos.
- **Aumentar la capacidad resolutive** en territorios dispersos por medio de la capacitación técnica y herramientas tecnológicas. Incrementar la capacidad resolutive genera independencia en los territorios, aumenta la equidad y asegura el acceso a los servicios.

### 4.3. Subsidio a la Oferta

Este mecanismo de financiamiento debe garantizar la existencia de servicios básicos de salud todos los municipios del país, reconociendo que, en algunas regiones, no es posible para las instituciones mantenerse con la facturación y producción de servicios. El subsidio a la oferta debe orientarse hacia los territorios que lo necesitan. No podría ser una forma de financiación generalizada para todo el territorio:

- **Para garantizar oferta de servicios esenciales** en los territorios que lo requieran, sujeto a resultados en salud y modelos de gestión, indicadores de desempeño y garantía de disponibilidad de los servicios básicos.
- **Concurrencia con recursos** de UPC y Plan de Intervenciones Colectivas, para garantizar oferta de servicios de salud en modelos diferenciales para zonas dispersas, o rurales con condiciones particulares.
- **Modelo de seguimiento permanente** desde Inspección Vigilancia y Control -IVC a los hospitales beneficiarios de subsidio a la oferta, con monitoreo y seguimiento periódico de indicadores de desempeño.
- **Fortalecer el sistema de información sobre la oferta y demanda** en infraestructura en salud. Crear un mapa de actores permite identificar la oferta y la demanda de recursos a partir de características geográficas, demográficas y epidemiológicas de los territorios.

<sup>2</sup> Indicadores de tenencia y uso de TIC en Hogares, DANE 2022

- **Alinear la capacidad instalada** (o en proceso) con la demanda definida a partir de perfiles sociodemográficos y epidemiológicos. Encontrar el óptimo entre la demanda y la oferta.



## 5. Talento Humano en salud

Es necesaria la expedición de una política de Talento Humano en Salud (THS) en el marco de un CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social), con el objetivo de tomar una serie de medidas y enfoques que buscan mejorar las condiciones laborales del recurso humano del sector salud, la gestión y el desarrollo del talento humano, y así garantizar la disponibilidad de profesionales de la salud competentes y bien distribuidos en todo el país. Las principales áreas de enfoque incluyen:

- **Actualización e implementación de competencias laborales:** la política busca mejorar las habilidades y competencias de los trabajadores de la salud, asegurando que se mantengan a tono con la mejor evidencia científica y con las competencias necesarias para humanizar la atención y específicas (como en APS) que busquen responder a las necesidades de atención en salud de la población. Se propone definir estrategias para que el talento humano en salud se forme de acuerdo con las necesidades del país y para el trabajo interprofesional con un enfoque preventivo en lugar de curativo que se adapte a las necesidades territoriales. Los incentivos como becas deben usarse para impulsar la formalización del talento humano en los lugares en los que se requieren y en los profesionales y especialidades que necesita el país.
- **Distribución geográfica del THS:** la planeación del recurso humano es parte esencial de la política de talento humano, esta deberá determinar las necesidades en términos cuantitativos y cualitativos del recurso, de acuerdo con las particularidades de las regiones, que permitan garantizar el acceso a servicios primarios en todo el territorio. Esta planeación, pretende abordar la distribución desigual de profesionales de la salud en diferentes regiones, lo que podría implicar incentivos para que los trabajadores se establezcan en áreas con una escasez de recurso humano en salud. Esta distribución depende en gran parte de la caracterización y mapeo de los profesionales en todo el territorio nacional en tiempo real.
- **Incentivos y condiciones laborales:** la política propone mejorar las condiciones laborales y ofrecer incentivos para atraer y retener al talento humano en salud. Esto podría incluir aspectos como salarios competitivos, formación y beneficios en especie. Dignificar las condiciones laborales a partir de los supuestos de la OIT, asegurando por medio de un acuerdo político la dignificación de dichas condiciones laborales del personal en salud. Sería favorable establecer un marco laboral especial para el talento humano en salud que garantice la mejora de las condiciones laborales y del ejercicio profesional, sin que esto llegue a inflexibilizar las plantas de personal.

Es importante resaltar que, si bien los incentivos económicos son llamativos para el talento humano en salud, son apenas una parte de la ecuación, dado que la parte de calidad de vida es fundamental, entendiendo por esta, la parte convivencial, la seguridad, la familia, la oportunidad de crecimiento profesional, acceso a tecnologías, etc.

- **Fortalecimiento de la autonomía profesional:** se busca empoderar a los profesionales de la salud para que puedan autorregularse y tomar decisiones profesionales de manera independiente, siempre con base en la evidencia científica o en la adopción de guías de práctica clínica. De acuerdo con el artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud, el Sistema de Salud garantizará *“la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de **autorregulación**, la **ética**, la **racionalidad** y la **evidencia científica**”*. Es importante aprender y enseñar a nuestros profesionales la importancia en la toma de sus decisiones, no solamente en la importancia clínica, la importancia legal de esa decisión, sino la importancia que tiene cada decisión que nosotros tomamos en el sistema, desde la parte financiera, hasta la parte clínica.
- **Fortalecer el observatorio del Talento Humano en Salud (THS)**, ampliando su alcance a todo el recurso humano en salud, no solo profesional, sino técnico, auxiliar, gestores comunitarios, y otros. Este observatorio desempeñaría un papel fundamental al recopilar información detallada y estadísticas pertinentes que permitirían una comprensión profunda de la disponibilidad y la distribución de talento humano, así como del desarrollo de competencias, lo cual posibilitará diagnosticar de manera precisa las áreas críticas que requieren atención y desarrollo, lo que a su vez contribuiría a mejorar la calidad y la equidad en la prestación de servicios de salud en el país. Para que el observatorio funcione de la forma adecuada, es necesario actualizar de forma permanente el censo de profesionales en el país ya sea en el RETHUS o en la aplicación que se designe para esto, lo que mejoraría la planeación y distribución adecuada. Esto implicaría fortalecer el RETHUS, para hacer una actualización de datos con regularidad y así permitir identificar las dinámicas en educación y movimientos geográficos del THS.

Otra posibilidad que se plantea es la instauración de una plataforma de registro especial de prestadores de servicios de salud, donde se incluya de forma mensual la nómina de cada prestador, facilitando así obtener una información más exacta de la ubicación y condiciones salariales del talento humano.

- **Estrategias de formación acorde a las necesidades del país:** La política busca alinear la formación de profesionales de la salud con las necesidades específicas del país. Esto podría incluir la concesión de becas y el fomento de la formalización de trabajadores de la salud en áreas y especialidades que sean prioritarias para el sistema de salud nacional. Los programas de pregrado y post grado de todas las carreras sanitarias necesitan fortalecer los componentes de salud pública y APS de acuerdo con las necesidades emitidas por el Ministerio de Salud, ya que en la actualidad los estudiantes de las diferentes áreas tienen estas temáticas en su currículo, pero de forma superficial y egresan con serias falencias en estos aspectos.

De igual forma es necesario mejorar el grado de resolución por parte de los profesionales ante los problemas que se presentan de forma cotidiana, dado que

en las prácticas de la academia se ven respaldados por la alta tecnología con la que cuentan las universidades y los sitios de práctica que usualmente se encuentran ubicados en grandes ciudades, al llegar a municipios rurales o dispersos encuentran serias limitaciones en su actuar.

- De igual forma, es importante **alinear los pensum en pregrado con el modelo de salud** y las expectativas sociales de actuación del talento humano en salud, en especial considerando que el énfasis en atención primaria, con enfoque familiar y comunitario, implica potencializar el desempeño profesional de “generalistas con capacidad resolutoria”
- **Promover la investigación** para identificar experiencias exitosas de implementación del enfoque intersectorial a nivel nacional e internacional. Esta acción debe articular a los diferentes actores del ecosistema: desarrollar capacidades en investigación a través del aumento de los cupos y oportunidades de posgrados y el desarrollo de una agenda de investigación debe estar alineada a las necesidades del país y tener carácter intersectorial.
- **Implementar una partida presupuestal que garantice el derecho a la educación y formación** – UPC para el desarrollo del THS. Asegurar por medio de acuerdo político el desarrollo del THS, incrementa los beneficios del SGSSS en términos de atención, calidad y servicios.
- Desarrollo de una metodología que permita establecer un **sistema de cuentas nacionales de talento humano en salud**, como los sugeridos por la OMS.
- **Retención del talento humano:** el éxodo del THS continúa en ascenso y al momento de retornar, cuando lo hacen, las convalidaciones son procesos demorados y engorrosos, por lo que se debería generar un trámite más asequible para los profesionales que regresan a Colombia.

## 6. Calidad, prestación y redes

Como parte del arreglo institucional, se debe establecer la responsabilidad de la conformación, articulación y coordinación de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud en función de la población a cargo y de las necesidades en salud que demande, conforme a los lineamientos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para los efectos. La supervisión debe estar a cargo de la Superintendencia Nacional de salud. La organización de las redes debe permitir que la persona transite entre diferentes IPS eliminando las barreras administrativas.

En concordancia con esta organización institucional la función de compra debe estar centrada en el asegurador, quien debe establecer contratos específicos con los prestadores.

La compra de medicamentos de alto costo o gestión de enfermedades huérfanas deben tener un mecanismo de compra adaptado a sus particularidades, que puede incluir entre otros, los mecanismos de compra centralizada o de riesgo compartido con la industria farmacéutica. Se plantea un mecanismo de compra inteligente, que busque la generación de valor, centrada en resultados en salud.

Es estratégico desarrollar una política nacional de calidad que involucre todos los actores del Sistema de Salud, que incentive la atención resolutive, efectividad, la generación de valor en la atención, mejor experiencia en la atención, gestión del riesgo y seguridad del paciente en todos los niveles de atención, así como la evolución en la integralidad de las redes de atención. Implementando incentivos que fomentan la acreditación en los participantes del Sistema de Salud.

Se deben fomentar modelos de cooperación como el "Hospital Padrino", en el que los hospitales beneficiarios trabajan en conjunto para promover la eficiencia y la calidad, con el objetivo de avanzar hacia la autosostenibilidad de estas instituciones

Mejorar la calidad e incrementar la prestación de servicios en salud a través de un sistema de incentivos, medidos a partir de resultados.

## 7. Política farmacéutica y dispositivos médicos

- En torno a fortalecer adoptar una política de reúso de dispositivos médicos garantizando la seguridad, la calidad y la eficacia de los insumos para los usuarios.
- Definir política de adopción (aprobación) y financiamiento de la innovación farmacéutica y de Dispositivos médicos.
- Política de aceptación e inclusión de la innovación en el país, con la participación de actores del sistema públicos y privados desde su desarrollo hasta su financiación, sin vulnerar el gasto de bolsillo de la población.
- Fortalecimiento e incentivos para la producción local de tecnologías en salud.
- Compras centralizadas donde sea necesaria, protegiendo la calidad y seguridad, continuidad del suministro, oportunidad en la distribución e integralidad en la atención.
- Introducir acuerdos innovadores de acceso para la adquisición ordenada y progresiva de innovación farmacéutica, enfocados en resultados en salud y aportando a la sostenibilidad financiera del sistema.

## 8. Sistema de información e interoperabilidad

La gobernanza de datos en el sector salud, es necesaria, teniendo en cuenta el tema de Habeas Data armonizado frente a las necesidades de salud.

En la perspectiva de tener un sistema de información que integre todas las operaciones del sector salud que permita la trazabilidad de los recursos financieros. Se propone la **creación de un repositorio único de información histórica**, desarrollando un **sistema de información que sea interoperable y transaccional** que aproveche capacidades instaladas para el uso de todos los agentes del sector, que simplifique los procedimientos y reduzca las cargas administrativas, y al mismo tiempo, ofrezca una experiencia amigable y resolutiva para los usuarios en todo el territorio nacional, incluyendo las zonas apartadas, garantizando un acceso tecnológico con amplias coberturas de internet. La creación de redes y vínculos entre los actores del sistema de salud es esencial para mejorar la comunicación y el flujo de información. El principal reto para llevar a cabo esta intención es el financiamiento de estos sistemas.

Para llegar a este punto se hace necesaria la creación de un “modelo de seguimiento a los recursos orientados a extender la cobertura y garantizar el acceso a los servicios de salud por medio de TICs”, lo que a su vez fortalecerá servicios de telemedicina y telesalud que permitirán dar mayor alcance a los programas de atención (AVS, 2021).

Es un imperativo, lograr el objetivo **de historias clínicas digitales**, que sean seguras y compatibles entre los diferentes proveedores de servicios de salud y aseguradoras, y más que adoptar un sistema único, deben establecerse criterios uniformes para evitar redundancias, optimizar recursos y garantizar una atención continua y de calidad para los usuarios. Este enfoque integral busca mejorar el acceso a los servicios de salud desde cualquier punto geográfico de Colombia, interoperando la información en tiempo real y permitiendo tener un panorama epidemiológico nacional actualizado.

Confianza y Seguridad de los Datos. Cualquier sistema de información debe ser confiable, seguro y respetar los principios de confidencialidad. La confianza en compartir datos es crucial, así como la mejora de la infraestructura y la reducción de brechas tecnológicas. La experiencia del sector financiero en términos de confianza y uso de datos puede ser adaptada al sistema de salud

La implementación de nuevas tecnologías requiere de una inclusión digital por medio de programas de educación al talento humano en salud, a la ciudadanía en general y en su defecto a operadores temporales con el fin de optimizar los recursos instaurados. Dicha inclusión digital debe ser el resultado de una acción intersectorial entre MinTIC, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud y Protección Social.

La información centralizada en un sistema único incentiva espacios de investigación que visibilicen experiencias exitosas y puntos de mejora en el sistema, permitiendo así focalizar las acciones de las entidades correspondientes. La retroalimentación y la calidad de la información son importantes para mejorar continuamente los sistemas de información, por lo que es esencial desarrollar mecanismos para generar reportes de información y utilizar estos datos para mejoras estratégicas y operativas.

Financiación y Sostenibilidad. La financiación de los sistemas de información es uno de los principales retos. Se sugiere que la fuente de financiamiento del sistema de salud no debe ser la misma que financie los sistemas de información nacionales, destacando la necesidad de un modelo financiero sostenible.

## 9. Determinantes sociales

Para abordar los determinantes sociales, es relevante en enfoque intersectorial sobre los siguientes aspectos, y que prendan por la salud de la población:

- **Educación:** Invirtiendo en programas de educación y capacitación que promuevan estilos de vida saludables.
- **Trabajo:** Financiando iniciativas que mejoren las condiciones laborales y promuevan la seguridad en el trabajo.
- **Vivienda:** Desarrollando proyectos de vivienda accesible y saludable.
- **Medio Ambiente:** Apoyando proyectos que mejoren la calidad del aire, agua y espacios verdes.
- **Transporte:** Facilitando el acceso a transporte seguro y accesible.

La financiación de los determinantes sociales de la salud a través de múltiples sectores es crucial para abordar las desigualdades en salud y mejorar el bienestar de la población. Esta propuesta busca establecer un marco sostenible y equitativo de financiación que involucre a todos los sectores relevantes, promoviendo una acción conjunta y efectiva en pro de una sociedad más saludable y justa.

- **La caracterización y ejecución** de políticas relacionadas con los determinantes sociales de la salud requieren un **enfoque multisectorial** y coordinado. Esta propuesta busca establecer un marco de colaboración intersectorial que permita abordar de manera integral los Determinantes Sociales de la Salud - DSS, mejorando así la salud y el bienestar de la población.
- **Participación comunitaria:** Incorporar la participación de la comunidad en todas las etapas del proceso, desde la caracterización hasta la ejecución y evaluación de las políticas. La retroalimentación de la comunidad es esencial para asegurar que las intervenciones sean relevantes y efectivas.
- Establecer directrices claras que separen la participación social en salud de cualquier agenda política. Promover la idea de que la salud es un derecho y una responsabilidad compartida.
- **Implementación de Metodologías Integrales de Caracterización:** implementar metodologías estandarizadas para la recopilación y análisis de experiencias en DSS. Esto incluye la definición de indicadores comunes, procedimientos de recolección de datos y formatos de presentación de resultados.
- **Sistematizar las experiencias sobre el trabajo en determinantes sociales de la salud** es esencial para construir un conocimiento colectivo que permita mejorar las intervenciones y políticas en salud. Esta propuesta busca establecer un marco estructurado y colaborativo que facilite la documentación, análisis y difusión de experiencias en DSS, promoviendo una mejor salud pública y reduciendo las desigualdades en salud. Incorporar a las Cajas de Compensación Familiar como organizaciones que han abordado los determinantes sociales desde las perspectivas de los programas del subsidio familiar.
- **Monitoreo y evaluación continua:** desarrollar un sistema robusto de monitoreo y evaluación que permita medir el impacto de las políticas implementadas sobre los DSS. Este sistema debe:



- Evaluar regularmente el progreso hacia los objetivos establecidos.
  - Identificar y corregir desviaciones y obstáculos.
  - Ajustar las estrategias según los resultados obtenidos.
- 
- **Desarrollo de un marco conceptual común:** establecer un marco conceptual común que defina claramente los DSS y su impacto en la salud. Este marco debe ser desarrollado en colaboración con representantes de diversos sectores, incluyendo salud, educación, trabajo, vivienda y medio ambiente, para asegurar una comprensión y terminología compartidas.
  - **Creación de una instancia** que permita unificar y fortalecer la gestión de los DSS en el país. Esta instancia permitirá una caracterización uniforme, una respuesta rápida y coordinada ante riesgos emergentes, y la implementación de intervenciones efectivas, mejorando así la salud y el bienestar de la población.
  - **Reconocimiento del rol de técnicos y tecnólogos en salud:** reconocer formalmente el rol de técnicos y tecnólogos en salud en las políticas de salud pública y DSS e incluir sus perfiles en las normativas y regulaciones relacionadas con la salud pública y DSS.
  - **Fortalecer los sistemas de información para la intervención en determinantes sociales de la salud** es fundamental para mejorar la salud y el bienestar de la población. La creación de una plataforma integral, la mejora de la calidad y accesibilidad de los datos, la integración y coordinación intersectorial, el uso de tecnologías innovadoras y el monitoreo y evaluación continuos permitirán desarrollar políticas informadas y realizar intervenciones efectivas.
  - **Medir y movilizar el bienestar de manera integral** requiere un enfoque innovador basado en determinantes sociales de la salud. La implementación de un Índice, junto con la movilización de datos, participación comunitaria, intervenciones basadas en evidencia, monitoreo y evaluación continuos, y la educación y sensibilización, permitiría un abordaje holístico y efectivo para mejorar el bienestar de las poblaciones.
  - **Individualizar** las intervenciones en salud de acuerdo con las necesidades y particularidades de cada territorio ya que todas contemplan dinámicas sociales diferentes.

## 10. Transición

El sistema de salud colombiano se encuentra en un proceso de transición significativo que plantea varias preguntas y preocupaciones alrededor de las capacidades actuales del sistema y de la prestación continua de los servicios de salud a la población.

Existe la necesidad de defender y proteger los avances adquiridos, garantizando la libre escogencia y gestionando el riesgo financiero. **La comunicación efectiva sobre los cambios y el flujo de recursos es vital para mantener la confianza de la población.** Además, se deben considerar los riesgos técnicos, financieros y operacionales, así como el impacto en la inversión y la innovación en el sector salud.

Uno de los principios fundamentales en esta transición es garantizar que **no haya regresión ni pérdida de continuidad en la atención preservando la protección financiera de los individuos y familias.** Es esencial tener claridad en la ruta diseñada para cada actor del sistema y asegurar que los recursos sean suficientes para el nuevo sistema. También se debe mejorar la información de la historia clínica del paciente y definir claramente la gobernanza y los roles del Estado en este proceso, además de abordar los riesgos técnicos y financieros que podrían surgir.

Se deben establecer procesos de análisis estratégicos antes de implementar cambios en el modelo de salud, identificar responsables claros del proceso de transición y garantizar mínimos operativos seguros. **La estabilización financiera del sistema es crucial para no arrastrar problemas actuales durante la transición.**

Es crucial que se mantenga una vigilancia constante para defender los avances logrados hasta ahora en el sistema de salud, asegurando que **los principios de no regresividad y progresividad sean respetados.**

La crisis financiera del sector salud exige avanzar en un proceso de saneamiento definitivo de las deudas del sector salud por parte de los diferentes pagadores como son: Gobierno, EPS, Entes territoriales es parte esencial para la garantía del principio de sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud consagrado en la Ley Estatutaria de Salud y así materializar el derecho fundamental de salud, en el mediano y largo plazo, independiente del curso de la reforma del Sistema de Salud.

Es imperativo conocer la deuda real del Sector Salud que implica la depuración de los informes contables para aplicar pagos, descargue de glosas, reconocimiento de deudas y demás que sean necesarios para determinar las cifras finales. Puede adoptarse un mecanismo similar al que se dio para el pago de las deudas por servicios no POS con el Acuerdo de Punto Final. Será necesario determinar si las cuentas por cobrar son suficientes para cubrir los pasivos del sector y así determinar la necesidad de recursos del presupuesto general de la nación para el saneamiento de las deudas y los plazos para ello.

Finalmente, es necesario implementar mecanismos robustos de seguimiento y evaluación para medir el impacto de los cambios y realizar ajustes necesarios en tiempo

real. La colaboración entre todos los actores, incluyendo los pacientes, proveedores de servicios de salud, aseguradores y el gobierno, será esencial para garantizar una transición exitosa que no solo mantenga la continuidad de la atención, sino que también mejore la calidad y accesibilidad de los servicios de salud para todos los colombianos.