



Sistema de salud en Colombia

La salud es uno de los aspectos más importantes para el bienestar y la calidad de vida de la población; un sistema de salud eficiente y efectivo es fundamental para el desarrollo económico y social de cualquier país.

Milton Moreno

Director Cámara de Seguridad Social de Fasecolda

Avances y desafíos del sistema

Los sistemas de salud deben cimentarse sobre los pilares de universalidad, accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera, además, deben ayudar a reducir las desigualdades sociales y económicas, garantizando que todas las personas tengan la oportunidad de recibir atención médica independientemente de su situación socioeconómica o su ubicación geográfica.

En Colombia, el sistema de salud se compone principalmente de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado; el primero está diseñado para las personas que tienen capacidad de pago y cotizan al sistema a través de su trabajo o actividad económica, mientras que el segundo está dirigido a las personas más vulnerables y se financia con recursos del Estado.

En el funcionamiento del sistema intervienen tanto entidades públicas como privadas. Por un lado, están las entidades promotoras de salud (EPS), cuya función principal es gestionar los riesgos, la atención médica y la prestación de servicios de salud a los afiliados; también se encuentran las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), como hospitales, clínicas y centros de atención primaria. La administración de los recursos está en cabeza de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y, finalmente, el Gobierno Nacional tiene diferentes entidades encargadas de formular, coordinar y supervisar la política de salud del país.

A lo largo de los años, el sistema colombiano ha evolucionado para adaptarse a las necesidades del país y a los cambios en la economía y la demografía. A pesar de enfrentar varios desafíos, se han logrado muchos avances significativos.

Una de las principales fortalezas del sistema de salud en Colombia es la cobertura universal, es decir, que todas las personas tienen derecho a recibir atención médica sin importar su situación económica o social. Desde la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en 1993, se ha logrado

➔ Aún existen barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, como la distancia geográfica, la falta de infraestructura y la escasez de personal médico en algunas regiones del país.

llegar a una cobertura de afiliación cercana al 100%, lo que ha permitido que más personas tengan acceso a la atención médica. Sin embargo, aún existen barreras que limitan el acceso a los servicios de salud, como la distancia geográfica, la falta de infraestructura y la escasez de personal médico en algunas regiones del país.

Otro aspecto para tener en cuenta es la calidad de los servicios de salud. A pesar de que se han realizado esfuerzos para mejorar la calidad de la atención médica, todavía hay problemas importantes que enfrentan los pacientes, como largas esperas para ser atendidos, falta de medicamentos y equipos médicos insuficientes en algunos centros de salud; además, los pacientes que viven en áreas rurales y remotas a menudo tienen acceso limitado a servicios especializados.

En resumen, el sistema de salud en Colombia ha logrado importantes avances en la última década, pero aún enfrenta desafíos significativos en términos de acceso, calidad y sostenibilidad financiera; para abordarlos, es necesario continuar invirtiendo en infraestructura, personal médico y tecnología, así como en la implementación de modelos de atención más eficientes y centrados en el paciente. Con estos esfuerzos, se espera que el sistema pueda seguir avanzando hacia la consecución de una atención médica de calidad y accesible para todos los ciudadanos.

Propuesta de reforma a la salud

El Gobierno nacional, en cabeza del presidente Gustavo Petro, ha presentado al país el proyecto de ley No. 339 de 2023, con el que se pretende reformar el sistema de salud colombiano. Se trata de un texto de 18 capítulos distribuidos en 152 artículos que plantean cambios estructurales al actual sistema.

El proyecto tiene como eje transversal un sistema preventivo, que implicaría, de acuerdo con lo manifestado por el Gobierno, la cobertura integral de todos los factores que determinan la salud de los colombianos; desde la atención de necesidades sanitarias básicas, los diagnósticos oportunos, el tratamiento de la enfermedad, su recuperación y los cuidados paliativos. A continuación, se resumen varios aspectos relevantes de la propuesta:

- a) **Transformación de las EPS:** migran de su rol de administradoras de riesgos y de recursos del sistema a ser instituciones prestadoras de salud (IPS). Se prohíbe la creación de nuevas EPS y se eliminan aquellas que no cumplan con reglas de solvencia y reservas financiera.
- b) **Nueva EPS:** en los territorios donde no queden EPS, la Nueva EPS asumirá el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas entidades promotoras de salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios.
- c) **Desconcentración de la ADRES:** se hará una regionalización de la ADRES para fortalecer el mecanismo de auditoría y giro directo hacia las clínicas y hospitales del país. La gestión del riesgo financiero recae en el personal médico (autorregulación).
- d) **Puerta de entrada al sistema:** los denominados centros de atención primaria integral resolutive en salud (CAPIRS) serán el primer contacto de los pacientes con el sistema de salud; se calcula que se establecerían más de 2.500 centros y cada uno atendería alrededor de 20.000 colombianos.
- e) **Tarifario único entidades sanitarias privadas y mixtas:** los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema, bajo un régimen tarifario único; las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información será reglamentado por el Gobierno Nacional.
- f) **Laboralización de los trabajadores de la salud:** se crea una Dirección en el Ministerio del Trabajo, que deberá hacer seguimiento a la laboralización de los trabajadores de la salud y rendir un informe anual a las comisiones séptimas de Senado y Cámara de Representantes.
- g) **Unificación de sistemas de información:** se creará un sistema único de información para el control de los recursos públicos, el cual, en tiempo real, permitirá el seguimiento de las operaciones financieras y el control social de los recursos de la salud.
- h) **Criterios de distribución regional de recursos:** se elimina la capitación y se pasa a un sistema basado en indicadores de salud: 1. Prevalencia de enfermedades de interés en salud pública. 2. Morbimortalidad y restricciones de acceso a servicios





➔ El sistema de salud en Colombia ha logrado importantes avances en la última década, pero aún enfrenta desafíos significativos en términos de acceso, calidad y sostenibilidad financiera.

3. Mortalidad materna e infantil. 4. Cobertura de saneamiento básico y agua potable. 5. Emergencias y desastres 6. Oferta de servicios.

- i) **Inspección, vigilancia y control:** fortalecer la Superintendencia de Salud; contará con 72 horas para responder peticiones, quejas y reclamos, que hoy superan el millón.
- j) **Gradualidad:** el sistema de salud se implementará en forma gradual, a partir de la vigencia de la ley. No podrá haber personas sin protección.
- k) **Infraestructura:** las EPS, durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a IPS a través de sus redes propias, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios, tanto en mediana y alta complejidad como en los CAPIRS. Las EPS que no se conviertan en prestadoras de servicios podrán acordar la venta de su infraestructura con el Ministerio de Salud o la ADRES.
- l) **Cartera:** las IPS de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A (CISA) la cartera que se genere por el pago

de servicios de salud prestados a las EPS que se encuentren en proceso de liquidación.

- m) **Facultades extraordinarias:** el presidente de la república podrá dictar disposiciones adicionales que sean de reserva de ley y que garanticen un ordenado proceso de transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Sistema de Salud, también podrá expedir las disposiciones laborales para garantizar condiciones de trabajo justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos del talento humano en salud, tanto del sector privado como del público.

Desde la radicación del proyecto de ley se han dado debates sobre la eficacia de la iniciativa la conveniencia de varios temas, especialmente los relacionados con las funciones que dejarían de cumplir las EPS.

Por otra parte, se ha discutido sobre el tipo de ley mediante la cual se debe tramitar la iniciativa. El Gobierno Nacional ha señalado que el proyecto pretende reformar la Ley 100 de 1993 y que, por tanto, se debe dar un trámite ordinario al proyecto, por otro lado, múltiples analistas advierten que se debe tratar como una ley estatutaria,



¿Cómo ayudamos a una aseguradora a lograr a disminuir el tiempo de trámite de pérdidas totales de auto?

El proceso de pago de pérdidas totales autos es un tema complejo en el sector ya que intervienen una buena cantidad de participantes en el proceso, entre entidades gubernamentales, talleres, áreas internas de la aseguradora y el propio cliente (que es el más ajeno al trámite), el reto es saber manejar de manera adecuada los diversos escenarios en la recuperación de la documentación, así como los tiempos que representan dichas actividades y la manera en la que se le facilitan los procesos al asegurado.

Como consecuencia, el tiempo de decisión tiene una correlación directa con el aumento de costos y la satisfacción al cliente, por ello, cada vez más empresas del sector asegurador evalúan la implementación de nuevos e innovadores enfoques para hacer más eficientes y ágiles sus procesos, de tal forma que no solo les permita reducir tiempos y dar una mejor atención al cliente, sino también un considerable ahorro de costos en sus operaciones.



LA PROBLEMÁTICA

La aseguradora necesitaba mejorar el pago de pérdidas totales de auto por siniestro, uno de los más relevantes en el ramo de automóviles, tanto por el nivel de sensibilidad para el cliente, como de complejidad asociado al proceso.



LOS OBJETIVOS

- Mejorar los tiempos de respuesta a los clientes que han sufrido una pérdida total de auto.
- Coordinar un proceso con varios actores involucrados, desde la persona que decreta la pérdida total y los talleres, hasta autoridades.
- Lograr trazabilidad e incrementar la transparencia de los indicadores del proceso.
- Mejorar la comunicación e información con el asegurado sobre el proceso.



LA SOLUCIÓN Y EL PROCESO

La amplia experiencia de Cibergestión en la gestión de procesos, aunada a ejecutivos altamente calificados y la implementación de la plataforma propietaria de Cibergestión "Presto Insurance" permitieron



la implementación de **70 mejoras** al proceso en tres meses de trabajo.



la disminución de los tiempos de documentación en **65%**.



la reducción del **25%** en documentación que no representaba un riesgo operativo.

LOS BENEFICIOS PARA LA ASEGURADORA

- **100%** de visibilidad y trazabilidad del proceso.
- **Reducción de tiempos** de gestión y venta de salvamento.
- **Acompañamiento** en la comunicación con el cliente en todo momento.
- Importante **mejora** en la experiencia, satisfacción del cliente y disminución en los tiempos de pago.
- **Roles especializados** para la atención de las diferentes actividades y dependencias del proceso.
- Documentos digitales **diponibles** para consulta y descarga en cualquier momento.
- Generación automática de **KPI's**.

Nuestra metodología y tecnología ofrece gran flexibilidad para adaptarse a las necesidades del cliente en el mejor *time to market* del mercado.

¿Te gustaría saber más sobre nuestros servicios?

Comunícate con

Katerine O'Brien
Directora Comercial
Cibergestión Colombia
katerine.obrien@cibergestion.com.co
+57 317 580 8701

pues se afecta el derecho fundamental a la salud. Este debate toma gran relevancia, pues, de tramitarse por el procedimiento indebido, la reforma podría ser declarada inconstitucional.

Contrarreformas

Tras la inconformidad con el texto radicado por el Gobierno, varios partidos políticos han presentado propuestas de reformas alternas que coinciden en varios aspectos con la iniciativa del Ejecutivo, pero que difieren en muchos otros. Una de estas es la presentada de manera conjunta por los partidos Conservador, Liberal y de la U.

La propuesta conjunta acoge la idea del Gobierno de fortalecer la atención primaria y la territorialización de la salud y también coincide con la creación de centros de atención primaria en salud (CAPS) y la implementación de un régimen único, eliminando así la distinción entre el subsidiado y el contributivo.

Respecto de las EPS, la iniciativa mantiene su naturaleza de aseguramiento, por lo que continuarían conservando los afiliados al sistema, pero cambia su denominación a entidades gestoras de salud y vida (egvis), las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Estas entidades continuarán gestionando de manera integral los riesgos en salud y administrarán los riesgos financieros de manera compartida con el Estado, no obstante, las EPS no podrán tener integración vertical con las IPS.

Sobre la afiliación al sistema, la propuesta menciona que se garantizará la libre elección de las personas a las egvis y la atención primaria en salud. Respecto al manejo de los recursos, los partidos proponen que la ADRES realice pago directo a IPS y farmacéuticas, y que las egvis se encarguen de auditar.

Cada entidad gestora de salud y vida recibiría periódicamente los recursos de la unidad de pago por capitación (UPC), la cual tendría un componente fijo ajustado a cada tipo de riesgo y un componente variable que funcionaría como un reconocimiento a la adecuada gestión de las egvis, evidenciado en indicadores de resultados en salud, entre otros.

¿Y qué pasará con los planes voluntarios de salud?

De acuerdo con un estudio realizado por Fasecolda y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), en Colombia hay cerca de 4.7 millones de colombianos que tienen un plan voluntario de salud (PVS). Al analizar la distribución del mercado, se observa que los planes de medicina prepagada representan un 57% del mercado de los PVS, seguidos por las pólizas de salud, con una participación del 27%, y los planes complementarios y las ambulancias prepagadas representan el restante 16%.

Estos planes desempeñan un papel fundamental en el sistema de salud colombiano. Por una parte, generan ahorros al sistema obligatorio, pues los costos de los servicios son asumidos directamente por las entidades que ofrecen dichos planes y no con cargo a la UPC. Las coberturas ofrecidas garantizan el acceso a instituciones prestadoras de servicios salud de altísima calidad, de manera ágil y oportuna, además, tienen un régimen tributario que permite deducir impuestos, lo que se traduce en un ahorro para las familias.

Ahora, el proyecto de ley presentado por el Gobierno Nacional dispone que los PVS podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas que los rigen actualmente; no obstante, la iniciativa indica que las personas afiliadas a PVS no tendrán prelación alguna cuando utilicen el sistema de salud al cual tienen derecho.

De lo anterior se podría colegir que, aunque los PVS mantendrían su autonomía contractual bajo los parámetros legales existentes en la actualidad, habría un cambio en las condiciones de conformación de redes de servicios.

Al ser el sistema de salud un tema de suma importancia para el país, se esperan muchas discusiones sobre la reforma presentada por el Ejecutivo, aún no se sabe si pasará el texto original o si serán acogidas las propuestas de los diferentes partidos políticos y actores de la sociedad. 