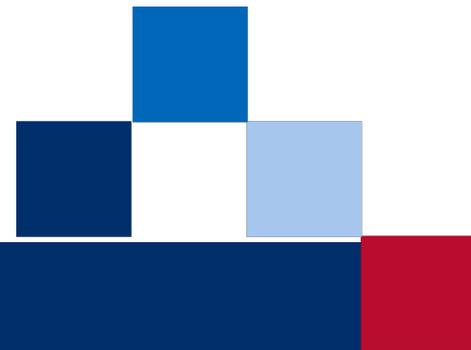




**USAID**

DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA



**INFORME FINAL: ESTRATEGIAS PARA LA  
OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS EN EL SGSSS**  
Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades  
Saludables

Marzo 2023



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

## **El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local**

El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local: Comunidades Saludables (LHSS, por sus siglas en inglés), en el marco del contrato de entrega indefinida/cantidad indefinida (IDIQ, por sus siglas en inglés) de Sistemas Integrados de Salud de USAID (por sus siglas en inglés), ayuda a los países de ingresos bajos y medios en la transición hacia sistemas de salud sostenibles y autofinanciados como medio para apoyar el acceso a la cobertura universal de salud. El proyecto trabaja con los países socios y las partes interesadas locales para reducir las barreras financieras a la atención y el tratamiento, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales para todas las personas y mejorar la calidad de los servicios de salud. Dirigido por Abt Associates, el proyecto de cinco años de duración y 209 millones de dólares desarrollará la capacidad local para mantener el buen funcionamiento de los sistemas de salud, apoyando a los países en su camino hacia la prosperidad y la autosuficiencia.

**Cita recomendada:** Barliza Michelle, Laura Beltrán, Plinio Bernal, Diana Cárdenas, Camila Franco, David Gómez, Norberto Rojas, Anwar Rodríguez. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Marzo de 2023. *Informe final: Estrategias para la optimización de recursos en el SGSSS.* Rockville, MD: Abt Associates.

**Fecha:** Marzo 2023

**Submitted to:** Scott Stewart, COR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health, USAID

**Enviado por:** Abt Associates  
6130 Executive Blvd., Rockville, MD 20852  
(301) 347-5000

**Contrato USAID No:** 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014

*Esta publicación ha sido elaborada para su revisión por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Fue preparada con el apoyo del Programa Comunidades Saludables de USAID bajo el IDIQ de Sistemas Integrados de Salud de USAID.*

## CONTENIDO

|   |     |
|---|-----|
| Agradecimientos.....  | ii  |
| Acrónimos .....   | iii |
| Resumen ejecutivo.....  | 1   |
| Introducción.....   | 5   |
| Metodología .....   | 6   |
| Presentación, análisis y resultados de la priorización de ineficiencias en el SGSSS colombiano..... | 7   |
| Prestación de servicios .....   | 1   |
| Talento humano.....   | 4   |
| Tecnologías en salud.....   | 6   |
| Financiamiento y gobernanza .....   | 10  |
| Sistemas de información.....  | 12  |
| Sostenibilidad .....  | 16  |
| Referencias.....  | 17  |

## **AGRADECIMIENTOS**

Se agradece el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación por todos los aportes para el desarrollo de las mesas técnicas. Así mismo las y los autores agradecemos el apoyo recibido por las asesoras técnicas de LHSS Julia Watson y Karishmah Bhuwane.

## ACRÓNIMOS

|        |   |
|--------|---|
| ACEMI  | Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral                          |
| ADRES  | Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| AFIDRO | Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación                       |
| ANIF   | Asociación Nacional de Instituciones Financieras                                |
| ANDI   | Asociación Nacional de Industriales   |
| APS    | Atención Primaria en Salud  |
| DANE   | Departamento Administrativo Nacional de Estadística                             |
| DNP    | Departamento Nacional de Planeación   |
| DTS    | Direcciones Territoriales de Salud  |
| EPS    | Empresa Promotora de Salud  |
| GET    | Guía de Eficiencia Técnica de USAID   |
| HFG    | Health Finance and Governance   |
| INS    | Instituto Nacional de Salud   |
| IPS    | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud                                 |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos                    |
| MSPS   | Ministerio de Salud y Protección Social   |
| OMS    | Organización Mundial de la Salud  |
| RIPS   | Registro Individual de Prestación de Servicios                                  |
| SGSSS  | Sistema General de Seguridad Social en Salud                                    |
| SNS    | Superintendencia Nacional de Salud  |
| UPC    | Unidad de Pago por Capitación   |
| USAID  | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional                  |

## RESUMEN EJECUTIVO

En el marco del fortalecimiento de capacidades que brinda el Programa de Comunidades Saludables de USAID al Gobierno Nacional, se identificó como área estratégica de acompañamiento la consolidación de la sostenibilidad de las intervenciones en salud a población migrante. En este sentido, el MSPS, el DNP y el Comunidades Saludables consideraron pertinente la adaptación y aplicación de la Guía de Eficiencia Técnica (GET) de USAID al caso colombiano, como una herramienta analítica que permitiría revisar de manera amplia la eficiencia en la asignación de recursos en el sector salud y así fortalecer las capacidades del estado para integrar a la población migrante venezolana.

La GET propone una clasificación de las áreas de ineficiencia en el uso de recursos más recurrentes en los sistemas de salud, a partir de una revisión sistemática de experiencias nacionales. La Guía se organiza a partir de cuatro dimensiones de análisis, que a su vez contienen módulos que agrupan ineficiencias; dichas ineficiencias se asocian a indicadores que permiten medir su impacto en los sistemas locales. Para el caso colombiano se incluye una dimensión de particular importancia en el contexto nacional como lo es el relacionado con el Sistema de Información del sector salud. Las cuatro dimensiones tradicionales que propone la Guía son: i) Prestación de servicios, ii) Talento humano en salud, iii) Productos farmacéuticos y iv) Gobernanza y financiamiento.

La metodología desarrollada en Colombia para la adaptación e implementación de la Guía se desarrolló en dos etapas: en primer lugar, LHSS se definió un experto por dimensión de la GET quien se encargó de identificar los principales aspectos del sistema de salud colombiano relacionados con la ineficiencia propuesta por la Guía, así como identificar y calcular los indicadores que permitieran aproximarse a la medición. En segundo lugar, se utilizó una metodología participativa liderada por el MSPS para generar mesas técnicas de discusión con actores relevantes del sector, el gobierno nacional y expertos en cada una de las dimensiones; al final de las mesas se organizó un ejercicio de priorización de ineficiencias que permitiera guiar la formulación de recomendaciones. Finalmente, se consolidaron los insumos de las mesas y del análisis de información para proponer conclusiones y recomendaciones junto con una valoración de la posibilidad de implementar los cambios teniendo en cuenta los tiempos de ejecución de las propuestas y la factibilidad de materializarlas.

A continuación, se presentan las principales recomendaciones que se obtuvieron del ejercicio planteado. Para todas las dimensiones se realizará el análisis de tiempo y factibilidad teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

**Tabla 1. Conclusiones, recomendaciones, actores clave, tiempo y factibilidad de las dimensiones del GET**

| Tiempo                           |   |
|----------------------------------|---|
| Corto plazo (1 a 2 años)         |  |
| Mediano plazo (entre 2 y 5 años) |  |
| Largo plazo (más de 5 años)      |  |

| Factibilidad |   |
|--------------|---|
| Alta         |  |
| Media        |  |
| Baja         |  |

| Conclusiones   | Recomendaciones  | Actores clave   | Tiempo  | Factibilidad  |
|--|--|---|---|---|
| <b>Prestación de servicios</b>   |  |   |   |   |
| <b>Las brechas urbano-rurales son evidentes en acceso y oportunidad de los servicios.</b>  | Desarrollar estrategias tales como conformación de equipos extramurales, fomento a la atención primaria en salud, para favorecer comunidades ubicadas en zonas dispersas o que cuentan con bajo número de instituciones prestadoras de servicios de salud. | Direcciones Territoriales de Salud<br>Ministerio de Salud y Protección Social                                     |    |    |
|  | Mediante alianzas con el sector privado que favorezcan el fortalecimiento técnico y financiero de las IPS, robustecer la red pública para que su gestión complementaria genere resultados de salud e intervenciones centradas en el paciente.              | Direcciones Territoriales de Salud<br>Ministerio de Salud y Protección Social                                     |    |    |
|  | En zonas dispersas implementar un estándar diferenciado de calidad que promueva la atención integral de pacientes y la resolutivez de las acciones sin afectar la calidad y seguridad de los servicios.  | Ministerio de Salud y Protección Social   |   |   |
| <b>Talento Humano en salud</b>   |  |   |   |   |
| Los trabajadores de la salud en Colombia se concentran en las ramas de atención hospitalaria y áreas urbanas. Esto genera una barrera para el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales y concentración de atenciones en áreas curativas. Lo anterior genera deficiencias asociadas a la disponibilidad de personal en áreas rurales y realizaciones de acciones de promoción y prevención. | Aumentar la disponibilidad de trabajadores en las zonas rurales por medio de incentivos en formación, enfocado en aquellas personas que se tuvieron que trasladar de sus lugares de origen para estudiar, y que quieren regresar.                          | Ministerio de Salud y Protección Social   |  |  |
|  | Implementar programas de estudio ocupacional dirigidos a modernizar el rol de las diferentes disciplinas y perfiles en salud para mejorar la calidad de la atención en salud.  | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Academia<br>Sociedades Científicas<br>Ministerio de Educación Nacional |  |  |

| Conclusiones   | Recomendaciones  | Actores clave                           | Tiempo  | Factibilidad  |
|--|--|---|---|---|
| <b>Tecnologías en salud</b>  |  |   |   |   |
| En cuanto a la regulación de precios, la metodología actual de cálculo no considera algunas consecuencias tales como el retiro de productos del mercado, desabastecimiento local, entre otros. | Ajustar la metodología de regulación de precios de medicamentos a un proceso que considere el impacto de la medida para el tratamiento en algunas enfermedades.  | Ministerio de Salud y Protección Social |    |    |
| <b>Gobernanza y financiamiento</b>   |  |   |   |   |
| Las capacidades generales del sistema no están distribuidas equitativamente en el territorio nacional en cuanto a presupuesto, financiamiento y capacidad operativa.                           | El MSPS ha avanzado en la determinación del ajuste de riesgo por condiciones en salud para el cálculo presupuestal. Este es un esfuerzo en el que se debe seguir profundizando, pues el sistema debe reflejar las asimetrías de riesgos en aseguramiento en las regiones del país. | Ministerio de Salud y Protección Social |    |    |
| <b>Sistemas de información</b>   |  |   |   |   |
| Los sistemas de información no están siendo utilizados en todo su potencial para mejorar la atención y la salud de la población colombiana.  | Cambiar el propósito descriptivo de la información al predictivo, donde los datos generen predicciones útiles para los agentes del sistema. Esto debe ir de la mano con la política de datos abiertos para facilitar la transparencia de la información y la rendición de cuentas. | Ministerio de Salud y Protección Social |  |  |

Para garantizar el éxito de la iniciativa de optimización de recursos se idearon tres estrategias complementarias:

- i) Transferencia de conocimiento al Gobierno Nacional (DNP y MSPS) que incluyó reflexiones sobre resultados y recomendaciones, contextualización y discusión de escenarios acorde a la coyuntura del sector.
- ii) Se promovió la GET de USAID como una herramienta analítica práctica que amplía el acervo de instrumentos de diagnóstico con los que cuenta el MSPS.
- iii) En el marco de la implementación de recomendaciones el MSPS ha realizado procesos de reflexión y preparación estratégica que les han permitido definir las acciones con mayor impacto para mejorar el uso de recursos en el sector, la superación de ineficiencias y la búsqueda de aliados para el logro de objetivos en la cooperación internacional, así como en el ámbito nacional.

La segunda fase de esta iniciativa comprende la elaboración de una hoja de ruta de implementación de recomendaciones; esta hoja de ruta es un plan operativo detallado de cómo el Gobierno Nacional puede organizar un conjunto de acciones que permiten la implementación de las recomendaciones derivadas de la aplicación del GET en Colombia donde participarán entidades del gobierno nacional con el acompañamiento de Comunidades Saludables.

## INTRODUCCIÓN

Con la adopción del ETPV, el Gobierno Colombiano aceleró el proceso de identificación y regularización de aproximadamente 1,8 millones de personas migrantes venezolanas con el objetivo de avanzar en la integración económica y social de esta población. El acceso al aseguramiento en salud y el financiamiento de los servicios de salud para migrantes son desafíos que deben abordarse para garantizar que esta integración sea efectiva y sostenible. Fortalecer el financiamiento del sistema de salud es clave para brindar a la población migrante el acceso efectivo a los servicios de salud. Según estimaciones del Programa Comunidades Saludables de USAID, cubrir aproximadamente 1,8 millones de migrantes a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) costaría casi 1,4 billones de pesos (US\$ 350 millones aproximadamente) al año, alrededor del 5,7% del gasto anual en régimen subsidiado en salud<sup>1</sup>.

Por su parte, en el ámbito local la eficiencia en el uso de recursos ha recibido especial atención como una estrategia de fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Las bases del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 *Colombia potencia mundial de la vida*, incluyen en el componente de salud la estrategia de sostenibilidad de los recursos en salud para la eficiencia, eficacia y la transparencia, donde se enmarcan medidas para mejorar la disponibilidad y calidad de los sistemas de información así como el fortalecimiento de la gobernanza del sistema.

Por otra parte, se estima que entre el 20% y el 40% de los recursos utilizados por los sistemas de salud en el mundo se aplican de manera ineficiente (Chisholm & Evans, 2010). En este sentido al observar los problemas que enfrentan los Ministerios de Salud de los países de ingresos medios y bajos, el proyecto de Health Finance and Governance (HFG) financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), desarrolló una herramienta que permite analizar los sistemas de salud e identificar sus principales ineficiencias. Derivado del análisis, las ineficiencias se agruparon en torno a cuatro dimensiones: prestación de servicios, talento humano en salud, productos farmacéuticos<sup>2</sup>, y financiamiento y gobernanza. Cada una de las dimensiones de la GET se compone de módulos de ineficiencias que permiten identificar de forma más precisa los problemas que existen y con ello desarrollar un diagnóstico completo del sistema, con algunas recomendaciones en aquellas áreas de ineficiencia que tengan mayor potencial de priorización. A partir de esto nace la Guía de Eficiencia Técnica (GET). Se destaca que la GET, en vez de enfocarse en una asignación de recursos eficiente con base en las preferencias de la población, se centra en mejorar los resultados en salud por medio de la eficiencia técnica, la cual busca mejores resultados utilizando el menor número de insumos, con el costo más bajo durante el proceso.

Teniendo en cuenta este contexto, Comunidades Saludables propuso la adaptación de la GET para Colombia en articulación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). La iniciativa de adaptar y aplicar la GET en Colombia surgió del apoyo al Gobierno Nacional en torno a la necesidad de buscar recursos y mecanismos que promuevan un financiamiento sostenible de las atenciones a población migrante, así como optimizar el uso de los recursos ya disponibles. Este proceso se ha diseñado en dos fases: una primera fase, que se presenta en este documento, comprende el proceso de

---

<sup>1</sup> Información a partir de Toro, Barliza, y Ortiz 2021, adelantado en año 1 del Programa Comunidades Saludables donde se realizó el cálculo de las necesidades de financiación para la cobertura en salud de la población migrante venezolana

<sup>2</sup> Esta terminología fue denominada Tecnologías en Salud para el caso colombiano.

adaptación e implementación de la GET al caso colombiano; de este proceso se desprende un conjunto de recomendaciones orientadoras que constituyen consensos alrededor de acciones generales que se deben adoptar para mejorar la eficiencia en el uso de recursos del sector; y la segunda fase comprende una hoja de ruta de implementación de recomendaciones; esta hoja de ruta es un plan operativo detallado de cómo el Gobierno Nacional puede organizar un conjunto de acciones que permiten la implementación de las recomendaciones derivadas de la aplicación del GET en Colombia.

El presente informe se divide en cinco secciones: la primera es esta introducción, la segunda sección presenta la metodología que se siguió para adaptar y aplicar la GET al caso colombiano. La tercera sección presenta el análisis desarrollado en cada una de las mesas técnicas por dimensión de la GET, las conclusiones y las recomendaciones derivadas; la sección cuarta contiene aspectos relacionados con la sostenibilidad de la intervención. Por último, se presentan referencias bibliográficas. Mas información y análisis detallada está disponible en Anexo A. Mesas técnicas de discusión y aplicación de la metodología GET de USAID y actores participantes, y Anexo B. Módulos de ineficiencias en la Guía de Eficiencia Técnica de USAID y su adaptación al contexto colombiano.

## **METODOLOGÍA**

Para la adaptación al caso colombiano, se seleccionó, a través del socio para esta iniciativa, Centro de Estudios de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF), un experto técnico por dimensión de la GET. Con la coordinación de Comunidades Saludables y el diseño metodológico de ANIF se generaron mesas técnicas por parte del MSPS (ver Anexo A), con los objetivos de: i) incentivar discusiones que permitieran caracterizar las ineficiencias propuestas por la Guía e involucrar a los actores del SGSSS<sup>3</sup> que están relacionados con cada tema, ii) proponer recomendaciones frente a las ineficiencias y iii) hacer un ordenamiento sobre los resultados de la discusión, esto es, una priorización de las ineficiencias de acuerdo al efecto negativo que genera sobre el desempeño del sistema de salud. Lo anterior con el propósito de identificar las ineficiencias más relevantes de cada dimensión y consolidar conclusiones y recomendaciones de cada mesa, así como la priorización de ineficiencias, previo a la socialización con el Gobierno Nacional.

La metodología de las mesas técnicas incluía la siguiente agenda: i) revisar las ineficiencias que propone la guía adaptada a Colombia incluyendo la información disponible y un contexto general a cargo del experto, ii) discutir el estado de la ineficiencia con los actores, iii) ver avances y retos y iv) discutir recomendaciones para superar la ineficiencia. En los casos donde no hubo información disponible en los indicadores, se discutió en torno a la ineficiencia a partir de las experiencias y percepciones de los asistentes.

El proceso de priorización final se hizo con base en las discusiones dadas durante cada mesa y se materializó por medio de una votación en cuatro dimensiones: i) la viabilidad financiera de solucionar la ineficiencia, ii) viabilidad política, (iii) viabilidad operativa y (iv) cuán limitante es la ineficiencia, esto es, qué tanto impacto tendrá resolver la ineficiencia planteada para mejorar el uso de recursos de la dimensión analizada. Para cada uno de estos criterios, se les pidió a los

---

<sup>3</sup> Gobierno Nacional, entidades territoriales, academia, instituciones prestadoras de servicios de salud, aseguradores, sector farmacéutico, asociaciones científicas, entre otros

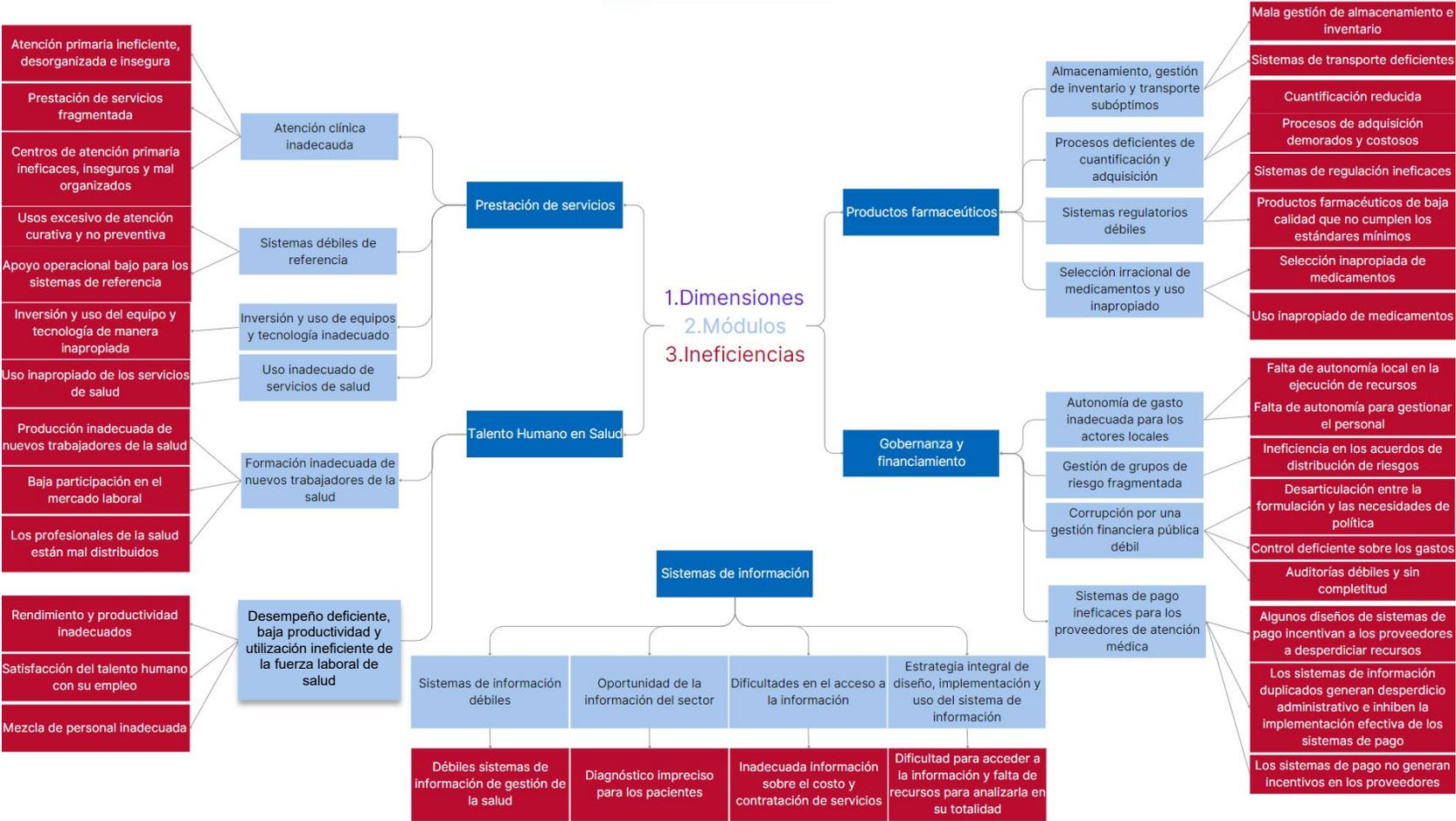
participantes que puntuaran de mayor a menor importancia, de 1 a 4, donde 1 significaba la ineficiencia con menor relevancia y la 4 la de mayor relevancia, dada su condición limitante. En particular, se usó el “Conteo de Borda”, donde al final de la votación, se suma el puntaje por cada votante en cada ineficiencia y aquella con el puntaje más alto es la priorizada. Para resumir, a medida que el puntaje total es más bajo, la ineficiencia estará más abajo en el ordenamiento. Esta priorización de ineficiencias se recogió en un documento por cada dimensión donde se resumen los puntos más importantes de discusiones de cada mesa técnica y el resultado del ejercicio de priorización.

En el Anexo B, se puede observar el detalle de cada una de las dimensiones de análisis que propone la GET, así como el conjunto de ineficiencias con su correspondiente explicación para cada dimensión propuesta.

## **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE INEFICIENCIAS EN EL SGSSS COLOMBIANO**

La Figura 1 presenta de manera esquemática las cuatro dimensiones de análisis de la GET de USAID, y una quinta dimensión de "sistemas de información" que surge de la adaptación de la metodología para el caso colombiano, así como sus respectivos módulos los cuales agrupan un conjunto de ineficiencias. La adaptación de la GET al caso colombiano consideró la importancia de incluir Sistemas de Información como una dimensión separada de todos los demás, debido a dos consideraciones: i) se reconoce que las dimensiones, los módulos y las ineficiencias están interconectados, y ii) la principal interconexión que se encontró está asociada a los sistemas de información, por la que esta puede ser considerada una dimensión transversal a todas las demás.

**Figura 1. Dimensiones, módulos e ineficiencias en la Guía de Eficiencia Técnica de USAID**



Teniendo claro el ejercicio de priorización por las dimensiones, módulos e ineficiencias que propone la GET, a continuación, se resumen las principales discusiones alcanzadas en cada una de las mesas técnicas, las conclusiones y las recomendaciones derivadas del análisis que permitirán optimizar los recursos del SGSSS en cada una de las cinco dimensiones analizadas. La estructura de la sección es la siguiente: se presenta la dimensión propuesta por la GET, una discusión de la situación en Colombia que proviene de una revisión de literatura hecha por cada experto, la relatoría de la discusión de cada mesa e información de indicadores cuando fue posible incluirla; por último, se presentan conclusiones y recomendaciones, estas últimas incluyen un ejercicio de semaforización realizado por cada experto en cuanto a la factibilidad y el tiempo requerido para llevar a cabo la recomendación. Para todas las dimensiones se realizaron el análisis de factibilidad y tiempo siguiendo el siguiente esquema:

**Figura 2. Esquema del análisis de factibilidad y tiempo**

| Tiempo                           |   | Factibilidad |   |
|----------------------------------|---|--------------|---|
| Corto plazo (1 a 2 años)         |  | Alta         |  |
| Mediano plazo (entre 2 y 5 años) |  | Media        |  |
| Largo plazo (más de 5 años)      |  | Baja         |  |

## PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La GET agrupa las ineficiencias de esta dimensión en cuatro módulos, que se resumen para el caso colombiano de la siguiente manera:

- i) **Atención médica inadecuada:** La atención médica inadecuada cuenta con tres ineficiencias relacionadas con la atención primaria ineficaz, desorganizada e insegura, la prestación fragmentada de los servicios de salud y, por último, centros de atención primaria ineficaces, inseguros y mal organizados.

Colombia: Como resultado de la discusión en las mesas surgieron las siguientes conclusiones. El modelo de prestación de servicios no se adapta a las condiciones de cada territorio (epidemiológicas, geográficas, culturales) con el objetivo de alcanzar de manera efectiva a los diferentes grupos poblacionales.

Los servicios de salud inadecuados son principalmente resultado de un número limitado de talento humano capacitado y de equipos y productos básicos, la falta de acceso a Guías de Práctica Clínica actualizadas y sistemas de garantía de calidad débiles o inexistentes. Esto conduce a que esté directamente relacionada con los tiempos de espera por parte de los pacientes con la institución prestadora de servicios de salud, bien sea para recibir atención o algún tipo de resultado.

Así mismo, se observa también deficiencias en la integralidad de las atenciones, lo que implica que los pacientes deben visitar más de una institución para encontrar una solución efectiva a sus problemas de salud.

- ii) **Sistemas débiles de referencia:** La Guía contempla en este caso dos ineficiencias, el uso excesivo de atención curativa y no preventiva y un débil apoyo operacional en los sistemas de remisión, esto último relacionado con la conformación de las redes de prestación de servicios de salud.

Colombia: Producto de las discusiones dadas en la mesa se alcanzaron las siguientes conclusiones. En primer lugar, hay dificultades por información incompleta, inexacta o retrasada que no permiten una evaluación adecuada de los resultados en salud ni en la toma de decisiones frente al paciente. La calidad de los datos también impide la implementación de intervenciones que pudieran resolver algún tipo de ineficiencias, desde el mal registro del paciente hasta dificultades para el reporte de los laboratorios en los exámenes. De igual forma, el seguimiento y referenciación es ineficiente y costoso para algunos sectores de la población a razón a los tiempos de espera que a su vez promueven prácticas como la automedicación.

- iii) **Inversión y uso inadecuado de equipo y tecnología:** Este módulo se centra en las ineficiencias generadas por el mantenimiento, compra y utilización de equipos y tecnología en salud que no responde a las necesidades de la población.

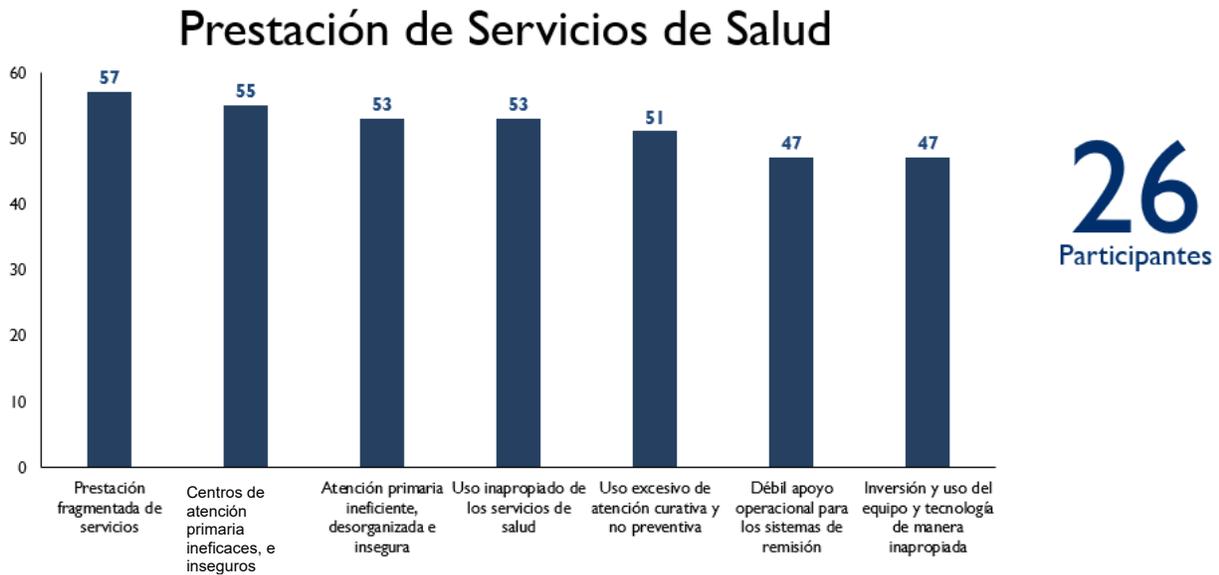
Colombia: Producto de las discusiones de la mesa se alcanzaron las siguientes conclusiones. La inversión en tecnología y equipos no está articulada entre los diferentes niveles de atención ni el marco de redes integrales de prestación de servicios, por lo que estas inversiones no se están traduciendo en elementos dinamizadores de la calidad de las prestaciones (mejores diagnósticos) ni están alineados con las necesidades en salud de la población.

- iv) **Uso inadecuado de servicios de salud:** Esta ineficiencia hace referencia a que los usuarios desconocen el sistema, no se apoyan adecuadamente en él, no buscan la ayuda necesaria en los momentos que se requiere sin atender la alerta que da el cuerpo, sumado a una baja adherencia a los tratamientos médicos.

Colombia: En el marco de las discusiones en la mesa se consideró que para el país, otros factores que influyen en esta ineficiencia son la baja cobertura en zonas dispersas, normas socioculturales, barreras de tipo económico y limitaciones del lado de la oferta para buscar una atención adecuada, lo cual concuerda con los estudios realizados por Abadia et al., 2009 y García-Subirats, 2014.

Según el resultado del ejercicio de priorización realizado en la mesa técnica de Prestación de Servicios, la ineficiencia que recibió mayor atención fue *Prestación fragmentada de servicios*, seguida de *Débiles sistemas de información para la gestión en salud* y *Atención primaria ineficiente, desorganizada e insegura*.

**Figura 3. Resultados de la priorización de ineficiencias para la dimensión de Prestación de Servicios**



En este orden de ideas se presentan a continuación las principales conclusiones, recomendaciones y actores involucrados en la solución de las ineficiencias.

**Tabla 2. Conclusiones, recomendaciones, actores clave, tiempo y factibilidad de la dimensión Prestación de Servicios**

| Conclusiones  | Recomendaciones   | Actores clave   | Tiempo | Factibilidad |
|---|---|---|--------|--------------|
| Las brechas urbano-rurales son evidentes en acceso y oportunidad de los servicios.  | Desarrollar estrategias tales como conformación de equipos extramurales, fomento a la atención primaria en salud (APS), para favorecer comunidades ubicadas en zonas dispersas o que cuentan con bajo número de instituciones prestadoras de servicios de salud.  | Direcciones Territoriales de Salud<br>Ministerio de Salud y Protección Social | ▲      | ●            |
|   | Mediante alianzas con el sector privado que favorezcan el fortalecimiento técnico y financiero de las IPS, robustecer la red pública para que su gestión complementaria genere resultados de salud e intervenciones centradas en el paciente.   | Direcciones Territoriales de Salud<br>Ministerio de Salud y Protección Social | ▲      | ●            |
|   | En zonas dispersas implementar un estándar diferenciado de calidad que promueva la atención integral de pacientes y la resolutivez de las acciones sin afectar la calidad y seguridad de los servicios.   | Ministerio de Salud y Protección Social                                       | ▲      | ●            |
| Los sistemas de información tienen información incompleta, inexacta o retrasada que entorpecen una evaluación adecuada de los resultados en salud y en la toma de | Promover la realización de caracterizaciones epidemiológicas a nivel territorial, con participaciones comunitaria que sirva como insumo para la definición de estrategias que convoquen la participación de los hospitales públicos y privados, la EPS desde el componente de atención individual y las DTS | Direcciones Territoriales de Salud<br>Ministerio de Salud y Protección Social | ▲      | ●            |

| Conclusiones  | Recomendaciones   | Actores clave   | Tiempo  | Factibilidad  |
|---|---|---|---|---|
| decisiones frente al paciente   | en lo referente a las acciones colectivas de salud pública.   | Empresas Promotoras de Salud  |   |   |
| El sistema de salud colombiano tiene un énfasis en las atenciones curativas sobre las acciones de promoción y prevención. | Fortalecer la resolutiveidad de los primeros niveles de atención en el marco de la estrategia de APS mediante la promoción de ajustes y discusiones alrededor de la pertinencia y calidad de los contenidos y la formación del talento humano en salud, así como el énfasis en los aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Academia<br>Sociedades Científicas<br>Ministerio de Educación Nacional |  |  |

## TALENTO HUMANO

La GET agrupa las ineficiencias de esta dimensión en dos módulos, que se resumen para el caso colombiano de la siguiente manera:

- i) **Formación inadecuada de nuevos trabajadores de la salud:** Este módulo incluye tres ineficiencias para analizar. En primer lugar, la pertinencia y la calidad de la formación que tienen los profesionales de la salud; en segundo lugar, la baja participación en el mercado de trabajo, relacionada con la escasez relativa de trabajadores de la salud. Por último, profesionales de la salud mal distribuidos que hace referencia a la concentración geográfica de los trabajadores del sector salud.

Colombia: El análisis de información y la discusión en las mesas técnicas sugieren la necesidad de plantear una estrategia que incentive un mayor interés y selección de programas de salud por parte de los graduados de educación media. Así mismo, se observa desbalance en el número de profesionales por área de conocimiento en el país lo cual tiene efectos sobre la multidisciplinariedad de los equipos de profesionales requeridos por el sistema de salud. En términos de las ineficiencias asociadas con Profesionales mal distribuidos se evidencia una concentración del talento humano en las grandes ciudades.

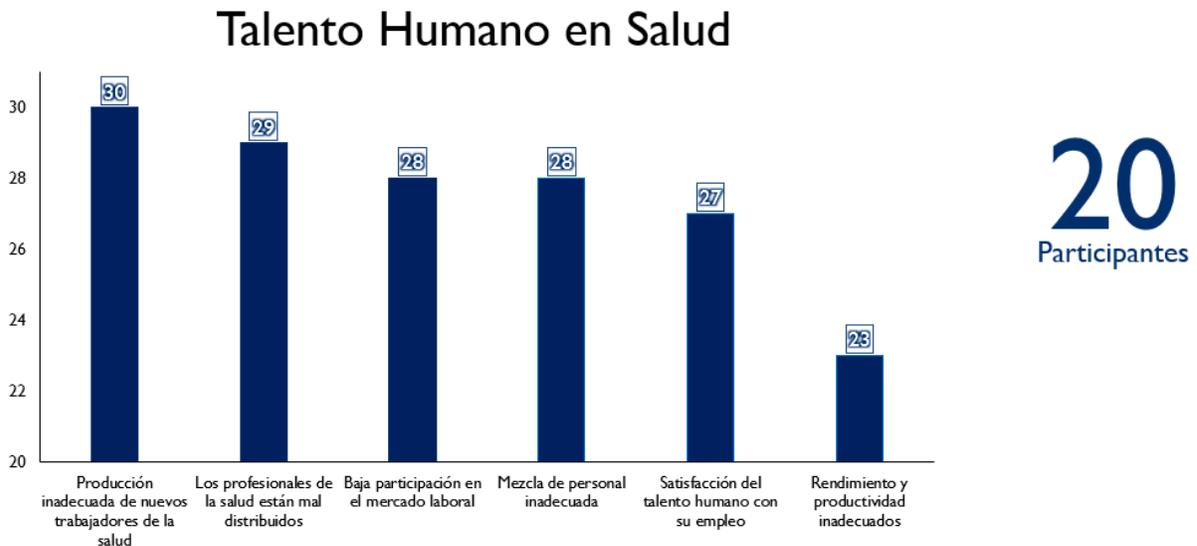
- ii) **Desempeño deficiente, baja productividad y utilización ineficiente de la fuerza laboral de salud:** Este módulo presenta tres ineficiencias. En primer lugar, rendimiento y productividad inadecuados que se relaciona con la producción de servicios de salud por parte de los profesionales y se ve influenciado por factores como la formación del profesional, entrenamiento deficiente, desmotivación y riesgos de seguridad que pueden ocasionar ausentismo laboral.

Colombia: El análisis de información y la discusión en la mesa técnica genera el siguiente diagnóstico. Sólo alrededor de la mitad del total de graduados en un año entra a un programa de un nivel superior al año siguiente, lo cual sugiere un cuello de botella para muchos profesionales para continuar procesos formativos y de desarrollo profesional; en países como Colombia esto representa una ineficiencia dado el déficit de especialistas en el país. Por otro lado, la satisfacción con el trabajo actual por parte de los trabajadores de la salud, en todos los casos, es más alta que

la satisfacción de los trabajadores de las demás áreas. Sin embargo, la percepción del empleo estable de los trabajadores de la salud es más negativa en todos los niveles educativos, con excepción de los trabajadores técnicos o tecnológicos.

Según el resultado del ejercicio de priorización realizado en la mesa técnica de Talento Humano en Salud, la ineficiencia que recibió mayor atención fue *Producción inadecuada de nuevos trabajadores de la salud*, seguida de *Mala distribución de los profesionales de la salud* y en tercer lugar, *Baja participación en el mercado laboral*.

**Figura 4. Resultados de la priorización de ineficiencias para la dimensión de Talento Humano en Salud**



En esta segunda dimensión, se identificaron las siguientes conclusiones y recomendaciones:

**Tabla 3. Conclusiones, recomendaciones, actores clave, tiempo y factibilidad de la dimensión Talento Humano en Salud**

| Conclusiones  | Recomendaciones   | Actores clave   | Tiempo | Factibilidad |
|---|---|---|--------|--------------|
| Los trabajadores de la salud en Colombia se concentran en las ramas de atención hospitalaria y áreas urbanas. Esto genera una barrera para el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales y concentración de atenciones en áreas curativas. Lo anterior genera deficiencias asociadas a la disponibilidad de personal en áreas rurales y realizaciones de acciones | Aumentar la disponibilidad de trabajadores en las zonas rurales por medio de incentivos en formación, enfocado en aquellas personas que se tuvieron que trasladar de sus lugares de origen para estudiar, y que quieren regresar. | Ministerio de Salud y Protección Social                                       | ▲      | ●            |
|   | Implementar programas de estudio ocupacional dirigidos a modernizar el rol de las diferentes disciplinas y perfiles en salud para mejorar la calidad de la atención en salud.   | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Academia<br>Sociedades Científicas | ▲      | ●            |

| Conclusiones   | Recomendaciones  | Actores clave   | Tiempo  | Factibilidad  |
|--|--|---|---|---|
| de promoción y prevención.   |  | Ministerio de Educación Nacional  |   |   |
| Hay un escaso crecimiento de egresados técnicos, tecnológicos, profesionales y médicos especialistas en programas de salud en comparación con otras áreas de estudio. Lo anterior se asocia escasez de personal médico para garantizar el acceso a servicios de salud de la población. | Construir estrategias mixtas para promover procesos de formación y con ello incrementar el número de profesionales de la salud y médicos especialistas. Debe desarrollarse simultáneamente con un aumento en las tasas de aceptación de las instituciones educativas.  | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Academia<br>Sociedades Científicas<br>Ministerio de Educación Nacional |    |    |
| El personal de salud está satisfecho con su trabajo, pero no con sus contratos ni condiciones de trabajo. Esta ineficiencia está asociada al desempeño de los profesionales médicos y la calidad de las atenciones en salud.   | Se recomienda construir estrategias mixtas de programas de fomento a la educación postsecundaria dirigidas a incentivar la formación de salud de jóvenes en zonas con baja disponibilidad de talento humano y el liderazgo en el diseño e implementación de estrategias de orientación ocupacional para difundir la pertinencia y características de las profesiones en áreas de la salud, para ello el sector educativo puede ser un socio clave. | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Academia<br>Sociedades Científicas<br>Ministerio de Educación Nacional |  |  |
|  | Promover la estabilidad laboral y desarrollo continuo profesional como instrumento para mejorar la satisfacción del talento humano en salud.   | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Ministerio de Trabajo<br>Ministerio de Educación Nacional              |  |  |

## TECNOLOGÍAS EN SALUD

La GET agrupa las ineficiencias de esta dimensión en cuatro módulos, que se resumen para el caso colombiano de la siguiente manera:

- i) **Almacenamiento, gestión de inventario y transporte subóptimos:** Este módulo incluye dos ineficiencias en la GET. Primero, una ineficiencia está relacionada con una

mala gestión de almacenamiento e inventario, debido que al tener infraestructura deficiente y no contar con un mantenimiento de los espacios de almacenamiento puede traducirse en daños físicos, contaminación, degradación o vencimiento, y crear oportunidades para la desviación de inventarios, contribuyendo al desabastecimiento; la segunda, sistemas de transporte deficientes está asociada a costos de transporte elevados, retrasos en la entrega, y pérdida de productos, aumentando el riesgo de desabastecimiento y de costos adicionales para el sistema de salud.

Colombia: En el marco de las discusiones de la mesa técnica se encontró que el reporte utilizado actualmente para alertar el desabastecimiento de medicamentos no cuenta con un sistema tecnológico o en línea que sea trazable o interoperable. Por lo tanto, no es posible consultar a los actores información clave para prevenir y mitigar las consecuencias derivadas de la escasez o desabastecimiento de medicamentos.

- ii) **Procesos deficientes de cuantificación y adquisición:** Este módulo incluye dos ineficiencias. En primer lugar, cuantificación reducida que hace referencia a los procesos de planeación de la oferta y la demanda de productos farmacéuticos, debido a que las estimaciones inexactas conducen a una sobreestimación o a subestimación de la demanda futura de medicamentos, y a la adquisición de un inventario excesivo (produciendo vencimientos y desperdicio de medicamentos) o insuficiente (ocasionando desabastecimiento de medicamentos), y en segundo lugar, procesos de adquisición demorados y costosos.

Colombia: En el marco de la mesa técnica se encontró que la compra centralizada de medicamentos no es un proceso sistemático en donde se realice un análisis periódico de datos respecto de los costos de tratamiento para distintas enfermedades. Por otro lado, la regulación de precios de medicamentos no es una medida precisa para que mejore la racionalización del uso y el control de gasto. La metodología actual de cálculo no considera el retiro de productos del mercado, desabastecimiento local, entre otros. Lo anterior genera problemas de disponibilidad y oportunidad para los pacientes.

- iii) **Sistemas regulatorios ineficaces:** Este módulo de la GET incluye dos ineficiencias. En primer lugar, sistemas de regulación ineficaces que hace referencia a debilidades en las responsabilidades de licenciamiento de establecimientos, prácticas médicas y personas, registro y evaluación de tecnologías en salud, calidad de los medicamentos, farmacovigilancia, entre otras. La segunda ineficiencia se refiere a la circulación de productos farmacéuticos de baja calidad que no cumplen con los estándares mínimos.

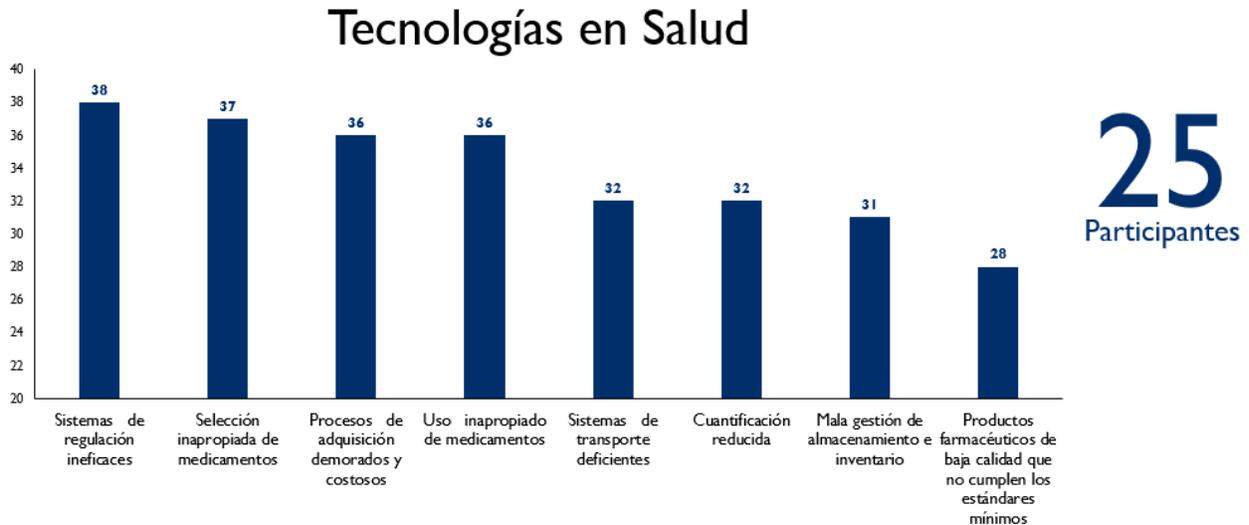
Colombia: En el marco de la mesa técnica se concluye que existe falta de articulación entre las instituciones que hacen parte de la autoridad sanitaria agravada por el exceso de regulación y falta de entendimiento por parte de los regulados lo cual genera ineficiencias asociadas a la disponibilidad y acceso a tecnologías en salud. Actualmente existe un marco normativo que, por oportunidad en el trámite, disponibilidad de la información, entre otros, desincentiva el ingreso al mercado de distintos productos.

- iv) **Selección irracional de medicamentos y uso inapropiado:** Este módulo incluye dos ineficiencias. En primer lugar, selección inapropiada de medicamentos que hace referencia al desarrollo, actualización, publicación y adopción de un conjunto estándar de prescripciones de salud enmarcadas en Guías de Práctica Clínica, así como el listado de medicamentos esenciales. En segundo lugar, la GET incluye una ineficiencia asociada al uso inapropiado de medicamentos haciendo referencia al mal uso de medicamentos, así como la concentración en tecnologías costosas cuando no es requerido.

**Colombia:** El país cuenta con una amplia gama de posibilidades de selección de medicamentos a los que todos los habitantes del territorio nacional tienen derecho. Sin embargo, la información sobre atributos como efectividad y eficacia de las tecnologías no se recoge en los indicadores asociados a la cadena de suministro de medicamentos, por lo que no es posible evaluar la agregación de valor.

Según el resultado del ejercicio de priorización realizado en la mesa técnica de Tecnologías en Salud, la ineficiencia priorizada fue *Sistemas de regulación ineficaces*, seguida de *selección inapropiada de medicamentos*, y en tercer lugar, *Procesos de adquisición demorados y costos*.

**Figura 5. Resultados de la priorización de ineficiencias para la dimensión de Tecnologías en Salud**



En esta tercera dimensión, se identificaron las siguientes conclusiones y recomendaciones:

**Tabla 4. Conclusiones, recomendaciones, actores clave, tiempo y factibilidad de la dimensión Tecnologías en Salud**

| Conclusiones   | Recomendaciones   | Actores clave                                       | Tiempo | Factibilidad |
|--|---|---|--------|--------------|
| El reporte actual para alertar el desabastecimiento de medicamentos no cuenta con una herramienta tecnológica o sistema de información en línea, trazable e interoperable, en donde se recopilen las variables necesarias para el análisis de casos. | Implementar una unidad de análisis de información que convoque diferentes disciplinas, para el desarrollo de modelos de analítica de datos, para buscar patrones predictivos o alertas tempranas con la información reportada.  | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Academia | ▲      | ●            |
|  | Incluir en la gestión de abastecimiento, monitoreo y alertas tempranas de medicamentos un reporte o sistema de información, trazable, interoperable y en línea, en donde se definan las variables relevantes para el análisis de casos, que permita la trazabilidad desde el momento del reporte hasta el cierre de la gestión. | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Invima   | ▲      | ●            |

| Conclusiones  | Recomendaciones   | Actores clave   | Tiempo  | Factibilidad  |
|---|---|---|---|---|
| La información asociada a productos farmacéuticos que abarca toda la cadena de valor no se encuentra centralizada. Las variables de reporte actual no recopilan la información necesaria para determinar los indicadores que medirían el proceso.   | Centralizar la información asociada a productos farmacéuticos en un único reporte con variables que abarquen toda la cadena de comercialización y que consoliden los datos de los diferentes canales comerciales. | Ministerio de Salud y Protección Social   |    |    |
| El suministro de medicamentos durante la pandemia demostró que los actores del sistema pueden lograr una adecuada articulación para garantizar el proceso. Existen barreras normativas y operacionales en la entrega de medicamentos que requieren ser más flexibles para hacer los procesos expeditos. | Replicar el modelo de entregas domiciliarias de medicamentos que se utilizó durante la gestión de la pandemia por COVID-19.   | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Empresas Promotoras de Salud<br>Instituciones Prestadoras de Salud |    |    |
|   | Implementar los sistemas móviles de dispensación de medicamentos de forma progresiva en todo el territorio.   | Ministerio de Salud y Protección Social<br>Empresas Promotoras de Salud<br>Instituciones Prestadoras de Salud |  |  |
| La compra centralizada de medicamentos no es un proceso sistemático.  | Aplicar el modelo y la experiencia de compra centralizada de medicamentos para Hepatitis C, con las mejoras que requiera, en la adquisición de tratamientos para el manejo de las enfermedades huérfanas.         | Ministerio de Salud y Protección Social   |  |  |
| En cuanto a la regulación de precios, la metodología actual de cálculo no considera algunas consecuencias tales como el retiro de productos del mercado, desabastecimiento local, entre otros.  | Ajustar la metodología de regulación de precios de medicamentos a un proceso que considere el impacto de la medida para el tratamiento en algunas enfermedades.   | Ministerio de Salud y Protección Social   |  |  |

## FINANCIAMIENTO Y GOBERNANZA

La GET agrupa las ineficiencias de esta dimensión en cuatro módulos, que se resumen para el caso colombiano de la siguiente manera:

- i) **Autonomía de gasto inadecuada para los actores locales:** Este módulo incluye dos ineficiencias. En primer lugar, falta de autonomía local para la ejecución de los recursos, lo que no le permite a las autoridades locales ajustar las políticas públicas para satisfacer las demandas de la población en su territorio. En segundo lugar, se considera la falta de autonomía para gestionar el personal, haciendo referencia a modelos de descentralización desarmonizados que privilegian el control, monitoreo y seguimiento de políticas en el nivel central en detrimento de la participación de los gobiernos locales.

Colombia: En el marco de las discusiones de la mesa técnica se identificó como la principal limitante a la autonomía regional, la dependencia territorial de los recursos por transferencia por parte del presupuesto general de la nación, es decir, la debilidad de las finanzas territoriales para generar recursos propios, más allá de los provenientes del nivel central.

- ii) **Gestión de grupos de riesgo fragmentada:** Este módulo incluye una ineficiencia asociada a los acuerdos de distribución de riesgo en el sistema de salud.

Colombia: En el marco de las discusiones de la mesa hubo consenso en la siguiente idea. En el país cada EPS administra un pool de riesgo diferente que depende de la población a cargo, la distribución geográfica y etaria. La gestión de riesgo en salud es una tarea compleja para la cual se debe seguir fortaleciendo la capacidad de las EPS y del estado para regular y garantizar tanto el balance financiero de los administradores y prestados, así como la mejoría de las condiciones de salud de la población.

De esta forma, resulta ineficiente no reconocer la gestión de grupos de riesgo en la forma en que se distribuyen los recursos del SGSSS, haciendo que dependiendo del pool de riesgo de cada asegurador haya pérdidas o ganancias en exceso.

- iii) **Falta de transparencia por una gestión financiera pública débil:** Este módulo denominado en la Guía como Corrupción por una gestión financiera débil, en el marco de la discusión de la mesa técnica, considero cambiar la palabra corrupción para tener una connotación más general de los riesgos de transparencia del sistema de salud. Aquí se incluyen tres ineficiencias: en primer lugar, desarticulación entre la formulación y las necesidades de política. En segundo lugar, un control deficiente de los gastos; por último, auditorías débiles y sin completitud.

Colombia: La mesa técnica desarrollada destacó la incapacidad de materializar la formulación de la política en la realidad sectorial, esto es, reducir la falta de transparencia en las relaciones contractuales entre los actores del sector. Para ejemplificar esta dificultad el experto mencionó las diferencias en la conciliación de cuentas entre prestadores y pagadores, donde los valores ciertos de las obligaciones terminan siendo de alguna manera inciertos. Así mismo se evidencia un control deficiente de los gastos y el mantenimiento de auditorías débiles en el proceso de verificación de la ejecución de los gastos en salud. Así mismo, se presentan rezagos de la información y deficiencias para el manejo de datos.

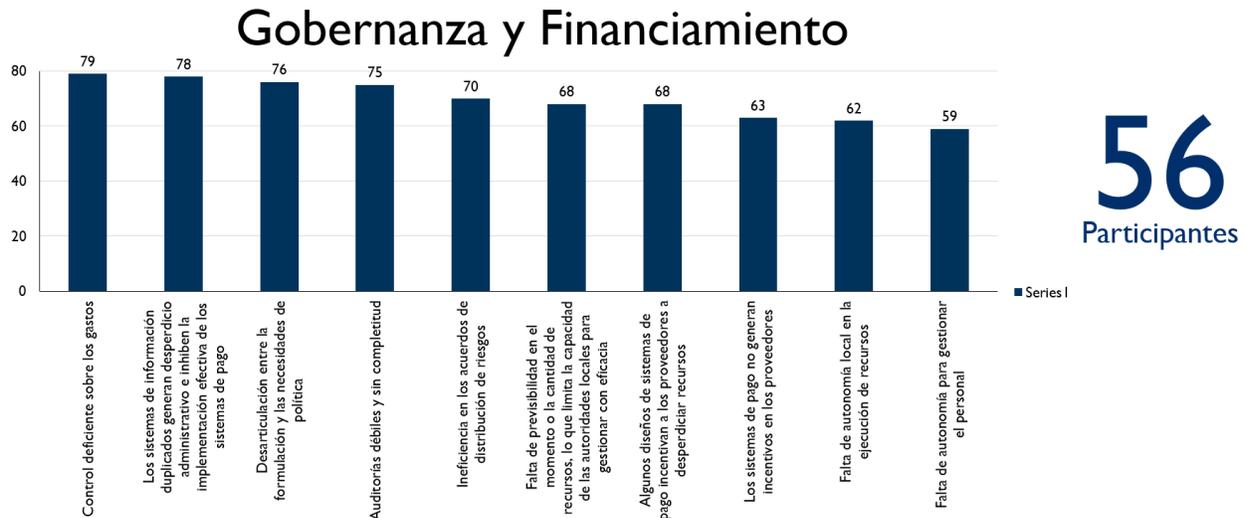
- iv) **Sistema de pago ineficaces para los proveedores de atención médica:** Este módulo incluye tres ineficiencias: en primer lugar, sistemas de pagos que pueden incentivar el desperdicio de recursos en los proveedores de servicios de salud; en segundo lugar,

sistemas de información duplicados que generan desperdicios administrativos e inhiben la implementación efectiva de sistemas de pago. Por último, sistemas de pago que no genera incentivos en los proveedores.

**Colombia:** En el marco del desarrollo de la mesa técnica se identificó en muchos casos duplicidad de los requerimientos de información de distintas entidades, la diferencia entre sistemas que no los hacía compatibles y la difícil relación que existe entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y los aseguradores. La acumulación de deudas entre pagadores y prestadores se consideró como el principal riesgo para la sostenibilidad del sistema, deteriora la credibilidad entre los actores y pone en riesgo la prestación de servicios de salud.

Según el resultado del ejercicio de priorización realizado en la mesa técnica de Financiamiento y Gobernanza, la ineficiencia priorizada fue *Control deficiente sobre los gastos*, seguida de *Sistemas de Información duplicados*, y en tercer lugar, *Desarticulación entre la formulación y las necesidades de política*.

**Figura 6. Resultados de la priorización de ineficiencias para la dimensión de Gobernanza y Financiamiento**



En esta cuarta dimensión, se identificaron las siguientes conclusiones y recomendaciones:

**Tabla 5. Conclusiones, recomendaciones, actores clave, tiempo y factibilidad de la dimensión Financiamiento y Gobernanza**

| Conclusiones   | Recomendaciones  | Actores clave                           | Tiempo | Factibilidad |
|--|--|---|--------|--------------|
| Las capacidades generales del sistema no están distribuidas equitativamente en el territorio nacional en cuanto a presupuesto, financiamiento y capacidad operativa. | El MSPS ha avanzado en la determinación del ajuste de riesgo por condiciones en salud para el cálculo presupuestal. Este es un esfuerzo en el que se debe seguir profundizando, pues el sistema debe reflejar las asimetrías de riesgos en aseguramiento en las regiones del país. | Ministerio de Salud y Protección Social | ▲      | ●            |

| Conclusiones   | Recomendaciones   | Actores clave   | Tiempo  | Factibilidad  |
|--|---|---|---|---|
|  | Promover una discusión y revisión de las competencias territoriales en salud y su concordancia con las fuentes y usos de recursos disponibles. Esto es particularmente importante en el tema de atención a población migrante no regularizada y población no asegurada. | Ministerio de Salud y Protección Social<br><br>Departamento Nacional de Planeación  |    |    |
| El sistema ha avanzado en el fortalecimiento institucional de los actores del sistema de salud, sin embargo, este es un proceso no consolidado que implica preparación, formación y traspaso de conocimiento sobre el financiamiento y la gobernanza administrativa en todos los agentes que intervienen en el sistema | Generar reportes de información en las auditorías para un análisis más oportuno y eficiente, desde las instituciones prestadoras de servicios de salud hasta los entes de vigilancia y control.   | Ministerio de Salud y Protección Social<br><br>Superintendencia Nacional de Salud<br><br>Empresas Promotoras de Salud<br><br>Instituciones Prestadoras de Servicios |    |    |
|  | En el marco del apoyo a la generación de conocimiento y disposición de información pública el Gobierno nacional deberá avanzar en la definición de precios y valores de servicios de salud a través de la actualización del Manual Tarifario.                           | Ministerio de Salud y Protección Social   |  |  |
| Hay bajo control sobre la ejecución de recursos, brecha entre la formulación y la ejecución de política y problemas de sistematización.  | Promover el uso de los sistemas de información para fomentar credibilidad en el relacionamiento contractual de los actores del sistema de salud y mejorar la eficiencia en los sistemas de contratación y pago de atenciones en salud.                                  | Ministerio de Salud y Protección Social<br><br>Superintendencia Nacional de Salud<br><br>Empresas Promotoras de Salud<br><br>Instituciones Prestadoras de Servicios |  |  |

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La GET agrupa las ineficiencias de esta dimensión en cuatro módulos, que se resumen para el caso colombiano de la siguiente manera:

- i) **Débiles sistemas de integración en la gestión de la información:** Este módulo incluye una ineficiencia relacionada con débiles sistemas de información para la gestión de la salud.

Colombia: La discusión de la mesa técnica llevó a identificar una alta fragmentación de la información que dificulta la portabilidad y el relacionamiento de los datos, afectando la utilidad de estos para la toma de decisiones, tanto médicas como de política pública. Se observan también duplicidades de información con el consiguiente aumento de cargas administrativas para el sistema.

- ii) **Falta de oportunidad de la información del sector:** Este módulo incluye una ineficiencia relacionada con diagnósticos imprecisos para los pacientes.

Colombia: La discusión de la mesa técnica estableció que el sistema de información del país no está generando mejoras en la prestación del servicio que potencialmente podría alcanzar. La información no se presenta de manera estandarizada y no se genera los indicadores relevantes para informar la toma de decisiones frente al paciente y como apoyo a la formulación de políticas públicas del sector.

- iii) **Dificultades en el acceso a la información:** Este módulo incluye una ineficiencia relacionada con inadecuada información sobre costo y contratación de servicios.

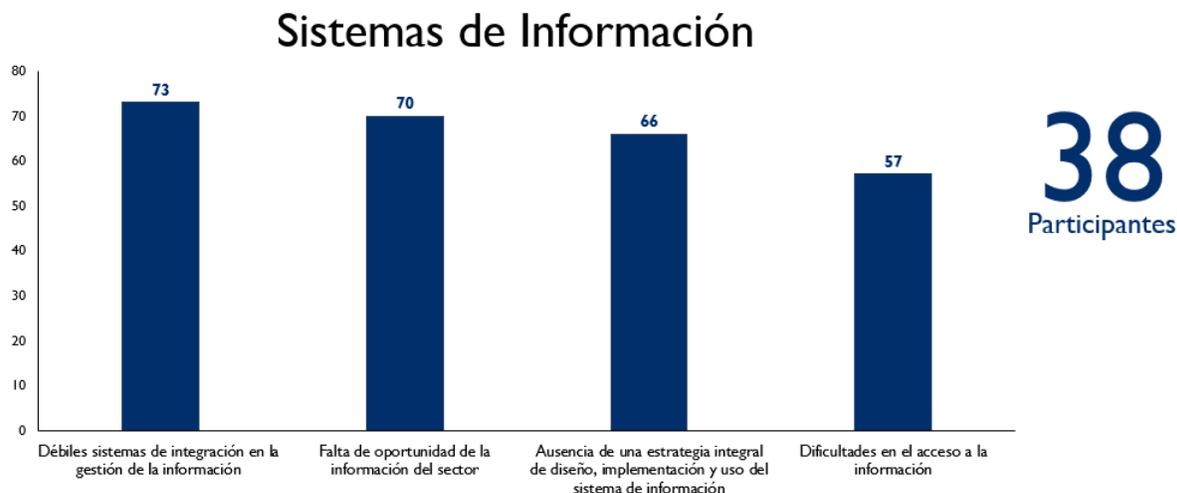
Colombia: La mesa técnica desarrollada identificó dos puntos críticos. Primero, se reconocen avances en el acceso a la información del sistema por parte del público en general, pero al mismo tiempo es manifiesta la necesidad de avanzar en procesos como la de bases de dato para que la academia, el gobierno nacional y los actores involucrados accedan y analicen la información que produce el sector. Así mismo, aún persisten problemas de calidad en algunas bases de datos, que a pesar de tener avances no se han superado; un ejemplo de lo anterior es la información del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) cuya información epidemiológica permite hacer caracterización epidemiológica, pero en el componente financiero, dicha información se encuentra aún en proceso de depuración.

- iv) **Ausencia de una estrategia integral de diseño, implementación y uso del sistema de información:** Este módulo de la Guía incluye una ineficiencia relacionada con dificultades para acceder a la información y falta de recursos para analizarla en su totalidad.

Colombia: La mesa técnica desarrollada concluyó que el país no ha creado arquitectura institucional que asuma el rol y el costo de recolectar e interoperar el conjunto de bases de datos con las que cuenta el sector salud tanto a nivel nacional como territorial y en las distintas entidades. No se ha consolidado un plan estratégico con hitos en distintas temporalidades enfocados en mejorar los distintos elementos del sistema. Persisten retos en la conformación de una gobernanza y una institucionalidad que integre los diferentes intereses y requerimientos tanto de entidades públicas como actores privados.

Según el resultado del ejercicio de priorización realizado en la mesa técnica de Sistemas de Información, la ineficiencia priorizada fue *Débiles sistemas de integración en la gestión de la información*, seguida de *Falta de oportunidad de la información del sector*, y en tercer lugar, *Ausencia de una estrategia integral de diseño, implementación y uso de sistemas de información*.

**Figura 7. Resultados de la priorización de ineficiencias para la dimensión de Sistemas de Información**



Finalmente, en la quinta dimensión, se identificaron las siguientes conclusiones y recomendaciones:

**Tabla 6. Conclusiones, recomendaciones, actores clave, tiempo y factibilidad de la dimensión Sistemas de Información**

| Conclusiones   | Recomendaciones   | Actores clave                           | Tiempo | Factibilidad |
|--|---|---|--------|--------------|
| Hay problemas en las bases de datos que genera el SGSSS que, a pesar de estar identificados por los actores y los administradores, no se han podido superar. | Fijar planes o estrategias de acción encaminadas a la depuración y calidad de los datos del sector. Generar un plan de acción puntual para mejorar los elementos del sistema de información y así evitar interrupciones en el proceso.    | Ministerio de Salud y Protección Social | ▲      | ●            |
| Si bien hay varios repositorios de información útil, hay fragmentación de los datos sin necesariamente reflejar una duplicidad de la información.            | Consolidar la información en una única base o sistemas interconectados, con alta portabilidad y estandarización, que eviten duplicidades tanto en información como en costo y que sea de amplia utilización para los actores del sistema. | Ministerio de Salud y Protección Social | ▲      | ●            |
|  | Crear o destinar una entidad que se encargue de ser el centro de acopio de los datos, según características, tiempo y necesidades que se establezcan, siempre en torno al seguimiento de la salud de los pacientes.                       | Ministerio de Salud y Protección Social | ▲      | ●            |

| Conclusiones  | Recomendaciones  | Actores clave                           | Tiempo  | Factibilidad  |
|---|--|---|---|---|
| Los sistemas de información no están siendo utilizados en todo su potencial para mejorar la atención y la salud de la población colombiana. | Cambiar el propósito descriptivo de la información al predictivo, donde los datos generen predicciones útiles para los agentes del sistema. Esto debe ir de la mano con la política de datos abiertos para facilitar la transparencia de la información y la rendición de cuentas. | Ministerio de Salud y Protección Social |  |  |

## SOSTENIBILIDAD

Comunidades Saludables se encuentra en fase de consolidación del trabajo en Colombia, en el marco de la estrategia de Sostenibilidad y Transición. Para garantizar el éxito de la iniciativa de optimización de recursos se idearon tres estrategias complementarias:

- i) Transferencia de conocimiento al Gobierno Nacional (DNP y MSPS) que incluyó reflexiones sobre resultados y recomendaciones, contextualización y discusión de escenarios acorde a la coyuntura del sector.
- ii) Se promovió la GET de USAID como una herramienta analítica práctica que amplía el acervo de instrumentos de diagnóstico con los que cuenta el MSPS.
- iii) En el marco de la implementación de recomendaciones, el MSPS ha realizado procesos de reflexión y preparación estratégica que les han permitido definir las acciones con mayor impacto para mejorar el uso de recursos en el sector, la superación de ineficiencias y la búsqueda de aliados para el logro de objetivos en la cooperación internacional así como en el ámbito nacional.

En este sentido, como parte del Plan de Trabajo para el año 4 de Comunidades Saludables, y las estrategias de apoyo concertadas entre el MSPS y Comunidades Saludables, se apoyará el desarrollo de una hoja de ruta con un plan detallado de acciones, fechas y responsables para llevar a cabo la implementación de recomendaciones que sean priorizadas.

## REFERENCIAS

- Abadia, C. E., & Oviedo, D. G. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1153–1160. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2008.12.049>
- Chisholm, D., & Evans, D. (2010). Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage (Vols. Background Paper, 28). *World Health Report*.
- García-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., de Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J. P., & Vázquez, M. L. (2014). Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Social Science & Medicine*, 106, 204–213. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2014.01.054>
- Toro, Juan Pablo, Michelle Barliza, y Jose Luis Ortiz. El Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Diciembre 2021. *Metodología y Análisis de necesidades financieras de las entidades Territoriales para atender el fenómeno migratorio*. Rockville, MD: Abt Associates.
- USAID. (s/f). Technical Efficiency Guide. Recuperado el 13 de diciembre de 2022, de [https://rise.articulate.com/share/-xWeCMdb3GNTRuj-NI8AaQUsvMx6J6b4#/lessons/vQw\\_pVL3q2765ZrZMHqRKTshjgIESC7R](https://rise.articulate.com/share/-xWeCMdb3GNTRuj-NI8AaQUsvMx6J6b4#/lessons/vQw_pVL3q2765ZrZMHqRKTshjgIESC7R)
- USAID (2018). Health Finance and Governance (HFG) project: The Health Systems Technical Efficiency Guide. Interactive guide.
- World Health Organization (2022). Global Competency Framework for Universal Health Coverage.
- World Health Organization (2022). Strengthening the collection, analysis and use of health workforce data and information.